

# Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi

*Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing*

Cilt/Vol 7 • Sayı/No 1 • Ocak- Nisan/ January- April 2020

Sahibi	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Adına Prof. Dr. Leyla DİNÇ	
Sorumlu Yazı İşleri Müdürü Yayın Kurulu	Doç. Dr. Sergül DUYGULU	
Başkan	Doç. Dr. Sergül Duygulu	Hacettepe Üniversitesi
Editör Yardımcıları	Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz Doç. Dr. Fatoş Korkmaz Doç. Dr. Gülten Işık Koç	Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi
Sekreterler	Dr. Öğr. Üyesi Seher Başaran Açıl Dr. Öğr. Üyesi Nilay Ercan Şahin Arş. Gör. Dr. Gül Hatice Tarakçıoğlu Çelik	Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi
İngilizce Dil Editörü	Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem Yücel	Hacettepe Üniversitesi
İstatistik Editörü	Prof. Dr. İbrahim Koruk	Harran Üniversitesi
Baskıya Hazırlama	Prof. Dr. Selma Görgülü Prof. Dr. Hülya Uçar Prof. Dr. Sevgişun Kapucu Prof. Dr. Gülnaz Karatay Prof. Dr. Medine Yılmaz Doç. Dr. Deniz Tanyer Doç. Dr. Nurcan Çalışkan Doç. Dr. Şule Ergöl Doç. Dr. Beyza Doğanay Erdoğan Doç. Dr. Zehra Gök Metin Dr. Öğr. Üyesi Hatice Pars Dr. Öğr. Üyesi Zeliha Özdemir Köken Arş. Gör. Dr. Ayça Ay Arş. Gör. Sabri Karahan Arş. Gör. Merve Mert Karadaş	Doğu Akdeniz Üniversitesi Nuh Naci Yazgan Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi Munzur Üniversitesi İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Konya Selçuk Üniversitesi Gazi Üniversitesi Kırıkkale Üniversitesi Ankara Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi
Yayın Türü:	Yerel Süreli Yayın	
Yayın Dili:	Türkçe, İngilizce	
Yayınlanma Biçimi:	4 ayda bir yayımlanır	
Basım Tarihi:	08 Nisan 2020	
Yönetim Yeri:	H.Ü. Hemşirelik Fakültesi Dergisi Yayın Sekreterliği 06100 Sıhhiye, Ankara/Türkiye Tel: 0 312 305 15 80 Faks: 0 312 312 70 85 E-posta: hbdergi@hacettepe.edu.tr Web Adresi: <a href="http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org">http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org</a>	

Ücretsiz olarak dağıtılır. Reklam kabul edilmez. Yazıların sorumluluğu tümüyle yazarlarındır.

Hacettepe Üniversitesi Senatosu'nun tarih ve sayılı kararı uyarınca Hemşirelik Fakültesi dergisinin hakemli olarak sayılması ve Üniversite İmkanları ile bastırılması kabul edilmiştir.

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi'nde yayımlanan yazılar, resim, şekil, grafik ve tablolar Yayın Kurulu'ndan izin alınmaksızın kısmen ya da tamamen herhangi bir vasıta ile basılamaz ve çoğaltılamaz. Ancak bilimsel amaçlarla, kaynak göstermek koşuluyla alıntı yapılabilir.

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, **TÜBİTAK ULAKBİM tıp veri tabanında** (2015 yılı cilt 2 sayı 1'den itibaren), **Türkiye atif dizininde** (27 Eylül 2017 tarihinden, 2017 yılı cilt 4 sayı 2'den itibaren) ve **EBSCO veri tabanında** (2009 yılından itibaren) indekslenmektedir. Ulusal Katkı Değeri: 0,286

Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing is indexed by **TÜBİTAK ULAKBİM Medical Database** (since 2015 volume 2 no 1), **Türkiye Citation Index** (Since September 27,2017; 2017 volume 4 no 2) and **EBSCO Database** (since 2009).

ONLINE ISSN 2149-2956

# İçindekiler

## Editörden okura

### Araştırma makaleleri

---

#### Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonları Kontrol Önlemlerine Yönelik Hemşirelerin Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi

#### Evaluation of Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Catheter-Associated Urinary Tract Infections Control Precautions

Şenay KARADAĞ ARLI, Ayşe BERİVAN BAKAN

1

#### Farklı Kuşaktaki Hemşirelerin Tıbbi Hata Tutumları

#### Medical Error Attitudes of Nurses from Different Generations

Bilgen ÖZLÜK

8

#### Hastanede Yatan Çocuklarda Malnütrisyon Gelişme Durumunun Değerlendirilmesi

#### Evaluation of Malnutrition Development in Hospitalized Children

Hatice PARS, Hasibe KAZANCI, Gülperi SÖYLEMEZ BAYRAM

15

#### Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Hemşirelik Bakım Algıları

#### Perceptions of Emergency Nurses Towards Nursing Care

Serpil İNCE, Serap BİNGÖL

23

#### Altıncı Sınıf Öğrencilerinin Öz Bildirime Dayalı Sağlık Düzeyleri İçin Bir Belirleyici: Aile Sağlık Özellikleri

#### A Determinant for Self-Reported Health Level of Sixth Grade Students: Family Health Characteristics

Erdal AKDENİZ, Deniz KOÇOĞLU TANYER

31

#### Hemşirelik Öğrencilerinin Araştırma Yapma ve Sonuçlarının Kullanımında Karşılaştığı Engeller

#### Barriers Encountered by Nursing Students in Research and Use of Results

Merve ÇAĞLAR, Beyza SARAY, Didem ŞENGÜL

41

#### İnmeli Hastaya Yönelik Çevre Güvenliği Öğretiminde İki Farklı Simülasyon Uygulamasının Öğrenci Stres, Özgüven ve Memnuniyetine Etkisi

#### Effect of Two Different Simulation Modalities in Environmental Safety Teaching for Stroke Patients on Nursing Students' Stress, Self-Confidence and Satisfaction

Elif ATEŞ, Vesile ÜNVER, Bahire ULUS

48

#### Hemşirelik Öğrencilerinin Sosyal Beceri Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler

#### Social Skill Levels of Nursing Students and Affecting Factors

Arzu YÜKSEL, Saadet ERZİNCANLI

57

### Derleme makaleleri

---

#### İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerin Ebeveynlerinin Öğrenim Gereksinimleri

#### Educational Needs of Parents of Adolescent Suicide Attempters

Merve ÖNDER, Dudu KARAKAYA

67

#### Lomber Disk Hernisinde Ağrı, Anksiyete, Depresyon Döngüsü ve Hemşirenin Rolü

#### Pain, Anxiety, Depression Cycle and the Role of Nurses in Lumbar Disc Herniation

Arzu TAT ÇATAL, Fatma CEBECİ

73

#### Pediyatrik Kanserlerde Aile Merkezli Psikososyal Bakımın Önemi

#### The Importance of Family Centered Psychosocial Care in Pediatric Cancers

Melike Ayça AY KAATSIZ

78

Cilt 7 Sayı 1, 2020

## ÖNYAZI

Doç. Dr. Sergül DUYGULU

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

### Değerli Okurlarımıza,

Dergimizin yayın hayatının 25. yılını geride bıraktığımız bu günlerde 2020 yılı Cilt 7, Sayı 1'i yayınlarken, danışma kurulu üyelerimizin, yazarlarımızın, okurlarımızın ve yayın kurulu üyelerimizin yeni yılını kutlar, 2020'de sağlık, mutluluk ve başarılar dilerim. 2020 yılında da üretilecek olan bilimsel bilginin toplumun acil sağlık gereksinimlerine cevap vermesini umut ediyorum. Dergi yayıncılığındaki sorumluluğumuzun bilincinde olarak, bu yıl da nitelikli araştırmaları okuyucu ile buluşturmaya devam edeceğiz.

Değerli okurlarımız, bir önceki sayıda sizlerle düzenleneceği bilgisini paylaştığım 8. Uluslararası Hemşirelik Yönetimi Kongresi 29-31 Ekim 2020 tarihleri arasında İstanbul'da gerçekleştirilecektir. Kongre teması "Hasta güvenliği ve kalite için yeni bir çığır açan hemşireler" olarak belirlenmiştir. Kongre alt temaları:

- İleri teknolojik sağlık bakım ortamlarında hasta güvenliği ve kaliteye liderlik
- Sağlık bakımının geleceğini şekillendiren kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları
- Hemşirelik eğitiminde hasta güvenliği ve kalite
- Hemşirelik yönetimde hasta güvenliği ve kalite
- Araştırmada hasta güvenliği ve kalite
- Sağlık bakımında hasta güvenliği ve kaliteyi savunma
- Hasta güvenliği ve kalite için hastaları güçlendirme
- Hasta güvenliği ve kaliteyle ilişkili yasal ve etik konuları kapsamaktadır.

Kongre ana konuşmacıları; alanında uzman ve farklı ülkelerden olan Anne E. Sales (Michigan Üniversitesi, ABD), Elvio Henriques De Jesus (Katolik Üniversitesi, Portekiz), Guillaume Henri Jean Alinier (Hamad Tıp Merkezi, Katar, Hertfordshire Üniversitesi, İngiltere), Iris Meyenburg-Altward (Hannover Tıp Okulu, Almanya), Linda Roussel (Texas Kadın Üniversitesi, ABD), Marcelline Harris (Michigan Üniversitesi, ABD), Miaofen Yen (Ulusal Cheng Kung Üniversitesi, Tayvan), Peter Griffiths (Southampton Üniversitesi, İngiltere), Stephen Tee (Bournemouth Üniversitesi, İngiltere), Susan Fetzer (New Hampshire Üniversitesi, ABD) ve Victoria Rich (Güney Florida Üniversitesi, ABD)'tir. Kongreye ilişkin ayrıntılı bilgiye web sayfası aracılığı ile ([www.inmc2020.org](http://www.inmc2020.org)) ulaşılabilir. Önceki yıllarda gerçekleştirilen her bir kongremize ortalama 30 farklı ülkeden 300'er katılımcının (yaklaşık %50'ye yakını uluslararası katılımcı) gelmesi, 2020 yılında da kongremize çok sayıda ülkeden katılımcının dahil olacağını göstermektedir. Tüm meslektaşlarımızı Florence Nightingale'in doğumunun 200. yılında modern hemşireliğin doğduğu İstanbul'da düzenlenecek kongremizde buluşmaya ve geleceğin sağlık bakım dünyasının şekillenmesine katkıda bulunacak bir ses olmaya davet ediyoruz.

Değerli okurlarımız, 2020 yılı Cilt 7, Sayı 1'den itibaren dergimizde yayınlanan araştırma makalelerinin sayısının arttırıldığı bilgisini sizlerle paylaşmaktan mutluluk duyuyorum. Bu artışta siz değerli yazarlarımızın katkısı ve dergimize olan ilginiz önemlidir. Bununla birlikte 2020 yılı Ocak ayı itibarı ile dergimize gönderilen makalelerin kabul oranı %54.74 olup, yayın kurulu ve danışma kurulu üyeleri nitelikli makalelerin okuyucu ile buluşabilmesi için titizlikle çalışmaktadır.

Sizlerle paylaşmak istediğim bir diğer husus ise, dergimizin dizgisinde bu sayı itibarı ile yapılan şekilsel değişikliktir. TR Dizin dergi kriterleri doğrultusunda şekilsel değişiklikler yapılmıştır. Ayrıca, siz değerli okuyucularımızın dergimizde yayınlanan makaleleri daha rahat okuyacağını düşündüğümüz bir dizgi formatı benimsemiş bulunmaktayız. Dizgi formatında gerçekleştirdiğimiz bu değişiklik siz değerli okurlarımızdan aldığımız geri bildirimler doğrultusunda gerçekleştirilmiştir. Dergimizin yayın kalitesini geliştirmek için, değerli geri bildirimlerini

bizlerle paylaşan ve paylaşacak olan okurlarımıza teşekkür ederiz. Dergi yayıncılığı sürecine paydaő katılımlarını önemişiyoruz. Bu nedenle dergimizin e-posta ([hbdergi@hacettepe.edu.tr](mailto:hbdergi@hacettepe.edu.tr)) adresinden bizlerle geri bildirimlerinizi paylaşmanız, dergimizin gelişmesine katkıda bulunacaktır.

Bu sayımızda, alanlarında önemli bilgiler ve sonuçlar sunan, toplam sekiz araştırma ve üç derleme makale yer almaktadır. Bu sayıda yayınlanan makaleler, hemşirelik esasları, halk sağlığı hemşireliği, iç hastalıkları hemşireliği, çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği, cerrahi hastalıkları hemşireliği, psikiyatri hemşireliği ve hemşirelikte yönetim alanlarına ilişkin olup, bu makalelerin okurlarımızın sürekli mesleki gelişimlerine ve hemşirelik hizmetleri uygulamalarına katkı sağlayacağına inanıyorum.

Topluma güvenli ve kaliteli hemşirelik bakım hizmetlerinin sunulabilmesi için mevcut araştırma sonuçlarını ve güncel bilimsel bilgiyi okuyucularımızla buluşturmamıza katkısı bulunan yazarlarımıza, dergimizin çıkmasına emeği geçen yayın kurulu üyelerine ve bu sayıda çıkan her bir makaleyi titizlikle değerlendiren ve değerli görüş ve önerilerini paylaşan danışma kurulu üyelerimize çok teşekkür ederim.

Saygılarımla.

## Araştırma makalesi

## Research article

# Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonları Kontrol Önlemlerine Yönelik Hemşirelerin Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi



Şenay KARADAĞ ARLI<sup>1</sup>, Ayşe Berivan BAKAN<sup>2</sup>

## ÖZ

**Amaç:** Bu çalışma, hemşirelerin kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonları kontrol önlemlerine yönelik bilgi ve tutumlarını değerlendirmek amacıyla yapıldı.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı olarak planlanan bu araştırma, Kasım-Aralık 2018 tarihleri arasında Türkiye'nin doğu bölgesinde bulunan bir hastanede çalışmaya katılmayı kabul eden 185 hemşire ile yapıldı. Veriler Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu ve Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonları Kontrol Önlemleri Ölçeği ile toplandı.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 29.15 ± 6.75'dir. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonları Kontrol Önlemleri Ölçeği toplam puan ortalamasının 64.05 ± 7.25 olduğu bulundu. Ayrıca, Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonları Kontrol Önlemleri Ölçeği toplam puan ortalamasının, enfeksiyon kontrol önlemleri ile ilgili eğitim almış olan hemşirelerde istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi (p<0,05).

**Sonuç:** Araştırmaya göre; hemşirelerin Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonları Kontrol Önlemleri Ölçeği toplam puanı yüksek bulundu. Ayrıca, meslekte çalışma yılı ve yaş arttıkça bilgi düzeylerinde artma olmadığı belirlendi.

**Anahtar kelimeler:** Hemşirelik, kontrol önlemleri, üriner sistem enfeksiyonu

## ABSTRACT

### Evaluation of Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Catheter-Associated Urinary Tract Infections Control Precautions

**Aim:** This study was conducted to evaluate the knowledge and attitudes of nurses related to catheter-associated urinary tract infections control precautions.

**Material and Methods:** This descriptive study was conducted with 185 nurses who agreed to participate in the study between November-December 2018 at a hospital in the eastern region of Turkey. Data were collected by using the Descriptive Characteristics Questionnaire and Catheter Associated Urinary Tract Infections Control Precautions Scale.

**Results:** The mean age of the nurses was 29.15 ± 6.75 years. According to the findings of the study, the mean total score of the Catheter-Related Urinary System Infections Control Measures Scale was 64.05 ± 7.25. In addition, the mean total score of the scale was found to be significantly higher in the nurses who received training on infection control measures (p <0.05).

**Conclusion:** According to the research, the nurses' total score of the Catheter Associated Urinary Tract Infections Control Precautions Scale was found to be high. Additionally, it was determined that the level of knowledge did not increase as the years of employment and age increased.

**Keywords:** Control precautions, nursing, urinary tract infection

<sup>1</sup> Doç. Dr. Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu, E-mail: senay1981@yahoo.com/sarli@agri.edu.tr, Tel: 90 472 215 40 00- 215 20 41, ORCID: 0000-0002-8231-3857

<sup>2</sup> Dr. Öğr. Üyesi Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu, E-mail: absavci77@gmail.com, Tel:+90 472 215 40 00- 215 20 41, ORCID: 0000-0002-0052-9890  
Geliş Tarihi: 21 Ocak 2018, Kabul Tarihi: 18 Ekim 2019

**Atıf/Citation:**Karadağ Arlı Ş, Bakan A.B. Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonları Kontrol Önlemlerine Yönelik Hemşirelerin Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(1): 1-7. DOI: 10.31125/hunhemsire.715021

## GİRİŞ

Nozokomiyal üriner sistem enfeksiyonu, sağlık bakımı ilişkili enfeksiyonların % 8-% 21'ini oluşturmakla birlikte bu enfeksiyonların, % 80'i üriner kateter ile ilişkilidir. Katetere ilişkin üriner sistem enfeksiyon (KİÜSE) riskini arttıran faktörler arasında, üriner kateterin işlem sırasında kontaminasyonu, uzun süreli kateterizasyon, drenaj torbasında mikroorganizma kolonizasyonu (değiştirme ve boşaltma sırasında oluşan), başka bir alanda aktif enfeksiyon varlığı, üriner meatusta mikroorganizma kolonizasyonu ve kateter bakımına ilişkili hatalar (örneğin; aseptik kurallara uyulmadan yapılan kateter bakımı, drenaj torbasının mesane seviyesinin üstünde olması gibi) yer almaktadır. Özellikle kadınların %70-80'inde, erkeklerin %20-30'unda üriner kateter nedeniyle enfeksiyon gelişmektedir. KİÜSE özellikle hastanede kalış süresinin uzaması, bakteriyel direnç, morbidite ve artan sağlık masrafları gibi problemlere neden olmaktadır<sup>1-4</sup>.

Ülkelerin mevcut kaynakları ve sosyo-ekonomik durumlarına bağlı olarak değişiklik göstermekle birlikte tüm dünyada izlenen KİÜSE oranlarının, Amerika Birleşik Devletlerinde gözlenen oranlardan % 3-5 daha yüksek olduğu belirtilmektedir<sup>5</sup>. Kateterlerin uzun süre artan kullanımına bağlı KİÜSE insidansındaki artış, sağlık hizmetleri ortamlarında enfeksiyon kontrol protokollerinin geliştirilmesine neden olmuştur<sup>6</sup>. Bu protokollerin amacı, KİÜSE'nin küresel insidansını azaltmak ve hasta sonuçlarını iyileştirmektir<sup>7</sup>.

Özellikle, Yoğun bakım ortamında KİÜSE insidansı, bu alandaki kateterlerin artan kullanımıyla doğrudan bağlantılıdır<sup>8</sup>. Bakteriüri, her bir kateterizasyon işlemi için günde % 3-10 oranında gelişmekle birlikte hastalarda idrar kateteri 7 günden fazla süredir takılı ise, KİÜSE oranlarının yükseldiği belirtilmiştir<sup>9</sup>. Yapılan araştırmalar, kateterizasyon işlemi ihtiyacına göre günlük olarak üriner kateterin tek bir müdahale ile takılmasının ve üriner kateterlerin erken çıkarılmasının (yedi günden daha kısa bir süreci kapsayan) KİÜSE oranlarını istatistiksel olarak azaltmakta başarılı olduğunu göstermiştir<sup>10-12</sup>. Yapılan bir çalışma sonucunda yoğun bakımlarda hekim istemi olmadan hemşirenin üriner kateteri çıkarmasına izin veren ve hastanın üriner kateter gereksiniminin izlenmesini içeren bir protokolün uygulanması sonucunda, KİÜSE insidansının düştüğü belirlenmiştir<sup>13</sup>.

Hemşireler üriner kateter uygulamasını ve izlemine yapan sağlık çalışanlarının başında gelmektedir. Bu nedenle üriner kateter enfeksiyonlarının önlenmesinde hemşirelerin payı ve katkısı büyüktür. Hasta bakımı ve tedavisinin sürdürülmesinde önemli görevler üstlenen hemşirelerin enfeksiyon kontrol önlemlerine uyumsuzluğu ve bilgi eksikliği mikroorganizmaların çoğalmasına ve enfeksiyonun yayılmasına yol açabilmektedir. Bununla birlikte KİÜSE önleme programının temel unsurları sağlık çalışanlarının eğitimi, KİÜSE insidansının izlenmesi, kateterin takılmasının izlenmesi, kateterin dikkatli yerleştirilmesi, gerekmediğinde erken çıkarılması ve kateter bakımı için teknikleri içermektedir<sup>14</sup>. Kateter ilişkili Üriner Sistem Enfeksiyonları erkeklerde prostatit, epididimitis ve orşite, tüm hastalarda

ise pyelonefrit, endokardit, vertebral osteomyelit, septik artrit ve menenjit gibi enfeksiyonlara neden olmakla birlikte bu komplikasyonlara ek olarak hastanın konforu bozulmakta, hastanede kalış süresi uzamakta, maliyet ve mortalite artmaktadır<sup>15,16</sup>.

### Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, kateterle ilişkili üriner sistem enfeksiyonlarının önlenmesine yönelik hemşirelerin bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

### YÖNTEM

#### Araştırmanın Türü

Tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır.

#### Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, bir hastanenin dahili ve cerrahi klinikleri ile erişkin ve bebek yoğun bakım ünitelerinde görev yapan 310 hemşire oluşturdu. Örneklemeye yöntemine gidilmeksizin evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi ancak araştırmanın yürütüldüğü tarihte izinde olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 185 hemşire araştırmaya dahil edildi. Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında çeşitli nedenlerle izinli olan ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 125 hemşire araştırmaya dahil edilemedi. Evrene ulaşılma oranı % 60'tır.

#### Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma Kasım-Aralık 2018 tarihleri arasında, Türkiye'nin doğusunda yer alan bir hastanenin dahili ve cerrahi klinikleri ile erişkin ve bebek yoğun bakım ünitelerinde yürütüldü. Bu klinik ve üniteler hemşirelerin daha sık üriner kateter uygulaması yaptıkları ve genel olarak enfeksiyonların önlenmesine ilişkin hizmetiçi eğitim aldıkları için tercih edilmiştir.

#### Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Araştırma verilerinin toplanmasında "Tanıtıcı Özellikler Formu" ve "Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonları Kontrol Önlemleri Ölçeği" kullanıldı. Veriler, araştırmacılar tarafından, yüz yüze görüşme yöntemiyle hemşirelerin çalıştığı ünite ve kliniklerde toplandı.

**Tanıttıcı Özellikler Formu:** Araştırmacılar tarafından hazırlanan form kişisel ve mesleki özelliklere ait toplam 8 sorudan oluşmaktadır.

#### Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonları Kontrol

**Önlemleri Ölçeği:** Bu ölçek Karadag Arli ve Bakan tarafından geliştirilmiştir (Ek 1). 5'li likert tipte olan ölçek, 15 maddeden oluşmaktadır. Ölçek puanı hesaplanırken bir madde ters puanlanmaktadır. Öleğkten yüksek puan alınması bilgi ve tutumun iyi olduğunu göstermektedir. Öleğkten alınabilecek en düşük puan 15, en yüksek puan 75'dir. Geliştirilen bu ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0.75 bulunmuştur<sup>17</sup>. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0.83 bulundu.

#### Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmamızın verileri, bilgisayarda SPSS istatistik paket programı kullanılarak tanımlayıcı veriler için sayı, yüzdelik ve ortalama değerler olarak ifade edildi. Ayrıca normal dağılıma uymayan veriler için de Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis ve Spearman korelasyon testleri kullanıldı.

Araştırmamızdan elde edilen sonuçlar %95 güven aralığında ve  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

### Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce Üniversitenin Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan E.25982 sayılı 15.11.2018 tarihli yazısı ile etik kurul onayı alındı. Araştırma kapsamına alınan hemşirelere gerekli açıklamalar yapılarak, araştırmaya katılmak isteyenlerden sözlü onam alındı.

### Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın sınırlılıkları; çalışmanın küçük bir grupta ve tek bir hastanede yapılmış olmasıdır. Bu nedenle, çalışmadan elde edilen bulgular tüm hemşirelere genellenemez, sadece çalışmanın yapıldığı kurumda çalışan hemşireler için genelleme yapılabilir.

## BULGULAR

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamasının  $29.15 \pm 6.75$ , toplam çalışma yılı ortalamasının ise  $7.59 \pm 6.36$  olduğu, %79.5'inin kadın, %45.4'ünün lisans mezunu olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin %35.1'inin cerrahi kliniklerde çalıştığı, %90.3'ünün hemşirelik uygulamalarını hastane enfeksiyonu nedeni olarak gördüğü, %54.6'sının çalıştığı birime ait hastane enfeksiyon hızını bilmediği, %86.5'inin enfeksiyon kontrol önlemleri ile ilgili eğitim aldığı belirlendi (Tablo 1).

**Tablo 1. Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Özellikleri (n=185)**

Yaş	29.15 ± 6.7 (min.18, maks53)		
Toplam çalışma süresi (yıl)	7.59 ± 6.36 (min.1, maks.35)		
	n	%	
Cinsiyet	Kadın	147	79.5
	Erkek	38	20.5
Eğitim durumu	Lise mezunu	44	23.8
	Ön lisans mezunu	49	26.5
	Lisans mezunu	84	45.4
	Yüksek lisans/doktora mezunu	8	4.3
Çalıştığı bölüm	Cerrahi Yoğun Bakım	15	8.1
	Dahili Yoğun Bakım	22	11.9
	Yenidoğan Yoğun Bakım	20	10.8
	Dahili Klinikler	63	34.1
	Cerrahi Klinikler	65	35.1
Enfeksiyon açısından risk oluşturan hemşirelik girişimleri	Var	167	90.3
	Yok	18	9.7
Hemşirelerin birimine ait hastane enfeksiyon hızını bilip bilmeme durumu	Biliyor	84	45.4
	Bilmiyor	101	54.6
Enfeksiyon kontrol önlemleri ile ilgili eğitim alma durumu	Almış	160	86.5
	Almamış	25	13.5

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre Kateter ilişkili Üriner Sistem Enfeksiyonları Kontrol Önlemleri Ölçeği toplam puan ortalamasının  $64.05 \pm 7.25$  olduğu, bulunmuştur (Tablo 2).

**Tablo 2. Kateter ilişkili Üriner Sistem Enfeksiyonları Kontrol Önlemleri Ölçeği Toplam Puan Ortalaması (n=185)**

	X±SD
Ölçek toplam puan	64.05 ± 7.25 (min.22, maks. 74)

Kateter ilişkili Üriner Sistem Enfeksiyonları Kontrol Önlemleri Ölçeği toplam puan ortalaması, enfeksiyon kontrol önlemleri ile ilgili eğitim almış olanlarda istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 3).

**Tablo 3. Kateter ilişkili Üriner Sistem Enfeksiyonları Kontrol Önlemleri Ölçeği Toplam Puan Ortalaması Dağılımı (n=185)**

	X±SD	Test değeri ve anlamlılık	
Cinsiyet	Kadın	64.57±5.28	U:2741.0 p= .859
	Erkek	62.03±12.11	
Eğitim durumu	Lise mezunu	64.34±7.84	KW:4.094 p= .251
	Önlisans	63.24±5.78	
	Lisans	64.07±7.88	
	Yüksek lisans/doktora	67.13±4.76	
Çalıştığı bölüm	Cerrahi Yoğun Bakım	60.13±11.12	KW:4.010 p= .405
	Dahili Yoğun Bakım	65.27±4.76	
	Yenidoğan Yoğun Bakım	64.95±5.24	
	Dahili Klinikler	63.35±8.68	
	Cerrahi Klinikler	64.94±5.46	
Enfeksiyon açısından risk oluşturan hemşirelik girişimleri	Evet	63.87±7.49	U:1324.5 p= .407
	Hayır	65.72±4.44	
Enfeksiyon kontrol önlemleri ile ilgili eğitim alma durumu	Almış	64.39±7.41	U:1387.0 p= .014
	Almamış	61.84±5.81	

Kateter ilişkili Üriner Sistem Enfeksiyonları Kontrol Önlemleri Ölçeği Toplam Puan Ortalaması ile yaş ve toplam çalışma süresi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 4).

**Tablo 4. Kateter ilişkili Üriner Sistem Enfeksiyonları Kontrol Önlemleri Ölçeği Toplam Puan Ortalaması ile Yaş ve Toplam Çalışma Süresi Arasındaki Korelasyon (n=185)**

		Kateter ilişkili Üriner Sistem Enfeksiyonları Kontrol Önlemleri Ölçeği
Yaş	r	.098
	p	.186
Toplam çalışma süresi	r	.051
	p	.490

## TARTIŞMA

Yapılan çalışmalarda; üriner sistem enfeksiyonları tıbbi-cerrahi birimler, kritik bakım birimleri ve rehabilitasyon servisleri başta olmak üzere hastanede edinilmiş enfeksiyonların çoğunluğunu oluşturduğu belirtilmektedir<sup>2,3,14</sup>. Özellikle kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonlarının önlenmesi için çeşitli eğitim programlarının yapıldığı ve eğitim programları sonucunda yoğun bakım gibi kritik ortamlarda enfeksiyon oranlarının azaldığı literatürde belirtilmiştir<sup>18-20</sup>. Bu araştırmaya katılan hemşirelerin%86.5'inin genel enfeksiyon kontrol önlemleri ile ilgili eğitim aldıkları ve eğitim alan hemşirelerin kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonları ile ilgili bilgi ve tutumlarının daha iyi düzeyde olduğu bulundu.

Kateter ile ilişkili üriner sistem enfeksiyonlarını azaltmanın en önemli yolu, gereksiz kalıcı idrar sondasının kullanımından kaçınmak ve kullanım endikasyonu bulunmadığı durumda sondayı çıkartmaktır<sup>21,22</sup>. Üriner kateterlerin uygun şekilde yönetimi günlük hemşirelik bakımının önemli bir parçasıdır. Ancak hemşirelerin kateterlerin genel kullanım alanı ve bakımı konusunda sınırlı bilimsel bilgilerinin olduğu konusu literatürde belirtilmiştir<sup>23-26</sup>. Bu nedenle çalışmalar, hemşireler için düzenli eğitime olan ihtiyacı vurgulamakta ve bilgedeki mevcut eksikliklerin üstesinden gelmek için çok yönlü bir yaklaşımın kanıta dayalı eğitim girişimlerinin sağlanmasını içermesi gerektiğini öne sürmektedir<sup>24,25</sup>. Bu çalışmamızdan elde ettiğimiz bulguya göre araştırmamıza katılan hemşirelerin Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonları Kontrol Önlemleri Ölçeği'nden yüksek puan aldıkları belirlendi. Bu bulguyu hemşirelerin üriner kateteri olan bireylere verecekleri hemşirelik bakımına yansıtacaklarını varsayarsak sevindirici bir veridir. Bu durumun araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunun enfeksiyon kontrol önlemleri ile ilgili bilgi almalarıyla ilişkilendirilebilir.

Üriner kateterlerin erken çıkarılması, kateterle ilişkili idrar yolu enfeksiyonunun önlenmesinde etkili bir stratejidir. Yapılan bir çalışmada hemşire sorumluluğunda bir kateter çıkarma protokolünün, cerrahi travma yoğun bakım ünitesinde kateter kullanımının ve üriner kateter ilişkili enfeksiyon oranlarının azalmasına yol açtığı gösterilmiştir<sup>26</sup>. Ayrıca hemşire denetiminde hazırlanan protokollerin, kateter ilişkili idrar yolu enfeksiyonu riskini azaltmada etkili olduğu literatürde gösterilmekle birlikte hemşire odaklı bir protokol uygulanırken destek ve eğitimin dahil edilmesi gerektiği vurgulanmıştır<sup>26, 27</sup>. Yapılan bir çalışmada hemşirelerin kalça kırığı ameliyatı geçiren hastalarda günlük kateterle ilişkili idrar yolu enfeksiyonlarını önleme konusunda eğitilmesinin, kateter ile ilişkili idrar yolu enfeksiyonları oranını ve kateterizasyon süresini önemli ölçüde azalttığı belirtilmiştir<sup>28</sup>.

Yoğun bakım ünitesinde yapılan bir araştırma sonucuna hemşirelerin üriner kateterizasyonun endikasyonları ve kateteri olan hastada dikkat edilecek genel noktalar konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları fakat üriner kateteri yerleştirme sırasındaki uygulamalara ilişkin bilgi durumlarının yeterli olduğu belirlenmiştir. Ayrıca üniversite hastanesinde çalışan, enfeksiyon eğitimi alan ve 1-5 yıl

arasında yoğun bakım hemşiresi olarak görev yapan hemşirelerin uygulamalar konusunda bilgi puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur<sup>29</sup>. Hemşireler üriner kateterizasyon ve kateter uygulanan hastaların bakımı ile ilgili bilgilerini hizmetiçi eğitimler ile güncellemelidir. Ancak, bu durumda hemşireler kateterizasyonun endikasyonlarını, komplikasyonlarını ve bakımda nelere dikkat etmesi gerektiğini belirleyebilirler<sup>23,30</sup>.

Literatüre baktığımızda hemşirelerin kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonlarını önlemeye yönelik bilgi ve tutumlarını değerlendirebilecek standart bir ölçüm aracının bulunmadığı, ancak verilen eğitim ve protokollerin etkinliğinin enfeksiyon hızlarıyla karşılaştırılarak değerlendirildiği görülmüştür<sup>29-32</sup>. Bu amaçla araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek ile standart bir değerlendirme yapılabileceği düşünülmektedir.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuç olarak, bu araştırmada hemşirelerin meslekte çalışma yılları ve yaşları arttıkça üriner kateter enfeksiyonlarını önlemeye yönelik bilgi düzeylerinde artma olmadığı fakat enfeksiyon kontrol önlemlerine yönelik eğitim alan hemşirelerin ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle hasta bakımının kalitesini ve güvenliğini arttırmak için üriner kateter enfeksiyon kontrol önlemlerine yönelik hemşirelerin eğitim gereksinimleri belirlenmelidir. Ayrıca, üriner sistem enfeksiyon riskinin fazla olduğu kliniklerde sık aralıklarla standart bir ölçme aracı ile değerlendirme yapılarak sağlık profesyonellerinin bu konudaki duyarlılığı ve farkındalığı artırılabilir.

**Etik Kurul Onayı:** Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul'undan alınmıştır.

**Çıkar Çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Katılımcı Onamı:** Hemşirelerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

**Yazar katkıları:**

Çalışma tasarımı: ŞKA, ABB

Veri toplama ve/veya analizi: ŞKA, ABB

Makalenin hazırlanması: ŞKA, ABB

**Teşekkür**

Çalışmaya katılan tüm hemşirelere teşekkür ederiz.

