

ISSN: 2618-625X

e-ISSN: 2667-5765



# HALIÇ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

HALIÇ UNIVERSITY  
JOURNAL OF HEALTH SCIENCES

**Cilt: 4 • Sayı: 2 • Tarih: 31 Mayıs 2021**

Volume: 4 • Issue: 2 • Date: 31 May 2021

---

**Haliç Üniversitesi Adına Sahibi**  
*Owner on behalf of Haliç University*

**Rektör Prof.Dr. Zafer UTLU**  
Haliç Üniversitesi Rektörü

---

**Editör**  
*Editor-in-Chief*

Prof. Dr. Hatice YORULMAZ

---

**Editör Yardımcısı**  
*Associate Editor*

Öğr. Gör. Pınar ÖDEVOĞLU

---

**Editör Asistanları**  
*Assistant Editor*

Öğr. Gör. Berrak BAŞTÜRK  
Öğr. Gör. Aysu Yıldız KARAAHMET

---

**Sorumlu Yazı İşleri Müdürü**  
*Publishing Manager*

Yazgı Cihangir AYGÜN  
Haliç Üniversitesi

---

**Yönetim Yeri**  
*Head Office*

Haliç Üniversitesi,  
Haliç Üniversitesi Rektörlüğü

---

**Yazışma Adresi**  
*Corresponding Address*

Haliç Üniversitesi Sütlüce Mah. İmrahor Cad. No: 82  
Beyoğlu – İSTANBUL  
Tel: +90 212 924 24 44  
E-posta: sabd@halic.edu.tr

---

**İnternet Adresi**  
*Web Address*

<http://dergipark.gov.tr/husagbilder>

---

**Yayın Türü**  
*Publication Type*

Yerel Süreli / *Periodical*  
Ocak, Mayıs ve Eylül aylarında olmak üzere yılda 3 sayı  
yayımlanır.  
Published three times a year, in January, May and September  
ISSN: 2618-625X e-ISSN: 2667-5765

---

**Mizanpaj Editörü**

İrfan Güngörür

---

**Asitsiz kâğıda basılmaktadır**  
*Printed on acid free paper*

20.05.2021 tarihli Yayın Kurulu kararı ile sadece online  
basılmaktadır.

---

**Baskı**  
*Printing Press*

Aktif Matbaa ve Reklam Hizmetleri San. Tic. Ltd. Şti.  
Söğütluçeşme Mah. Halkalı Cad. No: 245/1-A Küçükçekmece  
/ İstanbul Tel: +90 212 698 93 54  
Sertifika No: 13978

---

**Basım Tarihi**  
*Publication Date*

31.05.2021

---

**Derginin Tarandığı Kaynaklar**  
*Index in*

**DergiPark**  
AKADEMİK

ASOS  
index

Google  
Akademik

---

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi *Haliç Üniv Sağ Bil Der - Halic Uni J Health Sci*  
olarak kısaltılmaktadır.

---

---

**Bölüm Editörleri**  
*Section Editors*

Prof. Dr. Anahit Margirit Çoşkun  
(Ebelik Bölüm Editörü)  
Dr. Öğr. Üye. Seda Saka  
(Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölüm Editörü)  
Dr. Öğr. Üye. Zeynep Özerson  
(Beslenme ve Diyetetik Bölüm Editörü)  
Prof. Dr. Necmiye Sabuncu  
(Hemşirelik Bölüm Editörü)  
Dr. Öğr. Üye. H. İlhan Odabaş  
(Spor Yöneticiliği Bölüm Editörü)  
Prof. Dr. Aysel Pehlivan  
(Antrenörlük Bölüm Editörü)  
Dr. Öğr. Üye. İbrahim Turgay Turan  
(Rekreasyon Bölüm Editörü)  
Prof. Dr. Ahmet Feridun Vural  
(Tıp Bilimleri Bölüm Editörü)  
Dr. Öğr. Üye. Özlem Atan  
(Hastane Ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Bölüm Editörü)

---

**Danışma Kurulu**  
*Advisory Board*

Prof. Dr. Melek Güneş Yavuzer, Haliç Üniversitesi İstanbul  
Prof. Dr. Mehmet Pala, Haliç Üniversitesi İstanbul  
Prof. Dr. Hüsrev Hatemi, Haliç Üniversitesi İstanbul  
Prof. Dr. Necmiye Sabuncu, Haliç Üniversitesi İstanbul  
Prof. Dr. Filiz Açkurt, Haliç Üniversitesi İstanbul  
Prof. Dr. Aysel Pehlivan, Haliç Üniversitesi İstanbul  
Prof. Dr. Kut Sarp Yener, Haliç Üniversitesi İstanbul  
Prof. Dr. Kemal Altaş, Haliç Üniversitesi İstanbul  
Prof. Dr. Feridun Vural, Haliç Üniversitesi, İstanbul  
Prof. Dr. Tahsin Beyzadeoğlu, Haliç Üniversitesi, İstanbul  
Prof. Dr. Nur Tunalı, Haliç Üniversitesi, İstanbul  
Prof. Dr. Yaşar Birol Saygı, Beykoz Üniversitesi, İstanbul  
Prof. Dr. Neriman İnanç, Nuh Naci Yazgan Üniversitesi, Kayseri  
Prof. Dr. Sakine Poyraz, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın  
Prof. Dr. Sevim Çelik, Bartın Üniversitesi Zonguldak  
Prof. Dr. Mehmet Topal, Kastamonu Üniversitesi, Kastamonu  
Doç. Dr. Ster Irmak, Bilgi Üniversitesi, İstanbul  
Doç. Dr. Seda Bayraktar, Akdeniz Üniversitesi, Antalya  
Doç. Dr. Beyza Hatice Ulusoy, Yakın Doğu Üniversitesi, Kıbrıs  
Dr. Öğr.Üy. Berrak Varhan, İstinye Üniversitesi, İstanbul

---



Değerli Okurlarımız,

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Türkiye ve dünyada sağlık alanına katkıda bulunmayı amaçlayan özgün araştırmaların yayımlandığı bilimsel ve hakemli bir dergidir. Dergimizin 2021 yılı ikinci sayısında 1 editöre mektup, 3 derleme ve 2 araştırma makalesine yer verilmiştir. Dergimiz Ocak, Mayıs, Eylül aylarında olmak üzere yılda üç defa yayınlanmaktadır. Tıp, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, Beslenme ve Diyetetik, Hemşirelik, Ebelik, Spor Bilimleri başta olmak üzere tüm sağlık alanlarından orijinal araştırma, derleme, olgu sunumu, editöre mektup türünde yapılmış olan çalışmalar değerlendirilmeye alınmaktadır.

2021 yılında dergimize gelen makale sayısının artmasını, daha zengin bir hakem listesi oluşturmayı ve böylelikle makalelerin inceleme sürecini mümkün olduğunca azaltmayı amaçladığımızı da belirtmek isterim. Dergimize yayın başvuruları internet üzerinden Dergi Park sistemi üzerinden alınmaktadır.

Sonraki sayılarda buluşmak dileğiyle,

Prof. Dr. Hatice Yorulmaz  
Editör



## İçindekiler / Contents

---

### Editöre Mektup

- 107-108 Bilimsel Yayının Hakem Değerlendirme Sürecinde Karşılaşılan Yeni Bir Etik İhlal Örneği  
A New Example of Ethical Violation Encountered in The Peer Review Process of A Scientific Publication  
Deniz AKYILDIZ

### Derleme / Review

- 109-114 Pandemi Sürecinde Duygusal Yeme  
Emotional Eating During The Pandemic  
Yasemin BEYHAN, Esra ERKUT
- 115-122 Üreme Sağlığında Erkek Kontrasepsiyonu Boyutu  
The Dimension of Male Contraception in Reproductive Health  
Fatma Şule TANRIVERDİ, Esmâ DEMİREZEN
- 123-135 Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Yeni Bir Çağın Başlangıcı: Aile Entegre Bakım  
The Dawn of A New Era in Neonatal Intensive Care Units: Family Integrated Care  
Güzide ÜĞÜCÜ, Rana YİĞİT

### Araştırma / Research

- 137-143 Reliability and Validity of the Toe Walking Tool in Turkish Idiopathic Toe Walking Children  
İdiopatik Parmak Ucu Yürüyen Çocuklarda “Toe Walking Tool” Ölçeğinin Türk Toplumunda Geçerliği ve Güvenirliği  
Müberra TANRIVERDİ, Büşra TUNÇ, Akın İŞCAN
- 145-157 İntörn Programının Hemşirelik Öğrencilerinin Özyeterlilik ve Mesleki Hazıroluşluk Düzeyine Etkisi  
The Effect of Intern Program on Nursing Students’ Self-Efficacy and Professional Readiness Level  
Şahizer ERAYDIN







# BİLİMSEL YAYININ HAKEM DEĞERLENDİRME SÜRECİNDE KARŞILAŞILAN YENİ BİR ETİK İHLAL ÖRNEĞİ

## A NEW EXAMPLE OF ETHICAL VIOLATION ENCOUNTERED IN THE PEER REVIEW PROCESS OF A SCIENTIFIC PUBLICATION

Deniz AKYILDIZ<sup>1\*</sup> 

\*Sorumlu Yazar e mail:  
denizbtm@gmail.com

<sup>1</sup>Kahramanmaraş Sütçü İmam  
Üniversitesi, Sağlık Bilimleri  
Fakültesi

Akyıldız D. Bilimsel Yayının  
Hakem Değerlendirme Sürecinde  
Karşılaşılan Yeni Bir Etik İhlal  
Örneği. Halic Üniv Sağ Bil Der.  
2021;4(2) 107-108

Akyıldız D. A New Example of  
Ethical Violation Encountered in  
The Peer Review Process of A  
Scientific Publication. Halic Uni J  
Health Sci. 2021;4(2) 107-108

Doi:10.48124/husagbilder.881823

Geliş Tarihi: 17.02.2021

Kabul Tarihi: 03.06.2021

Sayın Editör,

Bilimsel araştırmalarda etik ihlalleri azaltmanın en etkili yöntemlerinden birisi etik dışı davranışların paylaşılmasıdır. Sağlık bilimleri alanında ulusal hakemli dergilerde editör kurul üyesi olarak görev yapmaktayım. Bilimsel yayın değerlendirme sürecinde hakemden kaynaklandığını tespit ettiğim yeni bir etik ihlali bildirmek istiyorum.

Bilimsel bir araştırmanın tüm süreçlerinde bilimsel etik ilkelere uyulması oldukça önemlidir. Bilimsel etik kavramı içerisinde yer alan yayın etiği, araştırmanın tamamlanıp yayına dönüşme sürecinde, yazarların sıralanması, yöntemler, kaynak gösterme ve dergilerde değerlendirme aşamalarında uyulması gereken etik kodları ifade etmektedir. Bu etik kodlara uyulmaması ise bilimsel çalışmanın araştırma ve yayın sürecinde “etik dışı davranış” ya da “etik ihlal” olarak adlandırılmaktadır. Hayali ve armağan yazarlık, kaynakların taraflı seçimi, sahtecilik ve uydurmacılık araştırmanın yayın sürecinde karşılaşılan etik ihlallerin başında yer almaktadır (1,2).

Son yıllarda dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de bilimsel yayın sayısında önemli bir artış olduğu görülmektedir. Sağlık bilimleri de bu artışın en yoğun olduğu alanların başında yer almaktadır (3). Bu artışla birlikte bilimsel etik konusunda yaşanan ihlallerin de arttığı görülmektedir (4). Sağlık bilimleri alanında yürütülen bir meta-analiz çalışmasında akademisyenlerden %1,9’unun en az bir kez etik dışı bir davranışta bulunduğu ve %14’ünün meslektaşının yaptığı etik ihlale şahit olduğu belirlenmiştir (5).

Bilimsel yayının etik ilkelere uygun olmasında yalnızca araştırmacılar değil, yayın sürecinde görevli olan editörler ve hakemler de sorumluluk sahibidirler (3). Bilimsel araştırmanın yayın aşamasında yazar, editör ya da hakemden kaynaklı etik sorunlar

yaşanabilmektedir (6). Taraflı hakem seçimi, iletişim problemleri, değerlendirilme süresinin uzaması, olumlu hakem raporuna rağmen çalışmanın reddedilmesi ve ücret konusunda yaşanan sorunlar editör kaynaklı etik ihlaller arasındadır (7).

Yayın süreci sorumlularından olan hakem, yayın sürecinde bilimsel danışman olarak görev yapmakta ve yazarlardan makalelerinde çeşitli düzeltmeler isteme hakkına sahiptir. Bilimsel araştırmada yalnızca çalışma sonuçlarını destekleyici kaynaklara yer verilip, aksi görüşlere yer vermemek kaynakların taraflı seçimi olarak tanımlanmaktadır. Bu durum hakemler tarafından fark edildiğinde yazar ve editöre iletilmesi gereken önemli bir durumdur.

Editör olarak görev aldığım iki makalenin değerlendirme sürecinde hakem kaynaklı olduğunu tespit ettiğim etik ihlal şu şekilde idi. Söz konusu araştırmalarda farklı iki hakem tarafından yazarlara “hakemlerin kendilerine ait yayınları kaynak olarak önerdiklerini” fark ettim. Yazarların hakemler tarafından önerilen kaynaklara benzeyen birden fazla kaynağı zaten kullandıkları tespit edildi. Hakemlerin “atıf alma” isteğinden kaynaklandığı düşünülen bu davranışın yayın sürecinde yaşanan etik bir ihlal olduğu söylenebilir. Sergilenen bu etik dışı davranış bilinçli ya da bilinçsiz bir şekilde yapılmış olabilir. Bu durumun son yıllarda araştırmacıların aldıkları “atıf sayısının” akademik atama, terfi ve akademik teşvik başvurularında önemli puan sağlamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Sonuç olarak bilimsel araştırma yayın süreci, etik ihlaller açısından editör ve hakemler tarafından dikkatle takip edilmesi gereken bir süreçtir. Bilimsel çalışmanın yayın sürecine bağlı etik ihlal olarak belirlenen davranışları azaltmada en etkili yöntemlerin eğitim, denetim ve etik ihlalin bildirimini olduğu düşünülmektedir. Editör ve hakem olarak görev alacak akademisyenlerin etik konusunu da içeren yetkinlik eğitimi almaları ile etik ihlaller önemli ölçüde azaltılabilir. Editörün süreç içerisinde yazar ve hakem arasında zamanında, açık, güvenilir ve tarafsız bir iletişim sürdürmesi oldukça önemlidir. Ayrıca yayın sürecinde tanık olunan etik ihlal örneklerinin paylaşılması ile etik kodlar geliştirilebilir ve bu sayede yayın sürecine bağlı etik ihlal davranışları azaltılabilir.

## Kaynaklar

1. Aydın İP. Yönetmelik, mesleki ve örgütsel etik. 4. Baskı. Ankara: Pegem A Yayıncılık; 2010.
2. Yılmaz K. Editörden: Etik dışı davranış olarak haksız yazarlık. Eğitim Bilimleri Araştırmaları Dergisi. 2012;2(1).
3. Küpeli S. Sağlık bilimlerinde araştırma ve yayın etiği. Cukurova Medical Journal. 2019;44(1):232-40.
4. Gross C. Scientific misconduct. Annu Rev Psychol. 2016;67:693-711.
5. Fanelli D. How many scientists fabricate and falsify research? A systematic review and meta-analysis of survey data. PLoS One. 2009;4:e5738.
6. Erdem AR. Bilim insanı yetiştirmede etik eğitimi. Yükseköğretim ve Bilim Dergisi. 2012;2(1):25-32.
7. Sop SA. Bir Makale Yayın Sürecinin Yayın Etiği Açısından Değerlendirilmesi. VII. Lisansüstü Turizm Öğrencileri Araştırma Kongresi; 4-5 Nisan 2014; Aydın, Türkiye.



Yasemin BEYHAN<sup>1</sup> ,

Esra ERKUT<sup>1\*</sup> ,

\*Sorumlu Yazar e mail:  
esra.erkut@hku.edu.tr

<sup>1</sup>Hasan Kalyoncu Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Beslenme ve Diyetetik Bölümü,  
Gaziantep Türkiye

Beyhan Y, Erkut E. Pandemi  
Sürecinde Duygusal Yeme. Haliç  
Üniv Sağ Bil Der. 2021;4(2) 109-114

Beyhan Y, Erkut E. Emotional  
Eating During The Pandemic.  
Halic Uni Health Sci J 2021;4(2)  
109-114

Doi:10.48124/husagbilder.848253

Geliş Tarihi: 30.12.2020

Kabul Tarihi: 21.05.2021

## DERLEME

# PANDEMİ SÜRECİNDE DUYGUSAL YEME

### Öz

Tüm dünyayı etkileyen COVID-19 pandemisi günlük rutinlerdeki ve sosyal etkileşimlerdeki aksamayla birlikte bireylerde yalnızlık, hastalık korkusu, hastalık yükü, ekonomik baskı, gıda güvencesizliği ve gelecekle ilgili belirsizlik gibi birden fazla stres faktöründe artışa neden olmuştur. Algılanan stres, duygusal yeme ve yemek seçimlerini etkilemektedir. Bu derlemenin amacı, pandemi sürecinde sosyal izolasyon koşullarının bireylerin fiziksel ve mental durumlarına etkileriyle, duygusal yeme durumuna etkilerini literatürdeki bulgular ışığında değerlendirmektir.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, pandemi, duygusal yeme

## REVIEW

# EMOTIONAL EATING DURING THE PANDEMIC

### Abstract

The COVID-19 pandemic which affects the whole world, has caused an increase in multiple stress factors such as loneliness, fear of illness, disease burden, economic pressure, food insecurity and uncertainty about the future, along with the disruption in Daily routines and social interactions. Perceived stress affects emotional eating and food choices. The purpose of this review is to evaluate the effects of social isolation conditions on the physical and mental status of individuals and emotional eating during the pandemic process in the light of the findings in the literature.

**Keywords:** COVID-19, pandemic, emotional eating

## 1. Giriş

Koronavirüs (COVID-19) ateş, öksürük, solunum güçlüğü ve akciğer enfeksiyonu gibi çeşitli semptomlara yol açabilen bir virüs ailesinin üyesidir (1). İlk COVID-19 vakası Çin'in Wuhan kentinde tespit edilmiş olup tüm ülkelere yayılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verileri 1.605.091 can kaybı olduğunu ve 70.829.855 vaka olduğunu doğrulamıştır. Bireylerin ölüm nedeni genellikle şiddetli atipik pnömoniyle ilişkilendirilmiştir (2). Hastalığın küresel boyutta etkileri, ciddiyeti ve ağır sonuçları nedeniyle 11 Mart 2020 tarihi itibarıyla küresel bir pandemi ilan edilmiştir (3). COVID-19 öksürme ve hapşırma esnasında oluşan damlacıklar yoluyla bulaşmakta olduğundan tüm dünyada yayılmasını azaltmak amacıyla sosyal izolasyon uygulamaları önerilmiştir. Dolayısıyla bu uygulamalar insanların yaşam tarzında değişikliklere neden olmuştur (4).

COVID-19 virüsü solunum yolu enfeksiyonuna neden olmasının yanısıra ruhsal sağlık üzerinde de hem akut hem de uzun vadeli etkilere neden olmaktadır. Salgının bireylerde artan düzeyde korku, endişe ve stres şeklinde algılandığı saptanmıştır (5). COVID-19 yaşamın tüm olağan akışını etkileyerek bireysel ve toplumsal düzeyde birçok değişimin başlatıcısı ve hızlandırıcısı olmuştur. Yüksek bulaşıcılık düzeyinden ötürü birçok ülkede virüsün dağılımını kontrol altına almak için toplu taşımanın durdurulması, toplumsal alanların kapatılması, izolasyon ve enfekte bireylerin izole edilmesi gibi önlemler alınmıştır. Birçok ülkede enfekte olmamış bireyler 'Hayat Eve Sığar' 'Evde Kal' gibi

Uygulamalarla yaşam tarzında değişikliklere gidilmiştir. Sosyal ilişkilerin ruh sağlığını koruyucu rolü göz önüne alındığında, salgının olumsuz ruhsal etkileri kaçınılmaz olmuştur (6).

Pandemi sırasında, günlük rutinler değişmektedir. Ofis alanının olmaması ve iş hayatı ile kişisel yaşam arasındaki zamansal ve mekansal ayrımın olmaması kişilerin günlerini verimli bir şekilde planlamasını zorlaştırmıştır (7). Wuhan'daki salgından bir hafta sonra, ülke çapında yapılan bir anketin sonucu, Çin halkının % 35'inden fazlasının COVID-19 ile ilgili peri travmatik sıkıntılar yaşandığını göstermiştir (8). ABD'li yetişkinler arasında

ülke çapında yapılan bir araştırmada, katılımcıların % 13,6'sının ciddi psikolojik sıkıntı ile ilişkili semptomlara sahip olduğu bildirilmiş, bu oranın 2018'e göre üç kat daha fazla olduğu ifade edilmiştir (9). Çalışmalar strese maruz kalmaktan kaynaklanan fiziksel ve duygusal tükenmenin, beslenme ve yeme alışkanlıklarını değiştirdiğini göstermiştir. (10). Stres, anksiyete ve depresyon istenmeyen yeme davranışlarıyla ilişkili duygular olup, COVID-19 pandemisi sırasında dünya çapında bu sorunların insanlarda daha çok arttığı görülmektedir (11).

## 2. Gereç ve Yöntem

Bu derleme çalışmasında literatürün sistematik incelenmesi sonucu elde edilen veriler ortaya konulmuştur. Literatür incelemesinde Science Direct, Pubmed, Scope Med ve Google Akademik veri tabanları 2015-2020 yılları arasında "duygusal beslenme", "COVID-19 pandemisi", "COVID-19 sürecinde yaşam alışkanlıkları" anahtar kelimeleri başlık ve özet bölümünde arama kriterleri kullanılarak yapılmıştır.

## 3. Pandemi Sürecinde Değişen Beslenme Alışkanlıkları

Pandemi sürecinde bireylerin sağlıklı beslenme bilincine sahip olmalarına rağmen, önceliklerinin besine ulaşmak ve aç kalmamak olduğu görülmüştür (12). Tüketicilerin besine ulaşmalarının kısıtlanması ihtimali nedeniyle raf ömrü uzun ve düşük maliyetli besinleri daha çok tercih ettikleri saptanmıştır (13). Sosyal izolasyon politikaları ile salgının besin tedariki ve dağıtımında yarattığı baskılar ve sorunlar, tüketicilerin stok yapma, istifleme, panik alışverişi gibi besin satın alma ve tüketme davranışlarını tetiklemiştir (14). Ayrıca tüketici talebinde belirsizlik ve dalgalanmalar yiyecek stoklarını her zaman hazır bulundurmaya zorlaştırabildiği gibi fazladan yiyecek içecek alablenler, ihtiyaç duyduklarından fazlasını istifleyebilmekte ve bu durum, riskli popülasyonlarda yıkıcı sonuçlar doğurabilmektedir (15). Bu dönemde öne çıkan panikle satın alma ve sonrasında yiyeceğe ulaşma sıkıntısı düşük gelirli, hassas grupların besin güvencesini tehlikeye

atacak tüketici davranışlarıdır (16). COVID-19 salgını bireylerin beslenme davranışında ve yiyecek seçiminde değişikliklere neden olmuştur (17). Bu süreçte beslenmede doğal içerik ve sürdürülebilirlikle ilgili endişelerin bir kenara bırakıldığı görülmüştür. Bireylerin bu döneme ilişkin yaşadığı en büyük zorluk geleceğin, yani yeni normalin ne olacağını bilmemeleri ve bu durumun gıda seçimlerini nasıl etkileyeceği konusundaki belirsizliktir. Endüstriyel gıda sistemindeki aksamalarla ilgili tahminlerin yanı sıra, gelecekle ilgili ekonomik kaygılar ve kamusal alanlarda olmanın devam eden zorlukları, konulacak yeni kuralların belirsiz olduğu anlamına gelmektedir. Pandeminin neden olduğu stresin yemek seçimlerini etkileyen bir faktördür. Ancak bu etki tam olarak ifade edilememektedir. Bu belirsizliğin bireylerde sıkıntılı besin tercihlerine neden olabileceği belirtilmiştir (18).

Pandemi sırasında gıdaya olan eğilimleri, duygusal ve psikolojik ihtiyaçların belirlediği ileri sürülmektedir (19). Bu dönemde kişilerin yüksek kalorili besinleri seçtiği görülmüştür (18). Yapılan bir çalışmada makarna ve dondurulmuş gıda tüketiminde artış görülürken, taze meyve sebze tüketiminin azaldığı belirlenmiştir (20). Pandemi sürecinde bireylerin hazırlanması, tüketilmesi ve temizlenmesi kolay yiyecekleri daha çok tercih ettiği saptanmıştır (21). Besin seçimindeki değişiklikler kapsamında, karantina sürecinde daha çok abur cubur yendiğini ortaya koyan bir çalışmada, bu durumun potansiyel nedeni olarak, lezzetli yiyeceklere, striatumda bağımlılık benzeri etki yapan dopaminerjik adaptasyonlar üretebilen mezostriatal dopamin sisteminin aracılık etmesinin olduğu ileri sürülmüştür (20).

#### 4. Duygusal Yeme

Duygusal yeme, bireylerin olumsuz duygulara (kaygı, endişe, depresyon) maruziyeti ile ortaya çıkan yeme davranış eğilimlerini ifade etmektedir. Bireylerin duygusal kaynaklı beslenme davranışı aşırı yemenin yanısıra, şiddetli kalori kısıtlamaları ile de kendini gösterebilmektedir (22). Psikologlar COVID-19 döneminde duygusal yeme davranışı riskinin

bulduğunu ileri sürmektedirler (23). Stres ile gelişen duygusal yemenin yol açtığı gıda seçimi güdüleri, bireyin beslenme alışkanlıklarını değiştirebilmektedir (24).

Pandemi döneminde gıda seçimiyle ilgili stres kaynaklarından biri de, gıda zincirinin bozulmuş olmasıdır. Karantina süreçleri mahsulleri hasat edecek bireylerin olmamasına ve bu mahsullerin artık kolayca bulunamamasına yol açmıştır (14). Örneğin, bir gıda işleme tesisinde çalışanlar arasında COVID-19 bulaşısı olması nedeniyle, süpermarketlerde bu ürünün kıtlığının görüldüğü rapor edilmiştir (25).

Diğer yandan bu süreçte sosyal izolasyon koşullarının bireylerde depresyon, kaygı bozuklukları ve stres düzeylerinde artışa neden olduğu saptanmıştır (26). Yapılan çalışmalarda bu olumsuz duygu durumlarının, bireyin beslenme düzeninin değişmesine neden olduğu ifade edilmiştir (27). Bireylerin, olumsuz duygularla başa çıkarken, besinlerin yatıştırıcı etkisi nedeniyle daha fazla miktarda ve yüksek enerjili besin tükettikleri görülmüştür (28). Konu ile ilgili diğer bir çalışmada COVID-19 pandemisiyle birlikte artan endişelerin, duygusal beslenmeye yatkınlıkla paralellik gösterdiği; özellikle tahıl ve yağ tüketiminin artmasının bu dönemdeki duygusal beslenmeyle ilişkili olduğu, yine bu dönemde genellikle yüksek enerjili besinlere eğilimin arttığı rapor edilmiştir (6). Bilindiği gibi karbonhidrat içeriği yüksek besinlerin, beyin bariyerindeki triptofan ve seratonin seviyesini artırarak stres azaltıcı etkisi bulunmaktadır.

Ayrıca yüksek yağ ve karbonhidratın alınmasının da hipotalamus pituitar ve adrenal axis aktivitesini azaltarak stres yanıtını azaltmakta olduğu bilinen bir gerçektir. Dolayısıyla bireyin lezzetli bir yiyeceği tüketmesi, onun olumsuz duygularının azalmasını sağlayabilme gibi bir etkiye sahip olabilmektedir (28).

Akut stres tipik olarak iştahı bastırır da, kalıcı stres adrenal bezlerle iştahı ve yeme motivasyonunu artırmaktadır. Ayrıca bu durum, diyetle yüksek kalori, şeker ve yağ içeriği zengin besinlerin tüketimini artıran kortizol salgılanması için sinyal vermektedir (29). Nitekim bu konuda yapılan bir çalışmada stres ile tuzlu atıştırmalıklar, hamur işleri, şekerli içecekler ve fast-food tüketimi arasında pozitif yönde, taze

meyve ve sebzelerin tüketimi arasında ise negatif yönde bir ilişki olduğu gösterilmiştir (30). Duygusal beslenen bireylerin tatlı, yağlı ve tuzlu atıştırmalık yiyecekleri daha fazla tükettiği saptanmıştır (31). Çalışmalar duygusal beslenmenin besin seçimi, besini yeme hızı ve tüketim miktarı üzerinde etkili olduğunu destekler niteliktedir (32). Birçok stres faktörünün tetikleyici olduğu bu süreçte duygusal beslenme durumunun irdelenmesi önem taşımaktadır.