**Ethics Committee Approval:** Approval was obtained from Ethics Committee of Ağrı İbrahim Çeçen University.

**Conflict of Interest:** Not reported.

**Funding:** None.

**Exhibitor Consent:** Informed consent was obtained from nurses.

**Author contributions:**

Study design: ŞKA, ABB

Data collection and analyses: ŞKA, ABB

Drafting manuscript: ŞKA, ABB

**Acknowledgement:** We would like to thank all nurses who participated to the study.



**KAYNAKLAR**

1. Anderson DJ, Kirkland KB, Kaye KS, Thacker PA, Kanafani ZA, Auten G, Sexton DJ. Underresourced hospital infection control and prevention programs: penny wise, pound foolish?. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2007;28(7):767-73.
2. Girard R, Mazoyer MA, Plauchu MM, Rode G. High prevalence of nosocomial infections in rehabilitation units accounted for by urinary tract infections in patients with spinal cord injury. *J Hosp Infect.* 2006;62(4):473-9.
3. Vonberg RP, Behnke M, Geffers C, Sohr D, Rüdén H, Dettenkofer M, Gastmeier P. Device-associated infection rates for non-intensive care unit patients. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2006;27(4):357-61.
4. Wagenlehner FME, Loibl E, Vogel H, Naber KG. Incidence of nosocomial urinary tract infections on a surgical intensive care unit and implications for management. *Int J Antimicrob Agents.* 2006;28(Suppl 1): 86-90.
5. Rosenthal VD, Ramachandran B, Dueñas L, Álvarez-Moreno C, Navoa-Ng JA, Armas-Ruiz A, et al. Findings of the International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC), Part I: effectiveness of a multidimensional infection control approach on catheter-associated urinary tract infection rates in pediatric intensive care units of 6 developing countries. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2012;33(7):696-703.
6. Marra AR, Camargo Tzs, Gonçalves P, Sogayar AMCB, Moura DF, Guastelli, LR, et al. Preventing catheter-associated urinary tract infection in the zero-tolerance era. *Am J Infect Control.* 2011;39(10): 817-22.
7. Daniels KR, Lee GC, Frei CR. Trends in catheter-associated urinary tract infections among a national cohort of hospitalized adults, 2001-2010. *Am J Infect Control.* 2014;42(1):17-22.
8. Gray, M. Reducing catheter-associated urinary tract infection in the critical care unit. *AACN Adv Crit Care.* 2010;21(3):247-57.
9. Chenoweth C, Saint S. Preventing catheter-associated urinary tract infections in the intensive care unit. *Crit Care Clin.* 2013;29(1):19-32.
10. Chen YY, Chi MM, Chen YC, Chan YJ, Chou SS, Wang FD. Using a criteria-based reminder to reduce use of indwelling urinary catheters and decrease urinary tract infections. *Am J Crit Care.* 2013;22(2):105-14.
11. Elpern EH, Killeen K, Ketchum A, Wiley A, Patel G, Lateef O. Reducing use of indwelling urinary catheters and associated urinary tract infections. *Am J Crit Care.* 2009;18(6):535-41.
12. Fuchs MA, Sexton DJ, Thornlow DK, Champagne MT. Evaluation of an evidence-based, nurse-driven checklist to prevent hospital-acquired catheter-associated urinary tract infections in intensive care units. *J Nurs Care Qual.* 2011;26(2):101-9.
13. Dumigan DG, Kohan CA, Reed CR, Jekel JF, Fikrig MK. Utilizing national nosocomial infection surveillance system data to improve urinary tract infection rates in three intensive-care units. *Clin Perform Qual Health Care.* 1998;6(4):172-8.
14. Willson M, Wilde M, Webb ML, Thompson D, Parker D, Harwood J, et al. Nursing Interventions to Reduce the Risk of Catheter-Associated Urinary Tract Infection: Part 2: Staff Education, Monitoring, and Care Techniques. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2009;36(2):137-54.
15. Meddings J, Rogers MA, Krein SL, Fakhri MG, Olmsted RN, Saint S. Reducing unnecessary urinary catheter use and other strategies to prevent catheter-associated urinary tract infection: an integrative review. *BMJ Qual Saf.* 2014;23(4):277-89.
16. Lo, E., Nicolle, L. E., Coffin, S. E., Gould, C., Maragakis, L. L., Meddings, J., et al. Strategies to prevent catheter-associated urinary tract infections in acute care hospitals: 2014 update. *Infection Control & Hospital Epidemiology.* 2014;35(5): 464-79.
17. Arli SK, Bakan AB. Development of the Catheter-Associated Urinary Tract Infections Control Precautions Scale. *J Contin Educ Nurs.* 2018; 49(11):507-13.
18. Apisarnthanarak A, Thongphubeth K, Sirinvaravong S, Kitkangvan D, Yuekyen C, Warachan B, et al. Effectiveness of multifaceted hospitalwide quality improvement programs featuring an intervention to remove unnecessary urinary catheters at a tertiary care center in Thailand. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2007;28:791-8.
19. Regagnin DA, da Silva Alves DS, Cavalheiro AM, Camargo Tzs, Marra AR, da Silva Victor E, et al. Sustainability of a program for continuous reduction of catheter-associated urinary tract infection. *Am J Infect Control.* 2016;44(6):642-6.
20. Schelling K, Palamone J, Thomas K, Naidech A, Silkaitis C, Henry J, et al. Reducing catheter-associated urinary tract infections in a neuro-spine intensive care unit. *Am J Infect Control.* 2015;43(8):892-4.
21. Gotelli JM, Merryman P, Carr C, McElveen L, Epperson C, Bynum D. A quality improvement project to reduce the complications associated with indwelling urinary catheters. *Urol Nurs.* 2008;28(6):465-73.
22. Alexaitis I, Broome B. Implementation of a nurse-driven protocol to prevent catheter-associated urinary tract infections. *J Nurs Care Qual.* 2014;29(3):245-52.
23. Altun İ, Karakoç A. The impact of an interactive workshop on the management of urinary catheterization on nurses. *International Journal of Urological Nursing.* 2010;4(3):125-32.
24. Shehab MS. Impact of Protocol of Care of Patients Undergoing Urinary Catheterization on Nurses' Knowledge. *International Journal of Caring Sciences.* 2017;10(2):1013-20.
25. Fakhri MG, Dueweke C, Meisner S, Berriel-Cass D, Savoy-Moore R, Brach N, et al. Effect of nurse-led multidisciplinary rounds on reducing the unnecessary use of urinary catheterization in hospitalized patients. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2008;29(9):815-9.
26. Tyson AF, Campbell EF, Spangler LR, Ross SW, Reinke CE, Passaretti CL, et al. Implementation of a Nurse-

- Driven Protocol for Catheter Removal to Decrease Catheter-Associated Urinary Tract Infection Rate in a Surgical Trauma ICU. *J Intensive Care Med.* 2018;1:0885066618781304.
27. Wood KL. Do Nurse-Driven Protocols Have an Impact on the Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections?. *Am J Infect Control.* 2018; 46(6):83.
28. Seyhan Ak E, Özbaş A. The effect of education of nurses on preventing catheter-associated urinary tract infections in patients who undergo hip fracture surgery. *J Clin Nurs.* 2018;27(5-6):e1078-88.
29. Çelik S, Karaman D, Yanık F, Veren F. Yoğun bakım hemşirelerinin kateter ile ilişkili üriner sistem enfeksiyonlarının önlenmesi hakkındaki bilgi durumları. *Acıbadem Üniv Sağ Bil Fak Derg.* 2011;4: 215-20.
30. Bernard MS, Hunter KF, Moore KN. A Review of Strategies to Decrease the Duration of Indwelling Urethral Catheters and Potentially Reduce the Incidence of Catheter- Associated Urinary Tract Infections. *Society of Urologic Nurses and Associates, Urologic Nursing* 2012;32(1):29-30.
31. Leblebicioğlu H, Esen S. Turkish Nosocomial Urinary Tract Group. Hospital- acquired urinary tract infections in Turkey: a national multicenter point prevalence study. *J Hosp Infect.* 2003;53(3):207-10.
32. Erden S, Arslan S, Gezer D, Cömert G. Genel Cerrahi Klinik Hemşirelerinin Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonlarını Önlemelerine İlişkin Uygulamaları: Bir Gözlem Çalışması. *Van Tıp Dergisi.* 2018;25(3):274-81.

**Ek 1. Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonları Kontrol Önlemleri Ölçeği**

Aşağıda üriner kateter takılması ve bakımına yönelik bazı ifadeler yer almaktadır. Sizin için en uygun seçeneği lütfen işaretleyiniz.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. İşlem öncesi ve sonrası mutlaka ellerimi yıkarım ya da el antiseptiği kullanırım	1	2	3	4	5
2. Kateter takarken steril eldiven giyerim	1	2	3	4	5
3. Kateteri takarken aseptik tekniğe dikkat ederim	1	2	3	4	5
4. Kateter takarken steril malzeme kullanırım	1	2	3	4	5
5. Kateter takarken periüretal bölgeyi povidon iyot ile temizlerim	1	2	3	4	5
6. Uygun çapta kateter kullanırım	1	2	3	4	5
7. Kateter uygulamasında kapalı drenaj sistemini sürdürmeye dikkat ederim	1	2	3	4	5
8. Kateterin mesane seviyesinin altında olmasını sağlarım	1	2	3	4	5
9. Kateter tıkanırsa değiştirmektense, irrigasyon yapmayı tercih ederim	1	2	3	4	5
10. Yeni bir idrar torbası takmadan önce bağlantı yerini mutlaka %70'lik alkol veya povidon iyot ile temizlerim	1	2	3	4	5
11. İdrar torbasını boşaltırken sistemden ayrılmamasına ve alttaki musluktan boşaltılmasına özen gösteririm	1	2	3	4	5
12. Hastanın transferi öncesinde idrar torbasını mutlaka boşaltır/boşalttırırım	1	2	3	4	5
13. Kültür/örnek alırken sistemi ayırarak steril idrar kabına veya enjektöre idrar akmasını sağlarım	1	2	3	4	5
14. Kültür/örnek alırken kapalı sistemin sürdürülmesine özen gösteririm	1	2	3	4	5
15. İdrar torbasının yere temas etmesini önlerim	1	2	3	4	5
NOT: Ölçekten alınan puanın yüksekliği bilgi ve tutumun İYİ olduğunu gösterir.					
13. Madde ters puanlanmalıdır.					

## Araştırma makalesi

### Research article

# Farklı Kuşaktaki Hemşirelerin Tıbbi Hata Tutumları



Bilgen ÖZLÜK<sup>1</sup>

### ÖZ

**Amaç:** Bu çalışma, farklı kuşakta yer alan hemşirelerin tıbbi hata tutumlarını incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma tanımlayıcı türde olup, Ocak - Şubat 2017 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinde, 257 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Veriler, Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği ile toplanmıştır. Etik onam, kurum ve ölçeği geliştiren yazardan izin alınmıştır. İstatistik analiz için, sayı, yüzde, ortalama ve ANOVA testleri yapılmıştır.

**Bulgular:** Hemşirelerin %24.9'unun X, %68.9'unun ise Y Kuşağı'nda yer aldığı belirlenmiştir. Hemşirelerin tıbbi hatalara karşı tutum toplam puan ortalamaları 2.32±0.34 olarak bulunmuştur. Kuşaklar ile "tıbbi hata algısı" ve "tıbbi hata nedenleri" alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu saptanmıştır (p<0.05).

**Sonuç:** Çalışmada, her dört kuşakta yer alan hemşirelerin "tıbbi hata ve hata bildirimini önemi" farkındalığının düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda farkındalığın artırılması için tıbbi hata eğitimlerinin artırılması, hataları önleyici ve bildirimleri destekleyen sistemlerin oluşturulması önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Hemşire, kuşak, tıbbi hata, tutum

### ABSTRACT

#### Medical Error Attitudes of Nurses From Different Generations

**Aim:** The aim of this study was to investigate the medical error attitudes of nurses from different generations.

**Material and Methods:** This descriptive study was conducted between January and February 2017 in a university hospital with 257 nurses. Data were collected with Scale of Attitudes towards Medical Errors. Ethics committee approval, permission from the institution in which the research was conducted and permission of the author who developed the scale were obtained. For statistical analysis, number, percentage, average and ANOVA tests were performed.

**Results:** It was determined that 24.9% of nurses were in Generation X and 68.9% were in Generation Y. The mean score of nurses' attitude towards medical errors was 2.32±0.34. There was a statistically significant difference between the generations and the "medical error perception" and the "causes of medical error" sub-dimensions (p<0.05).

**Conclusion:** In this study, it was determined that the awareness of "the importance of medical error and error reporting" in all four generations was low. In line with these results, it is recommended to increase medical error trainings and to establish systems to prevent errors and support error reporting in order to raise awareness.

**Keywords:** Attitude, generation, medical error, nurse

<sup>1</sup>Dr. Öğr. Üyesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Konya, Türkiye, E-mail: bilgenozluk@gmail.com, Tel: 0536398052, ORCID: 0000-0002-2560-4199

Geliş Tarihi: 10 Ağustos 2018, Kabul Tarihi: 5 Kasım 2019

**Atıf/Citation:** Özlük B. Farklı Kuşaktaki Hemşirelerin Tıbbi Hata Tutumları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(1): 8-14. DOI: 10.31125/hunhemsire.715027

## GİRİŞ

Hasta güvenliğinin önemli bir bölümünü oluşturan tıbbi hatalar, son yıllarda önemle üzerinde durulan konulardan birisidir<sup>1</sup>. Tıbbi hataların zamanında fark edilip nedenlerinin ortaya çıkarılması, tıbbi hataların azaltılması ve çözümüne yönelik iyileştirmelerin belirlenebilmesi açısından önemlidir<sup>2</sup>. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2004 raporunda; İngiltere, Amerika Birleşik Devletleri, Avustralya, Kanada, Yeni Zelanda ve Danimarka'da yapılan çalışmalarda, tıbbi hata görülme oranının %3.2 ile %16.6 arasında olduğu belirtilmiştir<sup>3</sup>. Amerikan Tıp Enstitüsü raporu sonuçlarına göre ABD'de tıbbi hataların ölüm sebepleri arasında kalp krizi ve kanserin ardından üçüncü sırada yer aldığı tespit edilmiştir<sup>4</sup>. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı Güvenli Raporlama Sistemi 2016 yılı istatistik ve analiz raporuna göre tıbbi hata oranı yaklaşık olarak %16.6 olarak raporlanmış ve dünya ülkeleri ile paralellik gösterdiği görülmüştür<sup>5</sup>.

Tıbbi hatalar tüm sağlık çalışanlarını ilgilendiren bir konudur. Ancak hemşirelerin hasta bakım ve tıbbi tedavi ile ilişkili pek çok uygulamayı yerine getirmesi nedeniyle diğer sağlık çalışanlarına göre tıbbi hata yapma riski ile daha sık karşı karşıya geldiği saptanmıştır<sup>6,7</sup>. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Güvenli Raporlama Sistemi 2016 yılı istatistik ve analiz raporunda, tüm sağlık çalışanları arasında en çok hemşirelerin tıbbi hata bildiriminde buldukları görülmüştür<sup>5</sup>. Bunun sebebinin hemşirelerin sağlık bakım süreçlerinin tamamında aktif olarak rol almaları ve diğer sağlık personellerine göre hata bildirimini konusunda farkındalık düzeylerinin daha yüksek olması olarak belirtilmiştir<sup>5</sup>.

Tıbbi hataların önlenmesi ve azaltılması için sağlık çalışanlarının tıbbi hatalara karşı tutumlarının belirlenmesi, hasta güvenliğinin sağlanması açısından büyük önem taşımaktadır<sup>2,8,9</sup>. Sağlık profesyonellerinin tutumlarının, bilgi düzeyi ve duygularını da etkilediği göz önünde bulundurulduğunda; yapılan hataların çoğunun sağlık çalışanları tarafından tıbbi hata olarak algılanmadığı ve bu sebeple raporlama oranlarının yetersiz veya hiç olmadığı belirtilmektedir<sup>7,10,11</sup>. Tıbbi hatalara karşı farkındalık oluşturmak ve hataların bildirimlerini artırmak için sağlık çalışanlarının hatalara karşı tutumlarının değerlendirilmesi gerekmektedir<sup>2,10</sup>. Bu nedenle kurumların hasta güvenliği konusunda çalışanların tutum ve davranışlarını bilmesi, hataları ve bunlara neden olan faktörleri belirlemesi açısından önemlidir.

Farklı yaş grubunda ve farklı dönemsel özellikler içerisinde yetişen hemşirelerin algı farklılıkları, tıbbi hatalara karşı tutumlarını da etkileyeceği düşünülmektedir. Kuşak kavramı, aynı yıllarda doğmuş olup, aynı çağın koşullarını, dolayısıyla birbirine benzer yazgıları ve sıkıntıları yaşamış, benzer görevlerle yükümlü olmuş kişi grupları olarak tanımlanmaktadır<sup>12,13</sup>. Aynı kuşaktan gelen bireyler, benzer yıllarda doğdukları için, kuşak üyelerinin tutum ve davranışları benzer olaylara verdikleri tepkiler ile şekillenmektedir<sup>14</sup>. Çalışma yaşamında bulunan her kuşağın kültürel farklılıkları, düşünce tarzları, iş ve kuruma yönelik tutumları farklılık göstermektedir<sup>15</sup>. Bu nedenle kurumların tıbbi hataları önleme ve hasta güvenliğini sağlamak için

öncelikle farklı kuşakların özelliklerini anlamaları gerekmektedir<sup>16</sup>.

Yazında dünyada kuşakların sınıflandırılmasında dikkate alınan yaş gruplarında farklılıkların olduğu gözlenmektedir<sup>12,13,15,17</sup>. Türkiye'de Gürbüz (2015) tarafından yapılan çalışma sonucunda kuşaklar Bebek Patlaması Kuşağı (1945-1965), X Kuşağı (1966-1979), Y Kuşağı (1980-1995) ve Z Kuşağı (1996 sonrası) olarak sınıflandırılmıştır<sup>12</sup>. Bu çalışmada Gürbüz (2015) ve Yüksekbilgili (2015) tarafından, Türkiye'deki yaş grupları için oluşturulan kuşak sınıflandırılması kullanılmıştır<sup>12,13</sup>. Gürbüz (2015) Bebek Patlaması Kuşağı'nı, işkolik, çok çalışan, özverili, takım çalışmasına önem veren ve kurumun amaçlarını kendi amaçları üzerinde tutan sadık bir kuşak olarak; X Kuşağı'nı temel güdüsünün yaşamak için çalışmak anlayışı olduğu ve biçimsel olmayan iş ikliminden hoşlandıklarını; Y Kuşağı'nı ise iş değiştirme alışkanlıkları fazla olan, çalışmaya istekli olmayan ve sürekli "neden" sorusunu soran kuşak olarak ifade etmiştir<sup>12</sup>. Z Kuşağı hayatlarının önemli bir bölümünde teknolojiyi kullanan, aşırı özgüvenli, kişilerin eleştirilere karşı daha savunmacı tepkiler veren, sonuçları düşünmeden hareket eden ve birçok şeyi hemen şimdi isteyen kuşak olarak tanınmaktadır<sup>14,16</sup>. Kurum yöneticileri, tıbbi hataların önlenmesi ve hasta güvenliğinin sağlanması için her çalışanın ait olduğu kuşağın özelliklerini ve bu özelliklerin çalışma tutum ve davranışlarına nasıl yansıtacağını öngörebilmelidir. Bu araştırma, farklı kuşakta yer alan hemşirelerin tıbbi hata tutumlarını anlayabilme ve kuşaklara özgü tıbbi hataları yönetebilme amacından yola çıkarak gerçekleştirilmiştir.

## Araştırmanın Soruları

- Hemşirelerin tıbbi hata tutum düzeyleri nasıldır?
- Farklı kuşaklardaki hemşirelerin tıbbi hata tutumları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

## YÖNTEM

### Araştırmanın Türü

Araştırma, tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

### Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Konya ilinde bulunan ve en fazla hemşire sayısına sahip bir üniversite hastanesi oluşturmuştur (N: 457). Araştırmanın örnekleme ise kolayda örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden tüm hemşireler çalışmaya dahil edilmiş, herhangi bir dışlanma ölçütü kullanılmamıştır (n: 257).

### Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Bu çalışmanın verileri 04 Ocak-10 Şubat 2017 tarihleri arasında, hemşirelerin özelliklerinin yer aldığı "Tanımlayıcı Bilgiler Formu" ve "Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği (THTÖ)" ile toplanmıştır. Tanımlayıcı Bilgiler Formu'nda hemşirelere yönelik "yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, aynı hastanede çalışma yılı, hemşirelikte çalışma yılı, çalışma şekli ve kurumdaki pozisyonu ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

**Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği (THTÖ):** Geçerlik ve güvenilirlik çalışması Güleç ve İntepeler (2013) tarafından

gerçekleştirilen ölçek 5'li likert tipindedir ve 16 maddeden oluşmaktadır<sup>2</sup>. Ölçekte "tıbbi hata algısı", "tıbbi hata yaklaşımı" ve "tıbbi hata nedenleri" olmak üzere üç alt boyut bulunmaktadır. Ölçekteki iki madde (10. ve 13. madde) ters olarak puanlanmaktadır. Ölçek hesaplamasında ölçek toplam puanı alınmakta ve elde edilen ham puan ölçek madde sayısına bölünerek ölçek puanı elde edilmektedir. Alt boyut puan hesaplamasında da alt boyut puanı toplanarak alt boyut madde sayısına bölünmekte ve elde edilen puan 1-5 arasında değerlendirilmektedir. Ölçeğin kesme noktası 3 olarak belirlenmiştir. Ölçekten ortalama 3'ün altında puan alan çalışanların tıbbi hata tutumları olumsuz, 3 ve üzeri puan alan çalışanların tıbbi hata tutumları olumlu olarak değerlendirilmektedir. Olumsuz tutum; çalışanların, tıbbi hataların ve hata bildirim öneminin farkındalığının düşük olduğu anlamına gelirken; olumlu tutum; çalışanlarda, tıbbi hataların ve hata bildirim öneminin farkındalığının yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin tamamı için belirtilen puanlama ve değerlendirme, ölçeğin tüm alt boyutları için de aynı şekilde kabul edilmektedir. Orijinal ölçekte Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için .75 bulunurken<sup>2</sup>, çalışmamızda Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.79 olarak bulunmuştur.

#### Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin analizinde; sayı ve yüzde dağılımı, ortalama, standart sapma ve normallik testi Kolmogorov-Smirnov kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren gruplarda tek yönlü varyans analizi (ANOVA), gruplar arasındaki farkın belirlenmesinde ise ileri analiz tamhane's testi kullanılmıştır.

#### Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yürütülebilmesi için Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Karar No: 2016/730) etik kurul onayı ve araştırmanın yapıldığı hastaneden kurum izni alınmıştır. Hemşirelerin rızaları sözlü olarak alınmış, bireysel onamlar ise hazırlanan anket formunun ön bölümünde belirtilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçek için ölçeğin geçerlik güvenilirliğini yapan yazarlardan izin alınmıştır.

#### Araştırmanın Sınırlılıkları

Bebek Patlaması ve Z Kuşağı'nda yer alan hemşirelerin günümüzde klinik alanlarda çalışan hemşireler arasında az sayıda yer alması çalışmamızın örneklem sayısını etkilemiş ve araştırmamızın sınırlılığı olarak görülmüştür.

### BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerin %3.5'inin Bebek Patlaması, %24.9'unun X, %68.9'unun Y ve %2.7'sinin Z kuşağında yer aldığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %70.8'inin kadın, %69.3'ünün evli, %39.7'sinin lise mezunu ve %31.9'unun ise lisans mezunu olduğu saptanmıştır. %61.9 oranında hemşirenin servis hemşiresi olarak, %75.9'unun da gündüz-gece vardiyalı olarak çalıştıkları tespit edilmiştir. Hemşirelerin yaş ortalamasının 32.31±8.54, buldukları kurumda çalışma yıl ortalamalarının ise 7.26±5.96 olduğu belirlenmiştir (Tablo1).

Tablo 1. Hemşirelerin Özellikleri (n=257)

Özellikler	n	(%)
<b>Kuşaklar</b>		
Bebek patlaması kuşağı	9	3.5
X Kuşağı	64	24.9
Y Kuşağı	177	68.9
Z Kuşağı	7	2.7
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	182	70.8
Erkek	75	29.2
<b>Medeni durum</b>		
Evli	178	69.3
Bekar	79	30.7
<b>Eğitim durumu</b>		
Lise	102	39.7
Önlisans	50	19.5
Lisans	82	31.9
Lisansüstü	23	8.9
<b>Pozisyon</b>		
Servis hemşiresi	159	61.9
Yoğun bakım hemşiresi	56	21.8
Acil hemşiresi	11	4.3
Poliklinik hemşiresi	15	5.8
Üst- orta düzey yönetici	16	6.2
<b>Çalışma şekli</b>		
Gündüz	48	18.7
Gündüz-gece	195	75.9
Gece	14	5.4
	Min - Maks	X±SS
<b>Yaş</b>	20-59	32.31±8.54
Meslekte çalışma yılı	0.1 ay- 40 yıl	9.97±6.85
Kurumda çalışma yılı	0.1 ay- 30 yıl	7.26±5.96

Hemşirelerin THTÖ toplam puan ortalamaları 2.32±0.34 olarak saptanmıştır. Tıbbi hata algısı alt boyutu 2.32±0.34 puan ile en yüksek puan ortalamasına sahip alt boyut iken, diğer alt boyutlarının puanları sırasıyla, tıbbi hataya yaklaşım alt boyutu (2.24±0.49) ve tıbbi hata nedenleri (2.20±0.45) alt boyutlarının olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2).

**Tablo 2. Hemşirelerin THTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı (n=257)**

Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği Alt Boyutları	X± SS	Min	Maks
Tıbbi hata algısı	2.32±0.34	1.50	3.19
Tıbbi hataya yaklaşım	2.24±0.49	1.00	4.14
Tıbbi hata nedenleri	2.20±0.45	1.14	3.43
THTÖ toplam	2.32±0.34	1.50	3.19

Araştırmaya katılan hemşirelerin yer aldığı kuşaklar ile “tıbbi hata algısı” ve “tıbbi hata nedenleri” alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu ( $p<0.05$ ), ölçek toplamında ve “tıbbi hataya yaklaşım” alt boyutunda ise istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ( $p>0.05$ ) belirlenmiştir. Bebek Patlaması (3.72±0.26) Kuşağı’nda yer alan hemşirelerin X (3.09±0.82) ve Y (3.01±0.76) Kuşağı’nda yer alan hemşirelere göre “tıbbi hata algısına” yönelik tutum düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Tıbbi hata nedenleri alt boyutunda ise, X (2.25±0.44) ve Y (2.21±0.46) Kuşağı’ndaki hemşirelerin Bebek Patlaması (1.80±0.22) Kuşağı’ndaki hemşirelere göre tıbbi hata nedenlerine yönelik tutum düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

**Tablo 3. Kuşakların THTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=257)**

Kuşaklar	Tıbbi Hata Algısı	Tıbbi Hataya Yaklaşım	Tıbbi Hata Nedenleri	THTÖ Toplam
	X± SS	X± SS	X± SS	X± SS
Bebek patlama kuşağı <sup>a</sup>	3.72±0.26	2.09±0.24	1.80±0.22	2.17±0.04
X Kuşağı <sup>b</sup>	3.09±0.82	2.29±0.58	2.25±0.44	2.37±0.37
Y Kuşağı <sup>c</sup>	3.01±0.76	2.24±0.47	2.21±0.46	2.32±0.33
Z Kuşağı <sup>d</sup>	2.57±0.83	2.26±0.65	2.02±0.43	2.19±0.37
F	3.340	0.462	2.935	1.327
P	0.020*	0.709	0.034*	0.266
Fark (Tam hane)	a>b,c		b,c>a	

THTÖ: Tıbbi Hatalarda Tutum Ölçeği; SS: Standart Sapma; \* $p<0.05$

## TARTIŞMA

Bu çalışma farklı kuşaklarda çalışma hayatında yer alan hemşirelerin tıbbi hatalara karşı tutum düzeylerini belirlemek amacıyla yürütülmüştür. Farklı zamanlarda, koşullar gereği benzer sorumluluklar yüklenmiş, beklenti, inanç, ortak değer ve davranışlara sahip hemşirelerin tıbbi hatalara karşı tutumları, tıbbi hataların zamanında fark

edilip nedenlerine yönelik çözüm önerileri belirlenebilmesi açısından önem taşımaktadır.

Çalışmada hemşirelerin THTÖ toplamında ve tüm alt boyutlarında tıbbi hata tutumlarının olumsuz olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Bu bulgular, çalışmamızda yer alan hemşirelerin tıbbi hataların ve hata bildirimlerinin öneminin farkındalığının düşük olduğu anlamına gelmektedir<sup>2</sup>. Ersun ve ark.’nın (2013) bir üniversite hastanesinde çocuk hemşireleri ile yaptıkları çalışmada hemşirelerin hiçbirinin olay bildirim formu doldurmadıkları<sup>7</sup>, Er ve Altuntaş’ın (2016) iki kamu hastanesinde yaptıkları çalışmada ise hemşirelerin %63.4’ünün yapılan tıbbi hatayı bildirmediği saptanmıştır<sup>18</sup>. Özyer’in (2016) bir devlet hastanesinin cerrahi kliniklerinde çalışan hemşireler ile yaptığı çalışmada, çalışmamızdan farklı olarak hemşirelerin tıbbi hatalara karşı tutumlarının olumlu olduğu, bunun nedeninin de yönetimin desteği ve teşvikinin tıbbi hatalara karşı tutumda önemli bir rol oynadığı belirtilmiştir<sup>19</sup>. Tıbbi hataların bildirimlerine yönelik tutumlar tıbbi hataları önlemeye yönelik uygulamaların başında gelmektedir. Bu konuda daha önce yapılan çalışmalar<sup>8,20,21</sup>; kişilerin cezalandırılması, çalışanların iş arkadaşları tarafından dışlanması, hatanın sicile işlenmesi, hatanın kişilere mal edilmesi veya raporlamaların geri dönüşünün olmaması gibi bazı endişeler taşıdıklarını göstermektedir. Bildirimlerin yapılmaması, hataları önlemeye yönelik iyileştirmelerin yapılmasını ve hasta güvenliğini olumsuz anlamda etkilemektedir<sup>6,10</sup>. Hata bildiriminde açık olunması, yeni oluşacak olan hataları ortadan kaldıracak ve aynı zamanda elde edilen sonuçların değerlendirilmesi, güvenlik kültürünün oluşmasını sağlayacaktır. Ayrıca 27897 sayılı Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik<sup>22</sup> ve 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu’ndaki<sup>23</sup> yasal yaptırımlar, son yıllarda tıbbi hatalara karşı cezai ve tazminat sorumlulukların yer aldığı yargıya yansıyan olaylar, çalışma alanlarında yer alan X ve Y Kuşağı hemşirelerin tıbbi hata bildirimlerindeki olumsuz tutumlarına neden olmuş olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmada Bebek Patlaması Kuşağı’ndaki hemşirelerin X ve Y Kuşağı’ndaki hemşirelere göre tıbbi hata algılarının daha olumlu olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Bu sonuç, Bebek Patlaması Kuşağı’ndaki hemşirelerin tıbbi hata yapan kişilerin suçsuz olduğunu, tıbbi hata bildirildiğinde anlayışlı olunması gerektiğini savunduklarını göstermektedir<sup>2</sup>. Bebek Patlaması Kuşağı, ekip çalışması ve işbirliğine önem veren, sıkı çalışmayı ve özveriye başarılı olmanın bir bedeli olarak gören bireylerdir<sup>12</sup>. Süreçten çok sonuç odaklı olan X Kuşağı, kendine güvenen, bireyci özellikleri ön plana çıkan<sup>12,15</sup>, Y Kuşağı ise rahat koşullarda çalışabilecekleri işleri tercih eden<sup>13</sup>, kuralları sorgulayan, sürekli “neden” sorusunu soran bireylerdir<sup>12</sup>. Son yıllarda tıbbi hatalara karşı farkındalık oluşturma ve tıbbi hataların önlenmesine yönelik Sağlık Bakanlığı ve hastanelerin hasta güvenliği çalışmalarının artması sonucunda, yeni kuşakların tıbbi hatalara karşı tutumlarının daha olumlu olması beklenmektedir. Çalışmada bu durumun tersi olarak yer alan bu bulgu, Bebek Patlaması Kuşağı’nda yer alan hemşirelerin tıbbi hata konusunda ekip arkadaşlarını destekleyen, kuşaklarının yer aldığı yıllardaki zorluklarla mücadeleleri, X ve Y Kuşağı’nda yer alan hemşireler ise daha çok kendini düşünen, kendine

güvendikleri için de hatayı kabul etmeyen bir yaklaşımda oldukları için, tıbbi hata algılarının Bebek Patlaması Kuşağı'nda yer alan hemşirelere göre daha olumsuz olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmada X ve Y Kuşağı'ndaki hemşirelerin, Bebek Patlaması Kuşağı'ndaki hemşirelere göre tıbbi hata nedenlerine yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Yapılan çalışmalarda tıbbi hataların oluşmasında yorgunluk, iş yükünün fazla olması, iletişim sorunları, çalışma saatlerinin ve sürelerinin fazla olması, stres, mesleki bilgi ve beceri yetersizliği gibi birçok neden etkili olduğu belirtilmekle birlikte<sup>4,9,18,24,25</sup>, tıbbi hataların oluşum nedenleri genel olarak insan kaynaklı ve sistem kaynaklı olarak sınıflandırılmaktadır<sup>26,27</sup>. Çalışmada "tıbbi hatalar sistem yetersizliğinden kaynaklanır" sorusuna Bebek Patlaması Kuşağı'nda yer alan hemşirelerin hepsi katılmıyorum cevabını vererek tıbbi hataların tamamının insan kaynaklı olduğunu belirtmişlerdir. X ve Y Kuşağı'nda yer alan hemşireler ise tıbbi hataların %29.6'sının sistem kaynaklı olduğunu ifade ederek tıbbi hataların sistem ve insan kaynaklı olduğunu belirtmişlerdir. Vural ve ark. (2014)'nın bir kamu hastanesinde sağlık çalışanları ile yaptıkları çalışmada, çalışanların %75.5'inin tıbbi hataların çoklu sistem hataları olduğunu düşündükleri ve hataların bireylere mal edilmemesi gerektiğini ifade ettiklerini saptamışlardır<sup>21</sup>. Adams ve Garber (2007) sistem hatalarının insanlardan kaynaklanan hatalara göre daha büyük oranda sorun teşkil ettiğini belirtmişlerdir<sup>28</sup>. Bodur ve ark.'nın (2011) çalışmasında, sağlık çalışanlarının %55.8'i tıbbi hatalarda kurumlar ve kişilerin birlikte sorumlu olduklarını<sup>29</sup>, Alemdar ve Aktaş'ın (2013) çalışmasında, hemşireler tıbbi hata nedenlerini %38.5 yorgunluk, %36.4 iş yükünün fazla olması ve %34.6 uzun çalışma saatleri olarak<sup>24</sup>, Özyer'in (2016) çalışmasında ise hemşireler tıbbi hata nedenlerini %74 oranında iş yükünün fazla olması, %78 oranında ise çalışan hemşire sayısının az olması olarak ifade etmişlerdir<sup>19</sup>. Çalışmalarda da görüldüğü gibi tıbbi hataların oluşumunda sistem ve insan kaynaklı tıbbi hata oranları farklılık göstermektedir. Tıbbi hataların en aza indirilmesi hata kaynaklarının ve nedenlerinin bilinmesi ile mümkün olmaktadır. Çalışmada Bebek Patlaması Kuşağı'nın tıbbi hata nedenlerinin sistem kaynaklı değil, insan kaynaklı olmasının nedeni olarak, bu kuşakta yer alan bireylerin işkolik, çok çalışan, özverili ve kurumun amaçlarını kendi amaçları üzerinde tutan itaatkar bir kuşak olması olarak değerlendirilebilir. Kendilerinden çok kurumun menfaatlerini düşünmeleri, bu kuşağın kendilerini tıbbi hata kaynağı nedeni olarak gördüğünü düşünebilir. Ayrıca son yıllarda giderek artan hasta güvenliğine yönelik kalite çalışmaları, X ve Y Kuşağı'nda yer alan hemşirelerin tıbbi hataların sadece çalışan kaynaklı olmadığı, hataların sistem kaynaklı da olabileceğine yönelik hizmet içi eğitimlerle bilgi sahibi olmaları, tıbbi hata nedenlerinin insan ve sistem kaynaklı olabileceğine yönelik düşüncelerini etkilemiş olduğunu düşündürmektedir.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmanın sonucunda, araştırmaya katılan ve dört kuşakta yer alan hemşirelerin tıbbi hata ve hata bildirim farkındalığının düşük olduğu belirlenmiştir. Bebek Patlaması Kuşağı'nın X ve Y Kuşağı hemşirelerine göre tıbbi hata algısı açısından farkındalık düzeyinin yüksek olduğu, tıbbi hata nedeninin sistem kaynaklı olduğuna yönelik farkındalık düzeyinin ise düşük olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, tıbbi hata konusunda farkındalık oluşturma adına tüm kuşaklara eğitim verilmesi ve hasta güvenliği kültürü oluşturulması için daha fazla çalışılması gerektiğini göstermektedir.

Tıbbi hatalar hasta güvenliğini ve kurumları olumsuz anlamda etkilemektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının tüm üyelerinin dikkat etmesini gerektiren bir konudur. Sağlık ekibi içinde yer alan hemşireler hasta bakımında anahtar bir konumda bulunmakta ve bu bağlamda tıbbi hataların önlenmesinde, hata bildirim tutumlarının daha yüksek olması gerekmektedir. Hasta güvenliği eğitimlerin artırılması, hataları önleyici, bildirimleri destekleyen sistemlerin oluşturulması ve suçlayıcı bir kurum kültürünün olmaması hemşirelerin tıbbi hata bildirimlerinde etkili olacaktır. Tıbbi hatalarda tutumda yönetimin desteği ve teşviki önemli bir role sahiptir. Kurum ve hemşire yöneticilerin tıbbi hata farkındalığı ve bildirim sisteminin oluşturulmasında destekleyici bir tutum içerisinde yer alarak, çalışanların tıbbi hata farkındalığını geliştirici olumlu bir strateji içerisinde yer almaları gerekmektedir. Böylece hemşirelerin de tıbbi hatalara karşı tutum düzeyleri olumlu anlamda gelişerek, hasta güvenliğine katkı sağlayacaktır.

**Etik Kurul Onayı:** Necmettin Erbakan Üniversitesi Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Karar No: 2016/730).

**Çıkar Çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Katılımcı Onamı:** Hemşirelerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

**Yazar katkıları:**

Çalışma tasarımı: BÖ

Veri toplama ve/veya analizi: BÖ

Makalenin hazırlanması: BÖ

**Teşekkür**

Bu çalışmanın veri toplama aşamasında katkılarından ve desteklerinden dolayı, Sn. Sevim Pınar GÖKMEN'e, Sema SÖNMEZ'e, Nadire ACAR'a, Zahide SAYHAN'a ve Feyza Nur KOÇ'a teşekkür ederim.

**Ethics Committee Approval:** Approval was obtained from Non-interventional Scientific Research Ethics Committee of Necmettin Erbakan University University (Decision number:2016/130).

**Conflict of Interest:** Not reported.

**Funding:** None.

**Exhibitor Consent:** Informed consent was obtained from nurses.

**Author contributions:**

Study design: BÖ



Data collection and analyses: BÖ  
Drafting manuscript: BÖ

**Acknowledgement:** I would like to thank dear Sevim Pınar GÖKMEN, Sema SÖNMEZ, Nadire ACAR, Zahide SAYHAN, and Feyza Nur KOÇ for their contributions and support during data collection period.

## KAYNAKLAR

- Öztürk H, Kahrıman İ. Tıbbi hatalar ve hasta güvenliği eğitim rehberi. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri. 2016.
- Güleç D, İntepeler ŞS. Tıbbi hatalarda tutum ölçeğinin geliştirilmesi. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi. 2013;15(3):26-41.
- World Health Organization. World Alliance for Patient Safety Forward Programme [Internet]. 2005 [Erişim Tarihi 17 Nisan 2018]. Erişim adresi: [http://www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_fin\\_al.pdf](http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_fin_al.pdf)
- Makary MA, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US. BMJ. 2016;353.
- Sağlık Bakanlığı. GRS Güvenlik Raporlama Sistemi 2016 Yılı İstatistik ve Analiz Raporu [Internet]. 2016 [Erişim Tarihi 22 Nisan 2018]. Erişim adresi: [http://grs.saglik.gov.tr/BM/Reports/GRS2016rapor\\_R1.pdf](http://grs.saglik.gov.tr/BM/Reports/GRS2016rapor_R1.pdf)
- Şahin AZ, Özdemir KF. Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2015;12(3):210-14.
- Ersun A, Başbakkal Z, Yardımcı F, Muslu G, Beytut D. Çocuk hemşirelerinin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2013;29(2):33-45.
- Dikmen DY, Yorgun S, Yeşilçam N. Hemşirelerin tıbbi hatalara eğilimlerinin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2014;32(1):44–56.
- Türkmen E, Baykal U, Seren İntepeler S, Altuntas S. Nurses' perceptions of and factors promoting patient safety culture in Turkey. Journal of Nursing Care Quality. 2013;28(4):360-67.
- Lewis EJ, Baernholdt M, Hamric AB. Nurses' experience of medical errors: An integrative literature review. Journal of Nursing Care Quality. 2013;28(2):153-61.
- Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Zapert K, Peugh J, et al. Taking the pulse of health care systems: experiences of patient with health problems in six countries. Health Affairs. 2005;24(1):W5-509.
- Gürbüz S. Kuşak farklılıkları: Mit mi, gerçek mi. İş ve İnsan Dergisi. 2015;2(1):39-57.
- Yüksekbilgili Z. Türkiye'de Y Kuşağının yaş aralığı. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi. 2015;14(53):259-67.
- Bayramoğlu G. X ve Y kuşağının liderlik davranışı açısından karşılaştırılması. Ege Akademik Bakış. 2018;18(1):15-29.
- Cogin J. Are generational differences in work values fact or fiction? Multi-country evidence and implications. The International Journal of Human Resource Management. 2012;23(11):2268-94.
- Haydari SM, Kocaman G, Tokat MA. Farklı kuşaklardaki hemşirelerin işten ve meslekten ayrılma niyetleri ile örgütsel ve mesleki bağlılıklarının incelenmesi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2016;3(3):119-31.
- Young SJ, Sturts JR, Ross CM, Kim KT. Generational differences and job satisfaction in leisure services. Managing Leisure. 2013;18(2):152-70.
- Er F, Altuntaş, S. Hemşirelerin tıbbi hata yapma durumları ve nedenlerine yönelik görüşlerinin belirlenmesi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2016;3(3):132-9.
- Özyer Y. Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerde iş yükü algısı işe bağlı gerginlik ve tıbbi hata tutumları [Yüksek Lisans tezi]. Ordu Üniversitesi; 2016.
- Mostafaei D, Marnani AB, Esfahani HM, Estebarsari F, Shahzaidi S, Jamshidi E, et al. Medication errors of nurses and factors in refusal to report medication errors among nurses in a teaching medical center of Iran in 2012. Iranian Red Crescent Med J. 2014;16(10):e16600.
- Vural F, Çiftçi S, Fil Ş, Aydın A, Vural B. Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği iklimi algıları ve tıbbi hataların raporlanmasını. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014;5(2):152-7.
- Resmi Gazete. Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına dair yönetmelik [Internet]. 2011 [Erişim Tarihi 9 Haziran 2018]. Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406.htm>
- Resmi Gazete. Türk Ceza Kanunu [Internet]. 2004 [Erişim Tarihi 9 Haziran 2018]. Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/10/20041012.htm#1>
- Alemdar DK, Aktaş YY. Medical error types and causes made by nurses in Turkey. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013;12(3):307-14.
- Merten H, Zegerz M, Brujine M, Wagner C. Scale, nature, preventability and causes on adverse events in hospitalised older patients. Age and Ageing. 2013;42:87-93.
- Aydemir İ. Sağlık kurumlarında sistem kaynaklı tıbbi hataların analizi. Dokuz Eylül University Journal of Graduate School of Social Sciences. 2017;19(4):665-81.
- Karataş M, Yakıncı C. Tıbbi hata nedenleri ve çözüm yolları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2010;17(3):233-6.
- Adams JL, Garber S. Reducing medical malpractice by targeting physicians making medical malpractice

payments. Journal of Empirical Legal Studies. 2007;4(1):185-222.

29. Bodur S, Filiz E, Durduran Y. Sağlık personeli ve toplumun tıbbi hatalar ile ilgili görüşlerinin karşılaştırılması. Genel Tıp Dergisi. 2011; 21(4):123-30.

## Araştırma makalesi

## Research article

Hastanede Yatan Çocuklarda Malnütrisyon Gelişme  
Durumunun DeğerlendirilmesiHatice PARS<sup>1</sup>, Hasibe KAZANCI<sup>2</sup>, Gülperi SÖYLEMEZ BAYRAM<sup>3</sup>

## ÖZ

**Amaç:** Çalışmanın amacı hastanede yatan çocuklarda malnütrisyon gelişme durumunu ve malnütrisyon gelişmesini etkileyen faktörleri belirlemektir.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı-kesitsel olan bu çalışmada 80 hastanın nütrisyonel durumu Waterlow ve Gomez malnütrisyon sınıflama sistemi uygulanarak değerlendirilmiştir. Fiziksel ölçümler hastaneye yatış ve taburculuk sırasında, yaşa göre ağırlık (YGA), yaşa göre boy (YGB), boya göre ağırlık (BGA) ve beden kitle indeksi (BKİ) z- skorları ile hesaplanmıştır.

**Bulgular:** Çocukların %25'inin yatış sırasında z-skor indeksi -2'nin altında iken, taburculuk sırasında bu oran %31.2 olarak belirlenmiştir. Yapılan ölçümler sonucunda Gomez malnütrisyon sınıflama sistemine göre yatış sırasında çocukların %17.5'inde (%10 orta malnütrisyon; %7.5 ciddi malnütrisyon), taburculukta ise %25.1'inde orta ve ciddi malnütrisyon tespit edilmiştir. Waterlow sınıflama sistemine göre ise yatış sırasında çocukların %20'sinde, taburculuk sırasında ise %28.8'inde akut malnütrisyon saptanmıştır. BGA, YGA ve BKİ standart sapma skorlarında %3'lük azalma olan çocuklarda hastanede yatış süresinin daha uzun olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Hastaneye yatış sırasında enfeksiyon varlığı, hastanede yatış süresi ve ailenin gelir durumu çocukta malnütrisyon görülme durumunu etkilemektedir (p<0.05).

**Sonuç:** Hastaneye başvuru ve yatış sürecinde malnütrisyon önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Malnütrisyonun erken tanı ve tedavisinin sağlanması için hastanede yatan tüm çocukların nütrisyonel durumunun değerlendirilmesi oldukça önemlidir.

**Anahtar kelimeler:** Beslenme durumu, hastanede yatan çocuk, malnütrisyon, tarama araçları

## ABSTRACT

## Evaluation of Malnutrition Development in Hospitalized Children

**Aim:** The aim of this study was to determine the development of malnutrition and the factors affecting it in hospitalized children.

**Material and Methods:** In this descriptive, cross-sectional study, nutritional status of 80 patients were evaluated using Waterlow and Gomez malnutrition classifications systems. Physical measurements were calculated by z-scores of weight-for-length/height (WFL/H), weight for age (WFA), height-for-age (HFA) and body mass index-for-age (BMI) at hospital admission and at discharge.

**Results:** While 25% of the children had a z-score index below -2 at hospital admission, this rate was 31.2% during discharge. According to Gomez malnutrition classification system, moderate and severe malnutrition was detected in 17.5% of children (10% moderate malnutrition, 7.5% severe malnutrition) at hospital admission and 25.1% of children at discharge. According to the Waterlow classification system, acute malnutrition was found in 20% of children at hospital admission and 28.8% during discharge. The length of hospital stay was found to be longer in children with a 3% reduction in WFL/H, WFA and BMI standard deviation scores (p <0.05).

**Conclusion:** Malnutrition remains a major problem at admission and hospitalization process. All hospitalized children should be evaluated in terms of nutritional status in order to provide early diagnosis and treatment of malnutrition.

**Keywords:** Hospitalized children, malnutrition, nutritional status, screening tools

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye, E-mail: hatice.saglamhs@gmail.com, Tel: 03123051580/149, ORCID: 0000-0003-4795-244X

<sup>2</sup> Hemşire, Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi, Özel Poliklinik, Ankara, Türkiye, E-mail: hasibekazanci@gmail.com, Tel: 0 312 305 50 00, ORCID: 0000-0001-6227-6609

<sup>3</sup> Hemşire, Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi, Özel Poliklinik, Ankara, Türkiye, E-mail: gulperisilymz@gmail.com, Tel: 0 312 305 50 00, ORCID: 0000-0001-7553-1873

Geliş Tarihi: 23 Kasım 2018 Kabul Tarihi: 2 Aralık 2019

**Atıf/Citation:** Pars H, Kazancı H, Söylemez Bayram G. Hastanede Yatan Çocuklarda Malnütrisyon Gelişme Durumunun Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(1): 15-22. DOI: 10.31125/hunhemshire.715032

## GİRİŞ

Beslenme yetersizliği olarak adlandırılan malnütrisyon; bir ya da daha fazla besin öğesinin vücudun fizyolojik ve metabolik dengesini bozacak şekilde yetersiz veya fazla alınması sonucunda ortaya çıkan klinik-patolojik tablolara verilen ortak isimdir<sup>1</sup>. Malnütrisyon gelişmekte olan ülkelerde altı ay ile beş yaş arasındaki çocuklarda yaygın görülen sorunlardan biri olup, beş yaş altı çocuk ölümlerinin %60'ından sorumlu olmaktadır<sup>1,2</sup>. Ülkemizde yapılan çalışmalarda bölge ve yerleşim özelliklerine göre değişiklik göstermekle birlikte 5 yaş altı çocuklarda %10 ile %50 arasında malnütrisyon prevalansı bildirilmiştir<sup>3-6</sup>. Ayrıca beslenme yetersizliği ve malnütrisyon gelişme riski hastaneye yatış sırasında yüksek oranda rapor edilmektedir<sup>7,8</sup>. Ancak hastane yatış sürecinde malnütrisyon sürecini değerlendiren çok az çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalar çocuklarda beslenme durumunun taburculuk esnasında %5 ile %27 arasında kötüleştiğini göstermektedir<sup>6,9,10</sup>.

Malnütrisyon 5 yaş altındaki çocuklarda motor ve mental bozukluklara neden olabilmekte ve özellikle hastanede yatan çocuklarda morbidite, mortalite, hastanede yatış süresi, yaşam kalitesi, gelişen komplikasyonlar ve maliyet üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu bildirilmektedir<sup>11-13</sup>. Bu nedenle çocuklarda yetersiz beslenme ve malnütrisyonun erken dönemde belirlenmesi önem kazanmaktadır<sup>8,14</sup>. Avrupa Klinik Nütrisyon ve Metabolizma Derneği (ESPEN), Amerika Parenteral ve Enteral Nütrisyon Derneği (ASPEN) ve Avrupa Pediatri Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Derneği (ESPGHAN) hastaneye yatış sırasında malnütrisyon taramasının yapılmasının ve vakaların erken dönemde tespit edilmesinin son derece önemli olduğunu vurgulamışlardır<sup>15-18</sup>. Çocuklarda yetersiz beslenme ve malnütrisyonun erken dönemde belirlenmesi, beslenme ile ilişkili komplikasyonları ve uzamış hastane yatış süresini azaltabilmekte veya önleyebilmektedir<sup>14,19</sup>.

Diğer taraftan çocuğun hastanede yatması, ailedeki tüm bireylerin yaşam tarzında değişiklik yaratmakta ve bu değişiklikler hem çocuk hem de ailenin stres yaşamasına neden olabilmektedir. Çocuğun hastalığı, hastaneye yatarak tedavi görmek zorunda kalması, aile dinamiğini olumsuz yönde etkilemesinin yanı sıra hem çocuk hem de ailenin var olan düzeninin bozulmasına ve tüm aileyi hastalık ve ölüm gibi yaşamın değişmez gerçeği ile yüz yüze getirerek bir kriz sürecinin oluşmasına neden olmaktadır<sup>20</sup>. Tüm bu olumsuz durumlar nedeniyle sağlık çalışanlarının nütrisyon konusunda yeterli bilgi ve uygulamaya sahip olması gereklidir. Malnütrisyonun erken tanısı ve tedavisinde multidisipliner ekip iş birliği çok önemlidir ve bu ekipte hemşireye önemli görevler düşmektedir. Malnütrisyonun önlenmesine yönelik olarak çocuğun büyüme izleminin düzenli takibi ve gerekli durumda beslenme destek ekibi ve diyetisyen ile iş birliğinde olması çok önemlidir. Bu doğrultuda bu çalışmada, hastanede yatarak tedavi gören çocukların yatış ve taburculuk sırasında malnütrisyon durumunu ve derecesini saptamak, hastaneye yatışın ve olası diğer faktörlerin malnütrisyon gelişimine etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

## YÖNTEM

### Araştırmanın Türü

Çalışma tanımlayıcı-kesitsel tipte gerçekleştirilmiştir.

### Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışma Ankara ilinde hizmet veren bir çocuk hastanesinde 1 Haziran-30 Ekim 2018 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini belirtilen tarihlerde hastanenin yataklı servislerine yeni yatışı yapılan 1-18 yaş arası çocuklar oluşturmuştur. Evrenden dahil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kendi/ebeveyni kabul eden çocuklar alınmıştır.

Örneklemeye dahil edilme kriterleri; 1-18 yaş arasında olan, en az 1 gün süre ile çocuk kliniğinde yatması ön görülen, araştırmaya kendi ve/veya ailesi gönüllü olarak katılmayı kabul eden çocuklar belirlenmiştir. Vücut ağırlığında hızlı ve büyük değişikliklere neden olabilecek hastalığı olan çocuklar (ciddi kalp, böbrek, karaciğer yetmezliği, dehidratasyon ve üçüncü boşlukta sıvı birikimi gibi sıvı dengesi bozukluğu), yatış süresi 24 saatten kısa olanlar, yoğun bakımda yatan çocuklar (ebeveynlerin yanında bulunmaması nedeni ile), günlük bakım ünitesi ve acile başvuran çocuk ve ebeveynleri araştırmaya dahil edilmemiştir. Ayrıca 3 ay öncesine kadar ve hastane yatış sürecinde steroid ve diğer iştah artırıcı ajan kullanan ve enteral beslenme tedavisi alan hastalar da bu faktörlerin nütrisyonel durum üzerine etkisine bağlı olarak çalışmaya dahil edilmemiştir<sup>21</sup>.

### Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri Tanıtıcı Bilgiler Formu ile toplanmıştır. "Tanıtıcı Bilgiler Formu" araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak hazırlanmış ve alanda uzman iki öğretim üyesi tarafından değerlendirildikten sonra son hali oluşturulmuştur. Tanıtıcı bilgi formu, sosyo-demografik verileri ve çocukta nütrisyonel durumu etkileyebilecek olası faktörleri belirlemek için hazırlanan 30 sorudan oluşmuştur. Ağırlık ve boy ölçümleri referans değerleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Yaşa göre ağırlık (YGA), yaşa göre boy (YGB), boya göre ağırlık (BGA) ve beden kitle indeksi (BKİ) hesaplanmıştır<sup>22</sup>. Gomez ve Waterlow sınıflaması kullanılmıştır.

**Gomez Sınıflaması;** YGA %90-110 arasında olanlar normal, %75-89 arasında olanlar hafif, %60-74 arasında olanlar orta ve %60'ın altında olanlar ağır malnütrisyonlu olarak kabul edilmektedir<sup>23</sup>.

**Waterlow Sınıflaması;** BGA %90'ın altında, YGB %95'in üzerinde olan olgular akut malnütrisyonlu, BGA %90'ın üzerinde, YGB %95'in altında olanlar kronik malnütrisyonlu, BGA %90'ın ve YGB %95'in altında olan olgular kronik-akut malnütrisyonlu (bodur), BGA %90'ın üzerinde, YGB %95'in üzerinde olan normal olarak değerlendirilmektedir<sup>24,25</sup>.

Çocukların vücut ağırlığı ve boyları hastaneye girişten sonraki ilk 24 saat içinde ve taburculukta aynı araştırmacı tarafından ölçülmüştür. Tüm çalışma popülasyonunun hem hastaneye yatışta hem de taburculukta ağırlık ve boy uzunluğu ölçüldükten sonra, 4 farklı z-skoru (YGA, YGB, BGA, BKİ) hesaplanmıştır. Yaşları 5 veya daha küçük olan çocuklar için YGA ve BGA; WHO Anthro programı (<http://www.who.int/childgrowth/software/en/>) kullanılarak, yaşı 5'ten büyük olan çocuklar için ise BKİ, YGB

(5–19 yaş arası çocuklar) ve YGA (5-10 yaş arası çocuklar) z-skorları WHO AnthroPlus Yazılımı (<http://www.who.int/growthref/en/>) kullanılarak değerlendirilmiştir.

Akut malnütrisyon için, BGA ve BKİ Z skoru  $\geq -3$ 'den  $< -2$ 'ye kadar olanlar orta düzeyde malnütrisyon ve  $< -3$  skor ciddi malnütrisyon olarak kabul edilmiştir. Kronik malnütrisyon için yaşa göre boy z skoru  $\geq -3$ 'den  $< -2$ 'ye kadar olanlar orta derecede malnütrisyon ve  $< -3$  skor ağır malnütrisyon olarak kabul edilmiştir. Malnütrisyon derecesinin belirlenmesinde Gomez ve Waterlow sınıflandırma sistemi kullanılmıştır. İki yaşın altındaki çocuklar çıplak dijital bebek tartısında tartılarak, iki yaşından büyük çocukların vücut ağırlıkları ise erişkin ağırlık ölçer ile ölçülmüştür. İki yaşın altındaki çocukların boyları düz bir zeminde, sırtüstü pozisyonda, başı sabitlenip ayakları birleştirilerek uzunluk ölçer ile iki yaşından büyük çocukların boyları ise ayakta, dik pozisyonda duvara sabitlenmiş metreler yardımı ile ölçülmüştür. Ölçümler sırasında kullanılan cihazların kalibrasyonu çalışma öncesinde yapılmıştır. Tüm ölçümlerde SECA marka boy ve kilo ölçer kullanılmıştır. Veri toplama süresi her bir katılımcı için ortalama 20 dakika sürmüştür.

#### Verilerin Değerlendirilmesi

Varyansların homojenliği için Levene testi yapılmıştır. Araştırma verilerinin analizinde sayı, yüzde, ortalama, Mann Whitney U testi ve Pearson ki-kare önemlilik testi kullanılmıştır. İstatistiksel analizler SPSS Software Version 18.1 (IBM Corp., Armonk, NY, ABD) kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak belirlenmiştir.

#### Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için kurumdan yazılı izin ve Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar'dan etik kurul izni (GO17/907-16) alınmıştır. Çalışmaya katılan çocuklar ve/veya ebeveynleri araştırmaya gönüllü katılım formunu onaylamışlardır.

## BULGULAR

### Hasta ve Bakım Vereninin Özellikleri

80 çocuk ( $\bar{x}=8.12 \pm 4.18$  yıl) çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya katılan çocukların %50'si erkek, %36.2'si birinci çocuk olup, %68.8'i normal doğum ile dünyaya gelmiştir. Çocukların %62.3'ü 6 aydan daha az anne sütü almış, %71.2'si 6 aydan önce ek gıdaya başlamış ve çocukların %45'i D vitaminini doğumdan sonra bir dönem düzenli olarak kullanmıştır. Çocukların %63.8'i yatış sırasında kronik bir hastalığa sahip olup, %52.5'inde yatış sırasında enfeksiyonu mevcuttur. Çocukların hastanede yatış süresi ( $\bar{x}=12.07 \pm 4.86$  gün) 7, 14, 20 ve 25 gün olmak üzere 4 kategoride incelenmiş ve her bir grupta 20 çocuk yer almıştır.

Çocukların %83.8'inin hastanede primer bakım vereninin annesi olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin %65'i ailenin gelir düzeyinin 3000 TL ve altında olduğunu, %77.5'i çalışmadıklarını, % 27.5'i üniversite mezunu olduğunu ve 26.2'si kronik bir hastalığa sahip olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 1). Ayrıca tabloda yer almamakla birlikte "Hastaneye yatış çocuğunuzun beslenmesini olumsuz etkiledi mi?" sorusuna bakım verenlerin %65'i evet cevabını vermiştir. Taburculuk sırasında YGA, BGA ve BKİ standart

sapmalarında % 3'lük bir azalmanın olması malnütrisyon açısından anlamlılık kabul edildiğinden, bu referanslar ile katılımcıların sosyo-demografik verileri karşılaştırılmış ve ailesinin gelir durumu 3000 TL altında olan, kronik bir hastalık olan ve mevcut bir enfeksiyon varlığı ile yatışı yapılan çocuklarda YGA, BGA, BKİ standart sapmalarında % 3'lük azalmanın anlamlı derecede daha fazla olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Eğitim durumu üniversite mezunu olan bakım verenlerin çocuklarında ise YGA, BGA ve BKİ standart sapmalarında %3'lük azalmanın anlamlı derecede daha az olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ) (Tablo 1).

Tablo 2'de çocukların yatış ve taburculuk sırasındaki ölçümlerinin malnütrisyon sınıflama sistemlerine göre değerlendirilmesi yer almaktadır. Waterlow'a göre yatış sırasında çocukların %20'sinde akut, %15'inde kronik malnütrisyon, taburculuk esnasında ise %28.8'inde akut malnütrisyon saptanmıştır. Kronik malnütrisyon oranında değişiklik olamamıştır. Gomez sınıflama sistemine göre yatış sırasında çocukların %10'u orta malnütrisyonlu, %7.5'i ağır malnütrisyonlu iken; taburculuk sırasında %16.3'ü orta malnütrisyonlu ve %8.8'i ağır malnütrisyonlu olarak belirlenmiştir. DSÖ z indeksine göre malnütrisyonu olan (SD -2 ve altında olan) çocuk oranı yatış sırasında %25 iken, taburculuk esnasında %31.2 olarak belirlenmiştir. Yatış sırasında malnütrisyonu olan 20 çocuğun 13'ü akut, 7'si kronik malnütrisyonlu, taburculuk sırasında ise malnütrisyonu olan 25 çocuğun 18'i akut, 7'si kronik malnütrisyonlu olarak tespit edilmiştir.

Malnütrisyon gelişmesini etkileyen faktörler incelendiğinde; hastanede yatış süresi arttıkça DSÖ z indeksi, Waterlow, Gomez, BGA, YGA ve BKİ'de %3'lük azalma olan çocuk sayısının anlamlı derecede arttığı belirlenmiştir ( $p=0.22$ ,  $p=0.047$ ,  $p=0.035$ ,  $p=0.009$ ,  $p=0.012$ ,  $p=0.049$ ) (Tablo 3).

## TARTIŞMA

Bu çalışmada hastanede yatarak tedavi gören çocuklarda yatış ve taburculuk sırasında antropometrik ölçümler yaparak nütrisyonel durumlarını ve çocuklarda malnütrisyon gelişmesine eşlik eden faktörler incelendi. BGA ve YGB SD'nin -2'nin altında olması sırası ile akut ve kronik malnütrisyon olarak tanımlanmıştır<sup>10</sup>.

Çalışmamızın sonucunda z indeksine göre çocukların %25'inde yatış sırasında ve %31.2'inde taburculuk esnasında malnütrisyon saptandı. Yatış sırasında 13 çocukta akut ve 7 çocukta kronik malnütrisyon belirlenirken, taburculuk sırasında 18 çocukta akut ve 7 çocukta kronik malnütrisyon belirlendi.

Waterlow sınıflamasına göre yatış sırasında çocukların %20'sinde akut ve %15'inde kronik, taburculuk sırasında ise %28.8'inde akut ve %15'inde kronik, %16.2'si akut+kronik (bodur) malnütrisyon belirlenmiştir. Gomez'e göre yatış sırasında çocukların %10'unda orta, %7.5'inde ağır malnütrisyon, taburculuk sırasında ise %16.3'ünde orta, %8.8'inde ise ağır malnütrisyon tespit edilmiştir.

Tablo 1. Hastane Yatış Sürecinde Çocuğun Antropometrik Ölçümlerinin Bazı Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımı (n=80)

	n %		Yaşa Göre Ağırlık				Boya Göre Ağırlık				Beden Kütle İndeksi			
			Azalma		Yok		Azalma		Yok		Azalma		Yok	
			Var n %	Yok n %	Var n %	Yok n %	Var n %	Yok n %	Var n %	Yok n %				
<b>Bakım veren</b>														
Anne	67	83.8	37	55.2	30	44.8	37	55.2	30	44.8	35	52.2	32	47.8
Baba	13	16.2	6	50.0	6	50.0	6	50.0	6	50.0	5	41.7	7	58.3
			$\chi^2 = 0.941$		$p=0.625$		$\chi^2 = 0.941$		$p=0.625$		$\chi^2 = 1.419$		$p=0.492$	
<b>Gelir düzeyi</b>														
3000 TL ve altı	52	65.0	36	69.2	16	30.8	35	67.3	17	32.7	32	61.5	20	38.5
3000 TL ve üstü	28	35.0	9	32.1	19	67.9	9	32.1	19	67.9	9	32.1	19	67.9
			$\chi^2 = 10.173$		$p=0.001$		$\chi^2 = 9.043$		$p=0.003$		$\chi^2 = 6.295$		$p=0.012$	
<b>Bakım verenin eğitim durumu</b>														
Lise ve altı	58	72.5	38	65.5	20	34.5	37	63.8	21	36.2	35	60.3	23	39.7
Üniversite	22	27.5	7	31.8	15	68.2	7	31.8	15	68.2	6	27.3	16	72.7
			$\chi^2 = 7.360$		$p=0.007$		$\chi^2 = 6.589$		$p=0.010$		$\chi^2 = 6.983$		$p=0.008$	
<b>Bakım verenin çalışma durumu</b>														
Evet	18	22.5	7	38.9	11	61.1	7	38.9	11	61.1	5	27.8	13	72.2
Hayır	62	77.5	38	61.3	24	38.7	37	59.7	25	40.3	36	58.1	26	41.9
			$\chi^2 = 2.845$		$p=0.092$		$\chi^2 = 2.436$		$p=0.119$		$\chi^2 = 5.122$		$p=0.054$	
<b>Çocuk yaş</b>														
1-3 yaş	15	18.7	9	57.1	6	42.9	9	57.1	6	42.9	9	57.1	6	42.9
3-6 Yaş	22	27.5	11	50.0	11	50.0	11	50.0	11	50.0	13	59.1	9	40.0
6-12 Yaş	26	32.5	16	61.5	10	38.5	15	57.7	11	42.3	12	46.2	14	53.8
12-18 Yaş	17	21.3	9	52.9	8	47.1	9	52.9	8	47.1	7	41.2	10	58.8
			$\chi^2 = 1.503$		$p=0.826$		$\chi^2 = 1.172$		$p=0.883$		$\chi^2 = 1.172$		$p=0.883$	
<b>Çocuk cinsiyet</b>														
Kız	40	50.0	22	55.0	18	45.0	22	55.0	18	45.0	22	55.0	18	45.0
Erkek	40	50.0	23	57.5	17	42.5	22	55.0	18	45.0	21	52.5	19	47.5
			$\chi^2 = 0.051$		$p=0.822$		$\chi^2 = 0.051$		$p=0.822$		$\chi^2 = 0.450$		$p=0.502$	
<b>Kaçıncı çocuk</b>														
Birinci	29	36.2	14	48.3	15	51.7	14	48.3	15	51.7	15	51.7	14	48.3
2 ve üzeri	51	63.8	31	60.8	20	39.2	30	58.8	21	41.2	26	51.0	25	49.0
			$\chi^2 = 1.175$		$p=0.278$		$\chi^2 = 0.831$		$p=0.362$		$\chi^2 = 0.004$		$p=0.949$	
<b>Doğum şekli</b>														
Normal	55	68.8	30	54.5	25	45.5	29	52.7	25	45.5	30	54.5	25	45.5
Sezaryen	25	31.2	15	60.0	10	40.0	15	60.0	10	40.0	11	44.0	14	56.0
			$\chi^2 = 0.208$		$p=0.649$		$\chi^2 = 0.367$		$p=0.544$		$\chi^2 = 0.765$		$p=0.471$	
<b>Anne sütü alma süresi</b>														
6 ay ve daha az	48	62.3	22	45.8	26	54.2	21	43.8	27	56.3	19	39.6	29	60.4
6 aydan fazla >	29	37.6	20	69.0	9	31.0	20	69.0	9	31.0	20	69.0	9	31.0
			$\chi^2 = 3.902$		$p=0.048$		$\chi^2 = 4.617$		$p=0.032$		$\chi^2 = 6.244$		$p=0.012$	
<b>Ek gıdaya başlama zamanı</b>														
6 ay ve daha önce	57	71.2	32	56.1	25	43.9	31	54.4	26	45.6	28	49.1	29	50.9
6 aydan sonra	23	28.8	13	56.5	10	43.5	13	56.5	10	43.5	13	56.5	10	43.5
			$\chi^2 = 0.001$		$p=0.975$		$\chi^2 = 0.030$		$p=0.862$		$\chi^2 = 0.359$		$p=0.549$	
<b>D vitamini kullanma durumu</b>														
Evet	36	45.0	18	50.0	18	50.0	17	47.2	19	52.8	15	41.7	21	58.3
Hayır	44	55.0	27	61.4	17	38.6	27	61.4	17	38.6	26	59.1	18	40.9
			$\chi^2 = 1.039$		$p=0.308$		$\chi^2 = 1.600$		$p=0.206$		$\chi^2 = 2.406$		$p=0.121$	
<b>Yatış nedeni</b>														
Akut	29	36.2	14	48.3	15	51.7	14	48.3	15	51.7	13	44.8	16	55.2
Kronik hastalık	51	63.8	31	60.8	20	39.2	31	60.8	20	39.2	28	54.9	23	45.1
			$\chi^2 = 2.175$		$p=0.027$		$\chi^2 = 2.831$		$p=0.030$		$\chi^2 = 2.751$		$p=0.018$	
<b>Hastaneye kabul sırasında enfeksiyon varlığı</b>														
Var	42	52.5	28	66.7	14	33.3	27	64.3	15	35.7	25	59.5	17	40.5
Yok	38	47.5	17	44.7	21	55.3	17	44.7	21	55.3	16	42.1	22	57.9
			$\chi^2 = 3.899$		$p=0.040$		$\chi^2 = 3.080$		$p=0.045$		$\chi^2 = 2.423$		$p=0.012$	

Tablo 2. Çocukların Yatış Ve Taburculuk Sırasındaki Ölçümlerinin Malnütrisyon Sınıflama Sistemlerine Göre Değerlendirilmesi (n=80)

	Yatış		Taburculuk		p değeri
	n	%	n	%	
<b>Waterlow</b>					p= 0.584
Normal	39	48.8	32	40.0	
Bodur	13	16.2	13	16.2.	
Akut malnütrisyon	16	20.0	23	28.8	
Kronik malnütrisyon	12	15.0	12	15.0	
<b>Gomez</b>					p=0.664
Normal	42	52.5	39	48.8	
Hafif malnütrisyon	24	30.0	21	26.3.	
Orta malnütrisyon	8	10.0	13	16.3	
Ağır malnütrisyon	6	7.5	7	8.8	
<b>Z indeksi</b>					p=0.379
Malnütrisyon var (SD -2 ve<)	20	25.0	25	31.2	
Malnütrisyon yok (SD-2>)	60	75.0	55	68.8	

Tablo 3. Hastanede Yatış Süresine Göre Çocukların Antropometrik Ölçümlerinin İncelenmesi (n=80)

	Z indeksine göre malnütrisyon*	Waterlowa göre malnütrisyon*	Gomez'e göre malnütrisyon**	Boya göre Ağırlıkta Azalma**	Yaşa göre Ağırlıkta azalma**	BKI de Azalma**
	Var Yok Ortanca (Min-Max)	Var Yok Ortanca (Min-Max)	Var Yok Ortanca (Min-Max)	Var Yok Ortanca (Min-Max)	Var Yok Ortanca (Min-Max)	Var Yok Ortanca (Min-Max)
<b>Hastanede Yatış Süresi (Gün)</b>	15 (7-25) 10.(7-25) p=0.022	15 (7-25) 10. (7-25) p=0.047	15 (7-25) 10. (7-25) p=0.035	15 (7-25) 10. (7-25) p=0.009	15 (7-25) 10. (7-25) p=0.012	15 (7-25) 10.(7-25) p=0.049
<b>p</b>						

\* Taburculuk esnasında yapılan ölçümler

\*\* Taburculuk döneminde standart sapmada %3'lük bir azalma olma

Türkiye'de yapılan benzer bir çalışmada 1513 çocuk malnütrisyon açısından z indeksine göre incelenmiş ve çocukların %11.2'sinde akut ve %16.6'sında kronik malnütrisyon belirlenmiştir<sup>6</sup>. Waterlow ve Gomez sınıflamaları kullanılarak 260 çocuğun malnütrisyon açısından incelendiği diğer bir çalışmada ise olguların %47.3'ünde malnütrisyon saptanmış, Gomez sınıflamasına göre bunların 83(%32)'ü hafif, 24 (%9.2)'ü orta, 16 (%6.1)'si ağır derecede malnütrisyonlu iken, Waterlow sınıflamasına göre olguların %20.4 (n=53)'ünde akut, %19.2 (n=50)'sinde olgu akut+kronik malnütrisyonlu (bodur) olarak değerlendirilmiştir<sup>27</sup>. Bu araştırma sonuçları çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Diğer taraftan İngiltere, Almanya, Fransa, Hollanda gibi Avrupa ülkelerinde malnütrisyon oranı %6-10 arasında rapor edilmekte olup, ülkemizde tespit edilen malnütrisyon oranlarının çok daha fazla olduğu görülmektedir<sup>28-31</sup>.