### 5. Pandemi Sürecinde Duygusal Yemenin İleriye Dönük Sağlık Etkileri

Pandemi sürecinde bireylerin strese maruziyetiyle göstermiş olduğu duygusal yeme davranışları yüksek kalorili besinlere yönelimi artırabilmekte, bu tarz diyet değişimleri de obezitenin gelişmesine neden olabilmektedir. Ayrıca bireylerin ağırlık denetiminde sosyal izolasyon koşulları nedeniyle azalan fiziksel aktivite de rol oynamaktadır (33). Çalışmalar, duygusal yemenin beden kütle indeksi (BKİ) stres ve depresyon ile pozitif olarak ilişkili olduğunu göstermiştir (34).

Yapılan bir araştırmada, duygusal yemenin, kadınlarda erkeklere kıyasla daha fazla kilo alımına yol açtığı ifade edilmiştir (35). Yağlanmadaki bu artış önceden alışılmış, genelde yüksek kalorili besinlerin tüketimindeki artışla açıklanabilmektedir (36). Duygusal bir düzeyde gıda eğilimlerini etkileyen faktörlerden biri de onun kişilik yapısı olduğu ileri sürülmektedir (37). Diğer yandan pandemide, insanların gıda seçiminde, olağan kurallara uyumu ertelediği, ağırlık kontrolleri ile ilgili endişelerini, dikkatlerini bir kenara bıraktıklarını ve bu nedenle yüksek kalorili yiyecek tüketimlerinin arttığı görülmüştür (38). Pandeminin neden olduğu bu kronik stres durumu ile ilişkilendirilen duygusal yemenin obezite riskini artırması nedeniyle gelecekte obeziteden kaynaklanan sağlık risklerini de beraberinde getirebileceği öngörülmektedir.

### 6. Sonuç ve Öneriler

COVID-19 pandemisi dönemindeki duygusal beslenme, belirli gıdaların tüketimindeki artışla birlikte, kilo alımıyla ilişkilendirilmektedir. Stres altında duygusal yemenin yol açtığı

gıda seçimi güdülerini kabul etmek, yemek seçimlerinin o anda neden ve nasıl yapıldığını anlamamıza yardımcı olur. Yüksek beden kütle indeksi, COVID-19 için bilinen bir risk faktörüdür. Duygusal yemeye ilişkin güdüler için uygun müdahalelerin geliştirilmesi gerekmektedir (39).

Bu derlemenin sonuçları doğrultusunda yapılacak öneriler şunlardır;

1. Stresle baş edebilmenin öğrenilmesi duygusal yemeyi önleyeceğinden, bireylere koruyucu sağlık önlemleri doğrultusunda özellikle bu dönemde psikolojik destek sağlanmalıdır.

2. Beslenme eğitimi ve müdahalesi ile dengeli bir diyet alışkanlığının kazandırılması ve sürdürülmesi konusu önemle ele alınmalıdır.

3. Duygusal yeme alışkanlığı ile başa çıkabilmeye, bulunması ve hazırlanması kolay sağlıklı yiyecekleri daha küçük porsiyonlarda seçmeye yönlendiren beslenme danışmanlığı ile sağlıklı beslenme bilinci oluşturulmalıdır.

4. Bireylerde sağlıklı beslenme konusunda farkındalık yaratılmalı, bireylerin bilinçli bir farkındalık (mindfulness) sayesinde duygu ve düşüncelerini, içinde bulunduğu ortamı fark ederek kabullenme halinde olmasını sağlayacak stratejiler geliştirilmelidir (40)

Zira bu sayede bireyin beslenirken yemeğe odaklanarak, onu daha yavaş ve tadına vararak yeme bilincinde olması sağlanabilmektedir. Ayrıca farkındalık (mindfulness) meditasyonu ile bireyin gerçekten açlık hissedip hissetmediği konusunda kendini sorgulaması, yemeğin tabağa gelene kadarki süreçlerini düşünmesi gibi alıştırmalar yaptırılmalıdır.

5. Gıdanın içeriği/bileşimi hakkında verilecek eğitimlerle, insanların daha sağlıklı seçimler yapmalarına destek olunmalıdır.

6. Egzersiz ruh halini düzenleyen en önemli yollardan biridir ve duygusal beslenmeyle başa çıkmada çok etkili bir tedavi işlevi görür. Bu dönemde bireyin düzenli egzersiz yapmaya teşvik edilmesi, beyin nörotransmitterlerini dengeleyecek; depresyonu ve duygusal yemeyi önleyeceğinden bu dönemde bireyler fiziksel egzersize yönlendirilmelidir.

7. Konu ile ilgili etkin stratejiler geliştirmek/oluşturmak için, enfekte olmamış bireyler üzerinde olası beslenme bozuklukları/sorunları ile ilgili daha fazla çalışmalar yapılmalıdır.

## Kaynaklar

1. Adhikari SP, Meng S, Wu YJ, Mao YP, Ye RX, Wang QZ, Zhou H. Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of corona virüs disease (COVID-19) during the early out break period: a scoping review. *Infectious Diseases of Poverty*. 2020; 9(1):29.
2. World Health Organization(WHO) Coronavirus (COVID-19) Situation Dashboard. 2020 [Erişim Tarihi:14.12.2020]. ErişimAdresi:<https://experience.arcgis.com/experience/685d0ace-521648f8a5beee1b9125cd>.
3. Lipsitch M, Swerdlow DL, Finelli L. Defining the epidemiology of Covid-19: Studies needed. *N Engl J Med*. 2020;382:1194-6.
4. Rothe C, Schunk M, Sothmann P, Bretzel G, Froeschl G, Wallrauch C, Guggemos W. Transmission of 2019-nCoV infection from an asymptomatic contact in Germany. *New England Journal of Medicine*. 2020; 382(10): 970-971.
5. Rajkumar RP. COVID-19 ve akıl sağlığı: mevcut literatürün gözden geçirilmesi. *Asya JPsycihiatr*. 2020; 52: 102066.
6. Zhang J, Zhang Y, Huo S, Ma Y, Ke Y, Wang P, Zhao A. Emotional eating in pregnant women during the COVID-19 pandemic and its association with dietary intake and gestational weight gain. *Nutrients*. 2020;12(8): 2250.
7. Rofcanin Y, Anand S. Human relations virtual special issue: flexible work practices and work-family domain. *Hum. Relat*. 2020;73:1182–1185.
8. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nation wide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *Gen. Psychiatr*. 2020; 33.
9. McGinty EE, Presskreischer R, Han H, Barry CL. Psychological distress and loneliness reported by US Adults in 2018 and April 2020. *J. Am. Med. Assoc*. 2020;324: 93–94.
10. Rodgers RF, Lombardo C, Cerolini S, Franko DL, Omori M, Fuller-Tyszkiewicz M, Linardon J, Courtet P, Guillaume S. The impact of the Covid-19 pandemic on eating disorder risk and symptoms. *Int. J. Eat. Disord*. 2020; (53):1166–1170.
11. Rehman U, Shah Nawaz MG, Khan NH, Kharshiing KD, Khursheed M, Gupta K, Kashyap D, Uniyal R. Depression, anxiety and stress among Indians in times of COVID-19 lockdown. *Community Ment. Health J*. 2020; 1-7.
12. Zurayk R. Pandemic and food security: A view from the Global South. *Journal of Agriculture, Food Systems, and Community Development*. 2020;9(3):1-5.
13. Oliveira TC, Abranches MV, Lana RM. Food (in) security in Brazil in the context of the SARS-CoV-2 pandemic. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(4):e00055220.
14. Hobbs JE. Food supply chains during the COVID-19 pandemic. *Can. J. Agricultural Economics*. 2020;68: 171–176.
15. Naja F, Hamadeh R. Nutrition amid the COVID-19 pandemic: a multi level framework for action. *Eur J Clin Nutr*. 2020;74(8):1117-1121.
16. Power M, Doherty B, Pybus K, Pickett K. How COVID-19 has exposed inequalities in the UK food system: The case of UK food and poverty. *Emerald Open Research*. 2020;2(11): 11.
17. DiRenzo L, Gualtieri P, Pivari F, Soldati L, Attina A, Cinelli G, Leggeri C, Caparello G, Barrea L, Scerbo F. Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: An Italian survey. *J. Transl. Med*. 2020; 18: 229.
18. Shen W, Long LM, Shih CH, Ludy MJ. A humanities based explanation for the effects of emotional eating and perceived stress on food choice motives during the COVID-19 pandemic. *Nutrients*. 2020;12: 2712.
19. Troisi JD, Gabriel S. Chicken soup really is good for the soul: “comfort food” fulfills the need to be long. *Psychol. Sci*. 2011; 22 (6): 747–753.
20. Sidor A, Rzymiski P. Dietary choices and habits during COVID-19 lockdown: experience from Poland. *nutrients*. 2020;12:1657.
21. Mull A. Americans have baked all the flour away: the pandemic is reintroducing the nation to its kitchens. *The Atlantic*. 2020.
22. Oliver G, Wardle J, Gibson EL. Stress and food choice: A laboratory study. *Psychosom. Med*. 2000; 62: 853–865.
23. Dietz W, Santos-Burgoa C. Obesity and its implications for COVID-19 Mortality. *Obesity*. 2020; 28: 1005.
24. Dunn CG, Kenney E, Fleischhacker SE, Bleich SN. Feeding low-income children during the COVID-19 pandemic. *N. Engl. J. Med*. 2020; 382: e40.
25. McEwan K, Marchand L, Shang M, Bucknell D. Potential implications of COVID-19 on the Canadian pork industry. *Can. J. Agric. Econ. Rev. Can*. 2020; 68: 201–206.

26. Tang W, Hu T, Hu B, Jin C, Wang G, Xie C, Xu J. Prevalence and correlates of PTSD and depressive symptoms one month after the outbreak of the COVID-19 epidemic in a sample of home-quarantined Chinese university students. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 274, 1–7.
27. Vermeulen E, Stronks K, Snijder MB, Schene AH, Lok A, Nicolaou M. A combined high-sugar and high-saturated-fat dietary pattern is associated with more depressive symptoms in a multi ethnic population: the HELIUS (Healthy Life in an Urban Setting) study. *Public Health Nutr*. 2017;20(13): 23742382.
28. Macht M. How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite*. 2008;50:1-11.
29. Chao AM, Jastreboff AM, White MA, Grilo CM, Sinha R. Stress, cortisol, and other appetite-related hormones: prospective prediction of 6-month changes in food cravings and weight. *Obes. Silver Spring*. 2017; 25: 713–720.
30. Tariq S. Association of perceived stress with healthy and unhealthy food consumption among teenagers. *J. Pak. Med. Assoc*. 2019;(69):1817–1821.
31. Baños RM, Cebolla A, Etchemendy E, Felipe S, Rasal P, Botella C. Validation of the dutch eating behavior questionnaire for children (debq-c) for use with Spanish children. *Nutr. Hosp*. 2011; (26): 890–898.
32. MacCormack JK, Lindquist KA. Feeling hungry? When hunger conceptualized as emotion. *Emotion*. 2018;50:1-11.
33. Jayne JM, Ayala R, Karl JP, Deschamps BA, McGraw SM, O'Connor K, Cole RE. Body weight status, perceived stress, and emotional eating among US Army Soldiers: A mediator model. *Eat Behav*. 2020;1 36:101367.
34. Clum GA, Rice JC, Broussard M, Johnson CC, Webber LS. Associations between depressive symptoms, self-efficacy, eating styles, exercise and body mass index in women. *J. Behav. Med*. 2014; 37: 577–586.
35. Bennett J, Green G, Schwartz-Barcott D. Perceptions of emotional eating behavior. A qualitative study of college students. *Appetite*. 2013; (60):187–192.
36. Dallman MF, Pecoraro NC, LaFleur SE. Chronic stress and comfort foods: self-medication and abdominal obesity. *Brain Behav. Immun*. 2005; 19: 275–280.
37. Long LM. Comfortfood in culinary tourism: negotiating “home” as exotic and familiar. *Incomfort food meanings and memories*; University of Mississippi press: Mississippi, MS, USA. 2017; 126–149.
38. Clemmensen C, Petersen MB, Sørensen TI. Will the COVID-19 pandemic worsen the obesity epidemic? *Nat. Rev. Endocrinol*. 2020; 16: 469–470.
39. Kass DA, Duggal P, Cingolani O. Obesity could shift severe COVID-19 disease to younger ages. *Lancet*. 2020; 395: 1544–1545.
40. Lattimore P. Mindfulness-based emotional eating awareness training: taking the emotional out of eating. *Eat Weight Disord*. 2020;25(3):649-657.





Fatma Şule TANRIVERDİ<sup>1\*</sup> 

Esma DEMİREZEN<sup>2</sup> 

\*Sorumlu Yazar e mail:  
sulebilgic@halic.edu.tr

<sup>1</sup>Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye  
<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

Tanrıverdi FS, Demirezen E. Üreme Sağlığında Erkek Kontrasepsiyonu Boyutu. Haliç Üniv Sağ Bil Der. 2021;4(2) 115-122

Tanrıverdi FS, Demirezen E. The Dimension of Male Contraception in Reproductive Health. Halic Uni J Health Sci. 2021;4(2) 115-122

Doi:10.48124/husagbilder.840493

Geliş Tarihi: 14.12.2020

Kabul Tarihi: 11.02.2021

## DERLEME

# ÜREME SAĞLIĞINDA ERKEK KONTRASEPSİYONU BOYUTU

### Öz

Üreme sağlığında erkek kontrasepsiyonunun boyutunu tanımlamak amacıyla kapsamlı literatür taraması yapılmıştır. Literatür çalışması kapsamında; Aralık 2019-Nisan 2020 tarihleri arasında Google Akademik ve Pubmed veri tabanlarında “contraception”, “male contraception”, “family planning”, “sexual health” and “reproductive health” or “female contraception” ve “kontrasepsiyon”, “erkek kontrasepsiyonu”, “aile planlaması”, “cinsel sağlık” ve “üreme sağlığı” anahtar kelimeleri kullanılarak Türkçe ve İngilizce erişime açık tüm makaleler incelenmiştir. Erkeklerin aile planlaması yöntemlerini bilme durumları yüksek olmakla birlikte kullanma durumlarının düşük olduğu görülmüştür. Aile planlaması yöntemlerini Tanıma durumları incelendiğinde; geleneksel yöntemlerde daha yüksek iken modern aile planlaması yöntemlerini bilme daha düşük olarak belirlenmiştir. Mevcut bilgiler ışığında erkeklerin aile planlaması yöntemlerinin kullanımının cinsel sağlık ve üreme sağlığını olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Aile planlaması, üreme sağlığı, cinsel sağlık, erkek kontrasepsiyon.

## REVIEW

# THE DIMENSION OF MALE CONTRACEPTION IN REPRODUCTIVE HEALTH

### Abstract

Comprehensive literature review aimed to describe the extent of male contraception in reproductive health. Data from December 2019 and April 2020 were screening under key words like “contraception”, “male contraception”, “family planning”, “sexual health” and “reproductive health” or “female contraception” and “contraception”, “male contraception” in Google Scholar and Pubmed databases. All available articles in Turkish and English were analyzed using the keywords “family planning”, “sexual health” and “reproductive health”. Knowledge of family planning methods in men were reported high however the use was identified as low. Recognition of traditional family planning methods were higher than modern family planning methods. In light of present available information’s it is thought that the use of family planning methods of men will positively affect sexual and reproductive health in men.

**Key words:** Family planning, reproductive health, sexual health, male contraception.

## Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) aile planlamasını; ‘‘Ailelerin sağlığını ve refahını daha iyiye götürmek ve ülkelerin sosyo-ekonomik gelişimine etkin biçimde katkıda bulunmak için birey ve aileler tarafından kabul edilen düşünce ve yaşam şekli’’ biçiminde tanımlamaktadır (3). Kontreseptif yöntemlerin çeşitliliği gelişen teknoloji ile artmasına rağmen günümüzde dünya nüfusu 7,6 milyar kadar olmasına rağmen yöntem çeşitliliği yetersiz kalmaktadır. Tüm olanaklara karşın gebeliklerin yaklaşık yarısı planlı değildir (1, 2).

Üreme sağlığının korunması ve aile planlaması ile ilgili süreçlerde kadın ve erkekler çeşitli sorumluluklar üstlenmektedir. Mevcut yöntemlerin %25’i erkeğin katılımı gerektirmektedir. Kontraseptif yöntemler arasında özellikle kondom sadece istenmeyen gebeliklerden korunmada değil üreme sağlığı kapsamında önemli bir yere sahip cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan da korunmada kilit koruyucu yöntemler arasında yer almaktadır (3, 4).

Gelişen teknoloji ile birlikte 1994 yılından beri geliştirilmekte olan kadın kontraseptif yöntemleri tek çubuklu cilt altı implantlar, Femilis®, rahim içi araç, oral kontraseptifler, Gynefix®, vajinal halka flaster,essure, FibroPlant®, (Cu-T 300 ve Cu-T 380A) (APCOR, Belçika)’dır ve yöntemlerin yaygınlığı değişiklik göstermektedir (5,6,7) Erkek kontraseptif yöntemler ise; yaygın olarak geri çekme, kondom, vazektomi olarak sıralanmaktadır. Araştırma geliştirme çalışmaları sonucunda son yıllarda erkeklere yönelik hormonal kontrasepsiyon yöntemleri geliştirme çalışmaları günümüzde de devam etmektedir (5,7). Ülkemizde ve tüm Dünya’da üreme sağlığı ve aile planlaması ile ilgili araştırma ve uygulamaların önemli bir bölümü kadın odaklıdır. Ancak erkeklerin gebelikten korunmak amacıyla kullanılacak yöntem seçimine karar verme aşamasından başlayarak, yöntem kullanım ve izlem tüm aşamalarda kadınla birlikte hareket etmesinin gereği vurgulanmaktadır. Literatürde gelişmekte olan ülkelerde yapılan araştırmalarda erkeklerin önemli bir bölümü korunmayı çiftin ortak sorumluluğu olduğunu belirtsele dahi tercih ettikleri yöntemlerin kadınlar tarafından

kullanılması gerektiğini ilişkin düşünceleri ağır basmaktadır (8, 9). Üreme sağlığında erkek kontrasepsiyonunun boyutunu tanımlamak amacıyla kapsamlı literatür taraması yapılmıştır

## Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması

Aile planlaması (AP) hizmetleri; eşlerin planladıkları zamanda, gerekli bakımı verebilecekleri ve yetiştirebilecekleri sayıda çocuk sahibi olmaları olarak tanımlanmaktadır. Çiftler çocuk sahibi olmak istedikleri zaman kendi ekonomik imkânlarına göre çocuk sayısını belirleyebilir ve doğumlar arasındaki süreyi ayarlayabilir. Bununla birlikte anne ve çocuk sağlığını olumsuz etkileyen, istenmeyen gebelikler azaltılarak, ekonomik ve sosyal sorunların önüne geçilmesi hedeflenmektedir. Aile planlaması hizmetlerinde odak nokta ailelerin bilinçli bir şekilde çocuk sahibi olmalarını sağlanmasının yanı sıra çocuk sahibi olmaya yönelik tedavi ve bakım uygulamalarını da kapsamaktadır (10). AP; eğitimlerle ve bireyler tarafından benimsenen yöntemlerle istenmeyen gebeliklerin önüne geçmek, ailedeki çocuk sayısını ve doğum sıklığını belirlemek, toplumun sağlık düzeyini yükseltmek, nüfusu dengelemek amacıyla yapılan çalışmaların tamamıdır (10).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Pan American Health Organization (PAHO)’a göre cinsel sağlık ise sorumlu bir şekilde seçilmiş ve etik çerçevede; sadece cinsel bozuklukların yokluğu değil kültürel olarak bilgili, özgürce ve daha geniş bir fiziksel, duygusal, kişilerarası, sosyal ve ruhsal bir iyilik duygusu içinde, erotik deneyimleri ve üreme deneyimlerinin yerine getirilmesini içeren dinamik ve uyumlu bir durum’’ olarak tanımlamıştır. Cinsel sağlığın sağlanması ve sürdürülmesi için, bireylerin cinsel haklarına saygı gösterilmeli, korunmalı ve yerine getirilmelidir.’’ WHO (2006)’ya göre üreme sağlığı ise, ‘‘üreme sistemi ile ilgili tüm işlev ve süreçlerinde hastalık ya da sakatlık olmaması değil, tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal refah durumudur. İnsanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşam sürdürebildiğini, üretme kabiliyetine sahip olduklarını ve ne zaman ne sıklıkta çocuk yapılacağına karar

verme özgürlüğüne sahip olma hali” şeklinde tanımlanmaktadır (11).

Erkeklerin üreme sağlığı düzeylerini etkileyen faktörler domino taşı gibi dizilerek yığın etki oluşturmaktadır. TÜİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçlarına (2019) göre Türkiye nüfusu 83 milyon 154 bin 997 kişiden oluştuğu ve erkek nüfusunun 41 milyon 721 bin 136 kişi olduğu ve cinsel yaşamın aktif döneminde olan 15-64 yaş arası nüfusun 19.275.219 bildirilmiştir (12). Siyez ve Siyez (2007) yaptıkları çalışmada araştırmaya dahil edilenlerin %22’sinin ergenlik döneminde cinsel ilişki deneyimi olduğunu, ilk cinsel deneyimini 15-16 yaşlarında yaşayanların %52.9’u kız, %51.4’ünün erkek olduğu, kızların %37.9’unun erkeklerin %38.8’inin cinsel ilişkiye 12-14 yaşlarında, kızların %0.9’unun erkeklerin %3.6’sının cinsel ilişkiye 12 yaşından önce girdiklerini saptamışlardır (13). Her ne kadar ülkemiz kültürü açısından evlilik öncesi cinsel ilişki özellikle kadınlar için uygun karşılanmasa da (14) erkek nüfusunda cinsel ilişki deneyimi olanlar ile ilk cinsel ilişki yaşının gelişmiş ülkelere benzer bulunduğu araştırmalar bildirilmiştir. İlk cinsel ilişki yaşının ve cinsel ilişkinin yaşamın erken döneminde başlaması, korunmasız ilişkiler, istenmeyen gebelikler ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma açısından risk oluşturmaktadır (15).

Tarihsel süreç içerisinde erkeklerin davranış kalıpları, iş hayatındaki konumları, kadınları algılama biçimleri, kent yaşamının erkeklerle getirdiği yükler gibi genişletilebilecek etkenler erkeklerin tüm yaşantısına olduğu gibi üreme sağlığına da dolaylı veya doğrudan etki edebilmektedir. Cinsel sağlık/üreme sağlığı kavramlarında erkeklerle düşen roller toplumsal cinsiyet ayrımcılığı ile doğrudan ilişkilidir. Bu kavramın erkek ve kadına yüklediği sorumluluklara paralel olarak gebelikten korunma yöntemleri ağırlıklı olarak kadının görevi olmaya devam etmektedir. Son yıllarda erkeklerin bu konudaki sorumlulukları artsa da kadınlar ile görev paylaşımı veya alınan kararlarda eşlerine destek olma konusunda henüz yeteri kadar bilinç geliştirememiştir (16).

## Erkek Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Yöntemleri

Aile planlaması yöntemleri modern ve geleneksel yöntemler olmak üzere iki grupta ele alınmaktadır. Erkeklerle ait başlıca geleneksel yöntem erkeğin ilişki sırasında dışarıya boşalmasını kapsayan geri çekme yöntemidir. Modern yöntemler ise, kalıcı bir yöntem olan ve sperm kanallarının bağlanması kapsayan cerrahi sterilizasyon vazektomi yöntemi, cinsel yolla bulaşıcı hastalıklardan da koruyan kondom (prezervatif) olarak sıralanmaktadır (17).

Aktif cinsel yaşamın erken yaşlarda başlaması, gençlerin korunma yolları hakkında yetersiz bilgi sahibi olmaları Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar (CYBH) yakalanma riskini arttırmaktadır. CYBH’ların görülme sıklığının en yüksek olduğu yaş grubu 15-24 yaşları arası genç nüfustur. Sıklığın en yüksek olduğu yaş grubundan da anlaşıldığı üzere en çok genç ve cinsel olarak aktif kişilerde görülmektedir (18). İkinci sıradaki yaş grubu yine genç nüfusu oluşturan 15-19 yaşlarındaki ergenler ve üçüncü sırada ise 25-29 yaş grubu genç yetişkinler yer almaktadır. Kadınlara oranla erkeklerde daha yaygın görülmesinin nedeni olarak hastalıkların semptomlarının erkeklerde daha belirgin olmasından da kaynaklanabileceği belirtilmektedir (19). Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü HIV/AIDS İstatistiksel Verileri (2020) göre ülkemizde 1985 yılından 30 Kasım 2020 tarihine kadar doğrulama testi pozitif tespit edilerek bildirim yapılan 25,809 HIV (+) kişi ve 1958 AIDS vakası mevcut olduğu bildirilmiştir. Vakaların % 81’i erkek, % 19’u kadın ve vakaların en fazla görüldüğü yaş grubu 25-29 ve 30-34 yaş grubudur. Bulaş yoluna göre dağılımına bakıldığında, vakaların % 47,5’inin cinsel yolla bulaşmakta olduğu, cinsel yolla bulaştığı bildirilen bu vakaların % 68,8’inin bulaşma yolunun heteroseksüel cinsel ilişki olduğu bildirilmektedir (20). Korenromp ve ark (2012) yaptıkları çalışma kapsamında HIV oranı %78,2 iken bu oran kadınlarda %21,8’dir. Vaka sayısı kadınlara göre 3,6 kat daha fazladır. CYBH’dan korunmada en etkili yol ise gebeliği önlemenin yanı sıra CYBH’dan korunmada kondom kullanılmasının yaygınlaştırılması önerilmektedir (43).

Kura ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada; birçok erkeğin doğum öncesi bakım, denetimli doğumlar, aile planlaması ve CYBH hakkında bilgi sahibi olmasına rağmen, bu konuların ele alınması için verilen hizmetlerin çeşitlerinden ve önemlerinden habersiz olduğunu belirlemiştir. Bu çalışmada erkekler cinsel ve üreme sorunları ile ilgili kararlar almalarına karşın, hamilelik, çocuk doğurma ve çocukların yetiştirilmesini kadın sorumlulukları olarak kabul ettikleri belirlenmiştir. Bununla birlikte HIV / AIDS bilgisinin bazı erkeklerde cinsel tutum ve davranışlarını değiştirme üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (21, 42).

Erkek kontrasepsiyon yöntemlerine alternatif üretilebilmek için çalışmalar devam etmektedir. Günümüzde mevcut yöntemlere ilave olarak üzerinde durulan yöntemler arasında hormon içermeyen nonhormonal ve hormon odaklı hormonal yöntemler yer almaktadır (8, 22, 23).

Hormonal yöntemler; Testeron Enantat, haftalık olarak kullanılan ve 18 ay boyunca süren TE uygulanması katılımcıların %98'inde azospermi ve oligospermiye neden olarak kontrasepsiyonu sağlamış, geri dönüşümlü ve güvenli olduğunu göstermiştir (1, 24). Testeron Undekanot ile yapılan çalışmalar haftalık enjeksiyon formuna katılımcı bulunamamış oral formu ise başarısızlıkla sonuçlanmıştır (25). Hormonal kontraseptif rejimlerine Gonodotropin Hormon analoglarının eklenerek erkek androjen hormonlarının yan etkilerini azaltmak için yapılan çalışmalar gruplar arasında fark göstermemekle birlikte azospermi sağlamadığı için etkin olmadığı görülmüştür (25, 26). Transdermal testosteron jel ve bantlarda ise; bantlar etkin olmamış yapıştırıldığı bölgede farklı dermatolojik reaksiyonlara yol açmıştır (22). Non hormonal yöntemler arasında ise nifedipin, miglustat, CatSper, ısı yöntemi, yapay kriptomidizm, polyester iç çamaşırı, ultrasonografi, silikon ve poliüretan enjektatlar, Vasa1<sup>TM</sup> gel, vas deferens içi cihazlar yer almaktadır. Non hormonal yöntemler çoğunlukla mekanik olarak ya da hücre düzeyinde sperm geçişi ve üretimini azaltarak azospermiye yol açmayı hedeflemektedir (23, 27, 28, 29). Geliştirilmekte olan bu

yöntemlerde en büyük sorun fon eksikliği ve gönüllü katılımcının sağlanamamasıdır (30).

### Erkek Aile Planlaması Durumu

Erkeklerin kadınlara göre kontraseptif yöntem kullanılmasında daha aktif olmama nedenleri; cinsiyet ayrımcılığı, eş onayı, politikalar, maliyet, dini inançlar, yöntemlerin yan etkileri, kabul edilebilirliği, libido üzerine olası olumsuz sonuçları ve bazı yöntemlerin geri dönüşünün olmamasıdır (30, 31). Aile planlaması yöntemlerinin kullanılması kadın ve erkeğin toplumsal konularının süreci etkilediği ve belirlediği bilinmektedir. Erkeklerin gebelikten korunma yöntemleri konusunda olumlu yaklaşım içinde ve sorumluluk alarak kadının yanında yer alması, kadınların gebelikten korunma yöntemleri ile ilgili hizmetlere erişebilirliği ve kullanımını kolaylaştıran, bunun sonucunda hizmetlerde kullanılabilirliği ve devamlılığı artıran faktörlerin başında gelmektedir (32).

Gebeliğin önlenmesinde erkeklerin kullandığı AP yöntemleri TNSA 2013 verilerine göre; vazektomi yöntemi kullanılmazken, kondom kullanımı %16, geri çekme %17.5 olduğunu göstermekte iken TNSA 1993 verilerine göre kondom kullanımı %7 iken TNSA 2018'de %19 olduğu bildirilmiştir. (33, 34). TNSA 2018 verilerine göre ise; erkek AP yöntemlerinde halen en yaygın kullanılan yöntem geri çekme yöntemidir ve %20 oranında kullanıldığı gösterilmiştir (34).