Çalışma sonucumuzda taburculuk sırasında BGA, YGA ve BKI standart sapma skorlarında %3 lük azalma çocukların olduğu

kronik malnütrisyon tanımlanmıştır<sup>26</sup>. 2-6 yaş arasında toplam 170 çocuğu kapsayan bir çalışmada akut malnütrisyon oranı %31.8 olarak bulunmuştur. Doğan ve ark.<sup>4</sup> ise 1 ay-18 yaş arası 528 hasta ile yaptıkları çalışmalarında malnütrisyon oranını %27.7 olarak tespit etmişlerdir. Mevlitoğlu'nun yapmış bir çalışmada 1 ay-18 yaş arası 500 çocuk Gomez sistemine göre sınıflandırdığında 139 (%27.8) olgu hafif, 80 (%16) olgu orta ve 39 (%7.8) olgu ağır derece malnütrisyonlu iken, Waterlow sistemine göre 99 (%19.8) olgu akut, 99 (%19.8) olgu kronik ve 101 (%20.2) ve özellikle hafif ve orta malnütrisyonda/akut malnütrisyonda olan hastaların daha çok etkilendiği belirlenmiştir. Çocukların yarısında BGA, YGA ve BKI'de %3'lük bir azalma mevcuttur. Sermet ve ark.<sup>32</sup> yaptığı çalışmada 296 hasta çalışmaya dahil edilmiş, hastaların yatış ve taburculuk sırasında vücut ağırlığı ölçümü yapılmış ve 191 (%64.5) hastada vücut ağırlık kaybı tespit edilmiştir. Vücut ağırlığı kaybı olan 191 hastanın 85'inde (%44.5) %2-5 arasında kilo kaybı olmuştur. Yapılan diğer bir çalışmada ise

500 hastanın 317'sinde (%63.4) taburculuk sırasında vücut ağırlığı kaybı olmuş ve 317 hastanın 196'sında (%61.8) %2-5 arasında kilo kaybı olduğu tespit edilmiştir. Özellikle hafif ve orta malnütrisyonu olan çocukların hastane yatış sürecinden daha çok etkilenmesine bağlı olarak hastaneye yatış sırasında her çocuğun büyüme izleminin yapılması son derecede önem kazanmaktadır<sup>33</sup>.

Hastaneye yattığında belirgin bir malnütrisyonu olmayan, ancak hastanede kalış sürecinde malnütrisyonu gelişen hastalar da mevcuttur ve bu durum çalışmalarda %9-50 oranında bildirilmektedir<sup>4,7,9,32,34-36</sup>. Rocha ve ark.<sup>36</sup> yaptığı çalışmada, çalışmaya katılan 186 hastanın %51.6'sında vücut ağırlığında kayıp meydana geldiği, taburculukta da malnütrisyonun devam ettiği, hastaneye yatışta nütrisyonel durumu normal olarak değerlendirilen olguların %9'unda ise malnütrisyon geliştiği tespit edilmiştir. Bu durum çalışmamızın sonucu ile benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda Waterlowa göre yatış sırasında beslenme durumu normal olarak değerlendirilen 39 hastanın 7'sinde (%8.7) akut malnütrisyon gelişmiştir. Gomez sınıflamasına göre ise 12 (%15) hastanın beslenme durumunda taburculuk sırasında değişiklik olmuş ve nütrisyonel durumları daha kötüye gitmiştir. Benzer şekilde yapılan bir çalışmada da Gomez sınıflamasına göre 500 hastanın 60 (%12) 'ının nütrisyonel durumunun taburculukta 1 derece daha kötüye gittiği saptanmıştır<sup>27</sup>. Hastaneye yatışta en çok nütrisyonel durumu normal ve hafif derece malnütrisyonu olan olguların etkilendiği ve bu hasta grubunda daha fazla malnütrisyon geliştiği görülmektedir.

Malnütrisyon saptadığımız çocuklarda kronik hastalık ve enfeksiyon varlığı ve hastanede yatış sürelerinin daha uzun olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde yapılan diğer çalışmalarda da kronik hastalık, enfeksiyon varlığı ve hastanede yatış süresi ile malnütrisyon arasında pozitif bir ilişki olduğu rapor edilmiştir<sup>6,7,27,30-33,37-39</sup>. Malnütrisyonu olan çocuklarda protein yapımı ve yıkımı, hücrel immünite, fagosit fonksiyonu, kompleman sistemi, sekretuar immunoglobulin A antikor düzeyi ve sitokin yapımı azalmaktadır. İmmün yanıt azaldığından ağır enfeksiyonların görülme durumu artmaktadır. Ayrıca enfeksiyonlar da çocuğun beslenmesini bozarak ve katabolizmayı arttırarak malnütrisyona yol açmaktadır.

Enfeksiyonlar ve malnütrisyon birbiriyle yakın ilişkili ve kısır döngü halindedir. Özellikle genetik, metabolik, kronik kalp hastalıkları ve renal hastalıklar ile malnütrisyon arasında önemli bir ilişki tespit edilmiştir<sup>14</sup>. Hastanede yatış sürecinin malnütrisyonu etkileyebileceği gibi nütrisyonel durumun kötüleşmesi de hastanede kalma süresini etkileyebilmektedir. Çocukta yetersiz beslenmenin, büyüme gelişme geriliğine, hastalıkların iyileşme sürecinin uzamasına, ilaçların etkinliğinin azalmasına, enfeksiyona yatkınlığa neden olduğu ve bu olumsuz etkilerin çocuğun hastanede yatış süresini uzatabildiği vurgulanmaktadır. Ayrıca hastanede yatış sürecinin uzaması beslenme dışı nedenlere bağlı olarak da gelişebilmektedir<sup>38</sup>.

Çalışma sonucunda primer bakım verenin eğitimi ve gelir düzeyi ve çocuğun anne sütü alma durumu ile taburculuk sırasında YGA, BGA ve BKI standart sapma skorlarında %3 azalma görülmesi arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiştir.

Benzer şekilde yapılan bazı çalışmalarda da malnütrisyon oranlarının yüksekliği annenin eğitimsiz olması, düşük sosyo-ekonomik düzey ve yetersiz anne sütü ile beslenme ile açıklanmıştır<sup>4,27</sup>. Ailenin sosyo-ekonomik durumunun yetersizliği ve eğitim düzeyi, annelerin beslenme ile ilgili bilgi yanlışlığı ya da yetersizliği, temizlik koşullarına özen gösterilmemesi gibi durumlara bağlı olarak malnütrisyon görülme durumunun arttığı düşünülmektedir. Ayrıca, annelerin %65'inin hastane yatış sürecinin çocuğun beslenme durumunu olumsuz yönde etkilediğini, hastane yemeklerinin iyi olmadığını ve çocuğun yemeği tercih etmediğini ifade etmesi bu durumun malnütrisyonu dolaylı olarak etkileyebileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle hastane yemeklerinin çocuklara uygun, sevebilecekleri ve günlük almaları gereken temel besin öğelerini içeren gıdalardan oluşması, bunun denetlenmesi ve takibi son derece önemlidir.

Özellikle hastanede yatan beslenme açısından risk altındaki çocuklar için malnütrisyonun erken tespit edilmesi, beslenme yetersizliğinin kısa ve uzun vadeli sonuçlarının önlenmesi ve zamanında tedavi edilmesinde hemşirelere önemli roller düşmektedir. Malnütrisyon tarama yöntemlerinin ve malnütrisyon sınıflama yöntemlerinin kullanılması ile malnütrisyonun erken tespit edilerek tedavisinin yapılması ve hatta gelişmeden önlenmesi, hastanelerde çocukluk yaş grubuna ait morbidite ve mortalitenin azaltılmasında oldukça önemlidir. Bu tarama yöntemlerini kullanan kişiler ise primer olarak hemşireler olmalıdır ve hastaların hastaneye yatışından itibaren kapsamlı nütrisyonel değerlendirmeden geçmeleri, nütrisyonel desteğin uygulanması ve sonlanması aşamalarında hemşireler önemli bakım uygulamalarını yerine getirmekle yükümlüdür. Jefferies ve ark.<sup>40</sup> tarafından yapılan bir sistematik derlemede nütrisyonel bakımına yönelik 8 standart hemşirelik uygulamasının olması gerektiği vurgulanmıştır. Bu standart uygulamalar, hastaneye kabul edilen tüm hastaların nütrisyonel durumunun değerlendirilmesi, hastaya özgü bir nütrisyon bakım planının oluşturulması, hastaların hastaneye kabulünden sonraki ilk 24 saat içerisinde hastaların yiyebilme yeteneklerinin değerlendirmesi, hastanın yemek zamanına odaklanması ve hastanın gereksinimi olan desteğin sağlanması için yeterli sayıda hemşire veya diğer destek vericilerin bulunması, hastaların ağız bakımının desteklenmesi, her klinik ortamda nütrisyona yönelik özel eğitim almış bir hemşirenin bulunması, hemşirelerin diğer sağlık ekibi profesyonelleri ile birlikte malnütrisyonu etkin şekilde yönetebilmesi şeklinde özetlenmiştir. Her hastanede nütrisyon ekibinin olmamasına bağlı olarak klinik hemşirelerinin nütrisyonel değerlendirmede, erken tanı ve tedavide aktif olarak görev almaları gerekmektedir. Nütrisyonun erken tanı ve tedavisinde multidisipliner ekip işbirliği oldukça önemlidir.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada hastaneye yatış sırasında malnütrisyon oranının yüksek olduğu ve taburculukta bu oranın daha fazla arttığı görülmektedir. Ayrıca, enfeksiyon varlığı ve hastanede yatış süresinin artması malnütrisyonu



etkilemektedir. Hastanede yatan çocuklarda beslenme durumunun kötüleşmesi ve gelişen malnütrisyon ile birlikte, kas kaybının olması, yara iyileşme sürecinde bozulma, hastanede kalış süresinde uzama ve artan morbidite ve mortalite gibi negatif sonuçlar ile karşılaşılabilir. Bu nedenle hastaneye yatan her çocuğun nütrisyonel değerlendirilmesinin yapılması gerekmektedir. Hemşirelerin, hastaların nütrisyonel değişikliklerini ilk fark etme potansiyeline sahip olmaları nedeniyle, bu süreçte aktif olarak rol almaları önemlidir. Annelerin bilinçlendirilmesi, anne sütü alımının teşvik edilmesi, ek gıdalara geçiş süreci ile ilgili eğitim verilmesi, temizlik kurallarının anlatılması, büyümenin düzenli aralıklarla izlenmesi malnütrisyonun önlenmesinde büyük önem taşımaktadır. Ayrıca, enfeksiyon varlığında ve hastane yatış süresinin uzaması durumunda çocuğun nütrisyonel durumunun çok daha yakından izlenmesi önerilmektedir.

**Etik Kurul Onayı:** Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar'dan alınmıştır (GO17/907-16).

**Çıkar Çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Katılımcı Onamı:** Çocuklar ve/veya ebeveynlerinden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

**Yazar katkıları:**

Araştırma dizaynı: HP, HK, GSB

Veri Toplama: HK, GSB, HP

Veri Analizi: HP

Makale Yazımı: HP

**Teşekkür**

Yazarlar araştırmaya katılmayı kabul eden tüm ebeveyn ve çocuklara teşekkürlerini sunar.

**Ethics Committee Approval:** Approval was obtained from Non-interventional Clinical Research Ethics Committee of Hacettepe University (Decision number: GO17/907-16).

**Conflict of Interest:** Not reported.

**Funding:** None.

**Exhibitor Consent:** Informed consent was obtained from children and/or their parents.

**Author contributions:**

Study design: HP, HK, GSB

Data collection: HK, GSB, HP

Data analysis: HP

Drafting manuscript: HP

**Acknowledgement:** We would like to thank all children and their parents who approved to participate to the study.

## KAYNAKLAR

1. Cao J, Peng L, Li R, et al. Nutritional risk screening and its clinical significance in hospitalized children. Clin Nutr. 2014;33:432-6.
2. Hartman C, Shamir R, Hecht C, Koletzko B. Malnutrition screening tools for hospitalized children. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2012;15:303-9.
3. Durakbaşa ÇU, Fettahoğlu S, Bayar A, Mutus M, Okur H. The prevalence of malnutrition and effectiveness of STRONGkids tool in the identification of

malnutrition risks among pediatric surgical patients. Balkan Med J. 2014;31:313-21.

4. Ozturk Y, Buyukgebiz B, Arslan N, Ellidokuz H. Effects of hospital stay on nutritional anthropometric data in Turkish children. J Trop Pediatr. 2003;49:189-90.
5. Dogan Y, Erkan T, Yalvaç S, et al. Nutritional status of patients hospitalized in pediatric clinic. Turk J Gastroenterol. 2005;16:212-6.
6. Beser OF, Cokugras FC, Erkan T, et al. Evaluation of malnutrition development risk in hospitalized children. Nutrition. 2018;48:40-7.
7. Joosten KF, Hulst JM. Malnutrition in pediatric hospital patients: Current issues. Nutrition. 2011;27:133-7.
8. Huysentruyt K, Alliet P, Muysfont L, et al. The STRONG-kids nutritional screening tool in hospitalized children: A validation study. Nutrition. 2013;29:1356-61.
9. Campanozzi A, Russo M, Catucci A, et al. Hospital-acquired malnutrition in children with mild clinical conditions. Nutrition. 2009;25:540-7.
10. Hulst JM, Zwart H, Hop WC, Joosten KF. Dutch national survey to test the STRONG (kids) nutritional risk screening tool in hospitalized children. Clin Nutr. 2010;29:106-11.
11. Young H, Borrel A, Holland D, Salama P. Public nutrition in complex emergencies. Lancet. 2004;364:1899-1909.
12. Marino LV, Goddard E, Workman L. Determining the prevalence of malnutrition in hospitalized paediatric patients. S Afr Med J. 2006;96:993-5.
13. Green JC. Existence, causes and consequences of disease-related malnutrition in the hospital and the community, and clinical and financial benefits of nutritional intervention. Clinical Nutrition. 1999;18:3-28.
14. Joosten KFM, Hulst JM. Prevalence of malnutrition in pediatric hospital patients. Curr Opin Pediatr. 2008;2:590-6.
15. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. Educational and Clinical Practice Committee, European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN). ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. Clin Nutr. 2003;22:415-21.
16. Corkins MR, Griggs KC, Groh-Wargo S; American Society for Parenteral and Enteral Nutrition Board of Directors; American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Standards for nutrition support: pediatric hospitalized patients. Nutr Clin Pract. 2013;28:263-6.
17. Agostoni C, Axelson I, Colomb V, et al. The need for nutrition support teams in pediatric units: a commentary by the ESPGHAN committee on nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2005;41:8-11.
18. Mehta NM, Corkins MR, Lyman B, et al. Defining pediatric malnutrition: a paradigm shift toward etiology-related definitions. J Parenter Enteral Nutr. 2013;37:460-81.

19. Hendrikse WH, Reilly JJ, Weaver LT. Malnutrition in a children's hospital. *Clin Nutr.* 1997;13:16.
20. Tolkacheva N, Broese M, Groenou V, Boer A, Tilburg T. The impact of informal care- giving networks on adult children's care-giver burden. *Ageing & Society.* 2011;31:34-51.
21. Hecht C, Weber M, Grote V, et al. Disease associated malnutrition correlates with length of hospital stay in children. *Clin Nutr.* 2015;34:53-9.
22. World Health Organisation. Physical status: The use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. TRS No. 854. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1995. (Erişim Tarihi 28 Kasım 2019). Erişim adresi: [https://www.who.int/childgrowth/publications/physical\\_status/en/](https://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/en/)
23. Gomez SF, Ramos GR, Frenk S, et al. Mortality in second and third degree malnutrition. *J Trop Pediatr.* 1956;2:77-87.
24. Waterlow JL. Classification and definition of protein-calorie malnutrition. *Br Med J.* 1972;3:566-99.
25. Malnutrition Advisory Group (MAG): A Standing Committee of the British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN). The 'MUST' Explanatory Booklet. A Guide to the 'Malnutrition Universal Screening Tool' ('MUST') for Adults: BAPEN; 2003. (Erişim Tarihi 28 Kasım 2019). Erişim adresi: [https://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must\\_explan.pdf](https://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_explan.pdf).
26. Geylani Güleç S, Polat S, Yağar G, Hatipoğlu N, Urgancı N. Hastanede yatan 3 yaş altı çocuklarda malnütrisyon durumunun değerlendirilmesi. *Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni.* 2011;45:124-9.
27. Mevlitoğlu Ş. Hastanede yatan çocuklarda malnütrisyon oranının ve nütrisyonel risk skorlamasının belirlenmesi. *Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi.* 2015.
28. Marteletti O, Caldari D, Guimber D, et al. Malnutrition screening in hospitalized children: influence of the hospital unit on its management. *Arch Pediatr.* 2005;12:1226-31.
29. Moy R, Smallman S, Booth I: Malnutrition in a UK children's hospital. *J Hum Nutr Diet.* 1990;3:93-100.
30. Pawellek I, Dokoupil K, Koletzko B. Prevalence of malnutrition in paediatric hospital patients. *Clin Nutr.* 2008;27:72-6.
31. Joosten KF, Zwart H, Hop WC, et al. National malnutrition screening days in hospitalized children in the Netherlands. *Arch Dis Child.* 2010;95:141-5.
32. Sermet-Gaudelus I, Poisson-Salomon AS, Colomb V, et al. Simple pediatric nutritional risk score to identify children at risk of malnutrition. *Am J Clin Nutr.* 2000;72:64-70.
33. Wonoputri N, Djais JT, Rosalina I. Validity of nutritional screening tools for hospitalized children. *J Nutr Metab.* 2014;1-6
34. Medoff-Cooper B, Irving SY, Marino BS, et al. Weight change in infants with a functionally univentricular heart: from surgical intervention to hospital discharge. *Cardiol Young.* 2011;21:136-44.
35. Elia M, Stratton RJ. Considerations for screening tool selection and role of predictive and concurrent validity. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2011;14:425-33.
36. Rocha GA, Rocha EJ, Martins CV. The effects of hospitalization on the nutritional status of children. *J Pediatr (Rio J).* 2006;82:70-4.
37. Sylvestre LC, Fonseca KP, Stingham AE, Pereira AM, Meneses RP, Pecoits-Filho R. The malnutrition and inflammation axis in pediatric patients with chronic kidney disease. *Pediatr Nephrol.* 2007;22:864-73.
38. Chourdakis M, Hecht C, Gerasimidis K, Joosten KF, Karagiozoglou -Lampoudi T, Koetse HA, et al. Malnutrition risk in hospitalized children: use of 3 screening tools in a large European population. *Am J Clin Nutr.* 2016;103:1301-10.
39. Spagnuolo MI, Liguoro I, Chiatto F, Mambretti D, Guarino S. Application of a score system to evaluate the risk of malnutrition in a multiple hospital setting. *Italian Journal of Pediatrics.* 2013;39:81-7.
40. Jefferies D, Johnson M, Ravens J. Nurturing and nourishing: the nurses' role in nutritional care. *Journal of Clinical Nursing.* 2011;20:317-30.

## Araştırma makalesi

## Research article

Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Hemşirelik Bakım  
AlgılarıSerpil İNCE<sup>1</sup>, Serap BİNGÖL<sup>2</sup>

## ÖZ

**Amaç:** Bu çalışmada acil serviste çalışan hemşirelerin, hemşirelik bakım algılarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırmada, nitel araştırma yöntemlerinden fenomenolojik yöntem kullanılmıştır. Bir üniversite hastanesinin acil servisinde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 13 hemşire ile yürütülmüştür. Araştırmanın verileri, yüz yüze görüşme tekniğinin kullanıldığı yarı yapılandırılmış derinlemesine bireysel görüşme formu ile toplanmıştır.

**Bulgular:** Araştırma verilerinin çözümlemesi sonunda, acil servis hemşirelerinin bakım algıları; "Bakım Eylemlerini Adlandırmada Zorlanma, Hemşirelerin Özellikleri, Bakım Engelleri" olmak üzere üç ana temada toplanmıştır. Hemşireler acil servise başvuran hastaların özelliklerinden dolayı öncelikli olarak akut problemlere odaklandıklarını ifade etmişlerdir.

**Sonuç:** Hemşireler bakım kavramını; daha çok hastanın fiziksel ihtiyaçlarının karşılanması olarak tanımlamışlardır. Hemşireler, hastaların psikolojik bakım gereksinimlerinin olduğunu bildiklerini, ancak yoğunluk, tedavi odaklı çalışmanın hastanın bu gereksinimlerini karşılamada bir engel teşkil ettiğini belirtmişlerdir. Acil serviste hizmet verilen alanlara özgü (triyaaj, sarı, kırmızı ve yeşil alan) hastaların öncelikli bakım ihtiyaçlarının göz önüne alınarak eğitimlerin planlanması önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Acil servis, bakım, bakım algısı, hemşirelik, hemşirelik bakımı

## ABSTRACT

**Perceptions of Emergency Nurses Towards Nursing Care**

**Aim:** The aim of this study was to identify the nursing care perception of nurses working in emergency room.

**Material and Methods:** The phenomenological method was used in this qualitative study. The study was conducted with 13 nurses working in the emergency room of a university hospital who agreed to participate in the study. The data were collected with semi-structured in-depth individual interview questionnaire form using face-to-face interview technique.

**Results:** Analysis of the research data revealed that the emergency room nurses' perceptions towards care are gathered in three main themes as followed: Difficulty to Name the Care Procedures, Characteristics of Nurses and Barriers to Care. The nurses stated that they were primarily focused on acute problems because of the characteristics of the patients admitted to the emergency room.

**Conclusion:** Nurses defined the concept of care as meeting the physical needs of the patients. The nurses stated that they know that patients have psychological care needs, but intensity, treatment-oriented study constitutes an obstacle to meeting these needs of the patient. It is recommended to plan the trainings by considering the priority care needs of the patients specific to the emergency services (triage, yellow, red and green areas).

**Keywords:** Care, care perception, emergency room, nursing, nursing care

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Kampus/Antalya, Türkiye, E-mail: inceserpil07@gmail.com, Tel 05058128211, ORCID: 0000-0002-2160-8440

<sup>2</sup> Hemşire, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Acil Servis Hemşiresi, Kampus/Antalya, Türkiye, E-mail: serapbingol11@gmail.com, Tel: 0 530 310 40 14, ORCID: 0000-0001-6171-7089

Geliş Tarihi: 31 Ocak 2019, Kabul Tarihi: 30 Kasım 2019

**Atıf/Citation:** hunhemsire.715049nce S, Bingöl S. Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Hemşirelik Bakım Algıları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(1): 23-30. DOI: 10.31125/hunhemsire.715049

## GİRİŞ

Bakım, hemşireliğin bilimsel bir disiplin ve meslek olarak varlığının temel nedeni olarak kabul edilmektedir<sup>1</sup>. Bakım ile ilgili çeşitli tanım ve görüşler bakımın kişilerarası ilişkiye temellenen, insani ve ahlaki bir kavram olduğu konusunda yoğunlaşmaktadır<sup>2</sup>. Bakımla ilgili ampirik çalışmalar 80'li yılların başında başlamış; hemşire bakımının niteliğine ve bakım davranışlarıyla ifade edilme biçimine odaklanılmıştır<sup>3</sup>. Bakım kavramı yapılan işlemlere ilişkin hastanın bilgilendirilmesi, bireyselliğe önem verilmesi, karşılanamayan gereksinimlerin karşılanması, destek sağlanması, baş etmeye yardım edilmesi ve kişilerarası beceri gibi yönleri içermektedir<sup>4</sup>.

Hemşirelik insana ve bakım olgusuna temellenir<sup>2</sup>. Hemşireliğin temelini oluşturan "bakım", hasta ve hemşire arasındaki ilişkiye ve bakım sürecine bağlıdır<sup>5</sup>. Sağlık kurumları içinde hastalara verilen hizmetin büyük bir kısmını oluşturması nedeniyle hemşirelik bakımı<sup>6</sup>, hastanın iyileşmesinde önemli katkılar sağlayan, hastaların sağlık bakımına ilişkin genel memnuniyetlerini etkileyen<sup>6-8</sup> ve hastanenin sağlık-bakım kalitesini arttıran önemli bir faktördür. Bir hastanın bakım kalitesi ile ilgili algısı, kişinin bakım beklentileri, inançları ve deneyimlerine dayanmaktadır<sup>9</sup>. Hastaların bireyselliğini, ihtiyaçlarını ve beklentilerini anlamak verilecek olan hemşirelik bakımının kalitesini arttırır ve bakım kalitesine ilişkin bireylerin algılarında iyileşmeye katkı sağlar. İran'da hasta memnuniyetini belirlemeye yönelik yapılan çalışmada, hemşirelik bakımı hizmetindeki memnuniyetsizliğin, hastanın bakım hizmetinden az yararlanmasına ve sağlık sistemi konusunda olumsuz tutum geliştirmesine neden olduğu belirtilmektedir<sup>10</sup>.

Tüm dünyada acil servis birimleri, bireyler için kesintisiz hizmet sunmaktadır. Bu birimler toplumun sağlık ve refahı için son derece önemlidir<sup>11</sup>. Hastanelerin ön kapısı olarak tanımlanan acil serviler özellikle hayat kurtarıcı ve acil duruma müdahaleyi gerektirdiğinden hastalara ilk bakımın uygulandığı birimlerdir<sup>12</sup>. Her yaşta her türlü hastanın başvurduğu ve yoğun bir tempoda çalışılan, stres düzeyi yüksek bu birimlerde hastalar tarafından karşılaşılan ilk bakım algısının, hastalarda uzun süreli ve derin bir etki yarattığı kabul edilmektedir<sup>11</sup>. Bakımın sadece kişilerarası ilişkiler yoluyla etkin bir şekilde gösterilebilir ve uygulanabilir olduğu gözönüne alındığında; anksiyete ve kaygının yüksek olduğu, henüz tanının belli olmadığı, enfeksiyon riskinin yüksek olduğu özel bir dönemi yöneten hastaların başvurduğu acil birimlerde bakım uygulamalarının niteliğinin düzenlenmesi önem kazanmaktadır<sup>11</sup>. Acil birimlere başvuran hastalar kendileri ve aileleri tarafından öngörülemez bir hastalıkla karşı karşıyadır. Bu durum biyolojik, psikolojik, sosyolojik ve manevi yönleri ekstra özen gösterilmesini gerektirmektedir. Bu nedenle acil servis personeli, hızlı ve doğru bakım sağlama konusunda kendine özgü bir yeteneğine sahip olmalı<sup>13</sup> ve bakım ihtiyaçlarını karşılama sorumluluğunu almalıdır. Bu dinamik sürecin en önemli unsurlarından biri kişilerarası iletişim ve etkileşim olup hemşirelik bakım ilişkisinin temelini oluşturur. Bakım ilişkisi

acil servisin dinamiklerinden kaynaklanan bir takım faktörlerden olumsuz etkilenebilir, bakım sağlayan ve bakım alan arasındaki kişilerarası sürecin sağlıklı yürümesini engelleyebilir. Dolayısıyla hastaların algılarının tanımlanmasında, bakım kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan önemli göstergelerden biri olan hasta memnuniyeti olumsuz etkilenir<sup>6,8,9,14</sup>. Hastaların kalite hemşirelik bakım algısı üzerine yapılan bir çalışmada, hastalara göre hemşirelik bakım kalitesinin göstergeleri; kişilerarası iletişim, verimlilik; yetkinlik, rahatlık, bireyselleştirilmiş bilgilendirme olarak belirtilmiştir. Aynı çalışmada hastalar hemşirelerin duygusal etkinliklerinin teknik becerilerinden daha önemli olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada hastalar; hastalık ya da tedavilerine ilişkin duygularını paylaşmasına izin veren, hastanın dinlenmesini sağlayan ve kendilerini eşsiz bir birey olarak kabul eden hemşirelik bakımına vurgu yapmışlardır<sup>15</sup>. Başka bir çalışmada hastalar, hemşirelerin gösterdiği "saygı", "gülüş" ve "özen" gibi duygusal desteklerden oldukça memnun olduklarını belirtmişlerdir<sup>16</sup>. Ülkemizde hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerini belirlemeye yönelik yapılan çalışmada; hastaların, "hemşirelerin becerikliliği ve mahremiyete saygı" uygulamalarından yüksek düzeyde memnun kaldıkları bulunmuştur<sup>17</sup>.

Son yıllarda hemşirelik bakımı ve hastaların acil servislere algıladıkları bakımı ortaya koymaya yönelik adımlar atılmıştır. Sağlık bakım profesyonellerinin bakış açısıyla bakım algısının ele alınmasının gerekli ve değerli olduğu vurgulanmaktadır<sup>9</sup>. Hemşirelik bakım algıları, literatürde özellikle uzun süre yatan hastaların bulunduğu klinik ve yoğun bakımlarda ele alınmıştır<sup>18-21</sup>. Onkoloji hastalarının ve hemşirelerinin bakım algılarının karşılaştırıldığı çalışmada; hemşireler hastaya güven verici ve rahatlatıcı davranmanın önemli olduğunu belirtirken; hastalar hemşirenin erişilebilir olmasını ve durumunu takip etmesinin en önemli bakım davranışı olduğunu belirtmişlerdir<sup>19</sup>. Miyokart Enfarktüsü (MI) hastalarının hemşire bakım davranışları algılarını belirlemeye yönelik başka bir çalışmada; hastalar "araç gerecin nasıl kullanılacağını bilmesi, durumumu çok yakından takip etmesi ve ailemin mümkün olduğunca ziyaretine izin vermesi" maddelerini en önemli hemşire bakım davranışı olarak belirtmişlerdir<sup>20</sup>. Yoğun bakım hemşirelerinde bakımın anlamını belirlemeyi amaçlayan bir diğer çalışmada ise hemşireler bakımı, hastanın ihtiyaçlarının karşılanması ve rahatlığının sağlanması için elinden gelen en iyisini yapmaya ilişkin farkındalığın olması olarak tanımlamışlardır. Hasta ile iyi bir ilişki kurmanın, bilgilendirmenin, güvenini kazanmanın, hastayı dinlemenin ve endişelerini azaltmanın zaman zaman fiziksel bakımdan daha da önemli olduğunu belirtmişlerdir<sup>21</sup>. Acil servis hemşirelerinin, bakıma ilişkin algılarını, uygulamalarını inceleyen çok az çalışmaya rastlanmıştır<sup>22-24</sup>. Yapılan bu çalışmanın, acil serviste çalışan hemşirelerin hemşirelik bakımına ilişkin düşüncelerini ve algılarını ortaya koyarak literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışma acil serviste çalışan hemşirelerin, hemşirelik bakımına ilişkin algılarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

## YÖNTEM

### Araştırmanın Türü

Acil servis biriminde çalışan hemşirelerin, hemşirelik bakımına ilişkin algılarının belirlenmesi amacıyla fenomenolojik tasarımda yapılmıştır.

### Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Antalya ilinde bir üniversite hastanesinin erişkin acil servisinde çalışan 30 hemşire oluşturmuştur. Araştırma Nisan-Haziran 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Örnekleme seçiminde amaca yönelik örneklem yöntemlerinden biri olan ölçüt örnekleme kullanılmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterleri; hemşirelik lisans mezunu olmak, en az bir yıldır acil serviste çalışmak olarak belirlenmiştir. Bu kapsamda araştırmaya katılmaya gönüllü olan toplam 13 hemşire araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Amaca yönelik örneklem büyüklüğü yöntemine dayalı olarak, veriler doyum noktasına ulaştığında, yeni bilgiler ortaya çıkmadığında ve veriler tekrar etmeye başladığında veri toplama sonlandırılmıştır.

### Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, niteliksel araştırmalarda veri toplama yöntemlerinden biri olan derinlemesine görüşme yoluyla; "Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu" kullanılarak toplanmıştır. Görüşme formunun iç geçerliğini sağlamak için konuyla ilgili uzman bir akademisyenin görüşleri alınmış ve önerileri doğrultusunda forma son şekli verilmiştir. Görüşme formunda yer alan sorularının istenen geçerlik düzeyine sahip olup olmadığını belirlemek üzere bir hemşire ile pilot görüşme yapıldıktan sonra veri toplama aşamasına geçilmiştir.

Veriler, hemşirelerin uygun olduğu saatlerde randevu alınarak, çalıştıkları acil servisteki hemşire odasında (odaya giriş çıkış olmaması için görüşmenin yapıldığı diğer hemşirelere bildirilmiştir) yapılmıştır. Görüşmeler karşılıklı aynı düzeyde oturularak, aktif dinleyerek yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Yapılan görüşmeler hemşirelerden izin alınarak ses kayıt cihazına kaydedilmiştir. Her bir görüşme ortalama 30 dakika sürmüştür.

Yarı yapılandırılmış görüşme formunda aşağıda belirtilen sorular yer almıştır.

- Sizce hemşirelik bakımı nedir?
- Acil serviste hastalara vermiş olduğunuz hemşirelik bakımları nelerdir?
- Acil servise başvuran hastaların öncelikli bakım gereksinimlerinin neler olduğunu düşünüyorsunuz?
- Acil servise başvuran hastaların bu gereksinimlerini ne düzeyde karşıladığınızı düşünüyorsunuz?
- Acil serviste çalışan hemşirelerin hastaların bakım ihtiyaçlarını karşılaması için ne tür özelliklere sahip olması gerektiğini düşünüyorsunuz?

### Verilerin Değerlendirilmesi

Görüşmeler, araştırmacılar tarafından birebir, yapılarak, ses kayıt cihazına kaydedilmiştir. Katılımcılarla görüşmeler tamamlandıktan sonra, yapılan ses kayıtları araştırmacı tarafından nitel araştırma paket programı QSR N-VIVO10' a aktarılmıştır. Katılımcı hemşirelere numara verilerek

kodlanmıştır. Araştırmacılar tarafından, görüşmelerden elde edilen veriler ilk olarak kodlanmış (kavramlaştırılmış), elde edilen kavramlardan birbiri ile ilişkili olanlar birbiriyle gruplandırılarak temalar (kategori) oluşturulmuştur. Kodların ve temaların düzenlenmesi yapıldıktan sonra elde edilen bulgular yorumlanmıştır.

### Araştırmanın Etik Boyutu

Katılımcılara araştırma hakkında bilgilendirme yapıldıktan sonra yazılı onamları alınmıştır. Görüşmelerin ses kayıt cihazına kayıt edilmesi ile ilgili hemşirelerden izin alınmıştır. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (Karar No: 2016/253). Araştırmanın uygulanabilmesi için Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nden kurum izin yazısı alınmıştır (26/05/2016-58390)

## BULGULAR

Katılımcıların yaş ortalaması 28,53±3,64 olup, acil serviste çalışma süreleri 6,69±2,32 yıldır. Araştırma bulguları; bakım eylemlerini adlandırmada zorlanma, hemşirelerin özellikleri, bakım engelleri" olmak üzere üç ana temada toplanmıştır (Şekil 1).

### Tema 1. Bakım Eylemlerini Adlandırmada Zorlanma

Hemşireler bakım kavramını tanımlarken hastanın bütüncül bakımla ele alınması gerektiğini vurgularken, bazı hemşireler bakımı hastaların sadece fiziksel ihtiyaçlarını karşılamak olarak tanımlamışlardır. Acil serviste verilen hemşirelik bakımları ile acil servise gelen hastaların bakım ihtiyaçlarının örtüştüğü görülmekle birlikte, hemşirelerin gerçekleştirdikleri ve hastaların bakım gereksinimleri arasında farklılıklar olduğu belirlenmiştir.

### Alt Tema 1. Bütüncül Bakım

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin bazıları bakımı hastaların fiziksel ve psikolojik olarak ihtiyaçlarının karşılanması olarak tanımlamışlardır.

Aşağıda hemşirelerin bakım kavramının tanımına ilişkin örnek ifadeleri verilmiştir.

"Hastanın sadece ilaç tedavisini değil de hastaya baktığımız zaman bütüncül olarak onun ihtiyaçlarını, gereksinimlerini görüp değerlendirip ve onlara yanıt vermektir" (Hemşire 7)

"Hastayla tam olarak ilgilenmektir. Psikolojik yönü de fizyolojik yönü var aslında bakımın. Fizyolojik olarak hastanın isteği yani ihtiyacı olan şeyleri karşılayabilmektir. Psikolojik olarak da ona duygusal açıdan destek verebilmektir" (Hemşire 13)

"Bir hasta karşımıza geldiğinde fiziksel ya da ruhsal olarak eksik olduğu bir noktada bizim onu fark edip onun o eksikliğini tamamlamaya çalıştığımız noktalar. Fiziksel de olabilir. Ruhsal da olabilir" (Hemşire 11).