Kadının, partneri tarafından yeni bir kontraseptif yöntemin kullanımına yönelik tutumlarını inceleyen İskoçya, Güney Afrika ve Şanghay'da yaklaşık 2000 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada, katılımcıların %70'inden fazlası, eşlerinin hormonal bir erkek doğum kontrol hapı kullanmasını destekleyeceği ve güvenle kullanacağını belirtirken araştırmaya katılan kadınların %2'si yöntemin kullanımı konusunda eşine ve koruyuculuğu konusunda yönteme güvenmediklerini bildirilmiştir (36). Audu ve ark (2008) Nijerya'da, 417 kadınla yaptıkları çalışmada kadınların %54'ünün eşinin kadınların kontrasepsiyon kullanmasını tercih ettiğini bildirmişlerdir (37).

Amory ve ark (2016) yaptığı bir çalışmada; günümüzde, modern etkili erkek kontraseptif seçenekleri, tüm erkekler için ideal olmayan prezervatif ve vazektomi olduğunu ve bu nedenle yeni erkek kontraseptif yöntemler geliştirme çabalarının sürdüğünü belirtilmiştir. Çiftlerin yaklaşık %30'u özellikle prezervatif ve vazektomi olmak üzere erkek kontraseptif yöntemlere güvenmekte fakat bu yöntemlerin eksiklikleri yeni tip erkek kontraseptiflerin geliştirilmesi için çaba sarf etmek gerekliliğini doğurmuştur. Steroid erkek kontraseptif rejimler kapsamlı klinik testlerden geçmiştir, ancak tüm erkeklerde spermatogenezin tamamen baskılanması ve bilinmeyen uzun dönem yan etki profilleri ise yöntemin olumsuz yönleri arasında yer almaktadır. Geliştirilme aşamasındaki Non-steroid yöntemler ise, klinik öncesi çalışmalarda ümit verici sonuç vermekle birlikte istenmeyen gebeliklerin önlenmesi üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla kapsamlı çalışmalara gereksinim olduğu bildirilmektedir (37).

Altay ve Gönener (2009) yapmış olduğu çalışmada ise modern yöntem kullanımının yeterli olmadığı, geleneksel geri çekme yönteminin ön planda olduğu vurgulanmıştır. Bununla birlikte geleneksel yöntem kullanımı ile sosyo-demografik özellikler ve AP yöntemleri ile ilgili bilgi sahibi olma arasında ilişki saptanmamıştır. Aktif olarak kullanılan AP yöntemine eşi ile birlikte karar vermenin etkili/modern AP yöntemi kullanmayı olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre AP danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin hedef kitlesine adolesan ve bekar erkeklerin de dahil edilmesi, genç evlilerin, her eğitim düzeyi, farklı kültürel gruplarına AP danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin ulaştırılmasının önemi vurgulanmaktadır. Bilinç düzeyinin yükseltilmesini de hedefleyen bu çalışmalar ile koruyuculuğu yüksek, modern yöntemlerin kullanımını teşvik edeceği düşünülmektedir (38). Bununla birlikte eğitim ve danışmanlık programlarında sadece modern yöntemlerin değil, etkinliği daha düşük geleneksel yöntemlerin yer alması önerilmektedir. Ayrıca ülkemizde TNSA 2018 verilerine göre en sık kullanılan yöntemin geri çekme olmasının sosyo-kültürel nedenlerinin saptanması ve çeşitli eğitim düzeylerini kapsayacak

biçimde hizmetlerin planlaması önerilmektedir (10, 34).

Aile planlaması yöntemleri kullanımının düşük olduğu Uganda'da erkekleri kapsayan bir çalışmada aile planlaması yöntemleriyle ilgili bilgi ve inançları değerlendirilmiş ve erkekler arasında bu konuya ilişkin bilgi yetersizliği belirlenmiştir. Buna göre Uganda'lı erkekler kadınların kullandığı kontraseptif yöntemlerinde kadına, çocuğu ve doğurganlığa olumsuz sonuçları olduğuna inandıkları saptanmıştır (40). Erkeklerin aile planlaması kullanmasını etkileyen faktörler ile ilgili Akın ve ark. (2006) ülkemizde yaptıkları ve 1971 erkeğin dahil edildiği bir çalışmada AP yöntemlerinin kullanılmasında erkek katılımının yetersiz olduğu, evli erkeklerin %62.6'si gebeliği önleyici yöntemlerden herhangi birini kullandıklarını ve sağlık hizmetine ulaşmada güçlük yaşadıkları ve yöntem kullanmak istemedikleri, AP yöntem kullanımında erkek katılımının oldukça yetersiz olduğu bildirmişlerdir. (39).

Sosyo-ekonomik ve eğitim düzeyi yüksek erkek grubunda yapılan Thummalachetty ve ark (2007) erkeklerin en çok bildiği gebelikten korunma yöntemi %98.2 ile erkek kondomu, %97.1 ile kadın oral kontraseptifleri ve %95.3 ile geri çekme yöntemi izlemiştir. Araştırma grubundaki erkeklerin hayatlarının herhangi bir döneminde en çok kullandıkları gebelikten korunma yöntemi yine %79.5 ile kondom olup bunu %74.9 ile geri çekme yönteminin takip etmiştir. Gebelikten korunma yöntemleri konusunda sorumluluk algıları ve cinsel sağlık/üreme sağlığı konusunda bilgi dağılımı incelendiğinde, %90'ı AP yöntem kullanma sorumluluğunun ortak sorumluluk olarak gördüğü belirlenmiştir. Aynı çalışmada erkeklerin CYBH ve bu hastalıkların bulaşma yolları ile ilgili bilgi düzeyleri ise yüksek bulunmuştur (40).

## 5.Sonuç

Dünya genelinde yapılan çalışmalar erkeklerin AP yöntem kullanımı konusunda giderek daha az sorumluluk aldığını göstermektedir. Küresel düzeyde olan bu gerilemenin kontrasepsiyon ihtiyacının artması durumunda

da devam edebileceği endişesi duyulmaktadır. Bu durumun tersine çevrilmesi için toplumsal cinsiyet eşitliğinin desteklenmesi ve sağlığın korunması açısından büyük önem taşımaktadır. Erkeklerin üreme sağlığı konusundaki sorumlulukları arasında sadece aile planlaması hizmetleri bulunmamaktadır. Aynı zamanda, 1994 yılında yapılan Kahire konferansında “cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi” ve “kadına ve çocuğa yönelik şiddet” konuları da erkeklerin katılımını gerektiren toplumsal mücadele konuları olarak vurgulanmıştır (21, 40, 41).

Erkek üreme sağlığı ile ilgili kurumların çalışmalarına katkıda bulunabilecek şekilde; erkeklerin gebelikten korunma yöntemleri ve CYBH’lar konusundaki bilgi düzeyi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi, istenmeyen gebeliklerden ve CYBH bulaşmasından korunma sağlayan kondom kullanım sıklığının yaygınlaştırılması ve erkeklerin riskli davranışları, karar verme konularındaki bilgi, tutum ve davranışları saptanmalıdır. Bu bilgiler doğrultusunda eğitim ve müdahale çalışmalarında kullanılmasını sağlayan daha çok araştırmalar gerekmektedir (20, 42). Hizmetlerden yararlanmayı etkileyen kültürel faktörler, inanç ve değerler her toplum ve toplum alt grupları için ayrıca ele alınmalı ve erkek grubunun birçok ülkede kadınlara göre daha fazla iş yaşamında yer almaları nedeniyle AP hizmetlerinden yararlanmalarını kolaylaştırabilmek için AP birimlerinin mesai saati düzenlemesini kapsayan ya da iş sağlığı birimlerinde iş yerlerinde AP hizmetlerinin sunumunu kapsayan model çalışmalara gereksinim vardır. Türkiye’de erkek nüfusun özellikle üreme çağında yüksek oluşu cinsel sağlığın korunması adına erkek nüfusunu hedef alan eğitimin önemini göstermektedir. Ayrıca ebe ve hemşireler AP danışmanlığında tüm toplumu bilinçlendirmek adına eğitici rolü oldukça önemlidir.

#### **Yazarların Katkıları:**

**Fikir ve Kavram:** FŞT, ED; **Literatür Taraması:** FŞT; **Makalenin Yazımı:** FŞT, ED; **Eleştirel İnceleme:** FŞT,ED.

#### **Kaynak**

1. Page ST, Amory JK, Bremner WJ. Advances in male contraception. *Endocrine reviews*,2008; 29(4), 465-93.
2. United Nations. *World Population Prospects: The 2017 Revision. Key Findings and Advance Tables*. New York: United Nations. 2017;p.46.
3. World Health Organization (WHO), *Sexual and reproductive health 2018*. [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/en](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/en) (Erişim Tarihi:18 Kasım 2019).
4. Liu PY, Christenson PD, Handelsman DJ, Wang C. Rate, extent, and modifiers of spermatogenic recovery after hormonal male contraception: an integrated analysis.; *Lancet*, 2006;367,1412-20.
5. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *Trends in Contraceptive Use Worldwide*. 2015;p70
6. Gabriel ID, Tudorache Ş, Vlădăreanu S, Oprescu ND, Mureşan MC, Drăguşin RC, Ceauşu I. Birth Control and Family Planning Using Intrauterine Devices (IUDs). In *Family Planning*. IntechOpen.2017.
7. Wildemeersch D, Andrade A, Goldstuc, ND, Hasskamp T, Jackers G. Intrauterine levonorgestrel delivery with frameless fibrous delivery system: review of clinical experience. *International journal of women’s health*, 2017;9, 49.
8. Nieschlag E. Clinical trials in male hormonal contraception. *Contraception*, 82(5), 457-70.
9. Cleland J, Conde-Agudelo A, Peterson H, Ross J, Tsui A. Contraception and health. *The Lancet*, 2012;380(9837), 149-156.
10. Kaşlı F. (2014). *Aile planlaması (Yüksekliansns Tezi)*, Beykent Üniversitesi, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, İstanbul.
11. World Health Organization (WHO), *Sexual and reproductive health,2010*. [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/) (Erişim Tarihi: 30 Kasım 2019).
12. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2019 <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=nufus-ve-demografi-109&dil=1> (Erişim Tarihi:22 Ocak 2021).
13. Siyez, D.M. ve Siyez E. Ergenlerin cinsel yaşam deneyimlerinin bazı psikososyal değişkenler açısından değerlendirilmesi. *Türk Üroloji Dergisi*, 2007;33(1), 56-63.
14. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı (İKGV). *Cinsel Sağlık Bilgileri Eğitim Modülü*. 2003.

- (Erişim Tarihi: 20 Şubat 2020). <http://sdb.meb.gov.tr/okulsagligi/egitimmodul.pdf> E.T.
15. Aras Ş, Şemin S, Günay T, Orçın, E, Özkan S. Lise öğrencilerinin cinsel tutum ve davranış özellikleri. *Türk Pediatri Arşivi*, 2005;40, 72-82.
  16. Depe Y, Erenel AŞ. Erkeklerin aile planlamasına ilişkin görüş ve davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006; 10(3), 29-36.
  17. World Health Organization (WHO), Family planning/Contraception 2015. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception> (Erişim Tarihi:18 Kasım 2019).
  18. Bruess, C. E. ve Greenberg, J. S. Sexuality education – changes or status quo? *American Journal of Health Education*,2004; 35, 338-341.
  19. Siyez DM. (2012). Ergenlerde problem davranışlar (3. Baskı). Ankara. Pegem Akademi.
  20. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı İstatistiksel Verileri: HIV/AIDS.(2020). <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/hiv-aids/hiv-aids-liste/hiv-aids-istatistik.html> (Erişim Tarihi: 22 Ocak 2021).
  21. Kura S, Vince J, Crouch-Chivers P. Male involvement in sexual and reproductive health in the Mendi district, Southern Highlands province of Papua New Guinea: a descriptive study. *Reproductive health*, 2013;10(1), 46.
  22. Ilani N, Liu PY, Swerdloff RS, Wang C. Does ethnicity matter in male hormonal contraceptive efficacy? *Asian journal of andrology*, 2011;13(4), 579.
  23. Badiei SH, Bahasadri SH. The male contraception supermarket. *Shiraz E-Med J*.2009;10(3),138-46.
  24. Huhtaniemi I, Mieusset R. Le futur de la contraception masculine. In *La contraception masculine* Springer, Paris. 2013;113-126.
  25. Gu Y, Liang X, Wu W, Liu M, Song S, Cheng, L, et al. Multicenter contraceptive efficacy trial of injectable testosterone undecanoate in Chinese men. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94(6), 1910-1915.
  26. Tom L, Bhasin S, Salameh W, Steiner B, Peterson M, Sokol R Et al. Induction of azoospermia in normal men with combined Nal-Glu gonadotropin-releasing hormone antagonist and testosterone enanthate. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*1992; 75(2), 476-483.
  27. Mruk DD. New perspectives in non-hormonal male contraception. *Trends in Endocrinology & Metabolism*, 2008;19(2), 57-64.
  28. Sharpe RM. Environmental/lifestyle effects on spermatogenesis. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 2010;365(1546), 1697-1712.
  29. Waller D, Bolick D, Lissner E, Premanandan C, Gamerman G. Reversibility of Vasalge1™ male contraceptive in a rabbit model. *Basic and clinical andrology*, 2017;27(1), 8.
  30. Keesara S, Juma PA, Harper CC, Newmann SJ. Barriers to postpartum contraception: differences among women based on parity and future fertility desires. *Culture, health & sexuality*,2018; 20(3), 247-261.
  31. Mitra S, Kshatriya GK. Failure of male contraception: An insight. *Anthropol*, 2014;2(119), 2332-0915.
  32. Özcebe H, Akın A. Kadın-erkek eşitsizliği ve erkeklerin üreme sağlığına katılımı: 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara, Bayt yayıncılık, 2003; 85-89.
  33. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014), “2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA\\_2013\\_ana\\_rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf) (Erişim Tarihi: 20 Aralık 2019).
  34. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2018), “2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA\\_2018\\_ana\\_rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA_2018_ana_rapor.pdf) (Erişim Tarihi: 20 Aralık 2019).
  35. Martin Cameron W. Potential impact of hormonal male contraception: cross-cultural implications for development of novel preparations. *Human Reproduction*,2000; 15(3), 637-645.
  36. Audu A. El-Nafaty B, Bako G, Melah A, Mairiga A. Kullima attitude of Nigerian women to contraceptive use by men. *J Obstet Gynaecol*, 2008;28 (6), 621-625
  37. Amory JK. Male contraception. *Fertility and sterility*, 2016;106(6), 1303-1309.
  38. Altay B, Gönener D. Evli erkeklerin aile planlaması yöntemlerini bilme ve kullanma

- durumları ve etkileyen faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, 2009;14(1), 56-64.
39. Akın L, Özaydın N, Aslan D. Türkiye’de evli erkeklerin aile planlaması yöntemlerini kullanmalarını etkileyen faktörler. *Gülhane Tıp Dergisi*,2006; 48(2), 63-69.
40. Thummalachetty N, Mathur S, Mullinax M, DeCosta K, Nakyanjo N, Lutalo, T., et al. Contraceptive knowledge, perceptions, and concerns among men in Uganda. *BMC public health*, 2007 ;17(1), 792.
41. Kaya M. İstanbul’da bir aile hekimine kayıtlı erkeklerin üreme sağlığı davranışları ve gereksinimlerinin araştırılması. (Uzmanlık Tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul.2016.
42. Gökengin D. Türkiye’de HIV İnfeksiyonu: hedefe ne kadar yakınız? *Klimik Dergisi*, 2018;31(1), 4-10.
43. Korenromp EL, Rowley J, Alonso M, Mello MB, Wijesooriya NS, Mahiane SG, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. *PloS one*, 2019;14(2), e0211720.





Güzide ÜĞÜCÜ<sup>1\*</sup> 

Rana YİĞİT<sup>1</sup> 

\*Sorumlu Yazar e mail:  
guzide.ugucu@outlook.com

<sup>1</sup>Mersin Üniversitesi Hemşirelik  
Fakültesi Çocuk Sağlığı ve  
Hastalıkları Hemşireliği Ana  
Bilim Dalı, Mersin

Üğücü G, Yiğit R. Yenidoğan  
Yoğun Bakım Ünitelerinde  
Yeni Bir Çağın Başlangıcı: Aile  
Entegre Bakım. Haliç Üniv Sağ  
Bil Der. 2021;4(2) 123-135

Üğücü G, Yiğit R. The Dawn of  
A New Era in Neonatal Intensive  
Care Units: Family Integrated  
Care. Halic Uni J Health Sci.  
2021;4(2) 123-135

Doi:10.48124/husagbilder.796242

Geliş Tarihi: 17.09.2020

Kabul Tarihi: 12.02.2021

## DERLEME

# YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE YENİ BİR ÇAĞIN BAŞLANGICI: AİLE ENTEGRE BAKIM

## Öz

Gelişen teknoloji, antenatal ve neonatal bakım uygulamalarıyla birlikte prematüre bebeklerin yaşama şansı artmıştır. Bebeklerin yaşama şansındaki iyileşmeye karşın, uzun dönem izlemlerde nörogelişimsel sorunlar dikkat çekmektedir. Yenidoğan yoğun bakım üniteleri riskli bebeklerin bakım gereksinimlerinin karşılandığı özellikli birimlerdir. Günümüzde bu birimlerde amaç; özel bakım gereksinimi olan bebeklerin yalnızca yaşatılması değil, kaliteli ve güvenli bakım sunulması ile sağlıklı term bebeklerle benzer nörogelişimsel şansı yakalamalarını sağlamaktır. “Bilgi, güçtür.” ilkesini benimseyerek ebeveynlerin yeterliliğini artırıp, bebeklerinin primer bakım vericileri olmalarını hedefleyen aile entegre bakım modeli, aile merkezli bakım kültürünün oluşturulması ve gelişimsel bakımın ünitelerde uygulamaya aktarılmasında önemli bir adımdır.

**Anahtar Kelimeler:** Bebek, Yenidoğan yoğun bakım ünitesi, Aile entegre bakım, Ebeveyn, Hemşirelik

## REVIEW

# THE DAWN OF A NEW ERA IN NEONATAL INTENSIVE CARE UNITS: FAMILY INTEGRATED CARE

## Abstract

The survival chance of premature infants have increased with advanced technology, antenatal and neonatal care implementations. Despite of the improvement in the chance of infants survival, follow-up neurodevelopmental problems have pointed out long-term outcomes. Neonatal intensive care units are specialized eras to meet the care needs of risky infants. Today, the purpose of these units is not only keeping the infants with special care needs alive, but also providing quality and safe care to have similar neurodevelopmental chances with healthy term ones. Family intagrated care is an essential step to create family-centered care culture, to transfer developmental care into practices in units by adopting the principle “knowledge is power” through increasing the competence of parents who will be the primary caregivers of their infants.

**Keywords:** Infant, Neonatal intensive care unit, Family integrated care, Parent, Nursing

## 1. Giriş

Gelişen teknoloji, antenatal ve neonatal bakım uygulamalarıyla birlikte prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerin yaşama şansı artmıştır. On yıl öncesinde 22 gestasyon haftasında (GH) doğan bir bebeğin yaşama şansı %10 iken, günümüzde %40'tır. Bu şans, 23 GH bebekte %63'e, 24 GH'de ise %81'e yükselmektedir (1). Bebeklerin yaşama şansındaki iyileşmeye karşın, uzun dönem izlemlerde nörogelişimsel olumsuzluklar dikkat çekmektedir. Bunlar arasında; görme ve işitme kayıpları, düzeltilmiş yaşa göre bilişsel, motor ve dil gelişiminde gerilikler yer almaktadır (2,3).

Yenidoğan yoğun bakım üniteleri (YYBÜ) riskli bebeklerin bakım gereksinimlerinin karşılandığı özellikli birimlerdir. Günümüzde YYBÜ'lerde amaç; özel bakım gereksinimi olan bu bebeklerin yalnızca yaşatılması değildir. Kaliteli ve güvenli bakım sunulması ile sağlıklı term bebeklerle benzer nörogelişimsel şansı yakalamalarını sağlamaktır. Bu nedenle, 1980'lerde riskli bebeklerin gereksinimlerini karşılamak amacıyla oluşturulan Gelişimsel Bakım Yaklaşımı (GBY) günümüzde önemini korumakta ve artırmaktadır (4).

Gelişimsel Bakım Yaklaşımı, YYBÜ'de bakım alan bebeklerde kısıtlılıkların önlenmesi, uygun nöral yolak ve bağlantıların oluşumunun desteklenmesiyle birlikte sağlıklı gelişimin sağlanması stratejilerini kapsar. GBY'nin yedi ana bileşeni bulunmaktadır. Bunlardan ilki "iyileştirici çevre" ve ikincisi "aile merkezli bakım (AMB)"dır (4,5).

Aile, bebeğin iyileştirici çevresinin ve gelişimsel bakımının ayrılmaz bir parçasıdır. Yeni bir bebeğin aileye katılmasıyla birlikte ebeveyn rolleri, ailenin işlevi, dinamik ve gereksinimleri farklılaşır. Aile içi süreçlerde bir değişim söz konusudur. Üstelik yeni katılan bireyin özel bakım gereksiniminin olması aile için oldukça stresli bir deneyimdir. Aile Entegre Bakım (AEB) tam olarak bu noktada; bebek ve ailesinin gereksinimlerini bir bütün olarak ele alır. Söz konusu bakım sürecinde; ailenin güçlenmesini, olumlu başatma yöntemleri geliştirmesini, destek kaynaklarına ulaşmasını, esneklik ve dayanıklılığını artırmasını sağlayarak işlevselliğini ve sistemsel bütünlüğünü korumasını sağlar. "Bilgi, güçtür."

ilkesini benimseyerek ebeveynlerin yeterliğini artırıp, bebeklerinin primer bakım vericileri olmalarını hedefler (4-6).

Bu derlemenin amacı; YYBÜ'lerde AMB kültürünün oluşturulmasında önemli bir adım olan AEB modelini tanıtarak hemşirelere ve sağlık organizasyonlarına uygulama aktarmaya yönelik rolleri konusunda bilgi sağlamaktır.

## 2. Gelişimsel Bakımın Vazgeçilmez Bileşeni: Aile

Türkiye'nin de bulunduğu, 30'dan fazla ülkedeki uzmanların işbirliği ile geliştirilen Avrupa Yenidoğan Sağlığı Bakım Standartları (2018); bebeği, ailesi ile bir bütün olarak ele alan GBY'yi benimser. Ünitelerde AMB kültürünün oluşturulmasını, ebeveynlerin bakımın her aşamasına dahil edilmesini ve güçlendirilmesini destekler. Nöroprotektif stratejilerle birlikte güvenli ebeveyn-bebek bağlanmasını destekleyerek; uzun dönemde bebeğin term bebeklerle benzer nörogelişimsel özelliklere ulaşmasını amaçlar (5,7).

Nöroprotektif stratejiler, gelişen beyni desteklemeyi amaçlayan girişimler için kullanılan bir kavramdır. GBY kapsamında bu stratejiler; a) yeni nöral sinaps ve yolakların oluşumunu desteklemeyi, b) normal nöral gelişimi sağlamayı ve c) kısıtlılık ve engel oluşumunu önlemeyi amaçlar (5). Beyin yapısı ve gelişimini ise, genetik ve çevre etkiler. Genetik, beyin gelişimi için temel yapı planını oluşturur. Sinir hücrelerinin temel özelliklerini ve bağlantı için gerekli kuralları belirler. Çevre ise, beyin ve işlevlerinin tüm potansiyeline ulaşması için gerekli uyarın ve deneyimleri sunar. Ünitelerdeki bebek çevresini deneyimledikçe, aile ve diğer kişilerle etkileşime geçtikçe nöral yolaklar oluşur ve güçlenir (5,8).

Gelişimsel bakım yaklaşımının yedi ana bileşeni; I) iyileştirici çevre, II) aile merkezli bakım, III) uygun pozisyon verme ve dokunma, IV) uykuyu koruma, V) ağrı ve stresin yönetimi, VI) cilt bütünlüğünün korunması ve VII) beslenmenin sağlanmasıdır (5,9). Aile özellikle ebeveynler, iyileştirici çevrenin oluşturulması ve gelişimsel bakımın sağlanmasında vazgeçilmezdirler. Bebeğin intrauterin yaşamdaki mikroçevresini annesi oluşturur. Annesinin kalp

atımı, kokusu, vücut sıcaklığı, sesi vb. özellikler bebeğin gelişimini destekleyen duyuşsal uyarılar olup tanıdığı ve kendisini güvende hissettiği çevresel özelliklerin başında gelir. Bu durum, tüm yenidoğanlar için geçerlidir. Ebeveynin bakıma dahil olması ile bebek, intrauterin yaşamda alışık olduğu ses, sıcaklık, koku gibi uyarılara maruz kalır. Ayrıca, ebeveynin bebeğine fiziksel olarak yakınlığı, sevgi ve şefkat duygularını güçlendirerek duygusal bağlılığı ve yakınlığını artırır. Fiziksel ve duygusal yakınlık; bebek ve ebeveynin fiziksel, duygusal ve sosyal sağlığı için önemli ve gereklidir. Bu nedenle ebeveynler, üniteadaki bebeklerinin “ziyaretçileri” değildirler. Onlar; sağlık ekibinin aktif üyeleri olarak GBY'nin vazgeçilmez bileşenidirler. Bebeklerinin bakımında “uzman” olma konusunda desteklenme, güçlendirilme ve yeterliliklerinin geliştirilmesine gereksinim duyarlar (6,7,9).

Aile entegre bakım, bir uygulama modeli olarak GBY ve AMB'nin gerçekleştirilmesine kolaylık sağlar. Ailenin, bebek ile fiziksel yakınlığı desteklenir. Üniteadaki fiziksel ve çevresel koşullar buna uygun düzenlenir. Ebeveynler, bakımın tüm süreçlerine entegre edilirler. Bu sayede ebeveynler; bebek için uygun dokunsal, işitsel, görşel, vestibular ve olfaktor uyarı oluşturma becerisinden; ağrı, stres, açlık, uyku gibi durumlarda davranışsal tepkilerini ve mizacını tanıma konularına kadar desteklenirler (9-11). Söz konusu rol ve becerilerin kazandırıldığı ebeveynlerin taburculukta “hemşireyi alıp eve götürmeyi istemek yerine bebeklerinin gereksinimlerini en iyi kendilerinin karşılayabileceğini” düşündüğü, düşük anksiyete, yüksek öz-güven ve öz-yeterliliklerinin olduğu bildirilmektedir (6,9-11).

### 3. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Aile Entegre Bakım

Üst düzey teknolojik donanımın olduğu YYBÜ, ebeveynlerin alışık olmadığı bir ortamdır. Yabancı oldukları bu ortamda; bakım alan diğer bebek ve aileler, nöbet sistemiyle çalışan ve sürekli değişen sağlık ekibi üyeleri, kuvöz, monitör, ventilatör ve cihazlar ailede strese neden olabilmektedir. Yetersiz destek sistemi ve başetme yöntemleri nedeniyle etkili yönetilemeyen

stres; ebeveynlerde; anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu gibi ruh sağlığı sorunlarına neden olabilmektedir (7,12).

Doğumdan sonra yeni aile üyesiyle güvenli bağlanma süreçlerinin başlaması, eve birlikte dönülmesi planlanırken; YYBÜ'ye kabulü sonucu ebeveynler bebeklerinden fiziksel, fizyolojik ve duygusal olarak ayrılığı deneyimlerler. Bebeğin sağlık durumu ve hastaneye yatışından kendilerinin sorumlu olduğuna inanabilirler. Onların özel gereksinimlerinin karşılanmasında, deneyimli sağlık ekibinin dışında kendilerinin herhangi rolü olmadığını düşünebilirler. Bu nedenle; yoğun öfke, korku, çaresizlik, suçluluk ve umutsuzluk duyguları hissedebilirler (12-14).

Uygulama modeli olarak AEB, bebek ve ailenin sağlığını holistik biçimde ele alır. Ebeveyn ve bebek ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesine önem verir. Bebek ve aileyi merkeze alarak bakım gereksinimlerini karşılamayı sağlayan bu modelin tüm ilkeleri AMB'ye paraleldir. Aile entegre bakımda; ebeveyn ve ekip eğitimi, ebeveynin bakıma dahil olma ve üniteye bulunma süresi gibi özelliklerin yapılandırılmış olması dikkat çekmektedir (15). Yenidoğan yoğun bakım üniteleri için geliştirilen uygulamaya yönelik AEB modelinin amacı, gelişimi, felsefesi, yapıtaşları, ilkeleri ve uygulama planlaması örneği bu bölümde tartışılmaktadır.

#### 3.1. Modelin Amacı

Aile merkezli bakım yaklaşımının dört temel ilkesi “saygı ve onur”, “bilgi paylaşımı”, “katılım” ve “işbirliği”dir. Katılım ve işbirliği ilkeleri doğrultusunda günümüzde YYBÜ'lerde ailelerin varlığı ve bebeklerinin bakımına katılmaları desteklense de bakımın çoğunluğunu hemşirelerin sağladığı görölmektedir (6,15). Bu noktada AEB, AMB yaklaşımını uygulamaya aktarabilmek amacıyla geliştirilen bir modeldir. YYBÜ için geliştirilmiş uygulama odaklı bu model, potansiyel olarak diğer pediatri ve erişkin alanlarında da uygulanabilir (6).