### Alt Tema 2. Acil Serviste Verilen Hemşirelik Bakımı

Çalışma kapsamındaki hemşirelere acil serviste hastalara vermiş oldukları hemşirelik bakımları sorulduğunda; hemşireler hastaların hijyen gereksinimlerini karşıladıklarını, hastaların güvenliğini sağladıklarını, enfeksiyonlardan korumaya yönelik önlemler aldıklarını, öncelikli hastayı belirlediklerini ve psikolojik açıdan hastaları desteklediklerini belirtmişlerdir.

Acil serviste hastalara verilen hemşirelik bakımına ilişkin örnek ifadeler aşağıda verilmiştir.

“Acil serviste hasta uzun süre kalmadığı için burada baktığımız ya da hizmet verdiğimiz hastalarda aslında çok komplike bakım işine girmiyoruz ama birkaç gün süreyle kalan hastalar oluyor. Onların yatak bakımını, pozisyon verme, ağız bakımını yapıyoruz”.....“Acil servis içerisinde bir yoğun bakımımız yok. Başka acil servislerde yoğun bakım var mı? Gereksiz de zaten olmasına gerek yok. Kendi başına biririm. Ama hastaların olaki hastanede yer olmaması söz konusu olduğunda bizde kaldığı durumlarda fiziksel bakımını veriyoruz. Etkin de verdiğimizizi düşünüyorum. Hastayı enfeksiyonlardan koruyacak, vücut bütünlüğünü sağlayacak şekilde. Psikolojik olarak da destek oluyoruz. Biz hastayı dinliyoruz. Yardımcı oluyoruz. İhtiyaçlarını gideriyoruz. Yani sadece hastayı bir metal olarak görüp işte bugün damar yolu değişecek ya da bugün şu tedavileri yapacağız. Bu şekilde hiç kimsenin yaklaştığını düşünmüyorum” (Hemşire 2).

“Hastaların kendi öz benliğini sağlayan şeyleri yapıyoruz. Dişlerini fırçalayamıyorlar. Ağız bakımını yapıyoruz. Perine bakımını yapamıyorlar. Kısacası sizin günlük temizliğinizi, insan olmanızı gerektiren bakımları yapıyoruz” (Hemşire 6)

“Daha çok hastaların psikolojik tarafıyla ilgilenmek zorunda kalıyoruz. Çünkü acil servis her an her şeyin olabileceği bir yer, o yüzden psikolojik ve mental anlamda hastaya destek sağlanabilecek en önemli birimlerden biri burası. Her ne kadar bununla ilgili düzenlenmiş evrak, kayıt, bakım planı v.s. olmasa da tutabileceğimiz, ben bunun yapıldığını görüyorum” (Hemşire 5).

“Riskli hastayı seçebilmek o hastanın bakımınıdır, ihtiyacıdır. Ya da öncelikli hastayı belirleyebilmek o hastanın bakımınıdır” (Hemşire 9)

«Trijaj alanında çok bir bakım verebilecek bir durum olmadığından dolayı sadece hastayı biraz daha rahatlatmaya yönelik bir bakım verebilirim. Gözlem alanında az da olsa bir bakım verebiliriz. Çünkü hastalar çok uzun süre kalmıyor. Uzun süre kalan hastalarda düşmeye yönelik olsun, hasta güvenliğini sağlamaya yönelik bakımları yapmaya çalışıyoruz” (Hemşire 8).

### Alt Tema 3. Acil Servise Gelen Hastaların Bakım İhtiyaçları

Hemşireler acil servise gelen hastaların bakım ihtiyaçlarının bireylere göre değişiklik gösterdiğini vurgulamışlardır. Hastaların hayati bir tehlikesinin olup olmadığı verilecek bakımda etkili bir faktör olarak belirtilmiştir. Hemşireler acil servise başvuran hastaların önceliklerine göre bakım gereksinimlerinin farklılaştığını ifade etmişlerdir.

“Genelde ileri yaş hastalarda öz bakım eksikliği oluyor. Ağız bakımı, saç bakımı yani hijyen olarak bakıma ihtiyaçları oluyor. Triajda daha çok hastaların şikayetlerini dinleyip değerlendirdiğimiz için en gergin en stresli oldukları an orası. O yüzden onların anksiyetelerine yönelik bakım önemli. Monitördeki hastaların daha çok öz bakım gereksinimi olduğunu düşünüyorum” (Hemşire 1).

“Hasta geldiğinde hayati bir tehlikesi var mı? Önce ona müdahale ediyoruz. Öyle bir bakım veriyoruz. Ondan sonra hani fiziksel bakımlar ikinci plana geçiyor. Üçüncü planda ise hastanın daha çok psikolojik durumu geliyor” (Hemşire 4)

“Buraya gelen hastalar genellikle kaygılı ve anksiyeteli. O açıdan da hemşirelik bakımı verilebilir” (Hemşire 7).

### Alt Tema 4. Bakım Gereksinimini Karşılama Durumu

Çalışma kapsamındaki hemşirelerin acil serviste hastaların gereksinimi olan hemşirelik bakımını ne düzeyde karşılayabildiklerine ilişkin düşünceleri sorulduğunda; hemşirelerin bazıları hastaların bakım gereksinimlerini kısmen karşılayabildiklerini belirtirken, bazıları ise yetersiz olduğunu ifade etmişlerdir.

Hemşirelerin konu ile ilgili bazı ifadeleri aşağıda verilmiştir.

“Hastaların bakım gereksinimlerini bence karşılayamıyoruz. Evet yapmamız gerekiyor ama çoğu zaman geri dönme fırsatımız olmuyor bunu yapmaya” (Hemşire 1).

“Etkin bir bakım verdiğimizizi düşünüyorum” (Hemşire 2).

“Bakımda yetersiz olduğumuzu düşünüyorum” (Hemşire 6).

### Tema 2. Hemşirelerin Özellikleri

Hemşirelere göre, bir acil servis hemşiresi hızlı, dikkatli, soğukkanlı-sakin, bilgili, iyi gözlemci, pratik, güler yüzlü, genç-dinamik, sabırlı, liderlik yapabilme özelliklerine sahip, empati yapabilen ve iyi iletişim kurabilen bir birey olmalıdır. Hemşirelerin bu konu ile ilgili bazı ifadeleri aşağıda verilmiştir.

“Bir kere iyi bir gözlemci olması gerekiyor. Pratik ve bilgi birikimine sahip olması gerekiyor. Hızlı olmalı, hemen sorunu çözebilme yeteneğine sahip olmalı. Ayrıca ekiple uyumlu olması gerekiyor. Yani ekip çalışmasına uygun olması gerekiyor. Yine öncelikleri belirlemesi ve ona göre planlı çalışması gerekiyor” (Hemşire 9).

“Hemşirelerin aslında birçok özelliği barındırması gerekiyor. Liderlik özelliklerine sahip olması gerekiyor hemşirenin. İyi bir organizatör, iyi bir yönetici olması gerekiyor. İletişim becerilerine sahip olması gerekiyor. Yönetmelik kabiliyeti olcak” (Hemşire 8).

“Empati yeteneğinin gelişmiş olması gerekir. Çünkü burası çok gergin bir ortam, çok yoğun bir ortam, buraya gelen hastalar en acil ve en sıkıntılı anlarını burada geçirdikleri için onların yerine biraz olsun kendimizi koyabilmemiz gerekiyor” (Hemşire 7).

### Tema 3. Bakım Engelleri

Çalışmaya katılan hemşirelerin acil servisin özellikli bir birim olmasından dolayı (yoğunluk, hemşire sayısının yetersizliği, hasta sirkülasyonu, hastaların acil serviste uzun süre kalmaması vb.) istedik bakımı sağlayamadıklarını, tedavi odaklı çalıştıklarını belirtmişlerdir.

### Alt Tema 1. Yoğunluk ve Sirkülasyonun Fazla Olması

“Çok fazla hasta var. Az sayıda hemşire var. Hasta sirkülasyonu çok fazla yani hastaya ayıracağın zaman yok.” (Hemşire 3).

“Burada yoğunluktan dolayı daha çok tedavi odaklı çalışıyoruz bence. Yani sadece tedavisini ilacını yapıp geçmek zorunda kalıyorum, ancak o şekilde yetişebiliyorum” (Hemşire 6).

“Bir kere çok yoğun olmamız, hızlı çalışmamız, hemşire sayısının yetersiz olması nedeniyle bir çok yerde olmak zorunda olmamız. Bu yüzden de bakıma fazla zaman ayıramıyoruz. Sadece orderı neyse onu yapmak zorunda kalıyoruz bazen” (Hemşire 13).

*“Burada hastalar çok uzun süre kalmıyor. Kısa süreli ihtiyaçlarına cevap vermek zorunda kalıyoruz. Benim ya da diğer arkadaşlarım bunları duymazdan, görmezden gelip dönüp gittiklerini düşünmüyorum. Herkes elinden geleni yapıyor. En azından hastaların ihtiyacı olduğunda, dile getirdiğinde ya da biz fark ettiğimizde elinden gelen bakımı uyguluyor herkes”* (Hemşire 9).

### Alt Tema 2. Biyomedikal Modele Yakınlık

Hemşireler acil servisin doğasından genellikle hekim istemlerini yerine getirdiklerini, rutin uygulamalara ve tedavileri hızlı bir biçimde yapmaya yöneldiklerini ifade etmişlerdir.

*“Hastayla geçirdiğin zaman kısıtlı zaten. Geliyor tedavisini alıp gidiyor”* (Hemşire 3).

*“Acil serviste tedavi daha öncelikli geliyor. Sonuçta bir arrest hastaya müdahale etmek yerine bakımı tercih edemiyoruz. O yüzden uygun bir zaman dilimi varsa bakım tabii ki yapılıyor. Ama yapamadığımız da oluyor. Yani yapmak isteyip ya da yapılması gerektiğini düşündüğümüz hastalar oluyor. Ancak her zaman bu mümkün olmuyor”* (Hemşire 12)

*“.....Bazen bir hastaya, hatta tedavisini yaparken yüzüne bile bakmadığımı hastanın yanından uzaklaştığım zaman fark ediyorum”* (Hemşire 6).

*“Açıkcası bakım yapmıyoruz. Tedavi yapıyoruz”* (Hemşire 10).

## TARTIŞMA

### Bakım Eylemlerini Adlandırmada Zorlanma

Acil servis hemşirelerinin bakım algılarını belirlemeye yönelik bu çalışmada; hemşireler genel olarak bakımı hastanın ihtiyaçlarının karşılanması, tedavisinin en iyi şekilde yapılması, vücut temizliğinin yapılması, güvenliğinin sağlanması, öncelikli hastanın belirlenmesi ve hastanın bütüncül yaklaşımla ele alınması şeklinde tanımlamışlardır. Acil servis hemşireleri ve acil servise başvuran hastaların hemşirelik bakım algılarının karşılaştırıldığı çalışmada hemşirelerin olumlu bakım algısına sahip olduğu belirlenmiştir. Hemşireler iyi bakım sağlamayı yetkinlik ve teknik becerilere sahip olmak olarak tanımlamışlardır<sup>24</sup>. Wiman ve Wikblad (2004) acil hemşirelerin bakım uygulamalarını gerçekleştirirken duyarlı olma, bireye karşı açık ve anlaşılır olma, bilgi verme, bireyin sorumluluğunu alma, göz teması kurma davranışlarını sergileyerek bütüncül bakım yaklaşımını kullandıklarını belirlemişlerdir. Ancak hastaların fiziksel ihtiyaçlarını karşılamada hemşirelerin daha öncelikli davrandıkları gözlemlenmiştir. Çalışmada gözlemlenen hemşire bakım davranışlarından bazıları şöyledir. *“Hemşire bir sandalye aldı ve hasta ile aynı seviyede oturdu, böylece göz teması kurdu. Hasta hemşireye işitme cihazını unuttuğunu söyledi. Hemşire, her iki kulağına da işaret ederek, her iki kulakta da işitme cihazı kullandığını sordu”*. *“Bir hasta genel anestezi yapıp yapılmayacağını sordu. Hemşire hastanın genel anestezi ile ilgili endişesini algıladı ve yaralarını temizlerken anestezi ve dikişlerle ilgili yapılacak olan işlemleri sakın bir şekilde açıkladı”*. Aynı çalışmada hemşirelerin hastaları intravenöz uygulama veya kan örneği alma gibi teknik işlemler hakkında bilgilendirdiklerini ancak bazı hemşirelerin ilgisiz ve duyarsız

davranış sergiledikleri belirtilmektedir. Bu davranışlara ilişkin gözlemlenen örnek durumlardan biri şu şekildedir. *“Bir hemşire diğer hemşire ile konuşurken hastanın kıyafetlerini çıkartıyordu. Doktor aynı anda hastanın durumunu değerlendiriyordu. Hiçbiri tamamen bilinçli olan hastayla konuşmadı. Hasta soyunurken hemşire, hastaya bir şey söylemeden pulsoksimetrenin probunu hastanın parmağına yerleştirdi”*<sup>22</sup>.

Bakımın anlamı onkoloji, yoğun bakım, acil ve hastanenin diğer bölümlerine göre farklılaşmaktadır. Yoğun bakım ünitesinde monitor, ventilatör, ilaç tedavileri gibi daha çok teknik bakımda yoğunlaşma varken, onkoloji ünitesinde spirüel bakım daha önceliklidir<sup>25</sup>. Yoğun bakım hemşirelerinin bakım kavram algısını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada; hemşirelerin bakım kavramının hemşireliğin temelini oluşturduğunu belirtmiş olduklarını ancak yarısından fazlasının bakım kavramının içinde daha çok fiziksel bakım (ağız bakımı, saç bakımı, göz bakımı ve diğer vücut bakımları) olduğunu, diğer hemşireler ise hem fiziksel hem de psikolojik bakımın (fiziksel gereksinimlerini karşılamaya yardım etme ve manevi destek olma, yakınlarını teselli etmek) olduğunu belirtmişlerdir<sup>26</sup>. Aynı çalışmada hemşirelerin çoğunluğunun bakım kavramını fiziksel bakım olarak algıladıklarını, hemşirelerin bakım kavramı ve öğelerine yönelik bilgi ve algılarının istendik düzeyde olmadıkları belirtilmektedir<sup>26</sup>. İş yükünün fazla olmasıyla birlikte hastaların hayatta kalmalarının öncelikli olması, hemşirelerin davranışlarını etkileyebilmektedir. Bu nedenle hemşireler hastaların fiziksel ihtiyaçlarını genellikle psikolojik ihtiyaçlardan daha büyük önceliğe sahip olarak algılayabilmektedir<sup>27</sup>.

Çalışmaya katılan hemşirelerin acil birimde hastalara verdikleri bakımlara ilişkin ifadeleri incelendiğinde, hemşireler öncelikle hastaların akut problemlerine yoğunlaşmakta, acil servise başvuran bireylerin hayati bir tehlikesinin olup olmadığını sorgulamaktadır. Günümüzde hemşirelik bakımının uygulanmasında bir birey olarak hastanın kendine özgüllüğünü göz ardı ederek, standartlaştırılmış protokollerden yararlanma eğilimi söz konusudur. Oysa ki, her bireyin, farklı tecrübe, değer ve geçmişe sahip olması onları diğer bireylerden ayrıcalıklı kılar. Bu nedenle ki, bireylere bakımın bu özellikleri dikkate alınarak sunulması gerekir<sup>3</sup>. Hemşire-hasta ilişkisinde hemşirenin rolünü belirlemeyi amaçlayan kalitatif bir çalışmada; hemşirelerin hastaların akut problemlerine daha fazla odaklandıkları, acil durumlarda hemşirelerin hastanın kaygısı yerine fiziksel bakımına öncelik verdikleri belirlenmiştir<sup>28</sup>. Acil hemşirelerin yaşam sonu bakım algılarını belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada hemşireler iletişim ve danışmanlık becerilerini geliştirmeleri gerektiğini, bu becerilerin birarada kullanılmasının önemli olduğunu, ancak hemşire sayısının yetersiz olmasının bu bakımları karşılamada engel oluşturduğunu belirtmişlerdir<sup>29</sup>. Yam ve Rossiter'in (2000) çalışmalarında hemşireler, hastaların kapsamlı bir sağlık değerlendirilmesi yapıldıktan sonra bireysel ihtiyaçlarına yönelik bakım gereksinimlerinin sağlanmasının önemli olduğunu vurgulamaktadır. Katılımcılarının çoğunluğunun akut bakım hemşiresi olduğu çalışmada hemşirelerin hastaların

öncelikle akut problemlerine, fiziksel ihtiyaçlarına odaklandıkları belirlenmiştir. Hemşireler hastaların duygusal ve sosyal ihtiyaçlarını ikinci planda ele aldıkları belirtmişlerdir<sup>30</sup>. Hemşirenin hastaların duygu, düşünce, değerlerini anlamadan, önemsemeden sadece rutin uygulamaları gerçekleştirmesinin hastanın gereksinimlerini göz ardı etme ve aralarındaki etkileşimi zayıflatma anlamı taşımaktadır. Çalışmamızda hemşireler acil servise başvuran hastaların bakım gereksinimlerinin fakında olduklarını ancak, yoğunluk, iş yükünün ve sirkülasyonunun fazla olmasının, öncelikli olarak tedaviye ve hastanın akut problemine odaklanmalarına neden olduğunu belirtmişlerdir. Bu nedenlerden dolayı acil serviste verilen hemşirelik bakımının yetersiz olduğunu ifade etmişlerdir. Bucco (2015) acil birimlerin yoğun ve kalabalık olmasının, personel yetersizliğinin, malzeme yetersizliğinin hemşireler tarafından acil birimlerde hemşirelik bakımının verilmesinde engel oluşturduğunu belirtmektedir<sup>24</sup>. Hastaların ve hemşirelerin hemşirelik bakımına yönelik algılarının incelendiği bir çalışmada; bu çalışma bulgularına benzer şekilde hemşire sayısının yetersizliğini, hasta sayısının ve iş yükünün fazla olmasını hemşirelik bakımını olumsuz yönde etkileyen faktörlerin arasında belirtmişlerdir<sup>31</sup>.

### Hemşirelerin Özellikleri

Çalışmada hemşireler, acil servis hemşiresinin hızlı, pratik, bilgili, soğukkanlı, dikkatli, liderlik özelliklerini barındıran ve empati yapabilen özelliklere sahip olması gerekliliğini vurgulamışlardır. Acil servise başvuran hastaların hemşirelerin bakım davranışlarına ilişkin beklentilerini belirlemeye yönelik yapılan çalışmada; hastalar hızlı ve duyarlı bir bakım almak istediklerini belirtmişlerdir. Ayrıca hemşirelerden samimiyet, nezaket, adalet; prosedürlerde yetkili ve hastalara motivasyon sağlayan bir yaklaşım beklediklerini ifade etmişlerdir<sup>6</sup>. Hemşireden bakım verirken beklenen önemli bir özellik de sabırdır<sup>32</sup>. Bu çalışmada hemşireler acil servis hemşiresinde olması gereken özellikleri belirtirken iki hemşire sabırlı olması gerektiğini belirtmiştir. Ayrıca hemşireler iyi bir bakım verebilmesi için hemşirenin empati kurabilmesi, öfkelerini ve anksiyetesini kontrol edebilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Hemşirelerin bakım kavramına yönelik tutum ve davranışlarının incelendiği nitel bir çalışmada, umurunda olma, düşünceli ve hassas davranma, sevecen davranma, yargılamadan yaklaşma, iletişime açık olma, empati kurma temaları belirlenmiştir<sup>33</sup>. Bu çalışmada acil servis hemşireleri, birimin özelliklerine yönelik hemşirelerde olması gereken spesifik özelliklerin yanı sıra hemşirelerin genel olarak sahip olması gereken özellikleri belirtmişlerdir. Çalışma kapsamındaki hemşirelerin acil servis hemşirelerinin sahip olması gereken özelliklerini belirtirken; acil servise başvuran hastaların gereksinimlerini ve özelliklerini göz önünde bulundurdıkları söylenebilir. Bu noktada hemşirelerin acil servise başvuran hastaların bakım ihtiyaçlarının karşılanmasında hemşirelerde olması gereken özelliklere ilişkin farkındalıklarının yüksek olduğu düşünülmektedir.

### Bakım Engelleri

Çalışmamızda hemşireler özellikle yoğunluk, sirkülasyonun hızlı olması gibi nedenlerden dolayı acil serviste hastaların yalnızca tedavilerini gerçekleştirdiklerini belirtmişlerdir. Bu ifadeler hemşirelerin biyomedikal modeli kullanmak durumunda kaldıklarını göstermektedir. Biyomedikal modelin ön plana çıkan özelliği tanı ve tedavi işlemlerinde yoğunlaşmasıdır<sup>34</sup>. Model, hemşirenin rolünü tıbbi istemleri aynen yerine getiren kişi olarak gördüğünden hemşireleri tedavi edilecek sorunu olan hasta için hekim istemlerini yerine getirmeye, rutin uygulamalara yönelmeye ve tedavileri hızlı bir biçimde yapmaya yönlendirmiştir. Bu işleyiş içinde hastanın birey olarak gereksinimlerinin karşılanması önemsenmemiştir<sup>35</sup>. Bakımda biyomedikal yaklaşım, hemşirenin varlığının ve güçlendirilmiş bakımın yerini tutamaz; çünkü hastanın bireyselliği, özneliği ve onuru, bütüncül bakımda çok önemlidir. Ülkemizde yapılan araştırmalarda hemşirelik bakımının önemini anlaşılmasına karşın, hemşirelik uygulamalarının genellikle hekimin önerdiği tanı ve tedavi işlemlerini yerine getirmekle sınırlı kaldığı, hemşirelik bakımının hemşireler tarafından büyük ölçüde yerine getirilmediği bildirilmektedir<sup>36-38</sup>. Verilerin video kaydı ile toplandığı, acil servis hemşirelerinin hastalarla ilk karşılaşma anındaki bakım davranışlarının incelendiği çalışmada hemşirelerin sözlü ve sözsüz iletişimlerinin zayıf olduğu ve hasta ile iletişimlerinin doktor isteminin verilmesiyle başladığı belirlenmiştir. Araştırmacılar elde ettikleri bu bulguyu acil bakım hemşirelerinin tıbbi bakış açısı ile değil hümanist bakış açısı ile bakım vermeleri ve bu bakış açısının değişmesi gerektiği şeklinde yorumlamışlardır<sup>22</sup>.

Hemşirelerin bakım anlayışlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada hemşireler bakımı, tıbbi işlemlere ve gerekli hasta bakımına öncelik verilmesi olarak tanımlamışlardır. Araştırmada bir katılımcı bakımı şu şekilde ifade etmiştir. ... *Yapacak çok şey varsa, her zaman olduğu gibi bakımın bazen ihmal edilmesi söz konusu olabilir, çünkü her zaman öncelikli olanız gereken en acil olan şeydir .... Zaman yok çünkü, o zaman sürekli olarak en önemli olanı önceliklendirirsiniz*<sup>31</sup>. Çalışmamızda hemşirelerin ifadeleri, acil servislerdeki yoğunluk ve sirkülasyonun hemşirelik bakımını olumsuz etkilediği, bu nedenle yaşamı kurtarma eylemlerine öncelik vererek tedavi odaklı çalıştıklarını göstermektedir. Ancak hemşirelerin bakımın gerekliliği konusundaki farkındalıklarının yüksek olduğu düşünülmektedir.

Bakım, en az iki kişi ile başlayan ve gelişen bir ilişkidir. Bireyin kendisini iyi hissetmesine yardımcı olan olumlu yöndeki tüm işlevler olarak tanımlanmaktadır. Watson hemşirelik bakımının, bakım davranışlarının kullanılması ve bu davranışların hastalar tarafından algılanmasıyla etkili olabileceğini belirtmiştir. Watson, hemşirelerin dikkatli dinleme, göz teması kurma, rahatlatma, sorumluluk alma, dürüst olma, duyarlı ve saygılı olma, bilgi verme gibi bakım davranışlarını kullanmasının hastalığın birey tarafından daha etkili olarak algılanabildiğini belirtmektedir<sup>3</sup>. Çalışmada hemşirelerin ifadelerinden bakım davranışlarının birçoğunu kullanmadıkları belirlenmiştir. Hemşireler, acil servise gelen hastaların anksiyetelerinin yüksek olduğunu, bilgi



almak istediklerini belirtmiş olmalarına karşın, yoğunluk, hasta sirkülasyonunun fazla olması, hastaların kısa süreli acil serviste kalması, hemşirelerin tedavi odaklı çalışmasından dolayı bu gereksinimleri karşılayamadıklarını belirtmişlerdir. Acil servislere hemşirelik bakımının önündeki engelleri belirlemeye yönelik yapılan kalitatif bir çalışmada; hemşireler acil servisin doğası gereği kalabalık olmasının bakım kalitesinin düşmesine, bakımda hassasiyetin azalmasına neden olduğunu belirtmişlerdir<sup>39</sup>. Sağlık hizmetlerinde hemşirelik bakımının hasta memnuniyetinde en önemli belirleyici olduğu düşünüldüğünde; acil servislere hastaların bakım algısını olumsuz etkileyecek faktörlerin iyileştirilmesine ilişkin düzenlemelerin yapılması oldukça önemlidir.

### Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya katılan hemşirelerle yapılan görüşmeler, hemşirelerin uygun olduğu saatlerde randevu alınarak gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda hemşireler görüşmeyi mesai çıkışlarında ya da mesaiye başlamadan önce tercih etmişlerdir. Hemşirelerin kendileri için uygun gördükleri saatlerde görüşmelerin yapılmış olmasına rağmen, mesai çıkışında bir an önce istirahat etmeyi isteyebilecekleri düşünüldüğünde, hemşirelerin görüşlerini belirtmelerinde sınırlayıcı bir etken olabilir. Aynı şekilde mesai öncesinde yapılan görüşmelerde de hemşireler zaman baskısı hissetmiş olabilirler.

### SONUÇ

Bu çalışmada, acil serviste çalışan hemşirelerin bakış açısıyla bakım kavramı ele alınmaya çalışılmıştır. Hemşirelerin ifadeleri doğrultusunda; hemşirelerin bakım kavramını; daha çok hastanın fiziksel ihtiyaçlarının karşılanması olarak tanımladıkları belirlenmiştir. Katılımcıların hastanın bakım gereksinimlerinin bütüncül olarak ele alınmasının önemini vurguladıkları saptanmıştır. Diğer yandan hemşireler tarafından; acil servislerin yoğun olması, hasta sirkülasyonunun fazla olması ve hastaların kısa süreli acil serviste kalmaları hemşirelik bakımını olumsuz yönde etkileyen ve hemşirelik bakımının sunumunu engelleyen faktörler olarak görülmektedir. Bu nedenlerden dolayı hemşirelerin çoğunlukla tedavi odaklı çalışmak durumunda kaldıkları, hastalara bütüncül bakım sağlayamadıkları sonucuna varılmıştır. Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; hemşirelerin bakım sağlayıcı rollerini olumsuz etkileyen faktörlerin (çalışma saatleri, hemşire sayısı vb) iyileştirilmesine yönelik kurumsal planlamaların yapılması önerilmektedir. Hastaların bakıma ilişkin beklentileri ve hemşirelerin görüşleri ile ilişkilendirebilecek faktörlerin belirlenmesi, bakımın bireyselleştirilmesinde kritik öneme sahiptir. Bu nedenle acil servise başvuran hastaların bakım algıları ile hemşirelerin bakım algılarının karşılaştırılacağı çalışmalar da konu ile ilgili literatüre katkı sağlayacaktır.

**Etik Kurul Onayı:** Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (Karar No: 2016/253).

**Çıkar Çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Katılımcı Onamı:** Katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

**Yazar katkıları:**

Araştırma dizaynı: Sİ, SB

Veri toplama: SB, Sİ

Literatür araştırması: Sİ, SB

Makale yazımı: Sİ, SB

**Teşekkür**

Çalışmaya katılan tüm katılımcılara teşekkür ederiz.

**Ethics Committee Approval:** Approval was obtained from Clinical Research Ethics Committee of Medicine Faculty of Akdeniz University (Decision number: 2016/253).

**Conflict of Interest:** Not reported.

**Funding:** None.

**Exhibitor Consent:** Informed consent was obtained from each participant.

**Author contributions:**

Study design: Sİ, SB

Data collection: SB, Sİ

Literature search: Sİ, SB

Drafting manuscript: Sİ, SB

**Acknowledgement:** We would like to thank all the participants.

### KAYNAKLAR

1. Andersson E K, Willman A, Sjöström -Strand A, Borglin G. Registered nurses' descriptions of caring: a phenomenographic interview study. *BMC Nursing*. 2015;14(16):1-10.
2. Dinç L. Bakım Kavramı ve Ahlaki Boyutu. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 2010;17(2):74-8.
3. Watson J. *Nursing: Human science and human care*. New York: Jones & Bartlett Learning, 1nd Revised edition, 2008.
4. Birol L, Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım; 8.Baskı. İzmir: Etki Matbaacılık. 2007;127-35.
5. Finfgeld-Connett D. Qualitative convergence of three nursing concepts: Art of nursing, presence and caring. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;63(5):527-34.
6. Suroso Jebul, Soenarto Yati, Prabandari Y S, Haryanti F. Top ten caring needs of emergency department patients in Banyumas, Central Java province, Indonesia: patient's needs and cultural approach. *Int J Res Med Sci*. 2015 Dec;3(Suppl 1):61-8.
7. Kewi S Y, Tesema A A, Negussie B B. Patient's Perception towards Quality of Nursing Care in Inpatient Department at Public Hospitals of Benishangul Gumuz Regional State, North West Ethiopia. *J Nurs Care*. 2018;7(4):1-10.
8. Elder R, Neal C, Davis B, Almes E, Whitley L, Littlepage N. Patient satisfaction with triage nursing in a rural hospital emergency department. *Journal of Nursing Care Quality*. 2004;19(3):263-8.

9. Muntlin A, Gunningberg L, Carlsson M. Patients' Perceptions of Quality of Care at an Emergency Department and Identification of Areas for Quality Improvement. *J Clin Nurs*. 2006 Aug;15(8):1045-56.
10. Akhtari-Zavare M, Abdullah MY, Hassan STS, Said SB KM. Patient satisfaction: Evaluating nursing care for patients hospitalized with cancer in tehran teaching hospitals, Iran. *Glob J Health Sci*. 2010;2(1):117-26.
11. Wiman E, Wikblad K, Idvall E. Trauma patients' encounters with the team in the emergency department- a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*. 2007;44(5):714-22.
12. Dahlen I, Westin L, Adolffsson A. Experience of being a low priority patient during waiting time at an emergency department. *Psychology Research and Behavior Management*. 2012;5:1-9.
13. Buettner JR. *Fast Facts for the ER Nurse Emergency Room Orientation in a Nutshell*. Newyork: Springer Publishing Company. 2010:1-5
14. Kipp K. Implementing nursing caring standards in the emergency department. *The Journal of Nursing Administration*. 2011;1(2):85-90.
15. Jijia KM, Su-mei H, Ziyang S. A study of the changing health care environment so as to meet patient's needs and expectations. *African Journal of Nursing and Midwifery*. 2015;2(7):541-4.
16. W.M. Tang, C.Y. Soong, W.C. Lim. Patient satisfaction with nursing care: a descriptive study using interaction model of client health behavior. *International Journal of Nursing Science*. 2013;3(2):51-6.
17. Kol E, Arıkan F, Emine I, Akıncı MA, Koçak MC. A quality indicator for the evaluation of nursing care: determination of patient satisfaction and related factors at a university hospital in the Mediterranean Region in Turkey. *Collegian*. 2018;25(1):51-6.
18. Poirrier P, Sossong A. Oncology patients' and nurses' perceptions of caring. *Canadian Oncology Nursing Journal*. 2010;20(2):62-5.
19. Almerud S, Alapack RJ, Fridlund B, Ekebergh M. Caught in an artificial split: A phenomenological study of being a caregiver in the technologically intense environment. *Intensive Crit Care Nurs*. 2008;24(2):130-6.
20. Bridges J, Nicholson C, Maben J, Pope C, Flatley M, et al. Capacity for care: Meta-ethnography of acute care nurses' experiences of the nurse-patient relationship. *J Adv Nurs*. 2013;69(4):760-72.
21. Bagherian B, Sabzevari S, Mirzaei T, Ravary A. Meaning of Caring from Critical Care Nurses' Perspective: A Phenomenological Study. *J Intensive & Crit Care*. 2017;3(33):1-9.
22. Wiman E, Wikblad K. Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department. *J Clin Nurs*. 2004 May;13(4):422-9.
23. Kimble L. Patients' Perceptions of Nurse Caring Behaviors in an Emergency Department, Marshall University College of Nursing and Health Professions. Marshall University, Thesis. 2003.
24. Bucco T. The Relationships Between Patients' Perceptions of Nurse Caring Behaviors, Nurses' Perceptions of Nurse Caring Behaviors and Patient Satisfaction in the Emergency Department. Seton Hall University, Dissertations and Theses. 2015.
25. Altıok H, Şengün F, Üstün B. Bakım: Kavram Analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2011;4(3):137-40.
26. Tekin V. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bakım Kavramı Algısı. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2017.
27. Wilkin K, Slevin E. The meaning of caring to nurses: an investigation into the nature of caring work in an intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*. 2004;13(1):50-9.
28. Movahedi A F, Rahnava Z, Salsali M, Negarandeh R. Exploring Nurse's Communicative Role in Nurse-Patient Relations: A Qualitative Study. *J Caring Sci*. 2016 Dec;5(4):267-76.
29. Tse JW, Hung MS, Pang SM. Emergency Nurses' Perceptions of Providing End-of-Life Care in a Hong Kong Emergency Department: A Qualitative Study. *J Emerg Nurs*. 2016 May;42(3):224-32.
30. Yam BM, Rossiter JC. Caring in nursing: perceptions of Hong Kong nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 2000;9(2):293-302.
31. Gül Ş, Dinç L. Hastaların ve Hemşirelerin Hemşirelik Bakımına Yönelik Algılarının İncelenmesi. *HUHEMFAD-JOHUFON* 2018;5(3):192-208.
32. Baykara GZ. Hemşirelik Bakım Kavramı. *Türkiye Biyoetik Dergisi*. 2014;1(2):92-9.
33. Dyson J. Nurses' conceptualizations of caring attitudes and behaviours. *Journal of Advanced Nursing*. 1996;23(6):1263-9.
34. Mckenna HP, Pajnkhard M, Murphy FA. *Fundamentals of nursing models, theories and practice*. UK: John Wiley & Sons, 2014.
35. Şanlı D, Platin N. Biyomedikal modelin hemşireliğe etkisi. *International Journal of Human Sciences*. 2015;12(2):897-908.
36. Karadağ S, Taşçı S. Kayseri Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelerin verdiği hemşirelik bakımı ve bakımı etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2005;14(Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı):13-21.
37. Can Ş, Acaroğlu R. Hemşirelerin Mesleki Değerlerinin Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları ile İlişkisi. *İ. Ü. F. N. Hem Derg*. 2015;23:32-40.
38. Karayurt Ö, Erol Ursavaş F, İşeri Ö. Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Verme Durumlarının ve Görüşlerinin İncelenmesi. *ACU Sağlık Bil Derg*. 2018;9(2):163-9.
39. Mahmoudi H, Mohmmad E, Ebadi A. Barriers to nursing care in emergency wards. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2013 Mar-Apr;18(2):145-51.

## Araştırma makalesi

## Research article

## Altıncı Sınıf Öğrencilerinin Öz Bildirime Dayalı Sağlık Düzeyleri İçin Bir Belirleyici: Aile Sağlık Özellikleri

Erdal AKDENİZ<sup>1</sup>, Deniz KOÇOĞLU TANYER<sup>2</sup>

## ÖZ

**Amaç:** Bu çalışma, öğrencilerin öz bildirimlerine dayalı sağlık düzeyleri ile özellikle aile sağlık öyküsü olmak üzere; sosyodemografik özellikler, sağlık durumu ve akademik özellikler gibi değişkenlerin ilişkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı-ilişkisel türdeki çalışma için Konya kent merkezinde kura ile belirlenen iki okuldaki toplam 664 öğrenci araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmada veriler, araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu ile sınıf ortamında toplanmıştır. Veriler sayı ve yüzde olarak özetlenmiş ve değerlendirilmesinde Ki-Kare testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Erkek öğrencilerin, üç ve üzeri kardeşe sahip olanların, doktor tarafından tanısı konulmuş kronik hastalığı olanların, sürekli ilaç kullananların, hastanede yatma ve ameliyat olma öyküsü olanların, herhangi bir kaza geçirenlerin ve şu anda var olan bir sağlık sorunu olanların, okul memnuniyeti ve okul başarısı düşük olanların öz bildirime dayalı sağlık algılarının daha olumsuz olduğu bulunmuştur. Aile özelliklerine bakıldığında algılanan ekonomik durumunu orta/kötü algılama ve geniş aile yapısı; annenin, babanın, kardeşin, büyükanne/ büyükbabanın ise çeşitli sağlık sorunlarının bulunması, öz bildirime dayalı sağlık düzeyi üzerinde olumsuz etkisi olan değişkenlerdir ( $p<0.05$ ).