Aile entegre bakım, AMB'nin temel ilkelerinin genişletilmiş bir uzantısıdır. Ebeveynler, sağlık ekibine ve bebeğinin bakımına entegre edilirler. Bu süreçte; üniteye bulunan “ziyaretçi” olmanın ötesine geçerek “ebeveyn”

olurlar. Ebeveynin sağlık ekibiyle işbirliğini, güvenini ve bebeğiyle etkileşimini güçlendirir. AEB, ebeveynlerin ünite ve taburculuktan sonra evde bebeklerinin primer bakım vericisi olmasını hedefler. Ebeveynlere; bebeklerinin bakımı (beslenme, alt bezi değişimi, banyo, oral ilaç uygulama, gastrik sonda ile besleme vb.), büyüme ve gelişmesinin izlenmesi, karar verme süreçlerinin her aşamasına nasıl dahil olması gerektiği öğretilir (15).

Aile entegre bakım modelinin başarılı bir şekilde uygulamaya aktarılması, üniteye be-  
beklere en iyi bakımı sağlamak için ebeveynlerle birlikte çalışan “multidisipliner sağlık ekibine” bağlıdır. Sağlık ekibi üyeleri arasında açık, net, saygı ve güvene dayalı bir iletişim vardır. Bebek ve ebeveynlerin sağlığını korumak, geliştirmek ve yükseltmek ekibin ortak amacıdır. Amaç bağlılığı doğrultusunda, her bir ekip üyesinin meslek ve profesyonelliğine saygı duyulur. Söz konusu sağlık ekibin kalbinde ise ebeveynler vardır. Ebeveynlik ve bakım verici rollerine uyumları desteklenir ve eğitimler planlanır. Ebeveynlerle bire-bir çalışan, modelin uygulama başarısını belirleyen önemli meslek grubu ise hemşirelerdir. Bu model; hemşirelerin mentor, koç, danışman ve eğitici rolünü ön plana çıkarmaktadır (6,7,15).

### 3.2. Modelin Gelişimi

Estonya Tallinn’de 1979’da kurulan bir YY-BÜ’de, hemşire sayısındaki yetersizlikten dolayı taburculuğa kadar annelerin bebekleri ile birlikte kalmaları desteklenmiştir. Söz konusu yıllarda, bir nöbette genellikle dört hemşirenin özel gereksinimi olan 70 bebeğin bakımından sorumlu olduğu bildirilmiştir. Anne-bebek ayrılığının önlenmesi, bebeklerin bakım gereksinimlerinin karşılanması, intrauterin yaşamdaki fizyolojik ve biyolojik bağın devamlılığının sağlanması hedeflenmiştir. Bu kapsamda üniteye 24 saat süresince annelerin bebekleriyle kalması, diğer aile üyelerinin ise haftada birkaç kez ziyaret etmeleri sağlanmıştır. Her odada iki bebek ve anneleri olacak şekilde fiziksel çevre oluşturulmuştur. Odaları bireyselleştirmek için yatak örtüsü, fotoğraf, çiçek gibi nesneleri evlerinden üniteye getirmeleri desteklenmiştir. Burada anneler bebeklerinin primer bakım vericisi

olarak benimsenmişlerdir. Anneler, bebekleriyle ilgili tüm bakım süreçlerini hemşirelerden öğrenmişlerdir. Banyo, masaj, ten-ten teması, alt bezi değişimi, beslenme gibi bakım faaliyetleri anneler tarafından gerçekleştirilmiştir. Bebeğin mikrobiyotasının değişmemesi için sağlık ekibi minimal fiziksel temasta bulunmuştur. Hemşireler tarafından; bebeklerin günlük bakım gereksinimi ve sağlık durumları değerlendirilmiş, annelere eğitim verilmiş, danışmanlık sağlanmış ve invaziv girişimler uygulanmıştır. Annelerin, ebeveynlik rolleri güçlendirilmiştir (16-18).

Uygulamanın etkisini değerlendirmek amacıyla Levin (1994) tarafından; anneleri bakıma entegre edilen (n=84) ve rutin bakım alan (n=72) bebeklerin kilo alımı, enfeksiyon ve sepsis gelişme oranları karşılaştırılmıştır. Buna göre; anneleri bakıma entegre edilen grupta, bebeklerin kilo almalarının yüksek, enfeksiyon ve sepsis gelişme oranının düşük olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte; annelerin ve ekip üyelerinin memnuniyetlerinin yüksek ve sağlık ekibine olan bağımlılığın düşük olduğu bildirilmiştir (14). Bu çalışma sonuçları Kanada’da ilgi görmüş; uyarlanabilme ve uygulanabilme durumunu araştırmak üzere bir ekip Estonya’daki üniteyi ziyaret etmiş ve gözlem yapmıştır (19).

Kanada’da ailelerin gereksinimlerinin belirlenebilmesi ve ünite dinamiklerine uygun model geliştirilebilmesi amacıyla oluşturulan ekipte “deneyimli/kıdemli ebeveynlere” yer verilmiştir. Ekip; bir yenidoğan hemşiresi, bir eğitim hemşiresi, bir anne sütü ve emzirme danışmanı olan hemşire, üç ebeveyn, bir neonatolog ve bir sosyal hizmet uzmanından oluşturulmuştur. Söz konusu ebeveynler; daha öncesinde bebeği YYBÜ’de bakım alan, ekiple iletişimi iyi olan ve düşüncelerini uygun şekilde ifade edebilen kişilerdir. AEB modelinin tasarımdan uygulamaya geçişinde 12 aylık izleme çalışmaları yürütülmüştür (6,19). Bu süreçte; bilgilendirilmiş onam, literatür taraması, protokol geliştirme, ebeveynlerin üniteye bir günü, öngörülen sorunlar, yasal sorumluluk ve etik konularda danışmanlık ve geliştirme faaliyetleri gerçekleştirilmiştir. “Aile Merkezli Bakımın Teorik Çerçevesi ve Temel İlkeleri” ile iç-içe geçmiş bir yapı ortaya çıkarılmıştır. Modelin gelişiminde hemşireler ve

önceden YYBÜ deneyimi olan ebeveynlerin (veteran parent) önemli etkisi olduğu görülmektedir (6,18,19).

Güvenliği ve uygulanabilirliğine yönelik yapılan pilot çalışmada AEB grubundaki bebeklerde rutin bakım alanlara göre; stres düzeylerinin düşük, anne sütüyle beslenme oranının yüksek, büyümelerinin hızlı, yatış sürelerinin kısa ve yeniden yatış sıklığının düşük olduğu bildirilmiştir. AEB grubundaki ebeveynlerde rutin bakım alanlara göre; bakım becerisi, öz-güven, bakıma katılma, algılanan destek, memnuniyet ve taburculuğa hazır olmanın yüksek olduğu belirtilmiştir. Geliştirilen bakım modeli günümüzde Amerika Birleşik Devletleri, Birleşik Krallıklar, Afrika, Almanya ve Çin gibi uluslarda uygulanmaktadır (19,20).

### 3.3. Modelin Felsefesi

Ünitede bakım verme konusunda AEB, bir paradigma değişimidir. Bunun nedeni, primer bakım verici olması ve bebeklerinin savunuculuğunu yapması için ebeveynlerin güçlendirilmesini benimsemesidir. Bebek ve ailesinin mutlak yararını gözetir. Bununla birlikte, ünite AMB kültürünün oluşumunu destekler (6,15).

- **Ebeveynler, sağlık ekibinin ve bebeğin bakımının vazgeçilmez bileşenidir.** Bakım, bebek ve ebeveynlerinin gereksinimlerine göre bireyselleştirilir. İnsan onuruna saygılı bir yaklaşımla ebeveynler, bebeklerinin bakımı konusunda cesaretlendirilir ve güçlendirilirler. Ebeveynler; medikal testler, ilaç uygulamaları ve invaziv girişimler hariç bebeklerin bakımının çoğunu üstlenirler (6,15).
- **Ebeveyn eğitimi bir gerekliliktir.** Eğitim ile ebeveynlerin bakım becerileri geliştirilir. Bakıma en üst düzeyde dahil olmaları ve işbirliği yapmaları sağlanır. Bebek bakımına yönelik eğitimsel gereksinimleri karşılanır ve kolaylaştırılır. Bu şekilde; ebeveynler güçlendirilerek bağımsızlıkları desteklenir ve bebeklerinin bakımında kontrol kazanmaları sağlanır. Hemşireler, ebeveynlerin eğitimcileri ve danışmanlarıdır (6,15,18).

- **Bakım ekibi, ebeveynleri destekler.** Ebeveynler ile ünite politika ve programı geliştirme, profesyonel eğitim ve bakım sunumu konularında işbirliği yapılır. Akran destek grupları oluşumu desteklenir. YYBÜ politikaları, fiziksel ve çevresel koşullar “ebeveynlerin bebeğin bakımının kalbinde olacağı” şekilde düzenlenir. Sağlık ekibinin tüm üyeleri AEB modelini destekler. Ebeveynlerle bire-bir çalışan, destekleyen ve güçlendiren meslek grubu olarak hemşireler AEB modelinin “itici gücü”dür (6,15,21).

### 3.4. Modelin Yapıtaşları

Uygulaması kolay, maliyeti diğer programlardan düşük olan AEB modelinin, dört temel yapıtaşı vardır. Bunlar; I) ekip eğitimi ve desteği, II) ebeveyn eğitimi, III) destekleyici ünite çevresi, IV) psikososyal destektir (21). Ekip ve ebeveynlerin eğitimi, yapılan nitel çalışmalar ve ön görüşmelerde belirlenen gereksinimler doğrultusunda alanının uzmanları tarafından güncel literatür, kanıt ve öneri düzeyleri dikkate alınarak geliştirilmiştir (19,21,22).

#### 3.4.1. Eğitimi ve Desteği

Modeli destekleyen ilk yapıtaşıdır. Ekibin; eğitmen ve mentor rollerini gerçekleştirebilmesi, ebeveynleri destekleyebilmesi için eğitimsel ve araçsal gereksinimlerini karşılamayı amaçlar. Bu sayede ekibin güçlenmesi, AEB’ye yönelik rollerini ve bebeğin yaşamında ailenin önemini benimsemesi sağlanır (6,21).

Sağlık ekibi multidisipliner ve interdisipliner yaklaşımla AEB’yi sunar. Ekip; ebeveynler, hemşire, hekim, dil ve konuşma terapisti, diyetisyen, fizyoterapist, ergoterapist, gelişimsel pediatri, emzirme danışmanı, eczacı, taburculuk koordinatörü, klinik psikolog vb. gibi kişilerden oluşabilir. Ekibin tüm üyelerinin eğitimi ve desteklenmesi önemlidir (21,23).

Ekibin özellikle hemşirelerin, AEB’ye yönelik desteğini almak uygulama başarısının anahtarıdır. Bu nedenle; öncelikle hemşireler AEB’nin temel ilke ve yapıtaşları konusunda bilgilendirilirler ve planlama sürecine dahil edilirler. Bu süreçte; programın bebek, aile ve ekip

için yararları açıkça ifade edilir. Bilgilendirme uygulamaları; hemşirelerin değişen bakım modeline yönelik endişe, düşünce ve gereksinimlerini belirleme fırsatı sunar. Ailelerin bakıma entegre edilmesi ve güçlendirilmesini kolaylaştırmaya yönelik sürekli hizmet içi eğitimlerle uygulama stratejileri oluşturulur (6,15,21,24).

Eğitimler için planlanan süre önemlidir. Ünitelerdeki yoğun çalışma saatleri nedeniyle “gereksinime yönelik ve kolay uygulanabilirlik” birinci koşuldur. AEB’de hemşirenin rolü, ebeveyn eğitiminde nasıl danışmanlık ve rehberlik yapacağı, kullanılacak mobil uygulamaların neler olduğu, ebeveyn yeterlilik-rollerini ne şekilde değerlendireceği, destekleyeceği, kayıt, iletişim, taburculuk vb. konuları içeren modüller geliştirilmiştir (19,21,25). Ön çalışma ve hemşirelerle görüşmeler yapılarak eğitim gereksinimleri belirlenmiştir. Her bir modülün kendi öğretim hedefleri, planı, kuramsal altyapısı, sunumu ve kaynakları mevcuttur. Örneğin; hemşire-ebeveyn iletişimi ve ilişkisi, Watson’ın İnsan Bakım Kuramına temellendirilmiştir (21,25).

Hemşirelere, yorum yapma ve soru sorma fırsatı sunan kısa süreli eğitimler planlanmıştır. Küçük grup oturumlarından, workshop ve online modüllere kadar farklı şekillerde eğitimler gerçekleştirilmiştir. Söz konusu modüllere, ekip üyeleri tarafından telefon uygulaması ve internetten her an ulaşılabilmiştir. Bu eğitimler, hizmetiçi eğitimlerin bir parçası haline getirilmiştir. Her bir modül en çok 30 dk süren eğitimler şeklinde planlanmıştır. Bu ise, “bite sized teaching = tek lokmalık/sıyrımlık öğretim” olarak isimlendirilmiştir. Klinikte buldukları süre içerisinde öğrenme stilleri dikkate alınarak öğretim yöntemleri kullanılmış ve eğitim gereksinimleri karşılanmıştır (21,22).

Kanada’da AEB modelinin tanıtımının yapıldığı sırada yapılan nitel çalışmada, uygulama öncesi hemşirelerin “değişen rolleri, yasal sorumlulukları, iş yükü ve bebeklerin güvenliği” konularında endişelerinin olduğu belirtilmiştir (20). Bunun için; her bir nöbetteki hemşire sayısı değiştirilmeden gönüllü hemşire ve ailelerle, AEB modeli uygulanmaya başlanmıştır. Ebeveynlerin eğitimsel faaliyetlerine, hemşirelerin katılımı desteklenmiştir. Bu sayede hemşirelere, ebeveyne öğretilenin ne olduğu ve uygulamalara

paralellik gösterme durumunu gözleme fırsatı sunulmuştur (19-21,25). Ebeveynlerin bakım konusunda uygulama yeterlilikleri yine hemşireler tarafından değerlendirilmiştir. Ekibin gereksinimlerine yönelik hazırlanan 23 konuya yönelik AEB Ekip Modülleri arasında “İyi Bir Başlangıç: Yenidoğan Yolculuğunda Bebek-Ebeveyn İlişkisini Desteklemek, Gastrik Sondadan Emmeye Geçiş, Gelişimsel Bakım Uygulama Becerileri, Solunumu Destekleme, Konfor Sağlama ve Gelişim İçin Konumlandırma, Uygulamalı Ten-Tene Temas İlkeleri, Pulmoner Gelişim Fizyolojisi ve Kan Gazı Analizi, Belgelendirme ve Kayıt” gibi başlıklara yer verilmiştir. Altı modül, UNICEF’in Bebek Dostu Kuruluşlar için zorunlu tuttuğu konulara yöneliktir. (21,25).

Eğitimler aracılığıyla ebeveyn ve ekibin rol ve sorumlulukları açıkça belirtilir. Bu ise, sınırların net bir şekilde çizilmesi anlamına gelir. Ebeveyn yeterliliklerinin hemşire tarafından değerlendirilmesi ve kayıt altına alınması, her iki gruba yasal olarak koruma sağlar. Ekip eğitimi sayesinde, AEB için ortak dil oluşturulur. Ayrıca, kanıta dayalı güncel uygulamaları kapsamı nedeniyle ekibe bilgi ve becerilerini güncelleme fırsatı sunar (7,21,25).

### 3.4.2. Ebeveyn Eğitimi

Ebeveynin kendi bebeğinin bakımında “uzman” olması desteklenir. Ebeveynlerin eğitimlerle güçlendirilmesi ile bebeklerinin bakımına en üst düzeyde katılım sağlamaları amaçlanır. Burada ebeveynler zamanla, bebeğiyle ilgili en iyi kararı verebilir ve savunuculuğunu yapabilir düzeye getirilir (6,15,18,19). Ebeveynlerin bakıma dahil olma dereceleri **Şekil 1**’de gösterilmektedir (7).

Erişkin eğitiminde kullanılan temel ilkeler dikkate alınır. Gereksinime yönelik, ekip çalışmasını güçlendiren, iletişimi kolaylaştıran, becerilerini geliştiren eğitimler planlanır. Ebeveynlerin öğrenme stiline göre eğitim içeriği ve materyaller oluşturulur. Bu özellikler dikkate alınarak AEB’ye özel mobil uygulama geliştirilmiştir. Söz konusu uygulama; ebeveynlere interaktif olan ve olmayan eğitimsel, gelişimsel ve terimsel bilgiler sunmaktadır. Yeterlilik değerlendirme listeleri, günlük bakım planı,

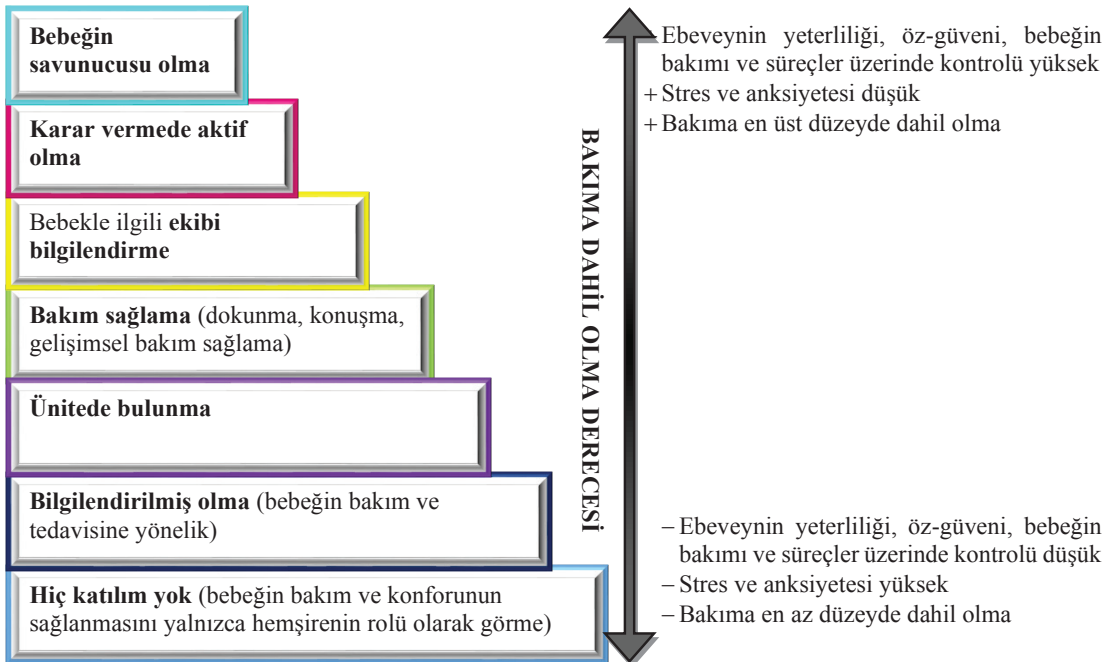
beslenme ve gözlem formları da uygulamada bulunmaktadır (18,19,22,26). AEB modelinin ne olduğu, bebeğin gelişimsel gereksinimleri ve nasıl karşılanabileceği gibi konulara yer verilmiştir. Uygulamayı kullanma ve indirme konusunda sorun yaşayan ebeveynlere kitapçık şeklinde modüller sağlanmıştır. Ebeveynlere yönelik proje ekibi tarafından oluşturulan eğitim modüllerinde “YYBÜ’de Başetme, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yaşam, Ekip Olarak Çalışmak, Yaşamsal Bulguların İzlemi, Emzirme Macerası, Tıbbi Durumlar ve Girişimler, Ventilasyon, Bebeğiniz için Anne Sütü” gibi başlıklar yer almaktadır (26).

Ebeveynlere düzenlenecek olan bu eğitimler en çok 45 dakika sürmektedir. Fırsat bulunan her yerde (çay içerken, bekleme odasında, öğle yemeği yerken vb...) eğitimler yapılabilir. Ebeveynlerin bireysel gereksinimlerini karşılayabilecekleri güvenli bir çevre oluşturulması eğitimler için önemlidir. Duyularını ve sorularını rahatlıkla ifade edeceği şekilde ortam düzenlenir ve eğitimler verilir. “Ekip olarak çalışma” ve ünite de bulunma konusunda desteklenir

ve cesaretlendirilirler. Ebeveynlerin değer ve inançları, hazırbulunuşlukları, öğrenme stilleri ve bireysel gereksinimleri dikkate alınarak bilgi ve becerileri geliştirilir (18,19,22).

Genellikle eğitimler, kısa bir sunum ya da video sonrası oyuncak bebek üzerinde demonstrasyon ile uygulanmaktadır. Sırasıyla ebeveynlerin; önce oyuncak bebek üzerinde yapması, hemşireyi uygulama yaparken izlemesi, uygulama basamaklarını açıklayabilmesi, hemşire ile birlikte yapması, son olarak bağımsız bir şekilde yapmasını takiben yeterliliği geliştirilir (6,18,19,23). Yeterlilik takip çizelgesine mevcut durum kaydedilir. Her değerlendirmede tarih, hemşire ve ebeveynin imzası alınır (26).

Eğitimlerin başarısını değerlendirmede, ebeveynlerin geri bildirimleri dikkate alınmaktadır. Her konunun sonunda ebeveynler katıldıkları eğitimi “1= çok kötü” ve “5= çok iyi” biçiminde derecelendirmektedir. Ayrıca eğitime yönelik öneri ve yorumları, gelecekte hangi eğitim konularının ele alınmasına yönelik talepleri kaydedilmektedir (18,23).



**Şekil 1.** Ebeveynin bakıma dahil olma derecesi

**Kaynak:** European Foundation for the Care of Newborn Infants, Pallás-Alonso C, Westrup B, et al. (2018). European Standards of Care for Newborn Health: Parental involvement. 49-55.

### 3.4.3. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Çevresi

Bebeklerin bakımına katılımı cesaretlendiren, ebeveynlerin gereksinimlerini karşılayan konforlu çevrenin oluşturulması AEB modelinin üçüncü yapıtaşdır. Bu ise; prosedür ve politikaların modeli destekleyecek biçimde düzenlenmesi, uygun fiziksel ve sosyal çevrenin oluşturulmasını kapsar (6,22,24,27).

— **Prosedür ve politikalar:** Ünite ve ziyaret kurallarının ebeveyn katılımı konusunda engel oluşturma durumu değerlendirilir. “Ziyaret saatleri belirli zamanlarda mı?, Belirli sürelerle kısıtlı mı?, Başka bir bebeğe müdahale sırasında ya da hemşire teslimlerinde ebeveynler üniteden çıkarılır mı?” gibi ailenin üniteye fiziksel olarak varlığını ve bakıma entegrasyonunu etkileyen standart uygulamalar yeniden incelenir. Örneğin; bebeğin banyosunun gece nöbeti için planlanması, ebeveynin öğrenmesi ve uygulama becerisi geliştirmesini engelleyebilir. Bu gibi rutin bakıma yönelik uygulamalar gözden geçirilir ve alternatif çözümler geliştirilir. Gece yapılması planlanan banyo, ebeveynin üniteye uygun olduğu bir saate planlanabilir. Ebeveynlerin üniteye günün 24 saati erişimleri sağlanır (7,19,22,23,25).

— **Fiziksel ve sosyal çevre:** Üniteye bu buldukları süreçte ebeveynlerin memnuniyetini sağlayacak ve gereksinimlerini karşılayacak, olabildiğince konforlu fiziksel çevre oluşturmak önemlidir. Onlar için oluşturulan bu alanlar; sözsüz olarak “ünitede bulunmaları ve bakıma katılmalarına verilen değeri” ifade eder. Deneysel ailelerin önerilerine göre fiziksel çevrede düzenleme yapılabilir. Örneğin; yiyeceklerini hazırlayabilecekleri su ısıtıcısı, mikrodalga fırın, buzdolabı gibi gereçlerin olduğu bir mutfağın sağlanması ile ebeveynler kendi yiyeceklerini yanlarında getirebilir, hazırlayabilir ve üniteye ziyareti kolaylaştırılmış olur. Ten-tene teması sağlayabilmek amacıyla kuvözlerin yanına konforlu koltuklar yerleştirilebilir. Anne sütünü sağlayabilmek için özel bir oda ve pompa cihazı temin edilebilir. Ailelerin birlikte oturabileceği, dinlenebileceği bir salon oluşturulabilir. Çeket, mont gibi eşyalarını bırakabilecekleri bir alan ya da kilitli dolaplar gerekli olabilir (6,7,18,19,23,27).

Her YYBÜ, kendi engelleri ve kolaylaştırıcılarına sahiptir. Bu nedenle her YYBÜ, aileyi bakıma entegre etmeyi destekleme yönünde ne şekilde bir değişime gereksinimi olduğu yönünde değerlendirilmelidir (27).

### 3.4.4. Psikososyal Destek

Dördüncü yapıtaşı olan psikososyal destek, ailelerin AEB’ye katılımını sağlamak, güçlükleri aşmak, korku ve stresle başatmayı desteklemek için gereklidir. Psikososyal destek birçok şekilde sağlanabilir. Çoğu üniteye hemşire, sosyal hizmet uzmanı ve klinik psikologlar, ailelere profesyonel destek sunmaktadırlar. Ailelere, akran destek grupları oluşturma olanakları sunmak önemlidir (25-27).

Akran desteği; benzer süreçleri deneyimleyen ebeveynlerin duygu, düşünce ve yaşadıklarını paylaşmalarını kolaylaştırır. Bu ise, anlaşılabilir olmalarını sağlar. Duygularının kabul edildiği bu ortamda yalnız olmadığı düşüncesi izolasyon hissini azaltır. Bu şekilde, ebeveynlerin psikososyal sağlığı desteklenir (18,19,27).

“Deneyimli ya da kıdemli ebeveynler = veteran parents” diğeri bir söylemle bebeği konusunda gerekli bakım becerilerini AEB modeli ile kazanarak YYBÜ’den başarılı bir şekilde taburcu olmuş aileleri ifade etmede kullanılan kavramdır (19). Bu ebeveynlerin üniteye gelmesi ve eğitimlere katılması desteklenir. Liderlik rolleri ön plana çıkarılır ve güçlendirilir. Akran eğitimi, desteği, sosyal organizasyonların düzenlenmesi, AEB programı ve kalite geliştirme süreçlerinde komisyon üyeliği gibi önemli rolleri vardır. AEB’nin gerçekleştirilmesinde ebeveynler ve ekip arasında köprü görevi görürler. Ünitelerdeki yeni ebeveynlere rehberlik yaparlar. Akran eğitimi konusunda hemşirelerden destek alırlar (18,19,23,24).

Hemşireler, YYBÜ’de ilk andan taburculuğun sonuna kadar ebeveyn ve bebeklerle yakın çalışan meslek profesyonelleridir. YYBÜ’nün fiziksel çevresi, enfeksiyon kontrol prosedürleri gibi süreçlere ebeveynlerin oryantasyonunu sağlarlar. Bu aşamada, bebeğin bakımında ebeveynlerin rolleri ve önemi konusunda bilgilendirme yaparlar (18,24,26). Ebeveynlerle güvene dayalı bir ilişki oluştururlar. Ebeveynlerin



bakım konusunda becerileri artıka, hemşirenin müdahalesi de azalır. Bebeklerinin bakımında gerekli olan becerileri (örneğin: ten-tene temas, giydirmeye, alt bezi değişimi, yaşamsal bulguların ölçümü, banyo vb.) ünitelerde bire-bir öğretir. Kurum ve birim politikaları doğrultusunda tıbbi konulara yönelik ek eğitimler yapabilir. Örneğin; ebeveynlere apne, bradikardi, desatürasyon gibi durumların ne olduğu, nasıl tanımlandığı ve ne zaman yardım çağrılmaları gerektiği konusunda eğitim vermek gibi (26,27)... İlaç uygulamalarına ne derece dahil olacakları, kurum ve birim politikalarına göre belirlenir. Hemşireler bakım planı oluştururken ebeveynlerle işbirliği yapar. Ebeveynin eğitim saatlerini dikkate alarak bebeğin temel bakımına katılabileceği şekilde planlama yapılır. Hemşireler, ebeveynlerin bilgi ve becerilerini değerlendirirler. Ebeveynlerin beceri kontrol listelerini tamamlama konusunda birlikte çalışırlar. Modelin uygulanmasında profesyonel hemşirelik sorumlulukları değişmemiştir. AEB modelini uygulayacak kurum ve birimlerin temel yapıtaşlarına uygun standart ve politikaları oluşturmasının yanında profesyonel rehberlere ve kanıta dayalı uygulamalara paralel olması sağlanmalıdır (24-27).