**Sonuç:** Sosyodemografik özelliklerin, öğrencinin kendi ve ailesinin bazı sağlık özellikleri ve öğrencinin okul ile ilgili özelliklerinin öz bildirime dayalı sağlık algısını etkilediği bulunmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Aile sağlığı, okul sağlığı, öğrenciler, sağlık düzeyi.

## ABSTRACT

**A Determinant for Self-Reported Health Level of Sixth Grade Students: Family Health**

**Aim:** The aim of this study was to investigate the relationship between self-reported health level of students and family health history, sociodemographic characteristics, health status and academic characteristics.

**Material and Methods:** A total of 664 students from two schools determined by lot in Konya city center were included in this descriptive-relational type of study. The data were collected in the classroom environment by a questionnaire form developed by the researchers. Numbers, percentages and Chi-Square test was used in data analysis.

**Results:** It was determined that the perceptions of health based on self-report were more negative in students who are male, have three or more siblings, have a chronic disease, use continuous medication, have a history of surgery and hospitalization, had an accident, have a health problem and have low school satisfaction and school success. When the family characteristics were examined, it was found that the perception of the economic situation as moderate / bad, having a large family structure, and having various health problems of the mother, father, sibling or grandparents had a negative effect on the self-reported health level ( $p<0.05$ ).

**Conclusion:** It was found that sociodemographic characteristics, some of the health characteristics of the students and his / her families and the characteristics of the students related to the school affect the self-reported health perception.

**Keywords:** Family health, health status, school health, students.

<sup>1</sup> Öğr. Gör. Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Kırşehir, Türkiye, E-mail: erdalakdeniz@ahievran.edu.tr, Tel: 05418719378, ORCID: 0000-0001-7366-4017

<sup>2</sup> Doç. Dr. Selçuk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Konya, Türkiye, E-mail: deniz.kocoglu@selcuk.edu.tr Tel: 0 505 861 86 22, ORCID: 0000-0001-9496-8749

Geliş Tarihi: 22 Ağustos 2019, Kabul Tarihi: 7 Ocak 2020

**Atıf/Citation:** Akdeniz E, Koçoğlu Tanyer D. Altıncı Sınıf Öğrencilerinin Öz Bildirime Dayalı Sağlık Düzeyleri İçin Bir Belirleyici: Aile Sağlık Özellikleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(1): 31-40. DOI: 10.31125/hunhemsire.715054

## GİRİŞ

Sağlık kavramı, bireylerin günlük yaşantıdaki rolleri, tecrübeleri, bilgi düzeyleri, değer yargıları ve beklentileri ile biçimlenmektedir. Kültürden kültüre farklılık gösteren sağlık; sosyal, kültürel, ekonomik, fiziksel ve biyolojik faktörlerden etkilenir<sup>1,2</sup>. Sağlık kavramı subjektif ve objektif olarak ikiye ayrılır. Subjektif olarak sağlık; bireyin kendini fiziksel, sosyal ve ruhsal olarak sağlıklı hissetmesidir. Objektif olarak sağlık ise yapılan tıbbi testlerin sonucuna göre hastalık durumunun olmamasıdır. Bir bireye sağlıklı diyebilmek için subjektif ve objektif olarak sağlıklı olması gerekmektedir<sup>3</sup>.

Öz bildirime dayalı subjektif sağlık algısını ölçmek için çoğunlukla bireye bir soru sorulur ve bireyden sağlığını kötü, orta, iyi veya mükemmel şeklinde ifade etmesi istenir<sup>4-7</sup>. Sağlık algısı; sağlığın değerlendirilmesinde, ölçülmesinde ve geliştirilmesinde çok yaygın kullanılmaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırmaya yönelik girişimlerden önce, bireylerin öz bildirime dayalı sağlık düzeyinin olumlu olması bireylerde olumlu davranışların ortaya çıkmasında önemli bir yer edinmektedir<sup>8</sup>. Bu nedenle sağlık algısı, bireye sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılması ve sürdürülmesini amaçlayan sağlığın geliştirilmesi süreci ile doğrudan ilişkilidir<sup>9</sup>. Sağlık algısı, sağlığın ölçülmesinin yanı sıra tıpkı yetişkinlerde olduğu gibi çocukların sağlık davranışlarının geliştirilmesi üzerinde rolü önemli olan bir kavram olarak düşünülmelidir.

Sağlık algısı ile ilgili çalışmaların önemli bir kısmı yetişkinler üzerinedir ve genel olarak bakıldığında çocukların kendi sağlık düzeyi ve bunu etkileyen faktörlerle ilgili çalışma sayısı da oldukça sınırlı olarak belirlenmiştir<sup>10-13</sup>. Bir çalışmada çocukların sağlıklarını çoğunlukla 'mükemmel' veya 'iyi' olarak algıladıkları; ağrı, depresyon ve okula uyumlarının bu algıyı etkilediği, bebeklik dönemine ait özelliklerin çok belirleyici olmadığı belirlenmiştir<sup>10</sup>. Riley (2004) de benzer şekilde çocukların okula karşı olumsuz tutumları ile sağlık düzeyini kötü algılama arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir<sup>12</sup>. Ayrıca hem yetişkinler hem de çocuklar üzerine yapılan çalışmalarda konut tipi, depresyon, sigara kullanma, spor yapma, sağlık sorunu yaşama gibi sağlık algısının belirleyicilerinin de çok az değerlendirildiği görülmektedir<sup>7,14-18</sup>. Özellikle çalışmalarda aile sağlığının yeterince değerlendirilmediği dikkat çekmektedir. Ailenin sağlık durumu, sağlık alışkanlıkları, ekonomik olanakları, eğitim düzeyleri, sosyo-kültürel özellikleri, içinde yaşadıkları ortamın koşulları çocuğun sağlığını etkileyen önemli bir çevre kabul edilmelidir<sup>19</sup>. Bu nedenle özellikle aile sağlık özelliklerinin öğrencilerin öz bildirime dayalı olarak tanımlanan sağlık düzeyleri üzerine etkisinin incelenmesine gereksinim bulunmaktadır.

## YÖNTEM

### Araştırmanın Amacı ve Araştırmanın Türü

Bu araştırma öğrencilerin öz bildirimlerine dayalı sağlık düzeyleri ile özellikle aile sağlık öyküsü olmak üzere sosyodemografik özellikler, sağlık durumu ve akademik özellikler gibi değişkenlerin ilişkisini incelemek amacı ile tanımlayıcı-ilişkisel türde planlanmıştır.

### Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Konya ilinde bulunan ve kura sonucunda belirlenen iki ortaokulda çalışma yürütülmüştür. Veriler; araştırmacı tarafından Ocak 2015 tarihinde toplanmıştır.

### Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini A ortaokulunda eğitim gören 674 altıncı sınıf öğrencisi ile B ortaokulunda eğitim gören 510 altıncı sınıf öğrencisi olmak üzere toplam 1184 öğrenci oluşturmaktadır. Araştırmaya altıncı sınıf öğrencilerinin alınmasının nedeni; algılanan sağlığı yaş itibarıyla ilkökul öğrencilerinden daha iyi ifade edebilecekleridir. Ayrıca algılanan sağlığı ailelerinden ve arkadaşlarından bağımsız olarak kendilerinin bildirebileceğinin düşünülmesidir. Daha erken yaşlarda soyut düşünme süreci başlamadığından öğrencilerde sağlık durumu ile ilgili tam bir değerlendirme yapamayacakları varsayılabilir. Ayrıca adölesan dönemde öğrencinin kendini değerlendirmesi sağlıktan çok beden imajı üzerinden olacağı düşünülebilir.

Sağlığını orta-kötü değerlendirme algısı %10 olarak belirlenen bir çalışmadan<sup>20</sup> yola çıkarak bu oranı 0.03 kadarlık mutlak yüzde içinde %99güvenle kestirmek için gerekli örneklem büyüklüğü Dünya Sağlık Örgütü yayını olan "p" yi "d" kadarlık mutlak yüzde içinde %99 güvenle kestirmek için gerekli örneklem büyüklüğü isimli hazır tablodan 664 olarak belirlenmiştir<sup>21</sup>. Örnek grubun belirlenmesinde tabakalı örneklem metodundan yararlanılmıştır. A okulunun tabaka ağırlığı 0.57; B okuluna ise 0.43 olarak belirlenmiştir. A okulundan 378 öğrenci B okulundan ise 286 öğrenci çalışmaya dahil edilmiştir.

### Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni öğrencilerin öz bildirimlerine dayalı sağlık düzeyi, bağımsız değişkenleri ise; sosyodemografik özellikler, çocuğun sağlık durumu ve okul ile ilişkisi, çocuğun aile özellikleri ve aile sağlık özellikleridir.

### Veri Toplama Aracı ve Özellikleri

Verilerin toplanmasında beş bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Anket formu çocuğun sosyo-demografik (5 soru), sağlık durumu (6 soru), okulla olan ilişkisi (2 soru), öğrencinin sağlık algısı (1 soru), öğrencinin aile ve aile sağlık özellikleri ile ilgilidir (20 soru). Sosyodemografik özelliklerle ilgili sorular; yaş, cinsiyet, gidilen okul, kardeş sayısı, ailede kaçınıcı çocuk olduğudur. Sağlık durumu ile ilgili sorular; kronik bir hastalığının olup olmadığı, sürekli kullandığı ilacın olup olmadığı, son bir yıl içinde hastanede yatma durumu ve ameliyat deneyimi, herhangi bir kaza geçirip geçirmediği, şuan da bir sağlık sorununun olup olmadığı gibi sorulardır. Okulla ilişkisini belirlemeye yönelik ise okul memnuniyeti ile okul başarısını değerlendiren sorular yer almıştır. Aile özellikleri ilgili sorularda; ailenin algılanan ekonomik durumu, anne ve babanın eğitim durumu ve aile yapısıdır. Aile sağlık öyküsünde ise doktor tarafından tanısı konulmuş kronik hastalığı olan, sürekli ilaç kullanan, son bir yıl içinde hastaneye yatan, son bir yıl içinde ameliyat olan, son bir yıl içinde sağlık semptomları (ağrı, kanama, uykusuzluk vb) olan, herhangi bir kaza geçiren olup olmadığı gibi sorular yöneltilmiştir. Aileyle ilgili değerlendirmeler "anne, baba, kardeş, büyükanne ve büyükbaba" için ayrı ayrı yapılmıştır. Türk geleneklerinde aile ilişkilerde büyükanne ve

büyükbabanın önemli bir konumu olmasından dolayı çalışmada yer almıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni olan sağlık algısı 'mükemmel', 'iyi', 'orta', 'kötü' şeklinde seçenektir.

### Verilerin Analizi

Veriler araştırmacı tarafından sınıf ortamında toplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizi için bilgisayar programından yararlanılmıştır. Veriler sayı ve yüzde olarak özetlenmiş ve ki-kare analizi kullanılmıştır.

### Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmada öğrenci ailelerine çalışmayla ilgili bilgi okul rehberlik servisi aracılığıyla ulaştırılmıştır. Öğrencilerden ise çalışma öncesi gerekli açıklama yapılarak onam alınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce Konya İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden kurum izni ve Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan etik onay alınmıştır.

## BULGULAR

Öğrencilerin %69'u 12 yaşında %17'si 11 yaşında ve %51.2'si kızdır. %36.3'ünün 2 kardeşi olup, %38.6'sı ise ailede ilk çocuktur. Öğrencilerin %4.5'inin kronik hastalığa sahip olduğu ve sürekli ilaç kullanan öğrencilerin oranının %5.1 olduğu görülmektedir. Son bir yıl içinde hastanede yatan öğrencilerin oranı %7.4; ameliyat olan öğrencilerin oranı %2, kaza geçirenlerin oranı %29.4; şunda var olan bir sağlık sorunu olanların oranı ise %15.4 olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin okul ile ilişkilerinin dağılımına bakıldığında; okulu çok sevenlerin %48.8 ve sevenlerin oranı ise %39.0'dır. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %43.1'i okul başarısına iyi, %35.7'si ise çok iyi algıladığı görülmektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin %44.5'i sağlığını mükemmel, %38'i sağlığını iyi, %15.2'si sağlığını orta, %2.3'ü sağlığını kötü olarak nitelendirmiştir.

Öz bildirimeye dayalı sağlık düzeyi ve öğrencilerin sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki incelendiğinde; öğrencilerin yaş ( $\chi^2=1.744$ ,  $p=.418$ ), gidilen okul ( $\chi^2=0.046$ ,  $p=.831$ ), ailedeki kaçıncı çocuk olduğunun ( $\chi^2=3.179$ ,  $p=.204$ ) sağlık algısını değiştirmedeği görülmektedir. Cinsiyete göre incelendiğinde kız öğrencilerin %14.4'ü sağlığını 'orta/kötü' olarak algılayan, erkek öğrencilerde bu oranın %20.7 olduğu görülmekte ve öz bildirimeye dayalı sağlık düzeyi ile cinsiyet arasındaki fark istatistik olarak anlamlıdır ( $\chi^2=4.520$ ,  $p<.05$ ). Kardeş sayısı üç ve üzeri olan grupta sağlığını orta/kötü algılayanların oranının; iki ve altı olan gruba göre daha yüksek olduğu görülmektedir ( $\chi^2=5.511$ ,  $p<.05$ ).

Kronik hastalığa sahip olan (%43.3) öğrencilerin olmayanlara (%16.2); sürekli ilaç kullanan (%41.2) öğrencilerin kullanmayanlara (%16.2); son bir yıl içinde hastanede yatanların (%42.9) yatmayanlara (%15.4); son bir yıl içinde ameliyat olanların (%44.4) olmayanlara (%16.7); herhangi bir kaza geçirenlerin (%22.6) geçirmeyenlere (%15.4) ve şu anda bir sağlık sorunu olanların (%40.2) olmayanlara (%13.3) göre sağlığını orta/kötü olarak değerlendirme oranları anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Ayrıca okulu çok sevenlerin %13.3'ünün sağlığını 'orta/ kötü' olarak algıladığı; okulu sevenlerin %18.9'us sağlığını 'orta/

kötü' olarak algıladığı; okulu az/ hiç sevmeyenlerin %29.6'sının sağlığını 'orta/ kötü' olarak algıladığı görülmektedir ve fark istatistiksel açıdan önemlidir ( $\chi^2=12.645$ ,  $p<.05$ ). Öğrencilerin okul başarısı ile öz bildirimeye dayalı sağlık düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde okul başarısı çok iyi olanların %12.7'si sağlığını 'orta/ kötü' olarak algıladığı görülmektedir. Okul başarısı orta/ kötü olanların, %27.7'si de sağlığını 'orta/ kötü' olarak algılamakta ve gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<.05$ ) (Tablo 1).

**Tablo 1. Öğrencilerin Sağlık Durumları ve Bazı Okul Yaşantısı Özelliklerinin Öz Bildirimeye Dayalı Sağlık Düzeyine Göre Dağılımı (n=664)**

Öz Bildirimeye Dayalı Sağlık Düzeyi				
	Mükemmel /iyi		Orta /Kötü	
Kronik hastalık	n	%	n	%
Var	17	56.7	13	43.3
Yok	531	83.8	103	16.2
<b>Ki-kare ve p değeri</b> $\chi^2 = 14.57$ * $p= .000$				
Sürekli kullanılan ilaç				
Var	20	58.8	14	41.2
Yok	528	83.8	102	16.2
<b>Ki-kare ve p değeri</b> $\chi^2 = 13.968$ * $p= .000$				
Son bir yıl içinde hastanede yatma				
Var	28	57.1	21	42.9
Yok	520	84.6	95	15.4
<b>Ki-kare ve p değeri</b> $\chi^2 = 23.64$ * $p= .000$				
Son bir yıl içinde ameliyat olma				
Var	10	55.6	8	44.4
Yok	538	83.3	108	16.7
<b>Ki-kare ve p değeri</b> * $p= .006$				
Geçirilen herhangi bir kaza				
Var	151	77.4	44	22.6
Yok	397	84.6	72	15.4
<b>Ki-kare ve p değeri</b> $\chi^2 = 4.969$ * $p= .02$				
Şunda var olan bir sağlık sorunu				
Var	61	59.8	41	40.2
Yok	487	86.7	75	13.3
<b>Ki-kare ve p değeri</b> $\chi^2 = 43.170$ * $p= .000$				
Okul memnuniyeti				
Okulu çok seviyorum	281	86.7	43	13.3
Seviyorum	210	81.1	49	18.9
Az seviyorum /Hiç sevmiyorum	57	70.4	24	29.6
<b>Ki-kare ve p değeri</b> $\chi^2 = 12.645$ * $p= .002$				
Okul başarısı				
Çok iyi	207	87.3	30	12.7
İyi	239	83.6	47	16.4
Orta /Kötü	102	72.3	39	27.7
<b>Ki-kare ve p değeri</b> $\chi^2 = 14.173$ * $p= .001$				

\* $p<.05$

Öğrencilerin aile özellikleri ile öz bildirimeye dayalı sağlık düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde algılanan ekonomik durumu çok iyi olanların %15.4'ü; algılanan ekonomik durumu orta/kötü olanların %28.3'ü sağlık düzeyini 'orta/kötü' olarak algılamaktadır ve fark anlamlıdır ( $p<.05$ ). Aile yapısı çekirdek/ parçalanmış aile olan öğrencilerin sağlığını 'orta/ kötü' olarak algılama oranı; geniş ailesi olan öğrencilerden anlamlı bir şekilde düşüktür. ( $p<.05$ ). Annenin

eğitim durumu ( $p=.522$ ), babanın eğitim durumu ( $p=.483$ ) ile ilgili grupların sağlık düzeyini 'mükemmel/iyi' ya da 'orta/kötü' olarak tanımlama oranlarının benzer olduğu görülmektedir (Tablo 2).

**Tablo 2. Öğrencilerin Aile Özelliklerinin Öz Bildirime Dayalı Sağlık Düzeyine Göre Dağılımı (n=664)**

Aile Özellikleri	Mükemmel n	%	Orta-Kötü n	%
<b>Ailenin algılanan ekonomik durumu</b>				
Çok iyi	143	84.6	26	15.4
İyi	319	85.1	56	14.9
Orta /Kötü	86	71.7	34	28.3
<b>Ki-kare ve p değeri</b>	$\chi^2 = 12.005$		* $p= .002$	
Annenin eğitim durumu				
İlkokul ve altı	200	81.3	46	18.7
Ortaokul ve üzeri	423	82.0	93	18.0
<b>Ki-kare ve p değeri</b>	$\chi^2 = 0.410$		p=.522	
Babanın eğitim durumu				
İlkokul ve altı	125	84.5	23	15.5
Ortaokul ve üzeri	423	82.0	93	18.0
<b>Ki-kare ve p değeri</b>	$\chi^2 = 0.492$		p=.483	
Aile yapısı				
Çekirdek/Parçalanmış	456	86.2	73	13.8
Geniş	92	68.1	43	31.9
<b>Ki-kare ve p değeri</b>	$\chi^2 = 24.310$		* $p= .000$	

\* $p<0.05$

Tablo 3'te anne, baba, büyükanne/büyükbabanın kronik hastalık tanısı alanların olmayanlara göre sağlığını orta/kötü algılama oranları anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Kardeşin kronik hastalığa sahip olmasının sağlık algısı üzerinde ilgisi bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Ailede sürekli ilaç kullanma durumuna bakıldığında ise anne, baba, büyükanne/büyükbabanın sürekli ilaç kullananların kullanmayanlara göre sağlığını orta/kötü algılama oranları yüksektir. Annesi, büyükanne/büyükbabasının son bir yıl içinde hastaneye yatanların yatmayanlara göre sağlığını orta/kötü algılama oranları daha yüksektir ( $p<0.05$ ). Son bir yıl içinde ameliyat olma durumuna bakıldığında ise anne, baba, kardeş büyükanne/büyükbabanın son bir yıl içinde ameliyat olanların olmayanlara göre sağlığını orta/kötü algılama oranları anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Herhangi bir kaza geçirme durumunda ise kardeşi kaza geçirenlerin geçirmeyenlere göre sağlığını orta/kötü algılama oranları daha fazladır. Benzer şekilde kardeşin bulaşıcı hastalık geçirmesi durumunda da öğrencinin sağlığını orta/kötü algılama oranı yükselmektedir ( $p<0.05$ ). Anne, baba, kardeş, büyükanne/büyükbabasında sürekli ağrısı olanların olmayanlara göre sağlığını orta/kötü algılama oranları yüksektir. Baba ve büyükanne/büyükbabası sigara kullanan öğrencilerin sağlığını orta/kötü algılama oranları daha fazladır ( $p<0.05$ ). Anne ve babası uyku problemi yaşayan ve anne, baba, kardeş ya da büyükanne/büyükbabasında sürekli öfke sorunu olan öğrencilerde sağlığını orta/kötü algılama oranları daha yüksek görülmektedir ( $p<0.05$ ). Anne, baba, kardeş ve büyükanne/büyükbabanın düzenli spor yapma durumunun sağlık algısı üzerinde ilgisi bulunmamıştır. Ayrıca

anne, baba, kardeş, büyükanne/büyükbabası aşırı kilolu olan öğrencilerin olmayanlara göre sağlığını orta/kötü algılama oranları arasındaki fark anlamlıdır ( $p<0.05$ ).

## TARTIŞMA

Bu çalışmada öncelikle öğrencilerin öz bildirim dayalı sağlık durumu incelenmiş ve sonrasında ilişkili olabilecek faktörler üzerinde durulmuştur. Çalışmada öğrencilerin %15.2'si sağlığını orta, %2.3'ü sağlığını kötü olarak nitelendirmiştir. Ergenlerde sağlık algısı ile ilgili yapılan bir çalışmada sağlığını orta ve kötü algılayanlar %11.8 olarak bulunmuştur<sup>22</sup>. Okulda örgün eğitime devam edebilen öğrencilerin çoğunluğunun sağlık potansiyellerinin yüksek olduğu düşünüldüğünde sağlığını orta/kötü olarak nitelendirenlerin oranı yüksek kabul edilmelidir. Çalışmada öz bildirim dayalı sağlık düzeyi ile yaş, gidilen okul, çocuğun ailedeki doğum sırası arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasına rağmen literatürde bu değişkenlerin anlamlı olduğunu gösteren çalışmalar vardır<sup>4,18,23-27</sup>. Yapılan çalışmalarda yaş arttıkça öz bildirim dayalı sağlık düzeyinin daha olumsuz olduğu belirlenmiştir<sup>18,27</sup>. Çalışmada yaş ile öz bildirim dayalı sağlık düzeyinin ilişkili olmaması çalışma grubunun benzer yaşta olmasından ve diğer yaş gruplarıyla karşılaştırma yapılmamasından kaynaklanıyor olabilir. Çalışmada öz bildirim dayalı sağlık düzeyi ile cinsiyet ve kardeş sayısı arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Erkek öğrencilerde ve daha fazla kardeşe sahip olanlarda sağlık düzeyini kötü/orta algılayanların oranı artmaktadır.

Türkiye'de ve Pakistan' da yapılan bir çalışmada kadınların erkeklere göre daha olumsuz sağlık algısına sahip oldukları belirlenmiştir<sup>15,17</sup>. Ancak bu çalışmada erkek çocuklarda öz bildirim dayalı sağlık düzeyine orta/kötü diyenler daha fazladır. Bu konuyla ilgili alanda yeterli çalışma olmadığı için cinsiyetin öz bildirim dayalı sağlık düzeyi üzerinde etkisini yorumlamak doğru olmayabilir. Erkek öğrencilerin kaza ve yaralanmalara kız öğrencilerden daha fazla maruz kalmaları nedeniyle farkın olduğu düşünülebilir.

Türkiye'de üniversite öğrencilerinin genel sağlık durumlarının bazı değişkenlere göre incelendiği çalışmada genel sağlık düzeyi puan ortalamaları ile kardeş sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır<sup>28</sup>. Kardeş sayısının artması ile öğrencilerin sosyal destek algılarının olumsuz etkilendiği<sup>23</sup>, suç işleme davranışlarıyla kardeş sayısının ilgili olabileceği<sup>26</sup>, kardeş sayısının dört ve üzerinde çıkmasının aileden kaynaklı yaşam doyumunu düşürdüğü<sup>24</sup>, kardeş sayıları fazla olan çocukların idrar kaçırma probleminin fazla olduğu<sup>25</sup> literatürde yer alan bazı bilgilerdir. Kişilik kuramcılarında Adler, kişilik özellikleri ile doğum sırası arasında ilişki olduğunu söylemektedir. Doğum sırasının çocuğun aile içerisindeki yeri hakkındaki algısını etkilediği ve bu nedenle en büyük (ilk çocuk), ortanca, en küçük (son çocuk) ve tek çocukların farklı kişilik eğilimleri geliştirdiklerini iddia etmiştir<sup>29</sup>. Bu nedenlerden dolayı öğrencilerin sağlık durumu incelenirken ve bu sağlık durumu ile aile arasında bağlantı araştırılırken kardeş sayısı ve kaçınıcı sıradaki çocuk olduğu önemli bir değişken olarak yer almalıdır.

Çalışmada ayrıca kronik hastalığı olanların, sürekli ilaç kullananların, son bir yıl içinde hastanede yatanların,

Tablo 3. Aile Bireylerinin Sağlık Özelliklerine Göre Öğrencilerin ÖzBildirime Dayalı Sağlık Düzeyinin Dağılımı

Aile Sağlık Özellikleri		Anne		Baba		Kardeş		Büyükanne/Büyükbaba									
		Mükemmel/İyi	Orta/Kötü	Mükemmel/İyi	Orta/Kötü	Mükemmel/İyi	Orta/Kötü	Mükemmel/İyi	Orta/Kötü								
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%						
Kronik hastalık	Var	67	68.4	31	31.6	63	72.4	24	27.6	24	85.7	4	14.3	130	71.8	51	28.2
	Yok	481	85.0	85	15.0	485	84.1	92	15.9	524	82.4	112	17.6	418	86.5	65	13.5
		$\chi^2=15.995$ p=.000		$\chi^2=7.106$ p=.008		$\chi^2=$ p=.803		$\chi^2=19.785$ p=.000									
Sürekli ilaç kullanma	Var	64	63.4	37	36.6	55	69.6	24	30.4	28	71.8	11	28.2	109	74.1	38	25.9
	Yok	484	86.0	79	14.0	493	84.3	92	15.7	520	83.2	105	16.8	439	84.9	78	15.1
		$\chi^2=30.342$ p=.000		$\chi^2=10.365$ p=.001		$\chi^2=3.312$ p=.069		$\chi^2=9.197$ p=.002									
Hastaneye yatma	Var	30	69.8	13	30.2	16	66.7	8	33.3	36	83.7	7	16.3	53	66.2	27	33.8
	Yok	518	83.4	103	16.6	532	83.1	108	16.9	512	82.4	109	17.6	495	84.8	89	15.2
		$\chi^2=5.194$ p=.023		$\chi^2=$ p=.051		$\chi^2=0.045$ p=.832		$\chi^2=16.721$ p=.000									
Ameliyat olma	Var	21	63.6	12	36.4	23	67.6	11	32.4	19	65.5	10	34.5	41	63.1	24	36.9
	Yok	527	83.5	104	16.5	525	83.3	105	16.7	529	83.3	106	16.7	507	84.6	92	15.4
		$\chi^2=8.598$ p=.003		$\chi^2=5.505$ p=.019		$\chi^2=6.088$ p=.014		$\chi^2=18.912$ p=.000									
Kaza geçirme	Var	20	80.0	5	20.0	43	78.2	12	21.8	43	72.9	16	27.1	14	73.7	5	26.3
	Yok	528	82.6	111	17.4	505	82.9	104	17.1	505	83.5	100	16.5	534	82.8	111	17.2
		$\chi^2=$ p=.787		$\chi^2=0.786$ p=.375		$\chi^2=4.181$ p=.041		$\chi^2=$ p=.352									
Bulaşıcı hastalık geçirme	Var	33	73.3	12	26.7	22	73.3	8	26.7	55	70.5	23	29.5	8	80.0	2	20.0
	Yok	515	83.2	104	16.8	526	83.0	108	17.0	493	84.1	93	15.9	540	82.6	114	17.4
		$\chi^2=2.832$ p=.092		$\chi^2=1.843$ p=.175		$\chi^2=8.853$ p=.003		$\chi^2=$ p=.689									

Tablo 3. Aile Bireylerinin Sağlık Özelliklerine Göre Öğrencilerin ÖzBildirime Dayalı Sağlık Düzeyinin Dağılımı (devamı)

Aile Sağlık Özellikleri		Anne				Baba				Kardeş				Büyükanne/Büyükbaba			
		Mükemmel/iyi		Orta/Kötü		Mükemmel/iyi		Orta/Kötü		Mükemmel/iyi		Orta/Kötü		Mükemmel/iyi		Orta/Kötü	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sürekli ağrısı olma	Var	48	58.5	34	41.5	20	51.3	19	48.7	8	57.1	6	42.9	44	68.8	20	31.2
	Yok	500	85.9	82	14.1	528	84.5	97	15.5	540	83.1	110	16.9	504	84.0	96	16.0
		$\chi^2=37.355$ p=.000				$\chi^2=28.061$ p=.000				$\chi^2=$ p=.022				$\chi^2=9.328$ p=.002			
Sigara kullanma	Var	54	77.1	16	22.9	278	79.7	71	20.3	32	80.0	8	20.0	18	58.1	13	41.9
	Yok	494	83.2	100	16.8	270	85.7	45	14.3	516	82.7	108	17.3	530	83.7	103	16.3
		$\chi^2=1.575$ p=.209				$\chi^2=4.214$ p=.040				$\chi^2=0.189$ p=.664				$\chi^2=13.500$ p=.000			
Uyku problemi yaşama	Var	33	60.0	22	40.0	22	64.7	12	35.3	29	72.5	11	27.5	13	76.5	4	23.5
	Yok	515	84.6	94	15.4	526	83.5	104	16.5	519	83.2	105	16.8	535	82.7	112	17.3
		$\chi^2=21.112$ p=.000				$\chi^2=7.896$ p=.005				$\chi^2=2.970$ p=.085				$\chi^2=$ p=.516			
Sürekli öfkeli olma	Var	13	50.0	13	50.0	35	60.3	23	39.7	22	68.8	10	31.2	2	33.3	4	66.7
	Yok	535	83.9	103	16.1	513	84.7	93	15.3	526	83.2	106	16.8	546	83.0	112	17.0
		$\chi^2=$ p=.000				$\chi^2=21.695$ p=.000				$\chi^2=4.428$ p=.035				$\chi^2=$ p=.010			
Spor yapma	Var	103	82.4	22	17.6	115	83.9	22	16.1	143	79.9	36	20.1	11	84.6	2	15.4
	Yok	445	82.6	94	17.4	433	82.2	94	17.8	405	83.5	80	16.5	537	82.5	114	17.5
		$\chi^2=0.002$ p=.966				$\chi^2=0.239$ p=.625				$\chi^2=1.186$ p=.276				$\chi^2=$ p=1000			
Aşırı kilolu olma	Var	24	68.6	11	31.4	18	62.1	11	37.9	12	60.0	8	40.0	34	63.0	20	37.0
	Yok	524	83.3	105	16.7	530	83.5	105	16.5	536	83.2	108	16.8	514	84.3	96	15.7
		$\chi^2=4.993$ p=.025				$\chi^2=8.805$ p=.003				$\chi^2=$ p=.014				$\chi^2=15.609$ p=.000			



son bir yıl içinde ameliyat olanların, kaza geçirenlerin, sağlık sorunu bulunanların bulunmayanlara göre öz bildirim dayalı sağlık düzeyi daha olumsuz bulunmuştur (Tablo 1). Literatürde de hastalıkların kötü öz bildirim dayalı sağlık düzeyi ile ilişkili olduğunu saptamıştır<sup>30,31</sup>. Ayrıca Türkiye’de yapılan bir çalışmada da sağlık sorunlarının öz bildirim dayalı sağlık düzeyini olumsuz etkilediğisaptanmıştır<sup>4</sup>. Bu bulgu subjektif bir değerlendirme olan öz bildirim dayalı sağlık düzeyinin objektif sağlık düzeyi hakkında da bilgi veren önemli bir değerlendirme aracı olduğunu göstermesi bakımından da önemlidir.

Çalışmada; okulu az/hiç sevmeyenler ile okul başarısı orta/kötü olanların öz bildirim dayalı sağlık düzeyi diğer gruplara kıyasla daha olumsuz bulunmuştur. Bu çalışma ile Kanada’da yapılan çalışmadaki sonuçlar benzer özelliktedir. Okuldan hoşlanmıyorum diyen öğrenciler ile öz bildirim dayalı sağlık düzeyine kötü diyen öğrenciler arasında anlamlı ilişki bulunmuştur<sup>12</sup>. Okul başarısı olumlu yönde arttıkça öz bildirim dayalı sağlık düzeyine orta/kötü diyenler azalmaktadır. Bu bulgulardan yola çıkarak bir neden sonuç ilişkisi kurulması olanaklı değildir. Öğrenciler okulu sevdikleri ve başarıları yüksek olduğu için mi sağlıklı hissedyolar ya da sağlıklı oldukları için mi okul iletişimleri ve akademik başarıları yüksek bunun söylenmesi olası değildir. Ancak bu çalışma ve literatür göz önünde bulundurulursa sağlık ve akademik başarı arasında oldukça kuvvetli bir ilişki olduğu söylenebilir<sup>28,32,33</sup>. Ayrıca okulda sunulan sağlık hizmetlerinin akademik performans üzerinde etkisini değerlendiren çalışmalarda bu hizmetlerin devamsızlık, okula geç kalma durumu ve okuldaki disiplin sorunlarını azalttığı; mezun olan öğrenci sayısı ile akademik not ortalamasını artırdığı sonuçlarına ulaşılmıştır<sup>34</sup>. Okul hemşiresinin amaçlarından biri öğrencilerin akademik performansını artırmaktır. Bu nedenle okul sağlığı hemşiresi öğrenci ve okul arasındaki iletişimi geliştirmek, öğrencilerin okul başarısının artmasına yönelik (sınıftaki öğrenci sayısının azaltılması, görme, işitme sorunu olanların belirlenerek tedavilerinin sağlanması vb.) girişimlerde bulunmak; belediyeler, okul idaresi ile işbirliği içinde olarak okuldaki sosyal imkanları (park yapılması, futbol, basketbol sahası vb.) artırmak gibi uygulamalarla öğrencilerin okula karşı tutumlarını etkilemenin yanı sıra okullarda verilecek eğitim ve sağlık hizmetleriyle öğrencilerin sağlıklı yaşam alışkanlıkları edinmelerini sağlamak onların hem akademik başarılarını<sup>35,36</sup> hem de öz bildirim dayalı sağlık düzeyini olumlu yönde değiştirebilir.

Bu çalışmada algılanan ekonomik durumunu orta/kötü algılayanlar ve geniş aile yapısına sahip olan öğrencilerin sağlık algıları diğer gruplara göre daha olumsuz özellikte bulunmuştur. Anne ve babanın eğitim durumu ile sağlık algısı arasında ilişki bu çalışmada kurulmamıştır. Dünyada ve Türkiye’de yapılan çalışmalarda öz bildirim dayalı sağlık düzeyi ile sosyoekonomik durumun ilişkili olduğunu saptanmıştır<sup>16,17,37-41</sup>. Yapılan çalışmalarda sosyoekonomik düzeyi düşük olan öğrencilerde daha yüksek oranda depresif belirti gözlendiği bil-dirilmektedir<sup>42,43</sup>. Bir çalışmada algılanan ekonomik durumun sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde belirleyici olduğu saptanmıştır<sup>44</sup>. Başka bir çalışmada sosyoekonomik düzeyin aile sağlığı ve

akademik başarıda etkili olduğu bulunmuştur<sup>45</sup>. Çalışmada anne/baba eğitim durumu ile öz bildirim dayalı sağlık düzeyi arasında ilişki bulunamamasına rağmen yapılan bazı çalışmalarda eğitim durumu ile öz bildirim dayalı sağlık düzeyi arasındaki ilişki açısından farklı sonuçlar elde edilmiş ve eğitim durumu ile öz bildirim dayalı sağlık düzeyi arasında pozitif ilişki saptanmıştır<sup>16, 17, 37, 40, 41, 46</sup>. Eğitim seviyesi yükseldikçe yaşam tarzında ve ekonomik durumda farklılaşmalar olabilmekte bu duruma bağlı olarak da yaşam kalitesi yükselmekte, dolayısıyla da öz bildirim dayalı sağlık düzeyi yükselmektedir.