### 3.5. Modelin Uygulanması

Aile Entegre Bakım Modelini her ünite kendi dinamiklerine göre düzenler. Burada uygulama öncesi “Ünitelerde başarılmak istenen ve amaçlanan nedir?, Uygulamanın değişim ve gelişim yarattığı nasıl bilinebilir ve ölçülebilir?, Ne gibi bir değişim uygulama sonucunda gelişimi destekler?” sorularına yanıtlar oluşturulur. Kurum ve birim olarak amaçlar belirlenir. Modelin felsefesi benimsenir. Sürekli gelişimi ve değişimi sağlayacak planlama yapılır. Bu doğrultuda “Planla, Uygula, Kontrol Et ve Önlem Al (PUKÖ) Döngüsü” kullanılır (27,28).

Planlama, ilk ve kritik aşamadır. Bu aşamada AEB modelinin; kimler tarafından, neden, nasıl, ne zaman ve ne kadar sürede uygulanacağı belirlenir. Bu aşamada, birimin güçlü olan ve güçlendirilmesi gereken yönlerinin bilinmesi, ön görülen fırsat ve tehditlerin belirlenmesi son aşamanın yükünü azaltır. Amaç ve hedefler, kısa ve

uzun dönem biçiminde belirlenir. Bu doğrultuda; detaylı uygulama planı hazırlanır (28-30).

Uygulama, ikinci aşamadır ve Kontrol Et aşamasının girdilerini oluşturur. Uygulama sonuçları yakından takip edilir. Planlanan amaç ve hedeflere ne kadar ulaşıldığının belirlenmesi Kontrol Et aşamasında gerçekleştirilir. Önlem Al aşaması kendi içinde PUKÖ döngüsü içerir. Planlama ve uygulama arasındaki farklılıkların ve sapmaların nedenleri araştırılır. Etkili olan uygulamalar standartlaştırılır. Gerekli eğitim ve yönlendirmeler sağlanır. Kalıcı bir uygulama değerlendirme sistemi kurulur (27-30). **Şekil 2**'de bir YYBÜ'de AEB modeli uygulamasına yönelik örnek PUKÖ döngüsü gösterilmektedir (28-30).

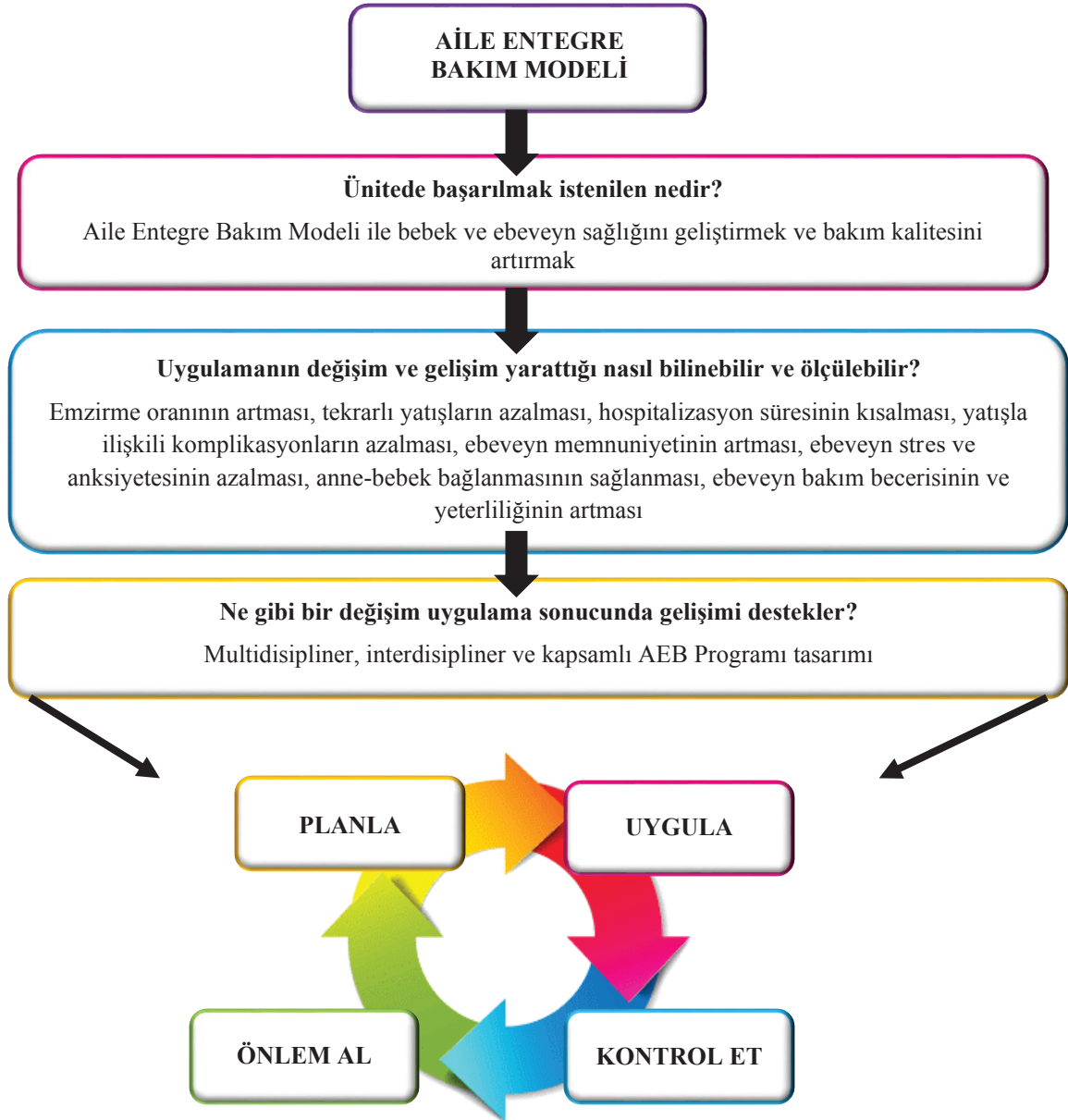
Modelin uygulanma amacı, bebek ve ailenin kısa ve uzun dönemde sağlığını olumlu yönde etkilemektir. Bu doğrultuda; günlük bakım planları, kuvöz başında birebir ebeveyn eğitimi, teslim ve vizitlere katılımı destekleme, ebeveyn eğitim oturumları, akran destek grupları, rutin bakımlar ve ebeveyn form, çizelgeleri kullanılabilir. (28,29).

— **Günlük bakım planı:** Her sabah ebeveynler, hemşirelerin oluşturduğu bakım planına dahil olurlar ve danışmanlık alırlar. Burada amaç, ebeveyn-hemşire ilişkisini güçlendirmek ve bebeğin gelişimsel bakım gereksinimlerinin karşılanmasını sağlamaktır. Danışmanlık sırasında bebeğin günlük bakım gereksinimleri (beslenme, banyo vb.), ebeveyn eğitim oturumları gibi aktivitelerin ana hatları oluşturulur. Bebeğin ve ebeveynin gereksinimleri değiştiğinde her gün yeniden yapılır. Ebeveyn hangi saatte bebeğini besleyeceğini, banyo yaptıracağını ve eğitime katılacağını bilir (6,18,23,26).

— **Ebeveyn form ve çizelgeleri:** Ebeveynlere, ekiple daha iyi iletişim kurması ve bebeklerinin ilerlemesini kaydetmesi amacıyla kullanabilecekleri çeşitli araçlar sunulmaktadır. Bu araçlar; bir ebeveyn şeması/günlüğü, beceri kontrol listesi ve bebeğin olduğu yerde iletişim panosudur. Hemşireler, bilgi paylaşımlarını geliştirmek için bu araçları kullanarak ebeveynlerle ortak çalışırlar. Form ve çizelgeler; bebeklerin gelişimi, davranışsal belirtileri tanıma, süreci kayıt altına alma ve yansıtma fırsatı sunar (21,26).

— **Hemşire ile ünitede ebeveyn eğitimi:** Bebeğin gelişimsel ve günlük bakım gereksinimlerini nasıl karşılanacağını öğreten hemşireler; ebeveynlerin bire-bir mentoru, koçu ya da danışmanlarıdır. Bire-bir kuvöz başında yapılan öğretimler yoluyla ebeveynler bebek bakımında

yeterliliklerini geliştirir ve güven kazanır. Örneğin; bebeğin gelişimine uygun duyuşsal uyarın oluşturma, banyo yaptırma, giydirme, alt bezi değiştirme, besleme, pozisyon verme, vital bulgularını ölçme, büyüme ve gelişmesini izleme ve değerlendirme gibi (21,23,27)...



**Şekil 2.** Aile entegre bakım modeline yönelik PUKO döngüsü

**Kaynak:** Deierl et.al. (2018); NHS Institute for Innovation and Improvement (2010); Arian et. al. (2016).

— **Teslim ve vizitlere katılım:** Ebeveynlerin mevcut becerileri doğrultusunda; teslim ve vizitlere katılımlarından, bebeğini tanıtmaya, gelişimi ve genel durumuyla ilgili ayrıntıları sağlık ekibine sunmaya kadar desteklenirler. Bebeklerinin sağlık durumu, tedavi ve bakım gereksinimlerini anlamaları bu şekilde kolaylaşır. Ayrıca, bebeklerinin savunucuları ve karar-vericileri olarak ekibe seslerini rahatça duyururlar. Yeterlilikleri geliştikçe ebeveynler, bebekleri hakkında önemli ve tutarlı bilgi kaynağı olabilirler. Tüm bu yaklaşım sonucu; sağlık ekibinin değerli bir üyesi ve bebeğin bakımının vazgeçilmez bir parçası olarak hissederler (26,27).

— **Ebeveyn eğitim oturumları:** Esnek içeriğe sahip küçük grup eğitimleri, ebeveynleri ünite ve taburculuk sonrası evde bebeklerinin bakımı konusunda destekler. Riskli yenidoğan, gelişimsel bakım, ebeveyn-bebek etkileşimi, beslenme, enfeksiyon kontrolü, ağrı yönetimi, taburculuk planlama, ebeveynde başatma ve öz bakım gibi konular eğitim içeriğine dahildir (18,19,26,28).

— **Akran desteği:** Oluşturulan gruplar, ebeveynlerin YYBÜ ve süreçle etkili başatmalarını destekler. Duygu ve deneyimlerin paylaşılmasıyla, duygusal odaklı başatma sağlanır. Sağlık ekibiyle rahat bir şekilde etkileşime geçerler (19,21,26).

— **Bebek bakımı:** Ebeveyn ünite ve taburculuk sürecinde; bebeklerinin bakımına katılabilir, ten-tene temas sağlarken rahat hissedebilir, emzirmeye hazırlanabilir, ağırlı girişimlerde bebeğini destekleyebilir. Ebeveyn-bebek etkileşimi, güvenli bağlanma ve bebeğin gelişimi için ten-tene temas süresi olabildiğince uzun tutulur. Bebek bakımında yeterliliği artan ebeveyn ve bebekler güvenli taburculuğa hazırlanmış olurlar (18,19,26,31).

Ebeveyn-bebek etkileşiminin sağlanması, bakım konusunda bilgi, beceri ve güven kazanması için ünite ve taburculuk sürecinde uzun zaman geçirmeleri teşvik edilir. En az altı saat bulunmaları sağlanır. Olabildiğince büyük anne ve babaların da üniteyi ziyaret etmeleri, bakıma katılmaları desteklenir (6,15).

O'Brien ve arkadaşlarının AEB etkisini belirlemeye yönelik yaptıkları küme tasarımı randomize kontrollü çalışmada müdahale

grubundaki bebeklerin rutin bakım grubundakilere göre doğumu takiben 21. günde toplam ve günlük ortalama vücut ağırlığındaki artışın, taburculuk sırasında emzirilme oranlarının yüksek olduğu bildirilmiştir. Ebeveynlerde ise stres ve anksiyetenin rutin bakım grubuna göre düşük olduğu belirlenmiştir (32). Liu ve arkadaşlarının (2018) meta-analiz çalışmasında YYBÜ bebeği olan ebeveynlerin bakıma dahil olmalarının nazokomiyal enfeksiyonu artırmadığı bulunmuştur. Ayrıca ebeveynlerin bakıma dahil olan bebeklerde vücut ağırlığı artışı ve anne sütü ile beslenme oranlarının yüksek, tekrarlayan yatışların düşük olduğu bildirilmiştir (33).

#### 4. Sonuç ve Öneriler

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde AMB ve GBY'yi gerçekleştirmede AEB önemli bir adımdır. Mevcut teorik bilgi ve kanıtların uygulamaya aktarılmasına kolaylık sağlamaktadır. Gereksinimden doğan uygulama modelinde aile, bebeğin hemşirelik bakımının merkezindedir. Diğer söylemlerle bu durum aileler için; üniteye "ziyaretçiden ebeveyn kimliğine geçiş" anlamı taşır (6,15,19).

Ailenin bakıma dahil olması bebek ve ebeveyn sağlığını olumlu yönde etkilemektedir. Her ne kadar ebeveynin bakıma dahil olma derecesi arttıkça risk ve karmaşa artsa da, AEB iyi ve güvenli uygulama örneğidir. Bu nedenle farklı ülkelerde YYBÜ'lerde hızlı bir şekilde uygulamaya aktarılmaktadır. Yalnızca ebeveyn ya da ekip eğitimine odaklanmayan bu uygulama modelinde, psikososyal yön ve ünite çevresinin iyileştirilmesi temel yapıtaşlardır. Ayrıca söz konusu model kullanılarak; her ünite kendi amaç, hedef ve gereksinimleri doğrultusunda AEB programı geliştirilebilir. Organizasyon olarak güçlü olan ve güçlendirilmesi gereken yönlerini tanımlayarak sürdürülebilir ve bakım standardına dönüştürülebilir bir AEB programı oluşturulabilir (21-27).

Ünitelerde bebek ve ailelerle bire bir ve sürekli etkileşimde olan meslek, hemşireliktir. Bu nedenle; hemşirenin aileleri bakıma dahil etmede anahtar rolü vardır. Söz konusu programın başarısında hemşirelerin önemi büyüktür. Deneyimli ebeveynlerin süreçlere dahil edilmesi, ünite

bulunan yeni ebeveynlerin izolasyon hissiden kurtulmasını destekler. Akran desteği sağlayan bu deneyimli ebeveynler, bire-bir eğitimlerle akranlarını beceri gelişimi ve psikososyal olarak yönden desteklerler. Bu ebeveynlerin de eğitimsel gereksinimleri ve yeterliliklerini değerlendiren hemşirelerdir (6,19,23,27,28).

Günümüzdeki Türkiye’deki “Anne-Bebek Uyum Odaları” Tallin’de 1994 yılındaki fiziksel ortamın iyileştirilmiş şeklini anımsatmaktadır. Hemşirelik bakımının kalitesini artırmak ve değerlendirmek seçime bağlı olmayan bir zorunluluktur. Bu nedenle YYBÜ’ler; organizasyonel gereksinimleri ve ebeveynlerin bakıma dahil olma derecelerini belirleyerek AEB programı geliştirilebilirler. Söz konusu programın bakımın çıktılarını ne şekilde etkileyebileceği, sonuç göstergelerinin neler olabileceği, nasıl değerlendirilebileceği konusunda adım atılabilir. Bu değişimin sağlanması bir seçim değil, gereksinim ve zorunluluktur. Bu süreçte; yenidoğan ve ailelerine bakım veren hemşireler rollerinin farkında olmalıdırlar. Değişimi gerçekleştirebilmek için liderlik, danışmanlık ve eğitici özelliklerini etkili biçimde kullanabilmelidirler (6,28,31).

**Yazarların Katkıları: Fikir ve Kavram:** GÜ, RY; **Literatür Taraması:** GÜ, RY; **Makalenin Yazımı:** GÜ, RY; **Eleştirel İnceleme:** RY, GÜ.

**Teşekkür:** Makalenin eleştirel incelemesinde verdiği katkıdan dolayı Sayın Prof. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU’na teşekkür ederiz.

## Kaynaklar

1. Myrhaug HT, Brurberg KG, Hov L, Markestad T. Survival and Impairment of Extremely Premature Infants: A Meta-analysis. *Pediatrics* 2019; 143(2), 1-14.
2. Ding S, Mew EJ, Chee-A-Tow A, Offringa M, Butche NJ, Moore GP. Neurodevelopmental outcome descriptions in cohorts of extremely preterm children. *Archives of disease in childhood* 2020. Fetal and neonatal edition. 1-10.
3. Pierrat V, Marchand-Martin L, Arnaud C, Kaminski M, Resche-Rigon M, Lebeaux C, et. al. Neurodevelopmental outcome at 2 years for preterm children born at 22 to 34 weeks’ gestation in France in 2011: EPIPAGE-2 cohort study. *BMJ* 2017, 358, 1-13.
4. Yiğit R, Üğücü G. Yüksek Riskli Yenidoğan ve Bakımının Tarihsel Gelişimi: Dünya ve Türkiye. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2019, 3(3), 200-11.
5. Phillips RM. Seven core measures of neuroprotective family-centered developmental care: Creating an infrastructure for implementation. *Newborn and Infant Nursing Reviews* 2015, 15(3), 87-90.
6. Lee SK, O’Brien K. Family integrated care: Changing the NICU culture to improve whole-family health. *Journal of Neonatal Nursing* 2018, 24(1), 1-3.
7. European Foundation for the Care of Newborn Infants. *European Standards of Care for Newborn Health: Infant- & family-centered developmental care*. 2018. Available from: URL: [https://newborn-health-standards.org/wp-content/uploads/2019/10/TEG\\_IFCDC\\_complete.pdf](https://newborn-health-standards.org/wp-content/uploads/2019/10/TEG_IFCDC_complete.pdf) Accessed 26 June 2020.
8. Yiğit R, Üğücü G. Beyin Gelişimi. *Çocukluk Dönemlerinde Büyüme Gelişme*, Güncellenmiş 2. Baskı. Çukurova Nobel Tıp Kitabevi: Antalya, 2020; 43-50.
9. Altimier L, Boyle B. The role of families in providing neuroprotection for infants in the NICU. *Journal of Neonatal Nursing* 2019, 25, 155-9.
10. Pineda R, Raney M, Smith J. Supporting and enhancing NICU sensory experiences (SENSE): Defining developmentally-appropriate sensory exposures for high-risk infants. *Early Human Development* 2019, 133, 29-35.
11. Altimier L, Phillips RM. The neonatal integrative developmental care model: Seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care. *Newborn and Infant Nursing Reviews* 2013, 13(1), 9-22.
12. Palma EI, Von Wussow FK, Morales IB, Cifuentes J, Ambiado S. Stress in parents of newborns hospitalized in a neonatal intensive care unit. *Rev. Chil. Pediatr* 2017, 88(3), 332-9.
13. Treherne SC, Feeley N, Charbonneau L, Axelin A. Parents’ perspectives of closeness and separation with their preterm infants in the NICU. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 2017, 46(5), 737-47.
14. Lundqvist P, Weis J, Sivberg B. Parents’ journey caring for a preterm infant until discharge from hospital-based neonatal home care—A

- challenging process to cope with. *Journal of Clinical Nursing* 2019, 28(15-16), 2966-2978.
15. Banerjee J, Aloysius A, Platonos K, Deierl A. Family centred care and family delivered care – What are we talking about?. *Journal of Neonatal Nursing* 2018, 24, 8-12.
  16. Levin A. The mother-infant unit at Tallinn children's hospital, Estonia: A truly baby-friendly unit. *Birth* 1994, 21(1), 39-44.
  17. Levin A. Humane neonatal care initiative. *Acta Paediatr* 1999, 88: 353-5.
  18. Bracht M, O'Leary L, Lee SK, O'Brien K. Implementing family-integrated care in the NICU: a parent education and support program. *Advances in Neonatal Care* 2013, 13(2), 115-26.
  19. Macdonell K, Christie K, Robson K, Pytlik K, Lee SK, O'Brien K. Implementing family-integrated care in the NICU: engaging veteran parents in program design and delivery. *Advances in Neonatal Care* 2013, 13(4), 262-9.
  20. O'Brien K, Bracht M, Macdonell K, McBride T, Robson K, O'Leary L, Lee SK. A pilot cohort analytic study of Family Integrated Care in a Canadian neonatal intensive care unit. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2013, 13(1), 12.
  21. Aloysius A, Platonos K, Owen A, Deierl A, Banerjee J. Integrated family delivered care: Development a staff education programme. *Journal of Neonatal Nursing* 2018, 24, 35-8.
  22. Banerjee J, Aloysius A, Platonos K, Deierl A. Innovations: supporting family integrated care. *Journal of Neonatal Nursing* 2018, 24(1), 48-54.
  23. Kelly, H. Putting families at the heart of their baby's care. *Journal of Neonatal Nursing* 2018, 24(1), 13-6.
  24. Aloysius A, Kharusi M, Winter R, Platonos K, Banerjee J, Deierl A. Support for families beyond discharge from the NICU. *Journal of Neonatal Nursing* 2018, 24(1), 55-60.
  25. Galarza-Winton ME, Dicky T, O'Leary L, Lee SK, O'Brien K. Implementing family-integrated care in the NICU: educating nurses. *Advances in Neonatal Care* 2013, 13(5), 335-40.
  26. Platonos K, Aloysius A, Banerjee J, Deierl A. Integrated family delivered care project: Parent education programme. *Journal of Neonatal Nursing* 2018, 24(1), 29-34.
  27. Franck LS, Waddington C, O'Brien K. Family Integrated Care for Preterm Infants. *Critical Care Nursing Clinics* 2020.32;149-65.
  28. Deierl A, Williams S, Aloysius A, Hurlston R, Banerjee J. Development of outcome measurement tools for the integrated family delivered care project. *Journal of Neonatal Nursing* 2018, 24(1), 61-5.
  29. NHS Institute for Innovation and Improvement. (2010). Sustainability: Model and guide. Available from: URL: <https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2017/11/NHS-Sustainability-Model-2010.pdf> Accessed 26 June 2020.
  30. Arian M, Mortazavi H, TabatabaiChehr M, Navipour H, Vanaki Z. Institutionalizing the educational role of nurses by Deming cycle (PDCA). *Quarterly Journal of Nursing Management* 2016, 4(4), 45-57.
  31. Warre R, O'Brien K, Lee SK. Parents as the primary caregivers for their infant in the NICU: benefits and challenges. *NeoReviews* 2014, 15(11), 472-7.
  32. O'Brien K, Robson K, Bracht M, Cruz M, Lui K, Alvaro R, Soraisham A. Effectiveness of Family Integrated Care in neonatal intensive care units on infant and parent outcomes: a multi-centre, multinational, cluster-randomised controlled trial. *The Lancet Child & Adolescent Health* 2018, 2(4), 245-54.
  33. Liu TT, Lei MJ, Li YF, Liu YQ, Meng LN, Jin CD. Effects of parental involvement in infant care in neonatal intensive care units: a meta-analysis. *Frontiers of Nursing* 2018, 5(3), 207-15.





## RESEARCH

# RELIABILITY AND VALIDITY OF THE TOE WALKING TOOL IN TURKISH IDIOPATHIC TOE WALKING CHILDREN

### Abstract

The aim of our study was to determine the reliability and the validity of the Turkish-language version of the Toe Walking Tool (TWT) in idiopathic toe walking children. "Toe Walking Tool" contains 21-items which measure medical, birth & developmental history and assessment. Demographic information of 34 children was recorded. The tool was translated into Turkish with the following translation steps. Internal structure consistency and test-retest reliability were measured for reliability analyses. For each item on the tool, Cronbach's alpha coefficient and item-total score correlations were calculated. Turkish Version of Toe Walking Tool (TWT-TR) showed good test-retest reliability (ICC: 0.674). Lower and upper bound ranged of Cronbach's alpha coefficient in the internal structure consistency analysis was calculated between 0.476-0.823. These data suggest that the TWT-TR is a valid and reliable clinical tool in idiopathic toe walking children.

**Key words:** children, disability, function, reliability, toe walking

Müberra TANRIVERDİ<sup>1\*</sup> 

Büşra TUNÇ<sup>2</sup> 

Akın İŞCAN<sup>2</sup> 

\*Sorumlu Yazar e mail:  
mtanriverdi@bezmialem.edu.tr

<sup>1</sup>Bezmialem Vakıf University,  
Faculty of Health Sciences,  
Department of Physiotherapy and  
Rehabilitation, İstanbul, Turkey  
<sup>2</sup>Bezmialem Vakıf University,  
Faculty of Medicine, Department  
of Child Health and Disease,  
İstanbul, Turkey

Tanriverdi M, Tunc B, Iscan A.  
Reliability and Validity of the  
Toe Walking Tool in Turkish  
Idiopathic Toe Walking Children.  
Halic Uni J Health Sci. 2021;4(2)  
137-143

Tanriverdi M, Tunc B, Iscan A.  
İdiopatik Parmak Ucu Yürüyen  
Çocuklarda "Toe Walking Tool"  
Ölçeğinin Türk Toplumunda  
Geçerliği ve Güvenirliği. Halic Üniv  
Sağ Bil Der. 2021;4(2) 137-1143

Doi:10.48124/husagbilder.860164

Geliş Tarihi: 13.01.2021

Kabul Tarihi: 12.02.2021

## ARAŞTIRMA

# İDİOPATİK PARMAK UCU YÜRÜYEN ÇOCUKLARDA "TOE WALKING TOOL" ÖLÇEĞİNİN TÜRK TOPLUMUNDA GEÇERLİĞİ VE GÜVENİRLİĞİ

### Öz

Çalışmamızda amacımız idiopatik parmak ucu yürüyen çocuklarda "Toe Walking Tool (TWT)" ölçeğinin Türkçe versiyonu ile geçerlik ve güvenilirliğini belirlemektir. "Toe Walking Tool" tıbbi, doğum ve gelişim öyküsünü ve değerlendirmeyi ölçen 21 maddeyi içerir. 34 çocuğun demografik bilgileri kaydedildi. Ölçek çeviri adımlarıyla Türkçeye çevrildi. Güvenilirlik analizleri için iç yapı tutarlılığı ve test-tekrar test güvenilirliği kullanılmıştır. Her bir madde için Cronbach alfa katsayısı ve madde-toplam puan korelasyonları hesaplanmıştır. "Toe Walking Tool"un Türkçe Versiyonu (TWT-TR) iyi test-tekrar test güvenilirliği göstermiştir (ICC: 0,674). İç yapı tutarlılık analizinde Cronbach alfa katsayısının alt ve üst sınır aralıkları 0,476-0,823 arasında hesaplanmıştır. Sonuçlarımız TWT-TR'nin idiopatik parmak ucu yürüyen çocuklarda geçerli ve güvenilir bir klinik ölçek olduğunu göstermiştir.

**Anahtar Sözcükler:** bozukluk, çocuk, fonksiyon, geçerlik, parmak ucu yürütme

## 1. Introduction

The toe walking, is a common pattern in healthy children under 3 years of age. It is mostly characterized by the absence of full foot contact during standing. Heel strike is insufficient during the first contact phase of the gait cycle in toe walking (1). Weight bearing and transferring is not seen in toe walking (2). Frequently, toe walking is associated with cerebral palsy (CP), muscle disorders, Charcot Marie-Tooth disease and autistic spectrum disorders (3).

Idiopathic toe walking (ITW) is used for children older than 3 years without any known cause or pathology after excluding neurologic, orthopedic and psychiatric causes (4). Limited dorsi flexion, has been often reported in ITW (5). Generally this limitations increases with age, and other musculoskeletal abnormalities such as prolonged pelvic tilt, genu valgum, genu recurvatum, and/or external tibial torsion accompany in this process (6). There was also leg pain (7). Clinical observation of preschool childrens' walking diagnosed with ITW demonstrates the characteristics of toddler walking (like running constantly, poor adjustment of steps when walking, jumping and bouncing instead of controlled stepping, etc.). Idiopathic toe walkers' walking is symmetrical, symptoms are mostly intermittent, and they tend to resolve on their own within a few weeks or months. Children who diagnosed with ITW walk on tiptoes, but when they concentrate on their walking or when requested they can show foot contact (8). According to the results of many studies, children have a family history. In fact, the significant number of family histories suggests that there may be a hereditary condition involving abnormal neurological factors (9). In another study, in patient demographics of the family history incidence was 34.1% and male involvement was 68.2%. The diagnosis is not gender specific, it is seen in both girls and boys (10).

Currently a variety of standardized assessment tools are used to predict problems and symptoms, preventing the occurrence of the disease and/or preventing the clinical condition from worsening if it occurs. Clinical prediction tools need to be externally validated to ensure their generalizability, accuracy, and clinical

utility. The aim of our study was to determine the reliability and validity of the Turkish-language version of the Toe Walking Tool (TWT-TR) in idiopathic toe walking children.

## 2. Material and Method

### 2.1. Design

Our study was evaluated by University Non-invasive Clinical Research Ethics Committee and found to be ethically appropriate with the desicion number as 2011-KAEK-42-1/1 and was registered in the Clinical Trial Register (ClinicalTrials.gov Identifier: NCT03596021). The permission required for the application of the Turkish Version of TWT was obtained at the beginning of the study from the licensee. All children and their parents who agreed to participate in the study were informed about the study and written informed consent was received from all.

### 2.2. Participants

The study was conducted at the our university, from the Faculty of Medicine, Department of Child Health and Disease, Divison of Pediatric Neurology. Inclusion criterias for the children were: (1) having been diagnosed with ITW by pediatric neurologist, (2) being between 4-8 years of age, (3) being volunteer to participate in the study, (4) having no any other diagnosis (e.g. cerebral palsy, neuromuscular disease etc.)

### 2.3. Outcomes

#### 2.3.1. Demographic Information Form

A demographic information form was completed by researcher verbally. Information included the childrens' age, gender, height, weight, side of dominant extremity, use of orthoses, history of botulinum toxin, use and duration of baby-walker.

#### 2.3.2. "The Toe Walking Tool" (TWT)

The Toe Walking Tool (TWT) was developed by Cylie M.Williams in 2010, contains 21 items which measure medical history (5 items), birth & developmental history (4 items) and



assessment (12 items) in children aged between 4-8 years old. This tool is designed to exclude a medical reason for toe walking gait. A YES response for any question indicates a child should be referred for specialist assessment of the toe walking gait. This tool has been modified from a toe walking assessment used with toe walking children between the ages of 4-8 years. Caution interpreting results outside these ages should be considered. This assessment tool is not to replace professional opinion and if the clinician is unsure of the result, a YES response should be indicated. TWT is a valid and reliable questionnaire for evaluating finger-tip walking. However, it should be noted that this questionnaire does not have precise implications for the diagnosis of ITW, it primarily determines healthy children walking tip-toe. In fact, some children can be identified as having a risk factor associated with a medical condition, but ITW can be diagnosed with further specialized research. A careful and systematic history and evaluation involving the use of TWT can help a team of health clinicians to guide children walking tip-toe for further medical research (11).

### **2.3.3. Observational Gait Analysis (OGA)**

Observational gait analysis (OGA) is applied to evaluate childrens' gait. Observational gait assessment using naked eye or video images is preferred to computed gait analysis in clinical practice. It can be used more frequently in clinics due to its ease of use and accessibility. By this research observational gait analysis scale validated on children who have neurological and neuromuscular disorders. This scale was modified based on 'Physicians Rating Scale' to assess the margins of children who have hemiplegic cerebral palsy. The scale consists of 7 parameters in a table and the scores of these parameters with the categories 1-3. The total scores ranged between 7-21 (12,13). Videotaping of walking has increase the observational skills of therapists as it allows the video to be frozen at certain frames during the evaluation or to be watched repeatedly at slower speeds. The advantages of taking video to the children; they have get less tired, their frequency of repetitions have decrease,

they have be able to see their performances in the video, and they have be more careful against deviations. The disadvantage of observation has; especially the presence of video cameras causes the children to be aware of their performance and to modify their walking pattern to give a good image (14).

## **2.4. Procedures**

Demographic datas of the children were recorded. TWT was applied to determine the causes of ITW. For the determination of test-retest reliability, TWT was re-administered a week after the initial evaluations. All the evaluations were carried out by a single researcher (MT) a single face-to-face session with children. Following the second evaluation of the children to determine the inter-rater reliability and a third evaluation was carried out on them by another researcher (BT) 10 days after the first two evaluations.

### **2.4.1. Translation and Cross-Cultural Adaptation**

The TWT was adapted from English version into Turkish in accordance with its standard methodology recommended by Guillemin et al (15). The adaptation was performed by two independent native speaking Turkish translators with fluent knowledge of English. The final Turkish version of the adaptation was later translated from Turkish to English by two English native speakers who can speak Turkish fluently to check compatibility. A committee with expertise in this field reviewed the translations and the procedure. The comparison of the translation to the original version of the test revealed no inconsistency.

## **2.5. Data Analysis**

IBM SPSS Statistics for Windows version 23.00 was used for statistical analysis of the data. The Kolmogorov-Smirnov Test was used to determine whether the data showed normal distribution. Categorical variables were expressed as numbers and percentages, whereas quantitative data were expressed as mean and standard deviation.

### 2.5.1. Validity Analysis

A construct validity was used for the determine validity degree of TWT. Construct validity refers to the degree to which inferences can legitimately be made from the operationalizations in study to the theoretical constructs on which those operationalizations were based. Since the normal distribution assumption could not be obtained, the tool scores were analyzed with Mann Withney U Test to see whether statistical significance level was accepted to be  $p < 0.05$ .

### 2.5.2. Reliability Analysis

In our study, internal consistency and item analysis methods were used for the analysis of the reliability of the tool, and test-retest method and inter-rater reliability method were used for the invariance reliability over time. Internal consistency has been indicated as Cronbach's alpha value. An alpha value greater than 0.70 is indicative of a satisfactory consistency, while values between 0.50 and 0.70 mean acceptable consistency. In our study, mixed model of Intra-class Correlation Coefficient (ICC) was used for the inter-rater and test-retest reliability analyses of TWT. Intervals used for the interpretation of ICC values; if values are lower than 0.5, this means poor reliability; values between 0.50 and 0.74 mean moderate reliability; values between 0.75 and 0.90 fine reliability; and values greater than 0.90 are defined as excellent degree of reliability (16). Kappa with linear weighting (with 95% confidence inter-vals [CI]) was used to determine the intra- and inter-rater reliability of the TWT. Kappa statistics were defined as follows:  $< 0.20$ , poor; 0.21 to 0.40, slight agreement; 0.41 to 0.60, fair; 0.61 to 0.8, good; 0.81 to 0.91, very good; and  $> 0.92$ , excellent agreement (17).

## 3. Results

### 3.1. Descriptive Statistics

The mean age of children was  $5.38 \pm 2.05$  years included in the study. Totally 6 (17.7 %) children have orthoses (2 of use ankle-foot orthosis and 4 of them use carbon fiber footplate) for control the walking which more acceptable

from the patient and parents. The mean values of demographic and clinic characteristics were presented in Table 1.

### 3.2. Validity

Construct validity results of TWT were found to be significantly better, and the sub-results of the construct validity and TWT-TR scores were shown in Table 2.

### 3.3. Reliability

- Internal Consistency Reliability: As a result of statistical analysis, the internal consistency of TWT was found to be sufficient statistically. The results of the internal consistency and item analysis of the test were shown in Table 2.
- Test-Retest Reliability: Total score of the TWT-TR were found to be moderately reliable (ICC=0.674 (95% confidence interval [CI], 0.476-0.823). The invariance reliability sub-results of TWT-TR over time were given in Table 2.
- Inter-Rater Reliability: All sub-tests of TWT-TR were found to be perfectly reliable ( $r=0.827$ ;  $p=0.000$ ).

### 3.4. Correlation

The correlation results between "The Toe Walking Tool" (TWT) and "Observational Gait Analysis" (OGA) were shown in Table 3.

## 4. Discussion

This study describes the translation and testing in terms of validity (construct) and reliability (Internal consistency, Test-Retest, Inter-Rater) of the Turkish version of the TWT in idiopathic toe walking children. This research shows that the Turkish version of the TWT is a valid and reliable tool to assess impaired functions, physical limitations, and clinical characteristics of children who have toe walking. The original English version of the TWT has been also shown as a reliable instrument for toe walking children.

The validation of the data obtained from an investigation depended on the suitability for measurement purposes. The vehicle must not contain materials that are not relevant for measurement purposes and the materials must

not be insufficient at the same time (18). The toe walking has been seen as valid and reliable in our clinical use on the Toe Walking Tool specifically developed on children who can ability of walking. Thus, the tools developed specifically for the subject disease, are valuable. A special scales/tools/indexes should be developed for the symptoms (19).

In physical measurements, the indisputable concrete informations such as strength, size, and weight of the children are obtained. The Toe Walking Tool reflects the physical status and clinical knowledge of the children that has been assessed. This can be influenced by the clinical differences between the evaluators, but the results are been close to each other. When the concepts of reliability and validity are used together, mean standardization are the same simultaneously. The high degree of validity and reliability leads to generality. There is also a relevance which can be defined as the product of the reliability, and the reliability which is called the relevancy (20). Also, our validation research reveals that this tool is generalized to the clinic and is related to the daily routine.

Assessment is the first step of the correct treatment. To assess the effects of conservative and surgical interventions on gait normalisation, identifying the ankle range of motion, and pain of children which are adverse effects of the interventions and the frequency of recurrence, are so important (21,22).

The version of the TWT in a different language Lopez-Bustos-de-Las-Heras et al. in 2019 and found the global content validity index (0.94). In the study using Delphi method, 15 professionals concluded that the Spanish version of TWT is valid and reliable (23).

#### 4.1. Study Limitations

Due to the limitation of time in our study, adequate number of participants could not be included in the study to make a better distribution analysis according to the ages, which can be regarded as a limitation of our study. When the methodology of other studies in the literature is examined, it can be seen that results are

introduced according to age distributions. Taking into consideration the fact that distribution by age can provide positive contributions in the interpretation of evaluations that have been made by experts working in the clinical field, it is thought that examining those distributions according to ages in the following studies will be crucial. And, we were unable to divide the patients into any groups to measure the effects of toe walking. We believe that further studies should be required to confirm our findings. The intra- and inter-rater reliability of the TWT-TR is comparable to the established reliability of the original English-language version. Considering the fact that studies conducted in this area focus largely on healthy groups, it is thought that it will contribute positively to the development of further study fields to assist both academic and clinical professionals. It is considered essential that further studies where TWT is used should be conducted to obtain validity and reliability as well as high value of evidence in clinical practices.

#### 5. Conclusion

The walking is substantial of lower extremity utilization in daily living activities. The walking evaluation in children with toe walking should comprehensive in sides. In studies, method was planned by the tools/scales/instruments distinguished with properly items.

#### Acknowledgement

We wish to express our gratitude to Cylie Williams, PhD and the children and their parents; without their contribution, this study would not have been possible.

#### Disclosure of Conflict of Interest

No conflict of interest was declared by the authors.

#### Disclosure of Institutional and Financial Support

The authors declared that this study received no financial support.

## References

1. Crenna P, Fedrizzi E, Andreucci E, Frigo C, Bono R. The heel-contact gait pattern of habitual toe walkers. *Gait Posture*. 2005;21(3):311–7.
2. Perry J, Burnfield JM, Gronley JK, Mulroy SJ. Toe walking: Muscular demands at the ankle and knee. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003;84(1):7–16.
3. Engelbert R, Gorter JW, Uiterwaal C, van de Putte E, Helders P. Idiopathic toe-walking in children, adolescents and young adults: a matter of local or generalised stiffness?. *BMC Musculoskelet Disord*. 2011;12(1):61.
4. Martín-Casas P, Ballester-Pérez R, Meneeses-Monroy A, Beneit-Montesinos JV, Atín-Arribel MA, Portellano-Pérez JA. Neurodevelopment in preschool idiopathic toe-walkers. *Neurología*. 2017;32(7):446-54.
5. Brouwer B, Davidson LK, Olney SJ. Serial casting in idiopathic toe-walkers and children with spastic cerebral palsy. *J Pediatr Orthop*. 2000;20(2):221–5.
6. McMulkin ML, Baird GO, Caskey PM, Ferguson RL. Comprehensive outcomes of surgically treated idiopathic toe walkers. *J Pediatr Orthop*. 2006;26(5):606–11.
7. Hirsch G, Wagner B. The natural history of idiopathic toe-walking: a long-term follow-up of fourteen conservatively treated children. *Acta Paediatr*. 2004;93(2):196-9.
8. Newman CJ, Ziegler AL, Jeannet PY, Roulet-Perez E, Deonna TW. Transient dystonic toe-walking: differentiation from cerebral palsy and a rare explanation for some unexplained cases of idiopathic toe-walking. *Dev Med Child Neurol*. 2006;48(2):96–102.
9. Hemo Y, Macdessi SJ, Pierce RA, Aiona MD, Sussman MD. Outcome of patients after Achilles tendon lengthening for treatment of idiopathic toe walking. *J Pediatr Orthop*. 2006;26(3):336–40.
10. Williams CM, Tinley P, Curtin M, Wakefield S, Nielsen S. Is idiopathic toe walking really idiopathic? The motor skills and sensory processing abilities associated with idiopathic toe walking gait. *J Child Neurol*. 2014;29(1):71-8.
11. Williams CM, Tinley P, Curtin M. The Toe Walking Tool: a novel method for assessing idiopathic toe walking children. *Gait Posture*. 2010;32(4):508–11.
12. Toro B, Nester C, Farren P. A review of observational gait assessment in clinical practice. *Physiother Theory Pract*. 2003;19(3):137–49.
13. Martin K, Hoover D, Wagoner E, et al. Development and Reliability of an Observational Gait Analysis Tool for Children with Down Syndrome. *Pediatr Phys Ther*. 2009;21(3):261-8.
14. Borel S, Schneider P, Newman CJ. Video analysis software increases the interrater reliability of video gait assessments in children with cerebral palsy. *Gait Posture*. 2011;33(4):727–9.
15. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993;46(12):1417-32.
16. Koo TK, Li MY. A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *J Chiropr Med*. 2016;15(2):155–63.
17. Grouven U, Bender R, Ziegler A, Lange S. Der kappa-koeffizient. *Dtsch Med Wochenschr*. 2007;132(1):65-8.
18. Sinha I, Jones L, Smyth RL, Williamson PR. A systematic review of studies that aim to determine which outcomes to measure in clinical trials in children. *Plos Med*. 2008;5(4):e96.
19. Varni J, Limbers CA, Burwinkle TM. How young can children reliably and validly self-report their health-related quality of life?: An analysis of 8,591 children across age subgroups with the PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales. *Health Qual Life Out*. 2007;5(1):1.
20. Bashir M, Afzal MT, Azeem M. Reliability and validity of qualitative and operational research paradigm. *Pak J Stat Oper R*. 2008:35-45.
21. Turhan E, Demirel M, Daylak A, Huri G, Doral MN, Çelik D. Translation, cross-cultural adaptation, reliability and validity of the Turkish version of the Olerud-Molander Ankle Score (OMAS). *Acta Orthop Traumatol*. 2017;51(1):60-4.
22. Williams CM, Pacey V, de Bakker PB, Caserta AJ, Gray K, Engelbert RHH. Interventions for idiopathic toe walking (Protocol). *Cochrane Db Syst Rev*. 2016;10:CD01236.
23. Lopez-Bustos-de-Las-Heras R, Cano-de-la-Cuerda R, de-la-Llave-Rincon AI, Guerrero-Blazquez A, Plaza-Manzano G, Martín-Casas P. Translation and transcultural adaptation of the Toe Walking Tool: screening tool of toe walking patients. *Rev Neurología*. 2019;69(3):99–108.
- 24.

**Table 1:** The Mean Values of Demographic and Clinic Characteristics

Number of children, n	34	
Gender	M,50 %; F,50 %	
Side of Dominant Extremity	R,76.5 %; L,23.5 %	
Use of Orthoses	17.7 %	
History of Botulinum toxin	20.6 %	
Use of Baby-Walker	85.4 %	
	<b>Mean±SD</b>	<b>Range</b>
Age (years)	5.38±2.05	4-8
Height (centimeter)	112.40±26.50	82-159
Weight (kg)	19.13±11.71	2-63
Body Mass Index (BMI) (kg/m <sup>2</sup> )	20.83±6.83	16-24
Duration of Using Baby-Walker (months)	3.18±1.99	0-7.5

n=Number, M=Male, F=Female, R=Right, L=Left, SD=Standart Deviation

**Table 2:** The Intra-class Correlation Coefficient Results of Toe Walking Tool Turkish Version

Toe Walking Tool	ICC	95% CI	p
Medical History	0.558	0.423-0.684	0.001
Birth & Developmental History	0.679	0.553-0.772	0.001
Assessment	0.685	0.526-0.772	0.001
Total	0.674	0.476-0.823	0.001

ICC= Intra-class Correlation Coefficient

**Table 3:** The Relationship Results of Between The Observational Gait Analysis and The Toe Walking Tool Turkish Version

Toe Walking Tool		Observational Gait Analysis							
		1	2	3	4	5	6	7	Total
Medical History	Birth & Developmental History	.125	.069	.197	.055	-.288	-.252	-.113	.253
	Assessment	-.320	-.431*	-.039	-.377*	-.198	-.045	-.062	.167
	Medical History	-.236	-.178	.189	-.037	.356	.156	.256	.268

The 1-7 indicates that the part of the observational gait analysis; 1= Hip joint in terminal posture, 2= Hip joint in mid-swing phase, 3= The maximum degree of extension in the stance during terminal stance phase, 4= Maximum flexion in the swing phase, 5= First foot contact, 6= Foot contact during posture (Charging), 7= Timing of heel lift. \*p<0.05





Şahizer ERAYDIN<sup>1\*</sup> 

\*Sorumlu Yazar e mail:  
sahizer.eraydin@gop.edu.tr

<sup>1</sup>Tokat Gaziosmanpaşa  
Üniversitesi, Sağlık Bilimleri  
Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,  
Tokat, Türkiye

Eraydın S. İntörn Programının  
Hemşirelik Öğrencilerinin  
Özyeterlilik ve Mesleki  
Hazıroluşluk Düzeyine Etkisi.  
Halic Üniv Sağ Bil Der. 2021;4(2)  
145-157

Eraydın S. The Effect of Intern  
Program on Nursing Students'  
Self-Efficacy and Professional  
Readiness Level. Halic Uni J  
Health Sci. 2021;4(2) 145-157

Doi:10.48124/husagbilder.873051

Bu çalışma, Samsun da 12-  
13 Ekim 2017 tarihlerinde  
düzenlenen "1. Uluslararası  
Karadeniz Hemşirelik Eğitimi  
Kongresi 2017" de sözel bildiri  
olarak sunulmuştur

Geliş Tarihi: 02.02.2021

Kabul Tarihi: 18.04.2021

## ARAŞTIRMA

# İNTÖRN PROGRAMININ HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN ÖZYETERLİLİK VE MESLEKİ HAZIROLUŞLUK DÜZEYİNE ETKİSİ

## Öz

Klinik öğretim, öğrencilerin hemşirelik mesleği için temel bilgi beceri ve anlayışlarının oluşmasına ve mesleki anlamda kendilerini geliştirmelerine katkı sağlamaktadır. Bu çalışma, intörn programının hemşirelik öğrencilerinin mesleki hazıroluşluk düzeyleri ve özyeterlilik algılarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı ve karşılaştırmalı türdeki bu çalışma iki farklı grupta yürütülmüştür. Çalışmaya intörn program grubunda 70 ve klasik program grubunda 78 olmak üzere 148 son sınıf hemşirelik öğrencisi katılmıştır. Çalışmanın verileri öğrencilerin kişisel bilgilerini ve mesleki hazıroluşluk düzeyini ölçen sorulardan oluşan anket formu ve Özyeterlilik Ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin analizinde frekans, ortalama, chi-square testi, Student t-testi ve Varyans analizi kullanılmıştır. Öğrencilerin öz yeterlilik puanları intörn program grubunda  $82.07 \pm 15.39$  ve klasik program grubunda  $78.15 \pm 20.44$ 'dir. ( $p > .05$ ). İntörn program grubundaki öğrencilerin klasik program grubundaki öğrencilere göre daha fazla alanda mesleğe hazır hissettikleri bulunmuştur. Öğrencilerin hazıroluşluklarına göre yapılan karşılaştırmada; mesleğine başlamaya, mesleki psikolojik zorluklara, mesleğini etik duyarlılıkla uygulamaya, hastaya acil müdahalede bulunmaya, hastanın fiziksel muayenesini yapmaya ve hastaya psikolojik destek sağlamaya hazır olmadığını belirten klasik program grubu öğrencilerinin, öz yeterlilik puanları da düşük bulunmuştur ( $p < .05$ ). İntörn ve klasik program gruplarında yürütülen çalışmada, hazıroluşluk düzeyi düşük olanların özyeterliliğin de düşük olduğu, intörnlük uygulamasının kadın öğrencilerin öz yeterliliğini desteklediği görülmüştür.

**Anahtar Sözcükler:** Hemşirelik eğitimi, intörn program, özyeterlilik, mesleki hazıroluşluk.

## RESEARCH

# THE EFFECT OF INTERN PROGRAM ON NURSING STUDENTS' SELF-EFFICACY AND PROFESSIONAL READINESS LEVEL

## Abstract

Clinical teaching contributes to the development of students' basic knowledge, skills and understanding for the nursing profession and to develop themselves professionally. This study was conducted to determine the effect of the internship program on nursing students' professional readiness and self-efficacy perceptions. This descriptive and comparative study was

conducted in two different groups. 148 senior nursing students, 70 in the internship program group and 78 in the classical program group, participated in the study. The data of the study were collected with a questionnaire consisting of questions about the students' personal information and professional readiness level and the Self-Efficacy Scale. Frequency, mean, chi-square test, student t-test and variance analysis were used to analyze the data. The self-efficacy scores of the students were  $82.07 \pm 15.39$  in the internship program group and  $78.15 \pm 20.44$  in the classical program group ( $p > .05$ ). It was found that the students in the interns program group felt ready for the profession in more areas than the students in the classical program group. In the comparison made according to students' readiness; The self-efficacy scores of the students in the classical program group, who stated that they were not ready to start their profession, professional psychological difficulties, apply their profession with ethical sensitivity, urgent intervention to the patient, perform physical examination of the patient and provide psychological support to the patient, were also found to be low ( $p < .05$ ). In the study conducted in internship and classical program groups, it was observed that those with low level of readiness also had low self-efficacy, and internship practice supported the self-efficacy of female students.

**Key Words:** Nursing education, intern program, self-efficacy, professional preparedness.

## 1.Giriş

Hemşirelik hizmetinin etkin olarak yürütülmesinde eğitimin önemli bir yeri vardır. Hemşirelik eğitimi, öğrencilere hemşirelik mesleğinin gerektirdiği özellikleri kazandırmayı amaçlayan, teorik bilgileri ve klinik öğretimleri içermektedir. (1-4) Klinik öğretim, öğrencilere bilişsel, duyuşsal ve psikomotor alanlarda öğrenmeler sunarak öğrencilerin problem çözme ve karar verme becerilerinin gelişmesine, sağlıklı/hasta birey ve sağlık ekibi ile profesyonel nitelikte iletişim kurmalarına, hemşirelik mesleği için temel becerilerinin oluşmasına ve onların mesleki anlamda kendilerini geliştirmelerine katkı sağlamaktadır (1,2,5,6).

Son yıllarda hemşirelik eğitiminde uygulanan farklı programlar ile klinik öğretimin daha verimli ve etkin olması amaçlanmaktadır (4,7). Klinik öğretimde geçmişten günümüze kadar kullanılan klasik program (KP) ve son dönemlerde intörn programları (İP) ve entegre eğitim programı ülkemizde yürütülmektedir (8-11,12). KP'da klinik öğretim, ilgili ders ile birlikte yürütülür, uygulamada öğrenciler aynı klinik ortamları hep birlikte ve aynı sürede kullanırlar. KP öğrencileri ilgili dersin klinik uygulamasını tamamladıktan sonra bir sonraki ders ve uygulamaya geçerler. Sırası ile tüm ders ve uygulamaları tamamlarlar. İP uygulama eğitimi son sınıfta uygulanır ve öğrenciler önceki yıllardaki temel mesleki derslerinde başarılı olduktan sonra bu uygulamaya geçerler. İP'da öğrencilerin hemşirelik bilgi ve becerilerini klinikte birleştirerek,

mesleki adaptasyon sağlamaları ve bağımsız öğrenmeleri istenir (2,12-16). Entegre eğitim programında dersler modüler şekilde birbirini destekleyerek birlikte sağlıktan hastalığa doğru yürütülmekte ve son sınıfta intörlük uygulanmaktadır (12,15).

Klinik öğretimde beklenen öğrencilerin öğrendikleri bilgiler ile var olan zorlukları aşabilme yeteneği kazanmaları ve mesleklerini uygulamaya hazır hale gelmeleridir (5,7). Öğrencilerin bu yetkinliğe ulaşmasında eğitim programları kadar kişilik özellikleri de etkin rol oynamaktadır (3,17). Bireysel psikolojik bir kavram olan özyeterlilik; bireyin kendi yeteneklerini kendisinin değerlendirmesini ifade eder. Bireyin kendi yeteneklerine yönelik inancı, yapacağı aktiviteleri seçmesini, vereceği kararları, göstereceği mücadeleyi, çabayı, duygusal tepkilerini etkiler (18-20). Bireyin bir şeyi başaracağına ilişkin inancı sadece davranışlarını değil, düşünme süreçlerini ve güdüsünü etkiler ve aynı zamanda motivasyonunu da yükseltir. Yüksek özyeterlilik algısına sahip olan bireyler, problemlerle yüzleşmekten çekinmez ve uzun süre zorluklarla mücadele eder(18-21). Öz yeterlilik algısı düşük olan bireyler daha fazla stresle daha düşük performans gösterip, güç işlerden kaçınırlar, güçlükler karşısında çabuk pes ederler, performanslarını artırmada daha az motivasyona sahip olurlar (18,20,22).

Hemşirelik öğrencileri klinik öğretimin; mesleki yeterliklerinin artmasını sağladığı, kendilerini daha yeterli, güvenli ve mesleğe hazır hissetmelerine yardımcı olduğu, özgüvenlerini



artırdığı, iletişim ve bakım becerilerini geliştirdiği, mesleklerini daha fazla sevmelerini sağladığı, etik sorunların ve hatalı uygulamaların farkına varmalarını artırdığı ve hemşirelik bakımını açısından kendi gelişimlerine destek sağladığını ifade ederek olumlu sonuçlar bildirilmiştir (2,3,9,12,16,23). Diğer taraftan öğrenciler, klinik öğretim onları zorladığını, yıpratıcı olduğunu, streslerini, kaygılarını artırdığını, tükenmelerine neden olduğunu, kliniklerde öğretim elemanı olmadan kendi başarılarına çalışmanın çaresiz hissetmelerine neden olduğunu ifade eden olumsuz sonuçlarda bildirmiştir (4,8,14,16,24,25). Özyeterlilik ile ilgili yapılan çalışmalarda Henderson ve ark., (2018) klinik ortamlarda sağlanan tutarlı bir öğrenme sürecinin, hemşirelik öğrencilerinin öğrenme deneyimini geliştirerek klinik uygulamaları aktif olarak yönetmelerine ve öz yeterliklerini geliştirmelerine katkı sağladığını (22); Singleton (2017) fakülte müfredat değişiminin öğrencilerin bakım liderliğini ve öz yeterliliğini geliştirdiği (26); Terry, ve ark., (2020) eğitimde öz yeterliğin öğrencinin esnek yönlerini beslemek ve desteklemek için fırsat olduğunu ve öz yeterliliğin hemşirelik öğrencilerinin lisans akademik eğitimlerinde karşılaşılabilecekleri zorlukların üstesinden gelmek ve zorlukları aşmak için kapasitelerini daha fazla geliştirdiğini ve yıpranmayı azalttığını ifade etmişlerdir (27).

Klinik öğretimde öğrencilerin göstereceği performans, onların gelişimini sağlayabilir ve öz yeterlilik eğitim programları tarafından geliştirilebilir. Bu açıdan intörn klinik öğretim uygulamasının öğrencilerin öz yeterlilik düzeylerini ve mesleki hazıroluşluklarını nasıl etkilediğinin incelenmesi önemlidir. Bu araştırma sonuçlarıyla klinik öğretimde öğrencilerin öz yeterliliğinin ve mesleki hazıroluşluğu desteklenerek öğrencilere güven sağlayacak şekilde yeni yöntemlerin oluşturulmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

### 1.1.Amaç

Bu çalışma, intörn programdan ve klasik programdan mezun olacak hemşirelik son sınıf öğrencilerinin mesleki hazıroluşluk düzeylerini ve öz yeterlilik algılarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

### 1.2. Araştırma soruları:

1. İntörn Programdan ve Klasik Programdan mezun olacak öğrencilerin öz yeterlilik düzeyleri arasında fark var mı?

2. İntörn Programdan ve Klasik Programdan mezun olacak öğrencilerin mesleki hazıroluşluk düzeyleri arasında fark var mı?

3. İntörn Programdan ve Klasik Programdan mezun olacak öğrencilerin mesleki hazıroluşluk düzeyleri ve öz yeterlilik düzeyleri arasında fark var mı?

## 2. Gereç ve Yöntem

### 2.1.Araştırmanın türü

Araştırma tanımlayıcı, kesitsel ve karşılaştırmalıdır.

### 2.2.Araştırmanın yeri ve zamanı

Araştırma, bir üniversitenin Hemşirelik Bölümü'nde yürütülmüştür. Çalışmanın yapıldığı hemşirelik bölümünde program değişikliği olduğu için Klasik Program Grubuna (KPG) 1- 30 Nisan 2016 tarihlerinde, İntörn Program Grubuna (İPG) 1- 30 Nisan 2017 tarihleri arasında uygulanmıştır.

### 2.2.1.Klasik Program (KP)

Programda öğrenciler dört yıl boyunca birbirini takip eden her bir yarıyılıda bir temel ders ile onun klinik uygulamasını birlikte alırlar. Toplam dört yılda sırasıyla hemşirelik esasları, iç hastalıkları hemşireliği, cerrahi hastalıkları hemşireliği, doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği, çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği, ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği ve halk sağlığı hemşireliği derslerini alırlar. Mesleki temel dersler öncelikle sınıfta teorik ders olarak yapılır, daha sonra dersin özelliğine göre klinik ya da saha uygulaması ders öğretim elemanları ile birlikte gerçekleştirilir. Öğrenciler bir yarıyılıda haftada 10-20 saat klinik uygulama yaparlar (8,15).