Ailenin sağlık özellikleri ile öğrencinin öz bildirim dayalı sağlık düzeyi arasındaki ilişki incelendiği zaman anne, baba, kardeş ve büyükanne/büyükbabanın çeşitli sağlık özelliklerine göre öğrencilerin öz bildirim dayalı sağlık düzeylerinin farklılaştığı belirlenmiştir. Annenin; doktor tarafından tanısı konulmuş kronik hastalığının olması, sürekli ilaç kullanması, son bir yıl içinde hastaneye yatmış olması, son bir yıl içinde ameliyat olması, sürekli ağrısı olması, uyku problemi yaşaması, sürekli öfkeli olması ve aşırı kilolu olması çocuğun öz bildirim dayalı sağlık düzeyini etkilemektedir (Tablo 3). Literatürde annenin çeşitli özelliklerinin çocuğun sağlığı ya da sosyal özelliklerini etkilediği ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır. Davranış bozukluğu olan çocukların, annelerinde antisosyal davranış, histrionik davranış ve uyum bozukluğu sorunlarının daha yaygın olduğu bilinmektedir<sup>47</sup>. Türkiye’de yapılan bir çalışmada da sosyal alanda hiperaktif çocukların annelerinde daha fazla sosyal yeti yitimi olduğu saptanmıştır<sup>48</sup>. Annenin sağlık sorunları çocuğun sağlık algısını farklı nedenlerden dolayı etkilemiş olabilir. Annenin sağlık sorunu çocuklarına ayırdığı süre ve süreyi etkin kullanmayı olumsuz etkileyebilir. Özellikle hastanede yatma ya da sürekli olarak bazı semptomlara sahip olması bu ikili ilişkinin sağlıksız gelişmesine neden olabilir. Annenin sağlık sorunu yaşaması çocuğun bakımı ile ilgili ihmalleri de ortaya çıkarabilir. Bu durum hem çocuğun gelişim sorunlarına hem de baş etme mekanizmalarının yeterince gelişmemesi ile de sonuçlanabilir.

Babanın; doktor tarafından tanısı konulmuş kronik hastalığının olması, sürekli ilaç kullanması, son bir yıl içinde ameliyat olması, sürekli ağrısı olması, sigara kullanması, uyku problemi yaşaması, sürekli öfkeli olması ve aşırı kilolu olması çocuğun öz bildirim dayalı sağlık düzeyini etkilemektedir (Tablo 3). Literatürde de az sayıda olmakla birlikte baba ile çocuk sağlığı arasında ilişki kurulmuştur. Baba yoksunu olarak yaşayan çocukların kaygılarının, anne-babasıyla yaşayan çocukların kaygılarından yüksek olduğu bilinmektedir<sup>49</sup>. Babasıyla iyi ilişkisi olan çocukların psikolojik olarak daha uyumlu çocuklar olduğu<sup>50</sup>, babadaki depresyonun ise erkek çocuklarda sinirlilik, kontrol sorunlarına yol açabildiği belirtilmektedir<sup>51</sup>.

Kardeşin; son bir yıl içinde ameliyat olması, kaza geçirme durumu olması, bulaşıcı hastalık geçirmiş olması, sürekli ağrısı olması, sürekli öfkeli olması ve aşırı kilolu olması çocuğun öz bildirim dayalı sağlık düzeyini etkilemektedir (Tablo 3). Yapılan bir çalışmada hasta çocuğu olan ailelerde ebeveynler hasta çocuk ile ilgilendiği için diğer çocuklarda yalnızlık, üzüntü ve anne-babaya ulaşmada

güçlük çekme gibi duyguların yaşandığı vurgulanmaktadır. Ebeveynlerin sağlıklı çocuklardan beklentileri artmakta, anne-babanın sağlıklı çocuklara karşı toleransı azalmaktadır. Bütün bu durumların sağlıklı kardeşlerde olumsuz davranışlara neden olabileceği belirtilmektedir<sup>52</sup>. Kardeşler hastalık durumuna duyarlıdır ve hasta çocukla benzer stres yaşarlar. Bundan dolayı hastalık durumuna karşı bunalmı, öfke, üzüntü, suçluluk duygusu ve sosyal izolasyon yaşayabilirler. Çalışmada da bundan dolayı öğrencilerin kardeşlerinde bulunan bazı sağlık sorunları nedeniyle öz bildirim dayalı sağlık düzeyleri olumsuz etkilenmiş olabilir. Büyükanne veya büyükbabanın; doktor tarafından tanısı konulmuş kronik hastalığının olması, sürekli ilaç kullanması, son bir yıl içinde hastaneye yatmış olması, son bir yıl içinde ameliyat olması, sürekli ağrısı olması, sigara kullanması, sürekli öfkeli olması ve aşırı kilolu olması öğrencinin öz bildirim dayalı sağlık düzeyini etkilemektedir (Tablo 3). Sağlığı bozulmuş ileri yaşta yaşlıların bakımı aile içinde “manevi yük” olarak kavramsallaştırılan sorunu ortaya çıkarabilir. Yaşlıların bakımıyla ilgilenen ailenin yetişkin üyelerinin iş, eş ve çocuklarıyla iletişimi bozulabilir, birey ailesi ile baktığı yaşlı arasında sıkışıp kalabilir<sup>53</sup>. Aile büyükleri, ebeveyn ve çocukların bir arada zaman geçirmesi “kuşaklararası iletişim” için mutlaka sağlanması gereken ortamlardır. Ancak aile sağlık özellikleri ile ilgili sonuçlar bize göstermektedir ki aile üyelerinin sağlık sorunları çocuğu yakından etkilemekte ve kendi sağlık algısının kötüleşmesine neden olmaktadır. Bu nedenle ailelerin çocukları yaşanan sağlık sorunlarının yüklerinden koruması önemlidir. Oldukça büyük bir ergen grupta (n=32560) yapılan bir çalışma sonucunda da öz bildirim dayalı sağlık düzeyindeki sosyal eşitsizlikler ailelerin öznel ve nesnel refah düzeyleri ile güçlü bir bağlantı göstermiştir<sup>54</sup>.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuç olarak öğrencinin sosyo demografik, okul, kendi ve ailesinin bazı sağlık özelliklerinin öz bildirim dayalı sağlık algısını etkilediği bulunmuştur. Erkek öğrencilerin, kardeş sayısı fazla olanların, sağlık sorunu bulunanların, okulla ilişkisi olumsuz olanların, okul başarısı düşük olanların, ekonomik durumunu kötü algılayanların, geniş ailede yaşayan ve aile bireylerinde sağlık sorunu yaşayan öğrencilerin orta/kötü sağlık düzeyi için risk grubu olarak değerlendirmeleri bu araştırmanın en temel sonucudur.

Bu çalışmanın sonuçlarına yönelik olarak okul hemşireliği uygulamalarında aşağıdaki özellikler yönünden kullanılabilir: Okul hemşireleri öğrencilerin sağlık durumunu değerlendirirken, öğrencilerin öz bildirim dayalı sağlık düzeyini kullanması ve öğrenci sağlığını değerlendiren formlarda ailenin sağlık özelliklerinin de yer almasını sağlamalıdır. Yukarıda tanımlanan risk grubundaki öğrencileri daha sık takip etmeli, bu öğrencilere sağlanan sosyal olanakların artırılmalı, ev ziyaretleri yapılmalı, öğrenci ve okul arasındaki ilişkiyi güçlendirecek faaliyetler düzenlenmeli ve yoksul ailelere özel müdahaleler geliştirmelidir.

Okul sağlığı hemşiresi aileyi bir bütün olarak ele almalı; aileyi daha sık takip etmeli, ailede bulunan sağlık sorununun

tanımlanması ve tedavisini sağlamalı, aileyi riskli davranışlardan uzak tutmalıdır. Öğrencinin sağlığının geliştirilmesi ile ailenin sağlık düzeyi arasında bir ilişki olduğunu uygulamaları sırasında hep göz önünde bulundurulmalıdır.

**Etik Kurul Onayı:** Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan (2014/85) alınmıştır.

**Çıkar Çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Katılımcı Onamı:** Öğrencilerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

**Yazar katkıları:**

Araştırma dizaynı: EA, DKT

Veri Toplama: EA, DKT

Makale Yazımı: EA, DKT

**Teşekkür**

Çalışmaya katılan bütün öğrencilere teşekkür ederiz.

**Ethics Committee Approval:** Approval was obtained from Non-interventional Clinical Research Ethics Committee of Health Sciences Faculty of Selçuk University.

**Conflict of Interest:** Not reported.

**Funding:** None.

**Exhibitor Consent:** Informed consent was obtained from students.

**Author contributions:**

Study design: EA, DKT

Data collection: EA, DKT

Drafting manuscript: EA, DKT

**Acknowledgement:** We would like to thank all the students.

## KAYNAKLAR

1. Velioglu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu, İstanbul. 1999:78-92.
2. Bolsoy N, Sevil Ü. Sağlık hastalık ve kültür etkileşimi. Atatürk Üniversitesi HYO Dergisi. 2006;9(3):78-87.
3. Birol L. Hemşirelik süreci. İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık; 2004.
4. Erengin H, Dedeoğlu N. Sağlığı ölçmenin kolay bir yolu algılanan sağlık. Toplum ve Hekim Dergisi. 1997;12(77):11-6.
5. Ayrancı Ü. Eskisehir'de yaşlıların sosyoekonomik özellikleri ve sağlık durumları. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2005;14(5):113.
6. Gönülal A. Yaşlıların sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen etmenlerin incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2005.
7. Üstün B, Bahar Z, Partlak N, Akgün E, Öztürk M. Bakımevinde yaşayan yaşlılarda depresyon ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Sağlık Eğitim Araştırma Dergisi. 2005;1(1):26-33.
8. Pender N, Barkauskas V, Hayman L, Rice V, Anderson E. Health promotion and disease prevention: Toward

- excellence in nursing practise and education. Nursing Outlook. 1992;40(3):106-12.
9. Bottorff JL, Johnson JL, Ratner PA, Hayduk LA. The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance. Nursing research. 1996;45(1):30-6.
  10. Hack M, Schluchter M, Forrest CB, Taylor HG, Drotar D, Holmbeck G, et al. Self-reported adolescent health status of extremely low birth weight children born 1992-1995. Pediatrics. 2012;130(1):46-53.
  11. Jeannin A, Narring F, Tschumper A, Bonivento LI, Addor V, Butikofer A, et al. Self-reported health needs and use of primary health care services by adolescents enrolled in post-mandatory schools or vocational training programmes in Switzerland. Swiss Med Wkly. 2005;135(1-2):11-8.
  12. Riley A. Evidence that school-age children can self-report on their health. Ambulatory Pediatrics 2004;4:371-76.
  13. Van Dijk A, McGrath P, Pickett W, Van Den Kherkof E. Pain and self-reported health in Canadian children. Pain Res Manage. 2008;13(5):407-11.
  14. Şenol Y, Belek İ. Antalya'nın iki mahallesinde bir araştırma: Sağlıkta eşitsizlik ve iki yıllık değişim sonuçları. Sağlık ve Toplum Dergisi. 2002;12(3):32-9.
  15. Özcebe H. Ankara Gülveren sağlık ocağı bölgesi Anadolu mahallesinde 65 yaş ve üzeri nüfusun sağlık hizmeti kullanımının değerlendirilmesi. Geriatri. 2003;6(1):22-6.
  16. Vissandjee B, Desmeules M, Cao Z, Abdool S. Integrating socio-economic determinants of Canadian women's health. BMC Women's Health. 2004;4(1):34-3.
  17. Ahmad K, Jafar TH, Chaturvedi N. Self-rated health in Pakistan: results of a national health survey. BMC Public Health. 2005;5:51.
  18. Al-Windi A. The relations between symptoms, somatic and psychiatric conditions, life satisfaction and perceived health. A primary care based study. Health and quality of life outcomes. 2005;3:28.
  19. Erci B, Kılıç D, Aylaz R, Tanrıverdi G, Aydın İ, Güngörmüş Z, et al. Halk Sağlığı Hemşireliği. Erci B, editor. Sözkese Matbaası, Ankara. 2014.
  20. Tschumper A, Bütikofer A, Alsaker F, Inderwildi B. Self-reported health needs and use of primary health care services by adolescents enrolled in post-mandatory schools or vocational training programmes in Switzerland. Swiss Medical Weekly. 2005;135:11-8.
  21. Lemeshow S, Hosmer D, Klar J, Iwanga S. Under the title adequacy of sample size in health studies by World Health Organization. Ankara: Hacettepe Taş. 2000.
  22. Kucuk EE. Psychological resilience and health perception among adolescents and related factors. Medicine. 2017;6(3):504-9.
  23. Yılmaz E, Yılmaz E, Karaca F. Üniversite öğrencilerinin sosyal destek ve yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. Genel Tıp Dergisi. 2008;18(2):71-9.
  24. Çivitçi A. İlköğretim öğrencilerinde yaşam doyumu bazı kişisel ve ailesel özelliklerin rolü. Eğitim Fakültesi Dergisi. 2009;22(1):29-52.
  25. Penbegül N, Celik H, Palanci Y, Yildirim K, Atar M, Hatipoglu NK. Prevalence of enuresis nocturna among primary school children living in Diyarbakır. Türk Üroloji Dergisi/Turkish Journal of Urology. 2013;39(2):101-5.
  26. Topses M. Eğitim düzeyi ve kardeş sayısının suç davranışıyla ilişkisi: Çanakkale E tipi kapalı ceza infaz kurumu örneği. International Journal of Social Science. 2013;6(3):701-13.
  27. Ahmed SM, Rana AK, Chowdhury M, Bhuiya A. Measuring perceived health outcomes in non-western culture: does SF-36 have a place? Journal of health, population, and nutrition. 2002;20(4):334-42.
  28. Bingöl G, Gebeş R, Yavuz R. Amasya Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin genel sağlık durumlarının bazı değişkenlere göre incelenmesi. Göztepe Tıp Dergisi. 2012;27(3):106-11.
  29. Yanbastı G. Kişilik kuramları ders kitabı, 2. baskı. İzmir: Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları; 1996.
  30. Manderbacka K, Lahelma F, Martikainen P. Examining the continuity of self-rated health. International Journal Of Epidemiology. 1998;27:208-13.
  31. Goldberg P, Gueguen A, Schmaus A, Nakache JP, Goldberg M. Longitudinal study of associations between perceived health status and self reported diseases in the French Gazel cohort. Journal of Epidemiology and Community Health. 2001;55(4):233-8.
  32. Mickey T, Trockel'in M, Michael D, Barnes P, Dennis L. Health-related variables and academic performance among first-year college students: implications for sleep and other behaviors. Journal of American College Health. 2000;49(3):125-31.
  33. Dwyer T, Sallis J, Blizzard L, Lazarus R, Dean K. Relation of academic performance to physical activity and fitness in children. Pediatric Exercise Science. 2001(13):225-37.
  34. Geierstanger S, Amaral G, Mansour M, Walters S. School based health centers and academic performance: Research, challenges, and recommendations. Journal of School Health. 2004;74(9):347-52.
  35. Kesgin MT. Çocukların Sigaranın Zararlarından Korunması: Halk Sağlığı Hemşiresi ve Öncelikli Sorumluluklar. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2012;19(1):90-6.
  36. Erdil Z. Sosyoekonomik olarak risk altında bulunan çocuklara yönelik erken müdahale programları ve akademik başarı ilişkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2010;17(1):72-8.
  37. Yen I, Kaplan G. Poverty area residence and changes in depression and perceived health status: Evidence from the Alamada country. International Journal of Epidemiology. 1999;28(1):90-4.

38. Sturm R, Carole R. Relations of income inequality and family income to chronic medical conditions and mental health disorders. *National Survey In USA, BMJ*. 2002;24(5):20-3.
39. Iancu I, Horesh N, Lepkifker E, Drory Y. An epidemiological study of depressive symptomatology among Israeli adults: prevalence of depressive symptoms and demographic risk factors. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*. 2003;40(2):82-9.
40. Belek İ. Sağlıkta eşitsizliklerin değişimi Antalya'da beş yıllık bir araştırma. *Toplum ve Hekim Dergisi*. 2004;19(2):92-100.
41. Szafarski M, Cubbins L. Self-reported health in Poland and the United States: a comparative analysis of demographic, family and socioeconomic influences, health: An interdisciplinary journal for the social study of health. *Illness and Medicine*. 2004;8(1):5-31.
42. Özdel L, Bostancı M, Özdel O. Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002;3(3):155-61.
43. Demirüstü C, Binboğa D, Öner S. Üniversite öğrencilerinin genel sağlık anketi skorları ve stresle baş etme yöntemleri arasındaki ilişki. *Türkiye Klinikleri Dergisi*. 2009;29(2):70-6.
44. Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2009;2(4):145-54.
45. Barr AB. Family socioeconomic status, family health, and changes in students' math achievement across high school: A mediational model. *Soc Sci Med*. 2015;140:27-34.
46. Şahin B. Algılanan sağlık statüsünün ölçümü yoluyla tıbbi müdahalelerin değerlendirilmesi: Bypass ameliyatı olan koroner arter hastaları üzerine bir araştırma. *Toplum ve Hekim Dergisi*. 1997;12(82):14-23.
47. Lahey B, Russo M, Walker J. Personality characteristics of the mothers of children with disruptive behavior disorders. *Consult Clin Psychol*. 1989(57):512-5.
48. Toros F, Tot Ş, Bozlu M, Okyay Y, Çamdeviren H. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve primer enürezis nokturnal çocukların annelerindeki psikiyatrik belirtiler ve yetiyitimi. *Klinik Psikiyatri*. 2003(6):135-40.
49. Özdal F, Aral N. Baba yoksunu olan ve anne-babası ile yaşayan çocukların kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Gazi Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi*. 2005;6(2):255-67.
50. Flouri E, Buchanan A. What predicts fathers' involvement with their children? A prospective study of intact families. *British Journal of Developmental Psychology*. 2003;21(1):81-97.
51. Karabekiroğlu K, Rodopman Arman A, Berkem M. Erken çocukluk dönemi psikiyatrik sorunları ile ebeveyn depresyonu arasındaki ilişki: cinsiyetin rolü. *Çocuk ve Gençlik ruh sağlığı dergisi*. 2008;15(2):75-86.
52. Zeltzer L, Dolgin M, Sahler O. Sibling adaptation to childhood cancer collaborative study: health outcomes of siblings of children with cancer. *Med Pediatr Oncol*. 1996(27):98-107.
53. Baran A, Kalıncara V, Aral N, Akın G, Baran G, Özkan Y. Yaşlı ve aile ilişkileri. Ankara: T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü, Genel Yayın No:127; 2005.
54. Torsheim T, Nygren JM, Rasmussen M, Arnarsson AM, Bendtsen P, Schnohr CW ve ark. Social inequalities in self-rated health: A comparative cross-national study among 32,560 Nordic adolescents. *Scandinavian journal of public health*. 2018;46(1):150-6

## Araştırma makalesi

## Research article

# Hemşirelik Öğrencilerinin Araştırma Yapma ve Sonuçlarının Kullanımında Karşılaştığı Engeller



Merve ÇAĞLAR<sup>1</sup>, Beyza SARAY<sup>2</sup>, Didem ŞENGÜL<sup>3</sup>

## ÖZ

**Amaç:** Bu çalışma hemşirelik öğrencilerinin araştırma yapma ve sonuçlarının kullanımında karşılaştığı engellerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışma tanımlayıcı tiptedir. Çalışmanın evrenini Mart-Mayıs 2019 tarihleri arasında bir üniversitenin hemşirelik bölümündeki 348 öğrenci, örneklemini ise 241 öğrenci oluşturmuştur. Çalışma verileri tanıtıcı formu ve Bilimsel Araştırmaya Yönelik Tutum Ölçeği ile toplanmıştır.

**Bulgular:** Öğrencilerin yaş ortalaması 20,97±1,51 olup, %78,0'i kızdır. Herhangi bir bilimsel araştırmaya katılmayan öğrencilerin oranı %90,9'dır. Yalnızca %21,6'sının bilimsel bir yayın okuduğu ve %29,9'unun hemşirelikte süreli yayınları takip ettiği saptanmıştır. Öğrencilerde Araştırmalara Yönelik Olumsuz Tutum alt boyut puanı 18,71 ± 4,98, Araştırmalara Yönelik Olumlu Tutum alt boyut puanı 23,50 ± 5,81 bulunmuştur. Öğrencilerden veri kaynaklarına ulaşma hakkında bilgi sahibi olmayanlarda araştırmaya ilişkin olumsuz tutumun (p<0,05); hemşirelikte süreli yayın takip edenlerde ise araştırmalara yönelik olumlu tutumun anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (p<0,05).

**Sonuç:** Bu çalışmanın sonucuna göre öğrencilerin araştırmaya ilişkin yeterli bilgi sahibi olmadığı ve veri kaynaklarına ulaşmayı bilmeyen, hemşirelik bölümünü isteği dışında tercih eden öğrencilerde araştırmaya yönelik olumsuz tutum bulunduğu saptanmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Araştırma, farkındalık, hemşirelik, öğrenci

## ABSTRACT

### Barriers Encountered by Nursing Students in Research and Use of Results

**Aim:** This study was conducted to determine the obstacles experienced by nursing students in research and use of results.

**Material and Methods:** This study was descriptive type. The universe of the study consisted of 348 nursing students studying in the nursing department of a university between March and May 2019, and the sample consisted of 241 nursing students. The data were collected with an introductory information questionnaire and the Attitude Scale Towards Scientific Research.

**Results:** The mean age of students was 20.97 ± 1.51 and 78.0% were women. The percentage of students who didn't take part in research was 90.9%. Only 21.6% of the students read a scientific publication, and 29.9% followed periodicals in nursing. The "Negative Attitude towards Research" subscale score was found to be 18.71 ± 4.98, and the "Positive Attitude towards Research" subscale scores were found to be 23.50 ± 5.81. It was determined that negative attitude towards research was significantly higher in students who didn't know to access data sources (p <0.05), and positive attitude towards research was significantly higher in students who followed periodicals in nursing (p <0.05).

**Conclusion:** According to the study results, it was found that the nursing students did not have sufficient information about the research and the students who did not know how to access the data sources and preferred the nursing department without willingness had negative attitudes towards the research.

**Keywords:** Awareness, nursing, research, student

<sup>1</sup> Doktora Öğrencisi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul, Türkiye, E-mail: mervecaclar90@hotmail.com, Tel: 0228 214 12 87, ORCID: 0000-0003-2626-4170

<sup>2</sup> Öğrenci, Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Bilecik, Türkiye, E-mail: beyza818199@gmail.com, Tel: 0534 035 0432, ORCID: 0000-0001-7374-8114

<sup>3</sup> Öğrenci, Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Bilecik, Türkiye, E-mail: dido\_sengul@hotmail.com, Tel: 0507 626 1546, ORCID: 0000-0002-4560-8306

Geliş Tarihi: 9 Temmuz 2019, Kabul Tarihi: 24 Aralık 2019

**Atıf/Citation:** Çağlar M, Saray B, Şengül D. Hemşirelik Öğrencilerinin Araştırma Yapma ve Sonuçlarının Kullanımında Karşılaştığı Engeller. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(1): 41-47. DOI: 10.31125/hunhemsire.715057

## GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinde yaşanan hızlı değişimler, teknolojinin getirdiği yenilikler, kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarındaki artış, hemşirelikte yenilikçi yaklaşımların daha yaygın kullanılması gibi birçok gelişme hemşirelik mesleğinin çağdaşlaşmasına katkı sağlamıştır. Çağdaş hemşirelik mesleğinin temelini ise bilimsel araştırmalarla elde edilen bilimsel bilgi birikimi oluşturmaktadır<sup>1-4</sup>. Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN- International Council of Nurses) (2007), profesyonel hemşirelik bakımının araştırmaya dayalı uygulamalara dayanması gerektiğine, sürekli araştırmaya ihtiyaç duyulduğuna, hemşirelere ve öğrencilere çalışmalarını eleştirel bir bakış açısıyla nasıl değerlendireceklerini öğretmek gerektiğine inanmaktadır<sup>5</sup>. Hemşirelik mesleğinin gelişimi, sağlık bakım kalitesinin, mesleki otonominin, hemşireliğin çağa uygun hale getirilebilmesinin, bilimsel bilgi birikiminin ve araştırmaya dayalı bakım uygulamalarının gelişimini ve eleştirel düşünceyi gerekli kılmaktadır. Bu nedenle lisans düzeyinden itibaren araştırmacı tutum ve davranışlarına sahip hemşirelerin yetiştirilmesi gereklidir<sup>6,7</sup>. Türkiye’de hemşirelikte araştırma konusuna ilişkin öğretim lisans ve lisansüstü eğitim süresince verilmektedir. Lisans eğitimi düzeyinde literatür tarama, problem belirleme, hemşirelikte araştırma ve biyoistatistik yöntemlerine giriş gibi araştırmanın başlangıç konuları ele alınmakta olup, bir araştırmanın yürütülmesi ve yayına dönüştürülmesi ise genellikle lisansüstü eğitim düzeyinde mümkün olmaktadır. Hemşirelik araştırmalarının paylaşıldığı kongre ve sempozyumlara çoğunlukla akademisyen ve çalışan hemşireler katılım sağlamaktadır. Karadaş ve Özdemir’in<sup>3</sup> hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin %73,3’ünün herhangi bir bilimsel faaliyete katılmadığı, hiçbir öğrencinin İngilizce yayın takip etmediği ve yalnızca %23’ünün Türkçe yayın takip ettiği belirlenmiştir. Bu çalışmada öğrencilerin, kaynağa ulaşamama ve dil engeli nedenleri ile makale takip etmediklerini saptanmıştır. Gerçek ve ark.’nın<sup>8</sup> çalışmasında da hemşirelik öğrencilerinin araştırma yapmaya yönelik yeterli bilgi sahibi olmadığı ve araştırma dersleri ve kurslarıyla desteklenmeleri gerektiği belirtilmiştir. Ross ve Burrel’in<sup>9</sup> yaptığı derlemede ise hemşirelik öğrencilerinin araştırma yapmaya yönelik tutumlarının genellikle olumlu olduğu ve hemşirelikte araştırma yapmanın profesyonelliğin bir parçası olduğunu düşündükleri belirlenmiştir.

Son yıllarda hemşirelik lisans eğitiminde araştırma derslerinin yaygınlaştırılması, öğrenci kongrelerinin artması gibi etkilerle öğrencilerin araştırma yapmaya ve sonuçlarını kullanmaya yönelik farkındalıkları artış göstermiştir<sup>6,10</sup>. Ancak, yine de öğrencilerin çoğunluğunun araştırma konusunda kaygı düzeylerinin yüksek olduğu ve araştırma yapmaya olumsuz baktıkları belirlenmiştir<sup>11,12</sup>. Bu nedenle hemşirelik öğrencilerinin bilimsel araştırmaya yönelik tutumlarını incelemek, öğrencilerin araştırma yapma ve sonuçlarını kullanmaya yönelik karşılaştıkları engellerin belirlenmesi, öğrencilerin kaygı düzeylerinin azaltılması ve araştırma yapmaya yönlendirilmesi için önemlidir<sup>13</sup>. Araştırma yapma ve sonuçlarının kullanımında karşılaşılan

engellerin ortadan kaldırılması; lisans düzeyi itibari ile sağlık bakım kalitesinin artırılmasına, kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının yaygınlaştırılmasına ve hemşirelik mesleğinin gelişimine katkı sağlayacaktır. Bu çalışmanın amacı hemşirelik öğrencilerinin araştırma yapma ve sonuçlarının kullanımında karşılaştığı engellerin belirlenmesidir.

## YÖNTEM

Araştırma tanımlayıcı tiptedir. Araştırma evrenini 2018-2019 Bahar yarıyılında Mart-Mayıs ayları arasında Marmara Bölgesindeki bir üniversite bünyesinde yer alan Sağlık Yüksekokulu’nun Hemşirelik Bölümü’nde eğitim gören 348 öğrenci (109 birinci sınıf öğrencisi, 96 ikinci sınıf öğrencisi, 85 üçüncü sınıf öğrencisi, 58 dördüncü sınıf öğrencisi) oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise, güç analizi 3.1.7. versiyonu kullanılarak %95 güven aralığında, %5 hata payı, 0.5 etki büyüklüğü ve %80 güç ile 270 öğrenci olarak belirlenmiş ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve Türkçe bilen 241 öğrenci dahil edilmiştir. Çalışmanın elde edildiği eğitim kurumunda hemşirelik öğrencilerinin ikinci sınıf ders müfredatlarında biyoistatistik ve araştırma yöntemleri dersi bulunmaktadır. Dolayısıyla iki, üç ve dördüncü sınıf öğrencileri araştırma konusunda eğitim almışken, birinci sınıf öğrencilerinin ise hemşirelikte araştırmaya yönelik bilgisi bulunmamaktadır.

Çalışma verileri literatür doğrultusunda<sup>11,14,15</sup> araştırmacılar tarafından hazırlanan tanımlayıcı (demografik ve eğitime ilişkin 14 soru ve bilimsel araştırma yapma ve katılmaya ilişkin 6 soru) verileri içeren 20 soruluk anket formu ve Bilimsel Araştırmaya Yönelik Tutum Ölçeği (BAYTÖ) ile toplanmıştır. Veriler tüm sınıflardan farklı günlerde, öğrencilerin yoğun olarak bulunduğu derslerin bitiş saatine yakın sürelerde toplanmıştır. Çalışma uygulanmadan önce öğrencilere araştırma hakkında bilgi verilip, bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu onaylamaları istenmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilere anketler dağıtılıp, doldurmaları için 15 dakika süre verilmiştir.

### Bilimsel Araştırmaya Yönelik Tutum Ölçeği (BAYTÖ):

Bilimsel araştırmaya yönelik tutum ölçeği Korkmaz ve ark.’ları<sup>15</sup> tarafından lisans eğitimi gören öğretmen adaylarının bilimsel araştırmalara yönelik tutumlarını belirlemek üzere geliştirilmiştir. Geçerlik ve güvenilirlik analizleri sonucunda 30 maddeden oluşan, beş’li likert tipinde, dört faktörlü bir ölçek elde edilmiştir. Faktörlerde yer alan maddelerin her biri; hiç katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Kararsızım (3), Katılıyorum (4), Tamamen Katılıyorum (5) şeklinde derecelendirilmiştir. Öğrencilerin, beş’li likert tipi ölçeğe verdikleri cevaplara karşılık olarak elde edilen puanların yükselmesi birinci (Araştırmacılara Yardımcı Olmaya isteksizlik) ve ikinci (Araştırmalara Yönelik Olumsuz Tutum) faktörler için olumsuz tutumun arttığını, üçüncü (Araştırmalara Yönelik Olumlu Tutum) ve dördüncü (Araştırmacılara Yönelik Olumlu Tutum) faktörlerde ise olumlu tutumun arttığını göstermektedir. İlk iki faktör ile son iki faktör ters orantılıdır. Birinci ve ikinci faktörde yer alan maddelerin tamamı olumsuz ifadelerdir. Üçüncü ve dördüncü faktörlerde yer alan ifadeler ise olumludur.

Dolayısıyla ilk iki faktörden elde edilen yüksek puanlar olumsuzluğu, üçüncü ve dördüncü faktörlerdeki yüksek puanlar ise olumluluğu ifade etmektedir. Bu ters orantıdan dolayı ölçeğin bütünü için bir toplam puanın hesap edilmesi anlamlı olmayıp, faktörler üzerinde ayrı ayrı işlem yapılmasını gerekli kılmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlık kat sayıları Araştırmacılara Yardımcı Olmaya isteksizlik alt boyutu 0,85, Araştırmalara Yönelik Olumsuz Tutum alt boyutu 0,81, Araştırmalara Yönelik Olumlu Tutum alt boyutu 0,80, Araştırmacılara Yönelik Olumlu Tutum alt boyutu ise 0,76 bulunmuştur. Bu çalışmada ise Cronbach alfa iç tutarlık kat sayıları Araştırmacılara Yardımcı Olmaya isteksizlik alt boyutu 0,57, Araştırmalara Yönelik Olumsuz Tutum alt boyutu 0,62, Araştırmalara Yönelik Olumlu Tutum alt boyutu 0,66, Araştırmacılara Yönelik Olumlu Tutum alt boyutu ise 0,65 bulunmuştur.

Çalışma verileri araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmış olup SPSS (Windows 15.0) paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin istatistik analizinde tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, mod, medyan, frekans, minimum, maksimum) ve tanımlayıcı testler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır.

Çalışmanın yürütülebilmesi için ilgili üniversitenin Etik Kurulu'ndan etik izin alınmıştır (Karar no: 54674167-050.03.04; Tarih: 07.05.2019). Katılımcılardan sözel onam alınıp, Bilgilendirilmiş Onam Formu imzalatılarak veri toplanmıştır.

## BULGULAR

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalamasının 20,97±1,51 olduğu bulunmuştur. Öğrencilerin çoğunluğunun kız öğrencilerden oluştuğu (%78); %34,0'unün birinci sınıfta olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin %73,9'unun annesinin %56,4'unun ise babasının ilköğretim ve ortaokul mezunu olduğu bulunurken, %84,6'sının babasının (n=204), %20,3'ünün de annesinin bir işte çalıştığı belirlenmiştir (n=49) (Tablo 1).

**Tablo 1. Öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri (n=241)**

Değişkenler		n	%
Yaş (X±SD) (20.97±1.51)	18-22	208	86.3
	23-27	33	13.7
Cinsiyet	Kız	188	78.0
	Erkek	53	22.0
Sınıf	1.sınıf	82	34.0
	2.sınıf	65	27.0
	3.sınıf	57	23.7
	4.sınıf	37	15.3
Mezun olunan lise	Anadolu-Fen Lisesi	145	60.2
	Sağlık Meslek Lisesi	63	26.1
	Meslek Lisesi	6	2.5
	Diğer (Kolej, Özel Lise Vb.)	27	11.2

**Tablo 1. Öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri (n=241) (devamı)**

Annenin öğretim düzeyi	Okuma Yazma Bilmiyor	15	6.2
	Okul Bitirmemiş Okuryazar	20	8.3
	İlk ve Ortaokul Mezunu	178	73.9
	Lise Mezunu	22	9.1
	Yüksekokul/Üniversite/Lisansüstü Mezunu	6	2.5
Babanın öğretim düzeyi	Okuma Yazma Bilmiyor	3	1.2
	Okul Bitirmemiş Okuryazar	14	5.8
	İlk ve Ortaokul Mezunu	136	56.4
	Lise Mezunu	53	22.0
	Yüksekokul/Üniversite/Lisansüstü Mezunu	35	14.5
Anne çalışma durumu	Çalışıyor	49	20.3
	Çalışmıyor	192	79.7
Baba çalışma durumu	Çalışıyor	204	84.6
	Çalışmıyor	37	15.4

Öğrencilerin %70,5'inin hemşirelik bölümünü kendi istekleri ile seçtiği, %64,7'sinin ise hemşirelik mesleğinin kendi ilgi alanları ile uygun olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin çoğunluğunun (%52,3) mezun olduktan sonra bir devlet hastanesinde hemşire olarak çalışmak istedikleri bulunmuştur. İleride mesleğini değiştirmeyi düşünenlerin oranı %33,2 olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin %45,2'sinin bir yabancı dil bildiği ve dil bilenlerin %83,5'inin İngilizce bildikleri bulunmuştur (Tablo 2).