### 2.2.2.İntörn Programı (İP)

Klasik müfredat programında son sınıf öğrencilerine İP uygulanır. İP katılabilmek için

öğrenciler, eğitimin ilk 3 yılında temel mesleki derslerinin teorik ve klinik uygulamasını başarılı olarak tamamlamış olmalıdır. İP dördüncü yılda hem güz hem de bahar döneminde bir ders olarak klinik öğretimi içerir. Öğrenciler hafta sonu ve gece nöbeti olarak da İP’da klinik uygulama yapabilirler. İP öğrencileri 3-5 kişiden oluşan gruplarla tüm kliniklerde etkin olarak, klinik sorumlu hemşire gözetiminde klinik hemşiresi gibi çalışır ve hasta bakımı yaparlar (11-13).

### 2.3. Araştırmanın evreni ve örnekleme

Araştırma İPG ve KPG olmak üzere iki ayrı grupta yürütülmüş olup tüm evrene (N=200) ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan, tüm sorulara cevap vermeyen ve mezun olamayacak son sınıf öğrenciler araştırmaya dâhil edilmemiştir. Araştırmanın örneklemini İPG intörnlük uygulaması yapan 70 ve KPG grubunu intörnlük uygulaması yapmayan 78 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmaya katılım oranı %74’dür.

### 2.4. Veri toplama araçları

Araştırmanın verileri Bilgi Formu ve Öz yeterlilik Ölçeği (ÖYÖ) ile toplanmıştır.

#### 2.4.1. Bilgi Formu

Literatüre (1,7,12,13) dayalı olarak araştırmacı tarafından oluşturulan bilgi formu iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde; öğrencilerin demografik özellikleri ve kendi müfredat özelliklerine yönelik 10 soru, ikinci bölümde; klinik uygulamada mesleki hazıroluşluklarına yönelik 16 soru (7-13,17) bulunmaktadır.

#### 2.4.2. Öz Yeterlilik Ölçeği (ÖYÖ)

1982 yılında Sherer ve Maddux tarafından geliştirilen ölçeğin, Türkçe’ye uyarlanması ve geçerlilik güvenilirlik çalışması Gözüm ve Aksayan tarafından 1999 yılında yapılmıştır. Ölçek genel öz yeterlilik algısını ölçen ve 23 maddeden oluşan 5’li Likert tipindedir. Ölçekte her madde için verilen puan değerlendirmede

esas alınmaktadır. Ölçeğin 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17,18, 20, 22. maddeleri ters yönde puanlanan ölçekten en az 23 en fazla 115 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması, genel öz yeterlilik algısının yüksek olduğunu gösterir. Öz yeterlilik ölçeğinin geneli için Cronbach’s Alfa iç tutarlılık katsayısı .81 olarak bulunmuştur. (28) Bu çalışmada ölçeğin Cronbach’s Alpha değeri .90 olarak bulunmuştur.

### 2.5. Verilerin toplanması

Araştırmanın amacı öğrencilere açıklandık-tan sonra, araştırmaya katılmak isteyen öğrencilere veri toplama araçları yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Cevaplama yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

### 2.6. Verilerin değerlendirilmesi

Çalışmanın verileri the IBM SPSS 22.0 (Chicago, IL, USA) paket programında değerlendirildi. Veriler frekans, yüzde, ortalama, standart sapma olarak sunuldu. Normallik testi Kolmogorov-smirnov testi ile yapıldı. Karşılaştırmalarda ki-kare testi, t testi, Varyans analizi ve post-hoc Tukey testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < .05$  olarak alındı.

### 2.7. Araştırmanın etik yönü

Araştırmadan önce Etik Kuruldan (16EK-87) ve fakülte yönetiminden yazılı izin, araştırmaya katılan öğrencilerin sözlü onam alınmıştır. Araştırmada Helsinki Deklarasyonu’na uyulmuştur.

## 3. Bulgular

İPG ve KPG olmak üzere iki ayrı grupta yürütülen araştırmaya katılan öğrencilerin %47.3’ü İPG’unda ve %52.7 KPG’dir. İPG öğrencilerinin % 68.6’sı ve KPG öğrencilerinin % 60.3’ü kadındır. İPG öğrencilerinin %39’u, KPG öğrencilerinin %55’i hemşirelik bölümüne isteyerek gelmiştir. İPG öğrencilerinin %67’si, KPG öğrencilerinin %62’si kendini hemşirelik mesleğine uygun bulmaktadır (Tablo 1).

**Tablo 1.** İntörn Program Grubu ve Klasik Program Grubu Hemşirelik Öğrencilerinin Demografik Özellikleri

		İntörn Program Grubu (n=70)		Klasik Program Grubu (n=78)	
		n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	48	68.6	47	60.3
	Erkek	22	31.4	31	39.7
Yaş Ortalaması	X ± SS	22.57 ± 1.28		22.97 ± 1.83	
	(Min-Max)	(20-27)		(21-31)	
Kaldığı yer	Öğrenci yurdu	56	80	52	67
	Ailesi	7	10	15	19
	Arkadaşları	5	7	9	11
	Diğer	2	3	2	3
Aile tipi	Çekirdek	54	77	62	80
	Geniş	16	23	15	19
	Parçalanmış	-	-	1	1
Ailenin geliri	İyi	55	79	69	89
	Orta	14	20	9	11
	Kötü	1	1	-	-
Hemşirelik bölümüne isteyerek gelme	Evet	27	39	43	55
	Hayır	21	30	22	28
	Kısmen	22	31	13	17
Kendini hemşirelik mesleğine uygun bulma	Evet	47	67	48	62
	Hayır	4	6	7	9
	Kısmen	19	27	23	29

Öğrencilerin öz yeterlilik puan ortalamaları İPG'da  $82.07 \pm 15.39$  ve KPG'da  $78.15 \pm 20.44$ 'dür. Gruplar arasında ölçek puan ortalamaları arasında fark yoktur ( $p = .187$ ). Gruplar arasında ölçeğin, alt ölçek puan ortalamalarında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p > 0.05$ ) (Tablo 2).

**Tablo 2.** İntörn Program Grubu ve Klasik Program Grubu Öğrencilerinin Öz yeterlilik Ölçeği Puanları

	İntörn Program Grubu	Klasik Program Grubu	Test*	p**
	ORT ± SS	ORT ± SS		
<b>Toplam öz yeterlilik</b>	82.07 ± 15.39	78.15 ± 20.38	1.327	.187
Min = 49 , Max = 115				
Davranışa Başlama	26.72 ± 6.37	25.19 ± 9.13	1.196	.234
Davranışı Sürdürme	26.27 ± 6.71	23.75 ± 8.72	1.976	.050
Davranışı Tamamlama	19.32 ± 4.14	19.42 ± 4.15	0.138	.890
Engellerle Mücadele	9.74 ± 2.60	9.78 ± 2.84	0.087	.931

\*Test = student t testi, \*\*p < .05

Hemşirelik öğrencilerinin mesleki hazıroluşluklarına yönelik görüşleri tablo 3’de yer almaktadır. İPG öğrencilerinin %83’ünün mesleğini etik duyarlılık ile yapmaya, %69’unun hasta bakım uygulamalarına, %71’inin hasta ve yakınlarına eğitim vermeye, %66’sının invaziv işlemlerin uygulamasına, % 62’sinin hastaya psikolojik destek sağlamaya diğer gruptan daha fazla hazır hissettiği bulunmuştur. KPG öğrencilerinin ise %65’inin en

iyi performansla çalışmaya, %83’ünün çalışacağı ekiple uyum sağlamaya, %65’inin hastanın fiziksel muayenesini yapmaya diğer program öğrencilerinden daha hazır hissettiği bulunmuştur. Mesleğinde etik duyarlılık ile çalışma ( $p = .048$ ) maddesinde gruplar arasında istatistiksel fark bulunmuştur, diğer özelliklerde fark bulunmamıştır ( $p > .05$ ), (Tablo 3).

**Tablo 3:** Hemşirelik Öğrencilerinin Mesleki Hazıroluşluklarına Yönelik Görüşleri

		İntörn Program Grubu		Klasik Program Grubu		$\chi^2*$ $P^{**}$
		n	%	n	%	
Mesleğe başlamaya hazır hissediyorum	Evet	32	46	28	36	1.476 .478
	Hayır	6	8	8	10	
	Kısmen	32	46	42	54	
Hemşireliğin mesleki fiziksel zorluklarına hazır hissediyorum	Evet	25	36	35	45	5.840 .054
	Hayır	15	21	6	8	
	Kısmen	30	43	37	47	
Gece çalışmalarına hazır hissediyorum	Evet	21	30	38	49	5.411 .067
	Hayır	25	36	21	27	
	Kısmen	24	34	19	24	
Uzun çalışma saatlerine hazır hissediyorum	Evet	15	21	33	42	3.700 .214
	Hayır	26	37	24	31	
	Kısmen	29	42	21	27	
Yoğun hasta sayısına hazır hissediyorum	Evet	17	24	29	37	3.596 .166
	Hayır	25	36	19	24	
	Kısmen	28	40	30	39	
Mesleki psikolojik zorluklara hazır hissediyorum (ölüm, kayıp, yas, öfke ... vb)	Evet	27	39	38	49	4.748 .093
	Hayır	20	29	11	14	
	Kısmen	23	33	29	37	
En iyi performansla çalışmaya hazır hissediyorum	Evet	40	57	51	65	1.360 .507
	Hayır	8	11	9	12	
	Kısmen	22	32	18	23	
Mesleğimde etik duyarlılık ile çalışmaya hazır hissediyorum	Evet	58	83	55	71	6.078 .048
	Hayır	2	3	11	14	
	Kısmen	10	14	12	15	

		İntörn Program Grubu		Klasik Program Grubu		X <sup>2*</sup> P**
		n	%	n	%	
Çalışacağım klinikte ekip ile uyum sağlamaya hazır hissediyorum	Evet	54	77	65	83	0.947 .623
	Hayır	2	3	2	3	
	Kısmen	14	20	11	14	
Hasta bakım uygulamalarına hazır hissediyorum	Evet	48	69	47	60	2.134 .344
	Hayır	1	1	4	5	
	Kısmen	21	30	27	35	
Hastaya/yakınlarına eğitim vermeye hazır hissediyorum	Evet	50	71	54	69	0.122 .941
	Hayır	2	3	2	3	
	Kısmen	18	26	22	29	
Hastaya acil müdahalede bulunmaya hazır hissediyorum	Evet	20	29	27	35	0.879 .664
	Hayır	15	21	13	17	
	Kısmen	35	50	38	48	
İnvaziv İşlemlerin uygulamasında hazır hissediyorum	Evet	46	66	50	64	0.045 .978
	Hayır	5	7	6	8	
	Kısmen	19	27	22	28	
Hastanın fiziksel muayenesini yapmaya hazır hissediyorum	Evet	42	60	51	65	0.667 .717
	Hayır	3	4	4	5	
	Kısmen	25	36	23	30	
İleri klinik uygulamalara (trakeostomi, stoma, yara, yanık, göğüs tüpü, dekibüt bakımı ...gibi ) hazır hissediyorum	Evet	33	47	31	40	2.863 .239
	Hayır	14	20	11	14	
	Kısmen	23	32	36	46	
Hastaya psikolojik destek sağlamaya hazır hissediyorum	Evet	43	62	49	61	0.676 .713
	Hayır	5	7	8	10	
	Kısmen	22	31	21	27	

\*X<sup>2</sup>= Chi-Square test,

\*\*p &lt; .05,

İPG'nda ve KPG'ndaki öğrencilerin mesleki hazıroluşluklarına göre öz yeterlilik ölçek toplam puanları karşılaştırmasına göre; mesleğe başlamaya ( $p = .013$ ), mesleki psikolojik zorluklara ( $p = .021$ ), mesleğini etik duyarlılıkla uygulamaya ( $p = .016$ ), hastaya acil müdahalede bulunmaya ( $p = .016$ ), invaziv işlemlerin uygulanmasına ( $p$

$= .030$ ), hastanın fiziksel muayenesini yapmaya ( $p = .025$ ), hastaya psikolojik destek sağlamaya ( $p = .017$ ) hazır hissetmeyen öğrencilerin öz yeterlilik puanlarının düşük olduğu bulunmuştur. Diğer özelliklerde hazıroluşluk düzeylerine göre öz yeterlilik ölçek puanlarında fark yoktur ( $p > .05$ ) (Tablo 4).

**Tablo 4.** Öğrencilerin mesleki hazıroşluklarına göre öz yeterlilik ölçek puanlarının karşılaştırılması

		Klasik Program Grubu	İntörn Program Grubu	<i>F</i>	<i>p</i>
		ORT ± SS	ORT ± SS		
Hemşirelik bölümüne isteyerek geldim	Evet	74.74 ± 20.69	83.62 ± 16.71	1.539	.213
	Hayır	80.86 ± 20.05	80.95 ± 14.87		
	Kısmen	84.84 ± 18.99	81.22 ± 14.74		
Kendini hemşirelik mesleğine uygun buluyorum.	Evet	80.29 ± 21.99	84.21 ± 14.93	0.479	.620
	Hayır	70.71 ± 15.42	83.5 ± 16.29		
	Kısmen	75.95 ± 18.0	76.47 ± 15.79		
Mesleğe başlamaya hazır hissediyorum	Evet	83.82 ± 23.97	85.40 ± 15.48	<b>4.451</b>	<b>.013</b>
	Hayır	72.95 ± 16.49*	83.0 ± 15.08		
	Kısmen	85.62 ± 20.19	78.56 ± 15.06		
Hemşirelik mesleğinin mesleki fiziksel zorluklarına hazır hissediyorum	Evet	81.02 ± 22.15	84.72 ± 14.54	0.827	.439
	Hayır	80.83 ± 19.76	76.2 ± 15.48		
	Kısmen	75 ± 18.76	82.8 ± 15.77		
Gece çalışmalarına hazır hissediyorum	Evet	80.05 ± 23.24	83.66 ± 15.49	0.306	.737
	Hayır	78.52 ± 16.98	80.76 ± 16.37		
	Kısmen	73.94 ± 17.90	82.04 ± 14.78		
Uzun çalışma saatlerine hazır hissediyorum	Evet	81.96 ± 23.59	84.46 ± 14.44	0.693	.502
	Hayır	77.91 ± 18.80	80.26 ± 14.46		
	Kısmen	72.42 ± 15.62	82.44 ± 16.94		
Yoğun hasta sayısına hazır hissediyorum	Evet	82.06 ± 24.03	86.76 ± 17.23	0.536	.586
	Hayır	79.15 ± 18.89	79.44 ± 12.51		
	Kısmen	73.73 ± 16.97	81.57 ± 16.43		
Mesleki psikolojik zorluklara hazır hissediyorum (ölüm, kayıp, yas, öfke ... vb)	Evet	82.71 ± 21.13	87.25 ± 16.13	<b>3.972</b>	<b>.021</b>
	Hayır	73.45 ± 17.02*	76.15 ± 11.89		
	Kısmen	73.58 ± 19.85*	81.13 ± 15.74		
En iyi performansla çalışmaya hazır hissediyorum	Evet	78.52 ± 21.28	84.75 ± 15.67	0.512	.600
	Hayır	74.44 ± 18.72	79.5 ± 14.22		
	Kısmen	78.94 ± 19.43	78.13 ± 14.94		

		Klasik Program Grubu	İntörn Program Grubu	F	p
		ORT ± SS	ORT ± SS		
Mesleğimde etik duyarlılık ile çalışmaya hazır hissediyorum	Evet	81.76 ± 20.09	83.36 ± 15.42	<b>4.260</b>	<b>.016</b>
	Hayır	69.33 ± 16.8*	71.8 ± 11.85		
	Kısmen	69.72 ± 21.60*	96.10 ± 6.41		
Çalışacağım klinikte ekip ile uyum sağlamaya hazır hissediyorum	Evet	79.95 ± 20.83	83.48 ± 16.03	0.245	.783
	Hayır	73 ± 1.41	86 ± 15.55		
	Kısmen	68.45 ± 17.09	76.0 ± 11.91		
Hastaya/yakınlarına eğitim vermeye hazır hissediyorum	Evet	79.66 ± 20.57	83.3 ± 15.75	1.004	.763
	Hayır	67.5 ± 16.26	84.5 ± 17.67		
	Kısmen	75.40 ± 20.46	78.38 ± 14.45		
Hastaya acil müdahalede bulunmaya hazır hissediyorum	Evet	85.22 ± 21.7	85.15 ± 18.16	<b>4.266</b>	<b>.016</b>
	Hayır	67.15 ± 13.64*	73.21 ± 14.16		
	Kısmen	76.89 ± 19.82	81.85 ± 14.76		
İnvaziv İşlemlerin uygulamasında hazır hissediyorum	Evet	81.5 ± 21.83	84.13 ± 15.99	<b>3.583</b>	<b>.030</b>
	Hayır	70.18 ± 16.16*	77.47 ± 13.92		
	Kısmen	79.5 ± 15.5	80.6 ± 13.72		
Hastanın fiziksel muayenesini yapmaya hazır hissediyorum	Evet	79.68 ± 21.64	86.85 ± 16.44	<b>3.773</b>	<b>.025</b>
	Hayır	70.5 ± 20.8*	71.66 ± 3.05*		
	Kısmen	76.08 ± 17.62	75.28 ± 10.83		
İleri klinik uygulamalara (trakeostomi, stoma, yara, yanık, göğüs tüpü, dekübit bakımı ...gibi ) hazır hissediyorum	Evet	79.03 ± 22.49	84 ± 15.77	0.093	.911
	Hayır	80.09 ± 18.49	82.07 ± 16.05		
	Kısmen	76.80 ± 19.47	79.3 ± 14.69		
Hastaya psikolojik destek sağlamaya hazır hissediyorum	Evet	82.08 ± 20.57	84.32 ± 16.53	<b>4.224</b>	<b>.017</b>
	Hayır	69.09 ± 17.82*	79.8 ± 15.41		
	Kısmen	77.87 ± 20.18	78.18 ± 12.63		

F = Bağımsız örneklem iki yönlü Varyans Analizi,

\* Post-hoc Tukey test, fark oluşturan grup

#### 4. Tartışma

Bu çalışmada intörn programının hemşirelik son sınıf öğrencilerinin öz yeterlilik düzeyleri ve mesleki hazıroluşluk düzeylerine etkisi incelenmiştir. Ölçekten alınan yüksek puan, genel öz yeterlilik algısının yüksek olduğunu gösterir.(28) Çalışmada da öğrencilerin öz yeterlilik ölçeği

puan aralığı 49-115 olduğu, İPG öğrencilerinin puanlarının biraz daha yüksek olduğu ve her iki grup öğrencilerinin toplam puan ortalamalarının 80 olduğu göz önüne alındığında, öğrencilerin orta düzeyde öz yeterliliğe sahip olduğu görülmektedir (Tablo 2). Yapılan diğer çalışmalarda hemşirelik öğrencilerinin (29,30) ve hemşirelerin

(31) öz yeterlilik algılarının üst düzeyde olduğu bulunmuştur. Bu çalışmalarda özyeterliliğin yüksek olmasının nedeni kendi eğitimin programının özyeterliliği daha fazla desteklemesi olabilir. Öz yeterlik düzeyinin yüksek olması, hemşirelik mesleğinde istendik bir durumdur. Öz yeterlilik kişinin duruma özgü kendine inanışını ortaya koymaktadır (21,29). Öz yeterliliği yüksek bireyler kendi sosyal yaşamlarında ve mesleki yaşamlarında karşılaştıkları sorunlarda cesaretini kaybetmez ve sorunları çözmeye çalışır, kendini ve mesleğini güçlendirir (19). Öz yeterliliği güçlü olan hemşireler sağlık sistemi içinde mesleğine daha fazla katkı sağlayabilir. Hemşirelik öğrencilerinin okul ortamında elde ettikleri öz yeterlilik algısı mezuniyet sonrasında mesleki yeterlilik kavramına geçişi kolaylaştıracaktır. Kişinin kendine güvenmesi ve kendini yeterli hissetmesi yaptığı işte daha başarılı olmasını sağlayacaktır. İşinde başarılı olan kişinin iş doyumunu, iş motivasyonu artacak ve mesleğini yapmaktan zevk alacaktır. Bu nedenlerle hemşirelik eğitimi sırasında hemşirelik öğrencilerinin öz yeterliliklerinin geliştirilmesinin önemi büyüktür. Çalışmamız sonucu hemşirelik öğrencilerinin eğitimleri sırasında öz yeterliliklerinin istendik düzeyde geliştirilmediğini göstermektedir.

Teori ve uygulama bilgisi ancak klinik ortamda birleştirilir. Klinik uygulamalar öğrencilerin bilişsel, duyuşsal ve psikomotor öğrenmeleri için imkân sunarak onları meslek yaşamına hazırlar (1). Öğrenciler klinik ortamda uygulama yapma fırsatı bularak kendilerini geliştirirler. İntörlük uygulamasında öğrencilerin hemşirelik bilgi ve becerilerini klinikte birleştirerek, mesleki adaptasyon sağlamaları ve bağımsız öğrenmeleri ve kendilerini geliştirmeleri istenir (10-13). Öğrencilerin öğrenmelerine katkı sağlamak için klinik uygulama süresi ve uygulamanın niteliği yeterli olmalıdır. Çalışmada İPG öğrencileri hasta bakım uygulamalarına, hasta ve yakınlarına eğitim vermeye, invaziv işlemlerin uygulamasına, etik duyarlılık ile uygulamaya hazır hissediyor iken, KPG öğrencileri en iyi performansla çalışmaya, çalışacağı ekiple uyum sağlamaya, hastanın fiziksel muayenesini yapmaya daha fazla hazır hissetmektedir (Tablo 3). Çalışmada İPG öğrencilerinin diğer gruba göre mesleğe hazıroluşluk ifadelerine daha fazla

oranda evet demişlerdir. Bu sonuç intörlük programının meslek yaşamına hazırlamaya katkısının daha iyi olduğunu düşündürmektedir.

Öğrencilerin hazıroluşluk ile öz yeterlilik puanları gruplar arasında karşılaştırıldığında KPG öğrencilerinde; mesleğe başlamaya, mesleki psikolojik zorluklara, mesleğinde etik duyarlılık ile çalışmaya, hastaya acil müdahalede bulunmaya, invaziv işlemlerin uygulamasına, hastanın fiziksel muayenesini yapmaya ve hastaya psikolojik destek sağlamaya hazır hissetmeyenlerin özyeterlilik puanları anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür (Tablo 4). Öğrencilerin hazır hissetmediği alanlarda özyeterlilikleri de düşüktür. Çalışmanın bulguları özyeterlilik algısı ile tutarlıdır. Lunenburg (2011)'e göre "öz yeterlilik, bir kişinin yetenek duygusunu algılamasını, motivasyonunu ve performansını etkilemektedir (32). Kişi yapacağı işte, kendi yeterliliğine inanıyorsa, kendi bilgi beceri ve duygularının farkındaysa yüksek öz yeterlilik algısı ile hazır olduğunu hissettirebilir. Croy ve ark.,(2020), aktif öğrenme yaşantıları sunan eğitim yaklaşımları ve programlarının öğrencilerin güveni, performansı, verimliliğini artırdığını, gelişimlerine destek sağladığını, öz yeterliliği geliştirdiğini belirtmişlerdir(33). Elçigil ve Sarı (2011), çalışmalarında daha problemlı hastalara bakan öğrencilerin daha fazla öğrendiğini ve motive olduğunu bulmuştur (34).

Bu çalışmada belirtilen mesleki hazıroluşluk düzeyleri teorik bilgi kadar özel beceriler de gerektirmektedir. KPG öğrencileri klinik uygulamayı kısıtlı sürede belirli alanlarda ve kalabalık gruplarla yapmaktadırlar. Klinik ortamda öğrenci sayısının fazla olması, kendine sıra gelmemesi gibi durumlar öğrencinin performansını etkiliyor ve sonuçta öğrenciler klinik uygulamadan çok fazla yararlanamayıp kendilerini geliştiremiyor olabilirler. Bu gibi olumsuz durumların etkisini azaltmak için öğrenciler, kendi öğrenme yeteneklerine göre klinik ortamda eğitimciler tarafından desteklenmelidir (2,3,5,7,13,22). İntörlük uygulaması öğrencilere bağımsız uygulama yapma fırsatı sunarak, öğrencilerin problemle yüzleşmelerini sağlayarak, problem çözme ve karar verme becerilerini destekliyor, sorumluluk almalarını sağlıyor, kendine güven ve kendine inanç oluşturuyor ve onların öz yeterliliğini destekliyor



olabilir. Klinik uygulamalarda öğrencinin kendisinden beklenen görevleri yerine getirmesi ile kendine olan inancı artarak öz yeterliliğinin de artması beklenebilir. Bu açıdan öz yeterliliği destekleyen eğitim programlarının uygulanması ile öğrencilerin mesleki hazıroşluklarına daha fazla katkı sağlayacakları söylenebilir.

## 5.Sonuç ve Öneriler

İPG ve KPG öğrencilerle gerçekleştirilen bu araştırmanın sonucunda; her iki grup öğrencinin orta düzeyde öz yeterliliğe sahip olduğu, İPG öğrencilerinin diğer gruba göre daha fazla mesleğe hazır olduğu, hazıroşlukları düşük olan KPG grubu öğrencilerinin özyeterliliğinin de düşük olduğu görülmüştür. Öğrencilere mesleki hazıroşluğu artıran, özyeterliliği geliştiren eğitim öğretim yaşantıları sunulmalıdır. Klinik ortam öğrenciler için hazıroşluğu yeterince desteklemediğinde öğrencilerin hazıroşluğu farklı yöntemlerden yararlanılarak geliştirilmelidir.

İleriye yönelik çalışmalarda, mesleki hazıroşluğu geliştirmeye yönelik öğretim materyal ve yöntemlerinin geliştirilmesi, hemşirelik öğrencilerinin mezuniyet öncesi mesleki hazıroşluklarını ölçen geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı geliştirilmesi önerilebilir.

## Çalışmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlı sayıda program ve öğrenci üzerinde gerçekleştirilmesi, öğrencilerin mezuniyet sonrası izlenememesi, mesleki hazıroşluğun değerlendirilmesinde geçerlik ve güvenilirliği olan bir ölçek kullanılmaması araştırmanın sınırlılığıdır.

## Teşekkür

Çalışmaya katılan tüm öğrencilere teşekkür ediyorum.

## Yazar Katkısı

## Finans Kaynağı

Bu çalışma sırasında, ne araştırma konusu ile doğrudan bağlantısı olan herhangi bir ilaç

firmasından ne de bu çalışmanın değerlendirme sürecini olumsuz etkileyebilecek tıbbi alet ve malzemeleri sağlayan veya üreten bir firmadan maddi veya manevi destek alınmamıştır.

## Çıkar Çatışması

Herhangi bir firmadaki potansiyel çıkar çatışmaları, danışmanlık, uzmanlık, çalışma koşulları, hissedarlık ve benzeri durumların yazarları ve / veya aile üyeleri veya bilimsel ve tıbbi komite üyeleri arasında çıkar çatışması yoktur.

## Kaynaklar

- 1- Karaöz S. Hemşirelik eğitiminde klinik değerlendirmeye genel bakış: Güçlükler ve öneriler. DEÜHYO ED,2013, 6 (3),149-158.
- 2- Ateş N, Güçlüel Y, Pirecioğlu M, Güngörmüş E, Yıldırım A. İntörn klinik uygulama programına yönelik intörn hemşire, rehber hemşire ve klinik sorumlu hemşiresinin görüş ve önerileri. HE-MARGE, 2017,19(3): 1-11.
- 3- Park S. Effects of an intensive clinical skills course on senior nursing students' self-confidence and clinical competence: A quasi-experimental post-test study. Nurse Educ Today,2018, 61, 182-186. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.11.028>.
- 4- Chan ZCY, Cheng WY, Fong MK, Fung YS, Ki Y, Li YL, et al., Curriculum design and attrition among undergraduate nursing students: A systematic review. Nurse Educ Today,2019, 74:41-53 DOI:10.1016 /j. nedt.2018.11.024.
- 5- Gaberson KB., Oerman MH, Shellenbarger T. Clinical Teaching Strategies in Nursing. (Hemşirelikte Klinik Öğretim Stratejileri.) 4th. Ed. Funda Kardaş Özdemir, Zümrüt Akgün Şahin, Dilek Küçük Alemdar. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık AŞ; ss:33-105.2016
- 6- Şimşek M, Çonoğlu G, Orgun F. Hemşirelik eğitiminde kazandırılması planlanan temel hemşirelik becerilerinin değerlendirilmesi. EGEHFD DERGİ, 2018, 34(1), 1-25.
- 7- Pitt V, Powis D, Levett-Jones T, Hunter S. Factors influencing nursing students' academic and clinical performance and attrition: an integrative literature review. Nurse Educ Today, 2012, 32(8), 903-913.doi:10.1016/j.nedt.2012.04. 011.
- 8- Yücel ŞÇ, Güler EK, Eşer İ, Khorshid L. İki farklı eğitim sistemi ile öğrenim gören hemşirelik

- son sınıf öğrencilerinin hemşirelik mesleğini algılama durumlarının karşılaştırılması. EGEHFD DERGİ, 2011, 27 (3), 1-8.
- 9- Şentürk EA, Dal Ü, Kutlutürkan S, Vural G. Hemşirelik dördüncü sınıf öğrencilerinin ve hemşirelerin intörlük uygulamasına ilişkin görüşleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2008, 15(2):16-25.
  - 10- Tosun N, Oflaz F, Akyüz A, Kaya T, Yava A, Yıldız ., Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin intörn eğitim programından beklentileri ile program sonunda kazanım ve önerilerinin değerlendirilmesi. Gulhane Med J ,2008, 50(3):164-171.
  - 11- Özbayır T, Yavuz M, Taşdemir N, Dirimeşe E, Seki Z, Okgün A. Cerrahi hastalıkları hemşireliği intörn öğrencilerinin klinik uygulamayı değerlendirmeleri ve akademik başarı durumları. EGEHFD DERGİ, 2011, 27(1):1-9.
  - 12- Sabancıoğulları S, Doğan S, Kelleci M, Avcı D. Hemşirelik son sınıf öğrencilerinin intörlük programına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi. DEUHFED, 2012, 5(1):16-22.
  - 13- Güner P. Preparedness of final-year Turkish nursing students for work as a professional nurse. J Clin Nurs, 2014, 24, 844-854, doi: 10.1111/jocn.12673.
  - 14- Ayaz-Alkaya S, Sözbir ŞY, Kahraman BB. The effect of nursing internship program on burnout and professional commitment. Nurse Educ Today, 2018, 68, 19-22. https://doi.org/10.1016/j.nedt. 2018.05.020.
  - 15- Karagözoğlu Ş, Özden D, Türk G, Tok Yıldız F. Klasik ve entegre müfredat programı hemşirelik öğrencilerinin ilk klinik uygulamada yaşadıkları kaygı, klinik stres düzeyi ve etkileyen bazı faktörler. DEUHYOED, 2014, 7 (4), 266-274.
  - 16- Özden D, Karagözoğlu Ş, Tok Yıldız F. Yoğun bakım ünitesindeki hemşirelik intörn öğrencilerin kaygı düzeyleri. DEUHFED, 2018, 11(4), 322-327.
  - 17- Cheng CY, Tsai HM, Chang CH, Liou SR. New graduate nurses' clinical competence, clinical stress, and intention to leave: A longitudinal study in Taiwan. The Scientific World Journal, 2014, 1-9. http://dx.doi.org/10.1155/2014/748389
  - 18- Okçin FA, Gerçeklioğlu G. Öğrencilerin öz-etkililik-yeterlilik algıları ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013, 2(1): 40-51
  - 19- Vicdan AK, Taştekin A. Hemşirelik mesleği öz yeterlik ölçeği'ni Türkçe'ye uyarlama çalışması. ACU Sağlık Bilimleri Dergisi, 2019, 10(3):504-510. https://doi.org/10.31067/0. 2019.183 .
  - 20- Açıksöz S, Uzun Ş, Arslan F. Hemşirelik öğrencilerinde öz yeterlilik algısı ile klinik uygulamaya ilişkin kaygı ve stres durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi. Gulhane Med ,2016,58:129-135. doi: 10.5455/gulhane. 169643.
  - 21- Erol M, Dilek AT. Eyleme geçiren bir katalizör "öz yeterlilik algısı": üniversite öğrencileri üzerine bir inceleme. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2016, 31(4): 711-723. doi: 10.16986/HUJE.2015014223
  - 22- Henderson A, Harrison P, Rowe J, Edwards S, Barnes M, Henderson S. Henderson A. Students take the lead for learning in practice: A process for building self-efficacy into undergraduate nursing education. Nurse Educ Pract, 2018, 31, 14-19. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.04.003.
  - 23- Doğu Ö, Güler DS. Klinisyen hemşirelerin intörlük uygulaması hakkındaki görüşleri. JDÜ Sağlık Bil Enst Derg. 2016, 6(2):79-82.
  - 24- Kukkonen P, Suhonen R, Salminen L. Discontinued students in nursing education—who and why? Nurse Educ. Pract. 2016; 17, 67-73. doi:10.1016/j.nepr. 2015.12.007.
  - 25- Farahani MA, Ghaffari F, Oskouie F, Tafreshi MZ. Attrition among Iranian nursing students: a qualitative study. Nurse Educ. Pract. 2017, 22, 98-104. doi:10.1016/j.nepr.2017.01.002.
  - 26- Singleton JK. An enhanced cultural competence curriculum and changes in transcultural self-efficacy in doctor of nursing practice students. J Transcult Nurs. 2017, 28(5) 516- 522. DOI: 10.1177/1043659617703162.
  - 27- Terry D, Peck B, Smith A, Nguyen H. Occupational self-efficacy and psychological capital amongst nursing students: a cross sectional study understanding the malleable attributes for success. European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, 2020, 10(1), 159-172. doi:10.3390/ejihpe10010014.
  - 28- Gözüm S, Aksayan S. (1999). Öz- etkililik- yeterlilik ölçeği'nin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(1): 21-34.
  - 29- Göger S, Çevirme A. Hemşirelik öğrencilerinde öz yeterlilik düzeyinin eğitim stresi üzerine etkisi. KUHEAD, 2019, 16 (4): 306-312. doi:10.5222/HEAD.2019.306.

- 30- Karadağ E, Aksoy Derya Y, Ucuzal M. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin öz etkililik-yeterlik düzeyleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*,2011, 4(1);13-20.
- 31- Yılmaz Koçak M., Büyükyılmaz F. Hemşirelerin öz-yeterlilik algıları ile problem çözme becerilerinin incelenmesi. *JAREN*,2019, 5(3):169-177. doi:10.5222/jaren.2019. 86547.
- 32- Lunenburg FC. Self-Efficacy in the Workplace: Implications for motivation and performance. *International Journal of Management, Business, and Administration*, 2011, 14: 1-6.
- 33- Croy G, Garvey L, Willetts, G, Wheelahan J, Hood K. Anxiety, flipped approach and self-efficacy: Exploring nursing student outcomes. *Nurse Education Today*, 2020, 93, 104534. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104534>.
- 34- Elçigil A, Sarı HY. (2011) Facilitating factors in clinical education in nursing. *DEUH-YOED*,2011, 4 (2), 67-71.





# HALIÇ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ YAZIM KURALLARI VE YAZARLAR İÇİN TALİMATLAR

## Başlık Sayfası

Yazarların isimleri, yazarların katkılarına göre sıralayarak yazılmalıdır. Her yazarın kurum bilgisi verilmelidir. Sorumlu yazar yıldız sembolü ile belirtilmelidir. Sorumlu yazarın e-mail bilgisi yer almalıdır. Yazarların isim ve kurum bilgileri ana metne yazılmamalı, sadece başlık sayfasına yazılmalıdır. Yapılan çalışma daha önce bir kongrede sunulmuşsa başlık sayfasında bilgisi verilmelidir. Ana metinden ayrı bir dosya olarak sisteme yüklenmelidir.

## Başlık

Çalışmanın Türkçe ismi, her kelimenin ilk harfi büyük (bağlaçlar hariç), İngilizce ismi ise İngilizce yazım diline uygun “times new roman” fontunda 14 punto olacak şekilde yazılmalıdır.

## Öz

Özet kısmı hem Türkçe hem İngilizce olarak yazılmalıdır. Özetle, çalışmanın yenilikleri ve temel bulguları vurgulanmalıdır. Türkçe ve İngilizce özet kısımları Times New Roman yazı tipi ile yazılmalı ve 10 punto büyüklüğü seçilmelidir. Yazım metni iki tarafa yaslanmalıdır. Özet bölümünün yazımında tek satır aralığı seçilmelidir. Makale özetinin 250 kelimeyi geçmemesine dikkat edilmelidir. Türkçe ve İngilizce özetlerin 1 (bir) sayfayı geçmemesi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Anahtar kelime sayısı en az 3 en fazla 6 olmalıdır. Anahtar kelimeler virgül ile ayrılmalıdır.

Birinci YAZAR<sup>1\*</sup> 

İkinci YAZAR<sup>2</sup>, 

Üçüncü YAZAR<sup>1</sup> 

\*Sorumlu Yazar e mail:  
.....@..... .com

<sup>1</sup>Üniversite, Fakülte ve/veya  
Bölüm, Şehir, Ülke  
<sup>2</sup>Üniversite, Fakülte ve/veya  
Bölüm, Şehir, Ülke

Birinci Yazar, İkinci Yazar,  
Üçüncü Yazar. Çalışmanın  
Türkçe İsmi Her Kelimenin  
İlk Harfi Büyük (Bağlaçlar  
Hariç) ve “Times New  
Roman” Fontunda 14 Punto  
Olacak Şekilde. Haliç Üniv  
Sağ Bil Der.  
2021;4(1) .....-.....

Birinci Yazar, İkinci Yazar,  
Üçüncü Yazar. Çalışmanın  
İngilizce İsmi Her Kelimenin  
İlk Harfi Büyük (Bağlaçlar  
Hariç) ve “Times New  
Roman” Fontunda 14 Punto  
Olacak Şekilde. Halic Uni J  
Health Sci,  
2021;4(1) .....-.....

Geliş Tarihi: ...../...../20.....  
Kabul Tarihi: ...../...../20.....

## Giriş

Ana metin, A4 kâğıt boyutuna 2 cm kenar boşlukları ile 12 punto yazı büyüklüğünde Times New Roman yazı tipi ile 1 satır aralığı ve her iki yana yaslı şekilde yazılmalıdır. Ana bölüm başlıkları numaralandırılmalı, kelimelerin ilk harfleri büyük olmalı ve **koyu (bold)** karakterde yazılmalıdır. Ana bölüm başlığından sonra 1,5 satır aralıklı boşluk bırakılarak metne geçilmelidir. Çalışmanın İngilizce olarak sunulmak istenmesi durumunda bölüm başlığı **“Introduction”** olarak verilmelidir.

Bu bölümde çalışmayla ilgili yeterli literatür bilgisi verilmeli ve çalışmanın gerekçesi belirtildikten sonra amacı vurgulanmalıdır.

## Gereç ve Yöntem

Bu bölümde, uygulanan yöntemler ve teknikler anlaşılır bir şekilde verilmeli ve metin “Times New Roman” yazı tipinde 12 punto büyüklüğünde ve tek satır aralıklı yazılmalıdır. Çalışmanın İngilizce olarak sunulmak istenmesi durumunda bölüm başlığı **“Material and Method”** olarak verilmelidir. Bölüm içerisinde alt bölüm başlıkları açılması mümkündür. Alt başlıklar numaralandırılmalıdır.

## Bulgular

Bu bölümde çalışma sonucunda elde edilen bulgular çalışma sırasına göre sunulmalıdır.

Çalışmanın İngilizce olarak sunulmak istenmesi durumunda bölüm başlığı **“Results”** olarak verilmelidir. İstatistik için kullanılan analizler detaylı olarak anlatılmalıdır. İstatistiksel anlamlılık durumunu belirtmek için kullanılan “p” değerinin gerçek değeri verilmelidir.

### 3.1. Şekiller, Tablolar ve Grafikler

Şekiller grafik, diyagram, fotoğraf, resim şeklinde olabilir. Şekil yazısı şeklin alt kısmına yazılmalıdır. Hem şekil hem de şekil yazısı sayfaya ortalanmalıdır. Şekil yazıları okunaklı olmalıdır. Şekil ile üst metin arasında 1 satır boşluk bırakılmalıdır. Şekil yazısı ile alt metin arasında da 1 satır boşluk bırakılmalıdır. Şekil yazısı 11 punto olarak yazılmalıdır. Metin içerisinde şekillere atıfta bulunulmalıdır. Şekiller grafik, diyagram, fotoğraf ve resimler sayfanın en altına konulmalıdır.

Tablolar kapalı çerçeveli tercih edilebilir. Tablo yazısı tablonun üst kısmına yazılmalıdır. Hem tablo hem de tablo yazısı sayfanın soluna hizalanmalıdır. Tablo yazısı ile üst metin arasında 1 satır boşluk bırakılmalıdır. Tablo ile alt metin arasında 1 satır boşluk bırakılmalıdır. Tablo yazıları tercihen 11 punto ile yazılmalı ve tek satır aralığı seçilmelidir. Metin içerisinde tablolara atıfta bulunulmalıdır.

**Tablo 1.** Tablo başlığı.

Sütun Başlığı	Sütun Başlığı	Sütun Başlığı
Bilgi satırı	Bilgi satırı	Bilgi satırı
Bilgi satırı	Bilgi satırı	Bilgi satırı
Bilgi satırı	Bilgi satırı	Bilgi satırı
Bilgi satırı	Bilgi satırı	Bilgi satırı

### Tartışma

Bu bölümde, yapılan çalışmadan elde edilen bulgular bilimsel ilkelerin ışığı altında önceki verilerle karşılaştırılarak irdelenmelidir. Çalışmanın İngilizce olarak sunulmak istenmesi durumunda bölüm başlığı “**Discussion**” olarak verilmelidir. Çalışmanın limitasyonları ve gelecek çalışmalar için önerilere tartışmanın son paragrafında yer verilmelidir.

### Sonuç

Bu bölümde çalışmadan elde edilen özgün sonuçlar bir sıra dâhilinde sunulmalıdır. Çalışmanın İngilizce olarak sunulmak istenmesi durumunda bölüm başlığı “**Conclusions**” olarak verilmelidir.

### Teşekkür

Bu bölümde, çalışmada yardım ya da destekleri bulunan kişi veya kişilere ya da kurum yetkililerine teşekkür edilebilir. Çalışmanın İngilizce olarak sunulmak istenmesi durumunda bu bölümün başlığı “**Acknowledgment**” olarak verilmelidir.

### Kaynaklar

Çalışmada yararlanılan kaynaklar kullanım sırasına göre numaralandırılarak verilmelidir. Ancak Özet bölümünde kaynak gösterilmez. Kaynak numaraları parantez içerisinde gösterilmelidir. Aynı anda birden fazla kaynağa atıf yapılıyorsa, kaynak numaraları küçükten büyüğe (1, 5, 8, 12 gibi) sıralanmalı ve virgül ile ayrılmalıdır. İkiden çok ardışık kaynağa değinildiğinde, ilk kaynak ve son kaynak numaralarının arasına tire konularak gösterilmelidir.

Kaynakların tamamı çalışmanın son sayfasındaki “Kaynaklar” başlığı altında, makale içerisindeki kullanım sırasına göre verilmelidir. Kaynak sayısı 50’yi geçmemelidir.

Kaynakların gösterilmesi ve künye düzeni ile ilgili kurallar “**Vancouver**” sistemine uygun olarak verilmelidir. Kaynak gösterme ve kaynakça hazırlanmasında EndNote ya da Reference Manager gibi standart yazılım paketlerinin kullanılması önerilmektedir.

Kaynaklar “Times New Roman” fontunda 10 punto olarak yazılmalıdır. Kaynak numaraları otomatik numaralandırma ile eklenmelidir. Çalışmanın İngilizce olarak sunulmak istenmesi durumunda bölüm başlığı “**References**” olarak verilmelidir.

### Periyodik yayınlar:

- Huth EJ. Guidelines on authorship of medical papers. Ann Intern Med. 1986;104(2):269-74.
- Lee MR, Ho DD, Gurney ME. Functional interaction and partial homology between

human immunodeficiency virus and neuroleukin. Science. 1987;237(4818):1047-51.

- Castell-Auvi A, Cedó L, Pallares V, Blay M, Ardévol A, Pinent M. The effects of a cafeteria diet on insulin production and clearance in rats. Br J Nutr. 2012;108(7):1155-62.

6 ve daha fazla yazar:

- Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. Brain Res. 2002;935(1):40-6.

### Kitaplar:

Yazar A, Yazar B, Yazar C, Yazar Ç, Yazar D, Yazar E ve ark. Kitap adı. Baskı sayısı (1.’den sonrakiler için). Yayın yeri: Yayınevi; Yayın Yılı.

Örnek:

- Carlson BM. Human embryology and developmental biology. 3th ed. St. Louis: Mosby; 2004.

### Sempozyum, Kongre, Bildiri:

Konuşmacı A. Bildiri Adı [Bildiri]. Toplantı Adı; Toplantı tarihi; Toplantı Yeri.

Örnek:

- Tonta Y. Bilgi Yönetiminde Son Gelişmeler, İşbirliği ve Açık Erişim [Bildiri]. Akademik Bilişim; 06 Şubat 2006; Gaziantep, Türkiye.

### Tez:

Yazar A. Tez Adı [Yüksek lisans/Doktora/Sanatta yeterlik tezi]. Yer: Üniversite Adı; Yayın Yılı.

Örnek:

- Özbaş ZY. Acidophilus’lu Yoğurt Üretim Teknikleri [Doktora tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 1991.

### Web adresi:

Yazar, A. (varsa), Konu başlığı [Internet]. Yayın yılı [Erişim Tarihi]. Erişim adresi:

Örnek:

- Atherton, J. Behaviour modification [Internet]. 2008 [Erişim Tarihi 10 Nisan 2010].

Erişim adresi: [http://www.learningandteaching.info/learning/behaviour\\_mod.htm](http://www.learningandteaching.info/learning/behaviour_mod.htm)

### Yazarlar için Gönderim Öncesi Kontrol Listesi

- Ana metinden ayrı bir dosyada başlık sayfası yüklenmesi
- Ana metinde kurum ve yazar adının bulunmaması
- Prospektif ve retrospektif klinik çalışmalar ve deneysel araştırmalar için etik kurul onayı
- Yayın etiği kurallarına uygunluk
- İnsan çalışmaları için hasta onayı
- Yazının dergi yazım kurallarına uygunluğu
- Tüm yazarlar için İmzalanmış Telif Hakkı Devir Formu

## INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

The Haliç University Journal of Health Sciences is the scientific periodical of Journal which is published three times a year in order to reach both local and global medical circle. Retrospective, prospective or experimental trials, reviews, case reports, editorials, commentaries, letters to the editor, medical book reviews relevant to hot topics of medicine are all welcome.

The journal pays regard to the highest ethical and scientific standards and absence of commercial concerns among the articles. Neither the editor (s) nor the publisher guarantees, warrants or endorses any product or service advertized in this publication.

Articles are accepted for publication on the condition that they are original, are not under consideration by another journal, or have not been previously published. Direct quotations, tables, or illustrations that have appeared in copyrighted material must be accompanied by written permission for their use from the copyright owner and authors.

All articles are subject to review by the editor and two or more referees if they are convenient to stylistic rules and published following the revisions made by the authors if needed.

### SCIENTIFIC RESPONSIBILITY

All authors should have contributed to the article directly either academically or scientifically. All persons designated as authors should meet all of the following criteria:

- Planned or performed the study,
- Wrote the paper or reviewed the study,
- Approved the final version It is the authors' responsibility to prepare a manuscript that meets scientific criteria.

### ETHICAL RESPONSIBILITY

The Journal adheres to the principles set forth in the Helsinki Declaration (<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>) and holds that all reported research involving 'Human beings' conducted in accordance with such principles.

Reports describing data obtained from research conducted in human participants must contain a statement

in the "Material and Methods" section indicating approval by the ethical review board and affirmation that "Informed Consent" was obtained from each participant.

All papers reporting experiments using animals must include a statement in the "Material and Methods" section giving assurance that all animals have received humane care in compliance with the Guide for the Care and Use of Laboratory Animals (<https://www.nap.edu/catalog/5140/guide-for-the-care-and-use-of-laboratory-animals>) and indicate approval by the animal experiment ethical review board. Case reports should be accompanied by "Informed Consent" whether the identity of the patient is disclosed or not. It is the authors' responsibility to obtain and present the consent to the authorities if requested in accordance with the Personal Data Preservation code.

If the proposed publication has a commercial interest or a funder directly or indirectly, the author must include in the cover letter a statement indicating that the author(s) has (have) no financial or other interest in the product or explain the nature of any relation (including consultancies) between the author(s) and the manufacturer or distributor of the product. Name of the ethical review board, approval date and number should be indicated in the "Materials and Methods" section if needed for that type of article. It is the authors' responsibility to prepare a manuscript that meets ethical criteria

### EPIDEMIOLOGICAL AND STATISTICAL ANALYSIS

All manuscripts (retrospective, prospective or experimental) with statistical analysis are required to undergo biostatistical review in terms of validity and power analysis to ensure appropriate study design, analysis, interpretation and reporting.

### LANGUAGE

The official languages of the Journal are Turkish and English. Turkish Dictionary of Turkish Language Association or online dictionary which belongs to Turkish Medical Foundations must be taken into consideration in Turkish articles. Manuscripts and abstracts in English must be checked for language by an expert or a native speaker prior to submission and his/



her name should be indicated in the “Acknowledgements” section in case he/she is not one of the authors.

**PUBLICATION PLATFORM**

The Haliç University Journal of Health Sciences is published in electronic form via DERGİPARK online (www.dergipark.gov.tr). Manuscript submission and process follow-up are carried out through DERGİPARK system. In order to submit an article, you must first to be a member of DERGİPARK platform.

**COPYRIGHT STATEMENT**

The publisher owns the copyright of all accepted articles. Statements and opinions expressed in the published material herein are those of the author(s). All manuscripts submitted must be accompanied by the “Copyright Transfer Form” and peer reviewing will proceed thereafter.

**ARTICLE TYPES**

The Journal publishes the following types of articles:

**Editorial Commentary/Discussion:** Usually written by experts other than the authors of a published original article manuscript and published before the manuscripts.

**Original Research Articles:** Original prospective or retrospective studies of basic or clinical investigations are welcome. They should be composed of the following sections:

**Abstract:** Maximum 250 words (in Turkish and English respectively); the structured abstract should contain the following sections: purpose, material and methods, results, conclusion. Turkish and English abstracts should not exceed 1 (one) page.

**Keywords:** Three to five words in accordance with “Medical Subject Headings (MeSH)”, Turkish and English, respectively.

**Introduction:** Clear explanation of the background and purpose of the study. It should be written on A4 paper size with 2 cm margins and 12-point Times New Roman font with 1 line spacing and justified on both sides. Main and sub section titles should be numbered, the first letters of the words should be capitalized and written in bold characters. After the main section title, 1.5 line spacing should be left and the text should be passed.

**Material and Method:** Material, methods and statistical analyses are explained in detail. Informed

consent and ethical approval should be clearly indicated in this section.

**Results:** Findings of the study are presented in detail. The true value of the “p” value should be given to indicate statistical significance.

**Figures, Tables and Charts**

Figures can be in the form of photographs, pictures. Diagrams should be uploaded in pdf or picture format. Figure caption should be written at the bottom of the figure. Both the figure and the figure text should be centered on the page. Figure captions must be legible. There should be 1 line space between the figure and the superscript. There should be 1 line space between the figure caption and the subtext. Figure text should be written in 11 points and given as in the example below (Figure 1). Figures should be cited in the text. Figures, graphics, diagrams, photographs and pictures should be placed at the bottom of the page.

Tables can be preferred with closed frames. Table caption should be written above the table. Both the table and the table caption should be aligned to the left of the page. There should be 1 line space between the table text and the superscript. There should be 1 line space between the table and the subtext. Table texts should preferably be written in 11 points and single line spacing should be chosen. Tables should be cited in the text.

**Table 1.** Table title.

Column Title	Column Title	Column Title
Information	Information	Information
Information	Information	Information
Information	Information	Information
Information	Information	Information

**Discussion:** Findings of the study are discussed in light of the recent literature. Limitations of the study and suggestions for future studies should be included in the last paragraph of the discussion.

**Conclusions** are presented according to the results and discussion sections.

**References** in the text should be numbered and listed serially with parentheses. If more than one source is cited at the same time, reference numbers should be listed in ascending order (such as 1, 5, 8, 12) and separated by commas. When more than two consecutive references are cited, they should be indicated with a hyphen between the first and last reference numbers.

All of the references should be given under the “References” heading on the last page of the study, in the order of use in the article. The number of sources should not exceed 50. References should be listed according to the order of mentioning on a separate page, double-spaced, at the end of the paper in numerical order. All authors should be listed if six or fewer, otherwise list the first three and add the et al.

The rules regarding references and imprint order should be given in accordance with the “Vancouver” style. It is recommended to use standard software packages such as EndNote or Reference Manager for citing and preparing bibliography.

## **TITLE PAGE**

A concise, informative title (Turkish and English) should be provided. The names of the authors should be written in order of their contributions. Affiliations and orcid numbers of each author should be given. Author contributions should be given. The corresponding author should be indicated with an asterisk. The e-mail information of the corresponding author should be included. The names and institutions of the authors should not be written in the main text, they should only be written on the title page. If the study has been presented in a congress before, information should be given on the title page. It should be uploaded to the system as a separate file from the main text.

## Yayın Politikası

---

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, fizyoterapi ve rehabilitasyon, beslenme ve diyetetik, ebelik, hemşirelik, tıp bilimleri, beden eğitimi ve spor ile diğer sağlık alanlarındaki akademik, bilimsel ve araştırmaya dayalı makaleleri yayınlamaktadır. Derginin amacı, sağlık bilimlerine ilişkin bilgilerin paylaşılması, gelişmelerin takip edilmesi, alandaki profesyonellerin gelişmesinin desteklenmesi, nitelikli bir kaynak oluşturması ve akademik yayınların ülkemizdeki gelişimine destek olmasıdır.

Derginin yayın dili **Türkçe** ve **İngilizce**'dir. Dergiye erişim ve makale yükleme/basma ücretsizdir. Dergimize yüklenen her makale en az 2 kör hakem tarafından değerlendirilir. Her hakem makale atandıktan sonra 15 gün içerisinde ilk değerlendirmelerini tamamlar. Hakemler ve editörlerden gelen düzeltme talepleri yazarlara revizyon olarak gönderilir. Revizyonu yapılmış ve yüklenmiş makale tekrardan hakem değerlendirmesine alınır.

### **Dergide aşağıda belirtilen özellikleri taşıyan yazılar yayımlanabilir:**

- **Araştırma Makalesi:** Özgün araştırmaları ve sonuçlarını sunan bilimsel formatta yazılmış makale.
- **Derleme:** Belli bir konuda son literatür ağırlıklı olarak yapılmış bilimsel çalışmaların kapsamlı derlemesi.
- **Olgu/vaka sunumları:** Belirli bir konuda ilginç vakaların değerlendirilmesi.
- **Editöre mektup:** Dergide daha önce yayınlanmış yazılara eleştiri getiren/ya da katkı sağlayan yazılardır.

### **Etik Kurul Ve Onam İzinleri**

Dergi, insan ögesinin içinde bulunduğu tüm çalışmalarda Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygunluk kabul eder. Bu tip çalışmaların varlığında yazarlar, makalenin "Gereç ve Yöntemler" bölümünde bu prensiplere uygun olarak çalışmayı yaptıklarını, etik kurul onayı ve çalışmaya katılmış insanlardan "Bilgilendirilmiş onam (informed consent)" aldıklarını belirtmek zorundadırlar.

Çalışmada 'hayvan' ögesi kullanılmış ise yazarlar, makalenin Gereç ve Yöntemler bölümünde, Guide for the Care and Use of Laboratory Animals prensipleri doğrultusunda hayvan deneyleri etik kurulu onayı aldıklarını belirtmek zorundadırlar.

Olgu sunumlarında hastanın kimliğinin ortaya çıkmasına bakılmaksızın hastalardan "Bilgilendirilmiş onam (informed consent)" alınmalı ve makale içinde bu durum belirtilmelidir. Kişisel Verilerin Korunması Hakkında Kanun Çerçevesinde onam alınması ve yetkili merciler tarafından talep edilmesi halinde sunulması, yazarların sorumluluğundadır. Eğer makalede doğrudan veya dolaylı ticari bağlantı veya çalışma için maddi destek veren kurum mevcut ise yazarlar; kullanılan ticari ürün, ilaç,

firma ile hiçbir ticari ilişkilerinin olmadığını ve varsa nasıl bir ilişkisinin olduğunu (konsültan, diğer anlaşmalar, vb), editöre başlık sayfasında bildirmek zorundadır. Çalışma için Etik Kurul Onayı alınması gerekli ise; makalenin “Gereç ve Yöntemler” bölümünde onay alınan etik kurulun ismi, onay tarih ve sayısı açık olarak belirtilmelidir. Makalelerin etik kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.

Derlemeler ve meta analizler etik kurul iznine tabi değildir. Derleme veya meta analiz çalışması yükleyen yazarlar, ‘Bu çalışma derleme/meta analiz çalışması olması nedeniyle etik kurul iznine tabi değildir’ cümlesinin yazdığı bir dosyayı ıslak imza ile imzaladıktan sonra taratıp, pdf formatında yüklemelidir.

#### **Etik Kurul izni gerektiren araştırmalar aşağıdaki gibidir;**

- Anket, mülakat, odak grup çalışması, gözlem, deney, görüşme teknikleri kullanılarak katılımcılardan veri toplanmasını gerektiren nitel ya da nicel yaklaşımlarla yürütülen her türlü araştırmalar
- İnsan ve hayvanların (materyal/veriler dahil) deneysel ya da diğer bilimsel amaçlarla kullanılması,
- İnsanlar üzerinde yapılan klinik araştırmalar,
- Hayvanlar üzerinde yapılan araştırmalar,
- Kişisel verilerin korunması kanunu gereğince retrospektif çalışmalar,

Ayrıca;

- Olgu sunumlarında “Aydınlatılmış onam formu”nun alındığının belirtilmesi,
- Başkalarına ait ölçek, anket, fotoğrafların kullanımı için sahiplerinden izin alınması ve belirtilmesi,
- Kullanılan fikir ve sanat eserleri için telif hakları düzenlemelerine uyulduğunun belirtilmesi