**Tablo 2. Öğrencilerin mesleğe ilişkin düşünceleri ve dil bilgileri (n=241)**

Değişkenler		n	%
Hemşirelik Bölümünü Kendi İsteği ile Tercih Etme	Evet	170	70.5
	Hayır	31	12.9
	Kararsızım	40	16.6
Hemşirelik Bölümünün Kendi İlgi Alanı ile Uygunluğu	Uygun	156	64.7
	Uygun Değil	26	10.8
	Kararsızım	59	24.5
Mezuniyet Sonrası Çalışmak İstenilen Kurum	Devlet Hastanesi	126	52.3
	Özel Hastane	1	0.4
	Üniversite Hastanesi	47	19.5
	Akademisyen Olarak	61	25.3
	Diğer (Farklı Meslekler)	6	2.5
İleride Mesleğini Değiştirmeyi Düşünme	Evet	80	33.2
	Hayır	161	66.8

**Tablo 2. Öğrencilerin mesleğe ilişkin düşünceleri ve dil bilgileri (n=241) (devamı)**

Yabancı dil bilme	Evet	109	45.2
	Hayır	132	54.8
Yabancı dil türü (n=109)	İngilizce	91	83.5
	Almanca	11	10.1
	Arapça	6	5.5
	Flemenkçe	1	0.9
Yabancı dil seviyesi (n=109)	Zayıf	27	24.8
	Orta	71	65.1
	İyi	11	10.1

Öğrencilerin %90,9'unun herhangi bir bilimsel araştırmaya katılmadığı ancak, %68,9'unun bir araştırmada yer almayı istekli olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin yalnızca %21,6'sının bilimsel bir yayın okuduğu, %29,9'unun hemşirelikte süreli yayınları takip ettiği saptanmıştır. Öğrencilerin %42,7'sinin araştırmaya ilişkin veri kaynaklarına ulaşmaya ilişkin yeterli bilgi sahibi olmadığı ifade etmiştir (Tablo 3).

**Tablo 3. Öğrencilerin araştırmaya ilişkin tutumları (n=241)**

Değişkenler		n	%
Bilimsel araştırmaya katılma durumu	Evet	22	9.1
	Hayır	219	90.9
Bilimsel etkinliğe katılma durumu	Bildiri ile Katılma	28	11.6
	Organizasyon Görevlisi Olarak Katılma	21	8.7
	Katılmadı	192	79.7
Bilimsel araştırma yapmaya istekli olma	Evet	166	68.9
	Hayır	75	31.1
Araştırma konusunda eğitim alma isteği	Evet	161	66.8
	Hayır	80	33.2
Bilimsel yayın okuma durumu	Evet	52	21.6
	Hayır	189	78.4
Hemşirelikte süreli yayınları izleme	Evet	72	29.9
	Hayır	169	70.1
Bilgi kaynaklarına erişim hakkında bilgi sahibi olma	Evet	138	47.3
	Hayır	103	42.7

Öğrencilerin bilimsel araştırmaya yönelik tutum ölçeği puanları incelendiğinde; Araştırmacılara Yardımcı Olmaya İsteksizlik alt boyut ortalama puanı 20,43±5,96, Araştırmalara Yönelik Olumsuz Tutum alt boyut puanı 18,71±4,98, Araştırmalara Yönelik Olumlu Tutum alt boyut puanı 23,50±5,81 ve Araştırmacılara Yönelik Olumlu Tutum alt boyut puanı ise 24,34±4,63 bulunmuştur (Tablo 4).

Öğrencilerin sınıflarına göre ölçek alt boyut puanları incelendiğinde ise Araştırmacılara Yardımcı Olmaya İsteksizlik ve Araştırmalara Yönelik Olumlu Tutum alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $\chi^2=15,092$ ,  $p<0,05$ ). Öğrencilerin yapılan ileri istatistiksel analiz (Post Hoc Test-Tukey HSD) sonucuna göre dördüncü sınıftaki öğrencilerin Araştırmacılara Yardımcı Olmaya İsteksizlik alt boyut puanının diğer sınıflara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ). Birinci sınıfların ise Araştırmalara Yönelik Olumlu Tutum alt boyut puanının diğer sınıflara göre daha yüksek olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ). Öğrencilerin veri kaynaklarına ulaşmaya ilişkin bilgilerine göre ölçek alt boyut puanları karşılaştırıldığında Araştırmacılara Yardımcı Olmaya İsteksizlik, Araştırmalara Yönelik Olumsuz Tutum ve Araştırmalara Yönelik Olumlu Tutum alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Hemşirelikte süreli yayın takip etme durumuna göre Araştırmacılara Yardımcı Olmaya İsteksizlik (Zmwu: -2,268,  $p=0,02$ ) ve Araştırmalara Yönelik Olumlu Tutum (Zmwu: -3,225,  $p=0,01$ ) alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4).

## TARTIŞMA

Hemşirelerin lisans düzeyinden itibaren araştırma yetkinliğinin güçlendirilmesi, hemşirelik mesleğinin gelişimini teşvik etmek ve hemşirelik uygulamalarının kalitesini artırmak için önemli bir yaklaşım olarak kabul edilmiştir<sup>16,17</sup>. Bu çalışmanın bulgularına göre öğrencilerin araştırmalara yönelik olumsuz tutum puanı ortalamanın altında bulunurken, olumlu tutum puanının ortalamanın üzerinde olduğu saptanmıştır. Çalışmada hemşirelik öğrencileri araştırma yapmak konusunda istekli olmalarına rağmen, veri kaynaklarına ulaşamama, araştırma yapma konusunda yeterli bilgi sahibi olmama gibi nedenlerle araştırma yapma ve araştırma sonuçlarını kullanma konusunda yeterli olmadıkları belirlenmiştir (Tablo 4). Dolayısıyla hemşirelik öğrencilerinin hemşirelikte araştırma yapma konusunda daha fazla desteklenmesi ve veri kaynaklarına ulaşma konusunda daha fazla bilgilendirilmeleri gereklidir. Öğrencilerin yabancı dil bilme durumları ile BAYTÖ alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4). Buna göre öğrencilerin uluslararası literatür takip etmeleri ya da araştırma yapmaları için yabancı dil bilmelerinin dışında başka motivasyonlara da ihtiyaçları olduğu görülmektedir. Karadaş ve Özdemir'in çalışmasında<sup>3</sup> hemşirelik öğrencilerinin hiçbirinin İngilizce literatür takip etmediği belirlenmiştir. Veri kaynaklarına ulaşmaya ilişkin bilgi sahibi olanlarda Araştırmacılara Yardımcı Olmaya İsteksizlik ve Araştırmalara Yönelik Olumsuz Tutum puanları veri kaynaklarına ulaşmaya ilişkin bilgi sahibi olmayanlara göre daha düşük bulunmuş; araştırmalara Yönelik Olumlu Tutum puanı ise daha yüksek bulunmuştur.

Buna göre araştırmaya ilişkin veri kaynaklarına ulaşma konusunda bilgi sahibi olan öğrencilerde araştırmaya yönelik olumsuz tutumlar azalırken, olumlu tutumların arttığı görülmektedir. Oh ve Yang'ın<sup>4</sup> çalışmasında Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamaları dersi içerisinde verilen bilgiye ulaşma ve ampirik sonuçların değerlendirilmesi dersi



almanın öğrencilerde araştırmaya yönelik olumlu tutumu arttırdığı belirlenmiştir. Halabi ve Hamdan-Mansour'un18 çalışmasında öğrencilere araştırma bulgularına ulaşma ve kullanmaya ilişkin bilgi vermenin ve araştırma yeteneklerini

güçlendirmenin, öğrencilerin araştırmaya ilişkin olumlu duygularını ve mezun olduktan sonra araştırma faaliyetlerine katılımlarını artırdığı belirlenmiştir.

**Tablo 4. Bilimsel Araştırmaya Yönelik Tutum Ölçeği Alt Boyut puanları ile öğrencilerin eğitim ve tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması (n=241)**

Bilimsel Araştırmaya Yönelik Tutum Ölçeği								
	Araştırmacılara Yardımcı Olmaya İsteksizlik		Araştırmalara Yönelik Olumsuz Tutum		Araştırmalara Yönelik Olumlu Tutum		Araştırmacılara Yönelik Olumlu Tutum	
	X ±SD		X ±SD		X ±SD		X ±SD	
	20.43 ±5.96		18.71 ±4.98		23.50 ±5.81		24.34 ±4.63	
Değişkenler	X±SD	*Z <sub>MWU</sub> **p	X ±SD	Z <sub>MWU</sub> p	X ±SD	Z <sub>MWU</sub> p	X ±SD	Z <sub>MWU</sub> p
<b>Cinsiyet</b>		-0.555 0.057		-0.075 0.94		-1.232 0.21		-0.120 0.90
Kız	20.36 ±5.78		18.69 ±4.84		23.31 ±5.38		24.38 ±4.57	
Erkek	20.69 ±6.62		18.77 ±5.49		24.18 ±7.16		24.16 ±4.89	
<b>Yabancı Dil Bilme</b>		-1.114 0.26		-0.200 0.84		-1.634 0.10		-1.092 0.27
Evet	20.89 ±6.42		18.62 ±4.80		24.11 ±5.50		24.77 ±5.33	
Hayır	20.06 ±5.56		18.78 ±5.14		23.00 ±6.03		23.98 ±4.86	
<b>Veri Kaynaklarına İlişkin Bilgi</b>		-6.327 0.00		-10.028 0.00		-2.297 0.02		-1.315 0.18
Evet	18.31 ±5.95		16.02 ±3.91		24.18 ±5.90		24.69 ±4.47	
Hayır	23.29 ±4.67		23.31 ±3.88		22.60 ±5.60		23.86 ±4.83	
	X ±SD	***χ <sup>2</sup> **p	X ±SD	χ <sup>2</sup> p	X ±SD	χ <sup>2</sup> p	X ±SD	χ <sup>2</sup> p
<b>Sınıf</b>		15.092 0.00		6.359 0.09		19.467 0.00		2.161 0.54
1.Sınıf	19.46 ±6.41		17.78 ±4.86		<b>24.75 ±5.85</b>	<b>0.02 (post-hoc tukey test)</b>	24.75 ±4.92	
2.Sınıf	21.10 ±5.28		19.40 ±5.27		21.33 ±5.56		23.98 ±5.21	
3.Sınıf	19.10 ±5.51		18.29 ±4.72		24.57 ±5.45		24.33 ±4.02	
4.Sınıf	23.48 ±5.72	<b>0.02 (post-hoc tukey test)</b>	20.21 ±4.77		22.89 ±5.74		24.05 ±3.89	
<b>Hemşirelikte süreli yayın takibi</b>		-2.268 <b>0.02</b>		-0.296 0.76		<b>-3.225 0.01</b>		-0.237 0.81
Evet	19.01 ±6.49		18.65 ±5.34		<b>25.43 ±5.88</b>		23.98 ±5.57	
Hayır	21.04 ±5.64		18.73 ±4.84		22.68 ±5.61		24.49 ±4.18	
<b>Hemşirelik Bölümünü İsteği ile Tercih Etme</b>		5.425 0.06		12.026 0.00		0.862 0.65		2.562 0.27
Evet	19.88 ±6.03		18.01 ±4.92		23.40 ±5.91		24.50 ±4.89	
Hayır	22.22 ±6.05		20.77 ±5.32		24.16 ±5.92		23.77 ±3.93	
Kararsızım	21.42 ±5.32		20.07 ±4.30		23.45 ±5.42		24.07 ±4.02	

\*ZMWU: Mann Whitney U

\*\*\*χ<sup>2</sup>: Kruskal Wallis

\*\*p: <0.05

Birinci sınıf öğrencilerinde Araştırmalara Yönelik Olumlu Tutum alt boyut puanının diğer sınıflardaki öğrencilere göre daha yüksek olduğu belirlendi. Dördüncü sınıftaki öğrencilerin ise Araştırmacılara Yardımcı Olmaya İsteksizlik alt boyut puanının daha yüksek olduğu belirlendi. Dördüncü sınıf öğrencilerinin okul öğrenim süresi boyunca birinci sınıf öğrencilerine göre çalışmaya daha yüksek oranda dahil olmaları ve klinikte daha fazla süre geçirmeleri nedeniyle araştırma odaklı kanıt dayalı hemşirelik bakımı yerine iş odaklı çalışmaya maruz kalmaları gibi nedenlerle araştırmalara karşı olumsuz tutum geliştirdikleri söylenebilir. Akın'ın<sup>19</sup> hemşirelik öğrencilerine yönelik yaptığı çalışmanın sonucuna göre; son sınıf öğrencilerinin, hemşirelik uygulamaları açısından araştırma yapmanın ve araştırma sonuçlarını uygulamada kullanmanın önemli olduğunu düşündüğü, % 22,2' sinin ise araştırma yapmaya istekli olduğu belirlenmiştir. Ateşyan'ın çalışmasında<sup>14</sup> hemşirelik bölümü dördüncü sınıf öğrencilerinin araştırmaya dayalı hemşirelik bakımı gerçekleştirme tutumlarının alt sınıflardaki öğrencilere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Çalışmada hemşirelik bölümünü kendi isteği ile tercih edenlerde Araştırmacılara Yardımcı Olmaya İsteksizlik alt boyut puanının daha düşük olduğu belirlendi. Buna göre hemşirelik bölümünü kendi isteği ile tercih eden öğrencilerin araştırma yapmaya yönelik daha az olumsuz tutuma sahip olduğu görülmüştür (Tablo 4). Bölümü kendi isteği ile tercih eden öğrencilerin mesleklerini sevdiği, mesleğe ilişkin araştırma yapmaya, mesleki gelişimin sağlanmasına, araştırma sonuçlarını uygulamada kullanmaya daha fazla ilgi duydukları görülmektedir<sup>20</sup>. Özdelikara ve ark'larının<sup>21</sup> çalışmasında hemşirelik mesleğini isteyerek seçen öğrencilerin; mesleği severek yaptıklarını, mesleki ilişkilerinin ve iş doyumunun yüksek olduğunu ayrıca kendine özgü yeteneklerini ve potansiyellerini ortaya çıkararak profesyonel bir tutum sergilediklerini vurgulamıştır. İleride mesleğinin değiştirmeyi düşünen öğrencilerde, mesleği kendi istekleri ile seçenlerin aksine Araştırmacılara Yardımcı Olmaya İsteksizlik alt boyut puanının daha yüksek olduğu, bu nedenle araştırmaya ilişkin olumsuz tutumun daha fazla olduğu belirlendi. Öğrencilerin hemşirelik mesleğini severek yapmadıkları, hemşirelik mesleğini geliştirmeye ilişkin araştırma yapmaya ve bakımın kalitesini artırmaya yönelik araştırma sonuçlarını kullanmaya daha az ilgi duydukları görülmektedir. İleride mesleğini değiştirmeyi düşünen öğrencilerde istatistiksel olarak anlamlı olmasa da diğer bir araştırmalara olumsuz tutumu yansıtan Araştırmalara Yönelik Olumsuz Tutum alt boyut puanının da yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelikte süreli bir yayın takip eden öğrencilerde Araştırmacılara Yardımcı Olmaya İsteksizlik ve Araştırmalara Yönelik Olumlu Tutum puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklı olduğu belirlenmiştir. Hemşirelikte süreli bir yayın takip eden öğrencilerde Araştırmacılara Yardımcı Olmaya İsteksizlik puanının daha düşük olduğu, Araştırmalara Yönelik Olumlu Tutum puanının ise daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ünsal ve ark.'larının<sup>11</sup> çalışmasında bir hemşirelik dergisine abone olan öğrencilerin araştırmaya yönelik farkındalık ve tutum ölçeği

puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Björkström ve ark.'nın<sup>22</sup> çalışmasında hemşirelikle ilgili mesleki dergi okuyan öğrencilerin araştırma, geliştirme konusunda okumayanlara göre daha fazla farkındalığa ve olumlu tutumlara sahip oldukları belirlenmiştir. Mesleki bilimsel dergi okumak öğrencilerin araştırmaya yönelik farkındalığını arttırdığı görülmektedir.

#### Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın tek bir üniversitede yapılması araştırmanın bir sınırlılığıdır. Çalışma tek bir üniversitede yapıldığı için tüm hemşirelik öğrencilerine genellenemez. Çalışmanın bir diğer sınırlılığı ise birinci sınıf öğrencilerinin hemşirelikte araştırma konusunda eğitim almadığı için bilgi sahibi olmamasıdır. Ayrıca Bilimsel Araştırmaya Yönelik Tutum Ölçeği geçerlik güvenilirlik çalışması lisans eğitimi gören öğretmen adayları ile gerçekleştirilmiş olup hemşirelik öğrencilerinde geçerlik güvenilirliği test edilmemiştir. Çalışmamızda ölçek alt boyut Cronbach alfa puanlarının düşük çıkması bu nedene bağlı olarak açıklanabilir.

#### SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmanın sonucuna göre öğrencilerin araştırma yapmak konusunda istekli oldukları, ancak yeterli bilgiye sahip olmadıkları için araştırma yapmak ve sonuçları değerlendirmek konusunda eksik kaldıkları görülmektedir. Buna göre lisans eğitimi süresince öğrencilere bilgiye ulaşma, araştırma yöntemleri, araştırma sonuçlarının aktarılması konularında daha fazla eğitim vermek önerilir. Hemşirelikte araştırmaya yönelik eğitimlerin öğrenci katılımı ve sorumluluğunu arttıracak şekilde güçlendirilmesi gereklidir. Ayrıca literatürde de belirtildiği gibi öğrencilerin çoğunlukla veri kaynaklarına ulaşamadıkları görülmektedir. Bu nedenle üniversite aracılığıyla ulaşabilecekleri veri tabanları hakkında ve veri tabanlarından nasıl bir yayına ulaşacakları konusunda bilgilendirme yapılması önerilebilir. Öğrencileri araştırmalara dahil etmek, kongrelere katılımlarını sağlamak ve bilimsel yayın takip etmeye teşvik etmek mesleki gelişimlerine katkı sağlayacaktır.

**Etik Kurul Onayı:** İlgili üniversitenin Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Karar no: 54674167-050.03.04).

**Çıkar Çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Katılımcı Onamı:** Öğrencilerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

**Yazar katkıları:**

Araştırma dizaynı: MÇ

Veri Toplama: BS, DŞ

Makale Yazımı: MÇ

**Teşekkür**

Çalışmaya katılan bütün öğrencilere teşekkür ederiz.

**Ethics Committee Approval:** Approval was obtained from related University Ethics Committee (Decision number: 54674167-050.03.04).

**Conflict of Interest:** Not reported.

**Funding:** None.

**Exhibitor Consent:** Informed consent was obtained from students.

**Author contributions:**

Study design: MÇ

Data collection: BS, DŞ

Drafting manuscript: MÇ

**Acknowledgement:** We would like to thank all the students.

**KAYNAKLAR**

1. Gerçek E, Okursoy A, Alp Dal N. Awareness and attitudes of Turkish nursing students towards research and development in nursing. *Nurse Education Today*. 2016;46:50-6.
2. Cui C, Li Y, Geng D, Zhang H, Jin C. The effectiveness of evidence-based nursing on development of nursing students' critical thinking: A meta-analysis. *Nurse Education Today*. 2018;65:46-53.
3. Karadaş C, Özdemir L. Hemşirelik Öğrencilerinin Araştırmaya Yönelik Farkındalık ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2015;1:30-9.
4. Oh EG, Yang YL. Evidence-based nursing education for undergraduate students: A preliminary experimental study. *Nurse Education in Practice*. 2019;38:45-51.
5. International Council of Nurses. Position statements nursing research. [İnternet] 2007 [Ulaşım Tarihi: 17.11.2019] Erişim adresi: [http://www.icn.ch/images/stories/documents/publication\\_s/position\\_statements/B05\\_Nsg\\_Research.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publication_s/position_statements/B05_Nsg_Research.pdf).
6. Çelik S, Önder G, Durmaz K, Yurdusever Y, Uysal N. Hemşirelik Öğrencilerinin Bilimsel Araştırma Yapmaya Yönelik Kaygı ve Tutumlarının Belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2014;1(2):23-31.
7. Watwood CL, Carson B. Library Research Skills and the Nursing Curriculum: Engaging Students in the Post-Brandon-Hill Era. *Journal Of Hospital Librarianship*. 2008;8(3):295-304.
8. Gerçek E, Okursoy A, Alp Dal N. Awareness and attitudes of Turkish nursing students towards research and development in nursing. *Nurse Education Today*. 2016;46:50-6.
9. Ross JG, Burrell SA. Nursing students' attitudes toward research: An integrative review. *Nurse Education Today*. 2019;82:79-87.
10. Durmuş İskender M, Karadağ A. Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Düzeylerinin

**Hemşirelik Öğrencilerinin Araştırma Konusunda Engelleri Nursing Students' Barriers to Research**

Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2015;8(1):3-11.

11. Ünsal A, Karakurt P, Tanrıverdi D. Farklı Okullarda Eğitim Gören Hemşirelik Öğrencilerinin Araştırmaya, Gelişmelere Farkındalığı ve Tutumunun Belirlenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014;3(2):87-93.
12. Sin MK, Bliquez R. Teaching evidence based practice to undergraduate nursing students. *Journal of Professional Nursing*. 2017;33:447-51.
13. Jong G, Meijer E, Schout G, Abma T. Involving Undergraduate Nursing Students in Participatory Health Research: Implications from the Netherlands. *Journal of Professional Nursing*. 2018;34:507-13.
14. Ateşeyan Y. Hemşirelik Öğrencilerinin Kanıt Temelli Uygulama Yetkinlikleri [Yüksek Lisans Tezi]. Gaziantep: T. C. Gaziantep Üniversitesi. 2017.
15. Korkmaz Ö, Şahin A, Yeşil R. Bilimsel Araştırmaya Yönelik Tutum Ölçeği Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. *İlköğretim Online*. 2011;10(3):961-73.
16. Qui C, Feng X, Reinhardt JD, Li J. Development and psychometric testing of the Research Competency Scale for Nursing Students: An instrument design study. *Nurse Education Today*. 2019;79:198-203.
17. Laske RA, Kurz J. Examining evidence-based practice beliefs in undergraduate nursing students: A pilot study. *Teaching and Learning in Nursing*. 2019;14:246-50.
18. Halabi JO, Hamdan-Mansour A. Attitudes of Jordanian nursing students towards nursing research. *Journal of Research in Nursing*. 2010;17(4):363-73.
19. Akin B. Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Araştırma Konusunda Düşünce ve Algılamaları. II. Ulusal Hemşirelikte Araştırma Sempozyumu Kitabı. Hemar-G, Ankara. 2004:113-9.
20. Başkale H, Serçekuş P. Nursing as career choice: perceptions of Turkish nursing students. *Contemporary Nurse*. 2015;51(1):5-15.
21. Özdelikara A, Bingöl G, Görgeç Ö. Hemşirelik Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Eğilimleri ve Bunu Etkileyen Faktörler. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.* 2016;20(3):219-26.
22. Björkström ME, Johansson IS, Hamrin, EKF, Athlin EE. Swedish nursing students' attitudes to and awareness of research and development within nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 2003;41(4):393-402.

## Araştırma makalesi

## Research article

# Effect of Two Different Simulation Modalities in Environmental Safety Teaching for Stroke Patients on Nursing Students' Stress, Self-Confidence and Satisfaction



Elif ATEŞ<sup>1</sup>, Vesile ÜNVER<sup>2</sup>, Bahire ULUS<sup>3</sup>

## ABSTRACT

**Aim:** This study was conducted to evaluate the effect of two different simulation modalities used in environmental safety teaching for stroke patients on self-confidence, satisfaction, knowledge scores and stress perception in nursing students.

**Material and Methods:** The study design was randomized controlled, pre-post-test, mixed-method design. Sixty-two students participated in the study. The students practicing with mannequin formed the control group and those practicing with the standardized patient formed the experimental group (mannequin group: n=31 and standardized patient group: n=31).

**Results:** Satisfaction and self-confidence scores of the students in standardized patient group were higher than the mannequin group and the difference was statistically significant (p=0.01; p=0.04). No significant difference was found between pre-test and post-test scores between the two groups in terms of knowledge levels (p>0.05). However, in-group comparison, there was a significant difference between the pre and post-test scores of the students in the mannequin group. Stress perceptions of the students were analyzed under two main themes: sources of stress and stress management.

**Conclusions:** Standardized patient simulation increases the satisfaction and self-confidence of the students. However, it was found that both simulation modalities did not make a difference in terms of students' knowledge level. It was determined that usage of simulation in environmental safety teaching for stroke patients was found to cause stress in students, but being well organized was effective in stress management.

**Keywords:** Education, environmental safety, nursing students, simulation

## ÖZ

### İnmeli Hastaya Yönelik Çevre Güvenliği Öğretiminde İki Farklı Simülasyon Uygulamasının Öğrenci Stres, Özgüven ve Memnuniyetine Etkisi

**Amaç:** Bu çalışma, inmeli hastaya yönelik çevre güvenliği öğretiminde kullanılan iki farklı simülasyon uygulamasının hemşirelik öğrencilerinin, özgüven, memnuniyet, bilgi düzeyi ve stres algısı üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma, randomize kontrollü, ön test-son test, karma tasarım kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya 62 öğrenci katılmıştır (kontrol grubu, n=31 ve deney grubu, n=31). Manken ile uygulama yapan öğrenciler çalışmanın kontrol, standart hasta ile uygulama yapanlar ise deney grubunu oluşturmuştur.

**Bulgular:** Standardize hasta grubundaki öğrencilerin sırasıyla memnuniyet ve özgüven puanları manken grubundaki öğrencilere göre daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (p=0.01; p=0.04). Bilgi düzeyleri açısından her iki grup için pre-test ve post-test puanları açısından fark saptanmadı (p>0.05). Bununla birlikte grup içi karşılaştırmada, kontrol grubundaki öğrencilerin pre-test ve post-test puanları arasında anlamlı bir fark saptandı. Öğrencilerin stres algıları, stres kaynakları ve stres yönetimi olarak iki ana tema altında analiz edildi.

**Sonuç:** Standardize hasta ile uygulama yapmak öğrencilerin memnuniyet ve özgüvenlerini daha artırmaktadır. Bununla birlikte her iki simülasyon uygulamasının öğrencilerin bilgi düzeyleri açısından bir fark oluşturmadığı saptandı. Simülasyon uygulamasının öğrencilerde stres oluşturduğu ancak iyi organize olmanın stres yönetiminde etkili olduğu bulunmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Çevre güvenliği, eğitim, hemşirelik öğrencileri, simülasyon

<sup>1</sup> PhD, Acibadem Mehmet Ali Aydınlar University, School of Nursing, Istanbul/Turkey, E-mail: elifates83@gmail.com, Tel: 0216 500 41 66, ORCID: 0000-0003-3805-7144

<sup>2</sup> Prof. Dr. Acibadem Mehmet Ali Aydınlar University, School of Nursing, Istanbul/Turkey, E-mail: vunver1@gmail.com, Tel: 0 216 500 4169

ORCID: 0000-0002-2892-9503

<sup>3</sup> Assist. Prof. Acibadem Mehmet Ali Aydınlar University, School of Nursing, Istanbul/Turkey, E-mail: bahire62@gmail.com, Tel: 0 538 407 04 77, ORCID: 0000-0001-7505-1310

Geliş Tarihi: 13 Ağustos 2019, Kabul Tarihi: 7 Ocak 2020

**Atıf/Citation:** Ateş E, Ünver V, Ulus B. İnmeli Hastaya Yönelik Çevre Güvenliği Öğretiminde İki Farklı Simülasyon Uygulamasının Öğrenci Stres, Özgüven ve Memnuniyetine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(1): 48-56. DOI: 10.31125/hunhemsire.715061

## INTRODUCTION

Stroke has been the second most frequent cause of death in the world in the last twenty years<sup>1</sup>. Complications emerging after stroke are very common and generally neurological complications appear in the acute stage<sup>2</sup>. The frequency of epileptic or convulsive seizure seen after neurological complications varies from 2% to 67%<sup>3</sup>. Since seizure increase metabolic needs and can cause stroke-related brain damage, the conduction of emergency interventions and the provision of a safe environment supporting life are essential.

When a stroke patient has a seizure, nurses perform the first intervention. Therefore, it will be beneficial for nursing students to have experience in providing first intervention and providing a safe environment for their professional life. Students are offered simulation-based education directed towards the development of critical thinking, decision making and crisis management skills on similar cases very likely to be encountered.

In Turkey, simulation-based education has been used as an effective teaching method in nursing education since 2010<sup>4</sup>. Simulation practices can have low, medium and high fidelity. Following a high-fidelity simulation (HFS), skills, knowledge and satisfaction of students increase<sup>5,6</sup>. Learning about environment fidelity is improved by using mannequins or standardized patients (SPs) in simulation scenarios<sup>7</sup>. However, in a study by Hravnak, Beach ad Tuite, reduction of perceived reality due to skin and eyes of high-fidelity mannequins were found to be a barrier<sup>8</sup>. In several studies, SPs have been shown to enhance communication and fidelity<sup>9-11</sup>. While some studies have revealed that HFS improves clinical skills<sup>12</sup>, other studies have shown no difference in acquisition of knowledge, interpersonal skills, student satisfaction and self-efficacy between SPs and HFS groups<sup>13,14</sup>.

High-fidelity simulation is a beneficial technique in terms of acquiring knowledge and skills, support learning and enhance critical thinking. They help to gain care management skills in cases less frequently encountered in practice<sup>15</sup>. However, simulation-based education has been observed to cause stress in students. Determining which simulation-based practices lead to stress and factors causing stress is thought to contribute to learning. The results of the present study will provide guidance for educators in planning simulation-based education and making preparations for it. There have been many studies using high-fidelity mannequins<sup>16-18</sup>. However, there have been only a few studies examining the effects of two different high-fidelity simulations on students' satisfaction, knowledge and stress in particular. The aim of this study was to evaluate the effects of two different simulation modalities on self-confidence, satisfaction, knowledge scores and stress perception in nursing students.

### Research Hypotheses

**H<sub>1</sub>:** There is a difference in satisfaction and self-confidence scores between the students training with mannequins and SPs.

**H<sub>2</sub>:** There is a difference in pre-test and post-test knowledge scores for the provision of a safe environment between the students' training with mannequins and SPs.

### Research Questions

- What are the sources of stress perceived by students participating in the simulation application with mannequin and SPs?
- How do students deal with this stress?

## MATERIAL AND METHODS

### Study Design

The study design was randomized controlled, pre-post-test, mixed-method design (involving both quantitative and qualitative research methods). The students attending a mannequin formed the control group and those attending the standardized patient simulation formed the experimental group.

### Study Sampling

The study included sixty-two fourth-year students studying at a foundation university in the fall term of the 2017-2018 academic year and accepting to participate in the study. The students were assigned to the mannequin group (n=31) and the SPs group (n=31) by using a simple random numbers table. 9 male and 53 female students participated in the research (Figure 1).

### Steps Followed in the Research

#### 1. Preparation Stage

- A simulation design template was created by the researcher.
- A simulation scenario was written.
  - The purpose of the scenario was to provide a safe environment for a stroke patient having an epileptic seizure.
  - The objectives of the scenario:
    - \*Effective communication with stroke patients and their relatives
    - \*Ensuring the airway patency of the patient having a seizure
    - \*Providing a safe environment for a stroke patient having a seizure
- Expert opinion was obtained for the scenario.
- The University has a comprehensive simulation center. Permission was obtained from the simulation center and environment was prepared.
- Before the simulation application, standardized patient training was carried out regarding the standardized patients' roles, expectations from them and possible cases.
- A pilot study was conducted (4th-grade students who performed the pre-application was excluded from the research)
- The scenario was finalized with necessary corrections.

#### 2. Theoretical training

Theoretical subjects related to the nursing care of stroke patients were explained to students within the context of the curriculum (2 hours).

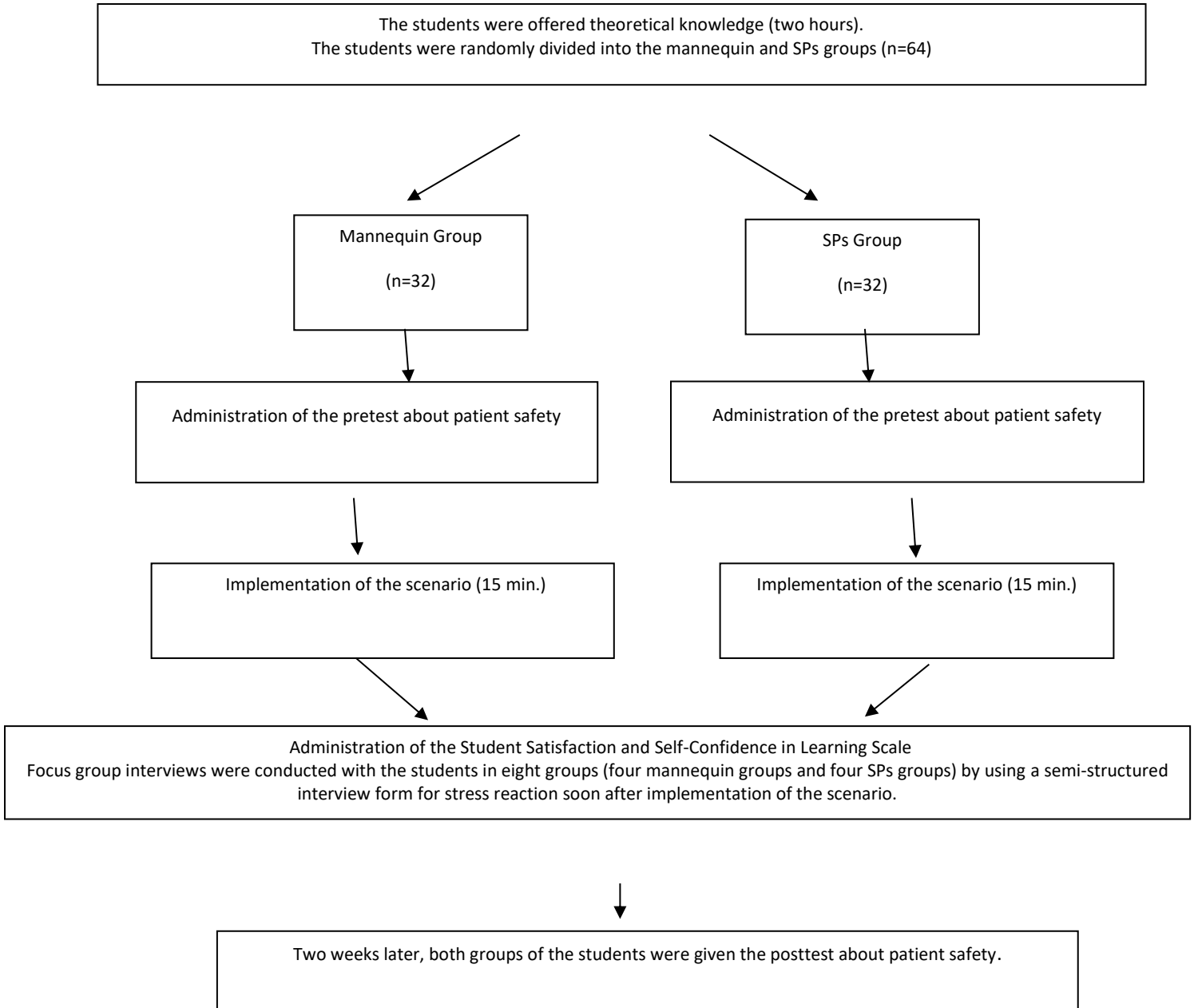


Figure 1. Flow Chart for the Study

3. After the theoretical training, the students were simply and randomly divided into experimental and control groups.

4. An information test was applied to all the students in the experimental and control groups for providing the environmental safety of a stroke patient having an epileptic seizure.

5. Before the application, plans, the literature to be read and videos to be watched were sent to the students via e-mail.

### 6. Application Stage

- Students in the experimental group participated in the simulation application with a standardized patient in groups, each consisting of 4 people (15 mins).

- Students in the control group participated in the simulation application with a mannequin in groups, each consisting of 4 people (15 mins).

- From the students in these groups with 4 people in each, two assumed the role of a nurse, one was the spouse of the patient and another one was the child of the patient. No team leaders were determined among the students who took the role of a nurse; they were requested to share the tasks. Assuming an active or passive role and effective process management were analyzed in the analysis session and focus group interviews. Students were given 10 minutes for this process after the briefing.

- In the scenario, students' learning was analyzed and equalized in terms of observation during the application stage and tasks and induced feelings of the roles during the analysis stage.

### 7. Evaluation

Following the simulation applications, "Student's Satisfaction and Self-Confidence in Learning Scale" was applied to the students in the experimental and control groups.

8. For the qualitative dimension of the study, the semi-structured interview form was applied and the focus group interview was held with students in the experimental and control groups in groups with 8 people in each regarding stress reaction.

9. Two weeks after the simulation application, "the Information Test for Providing the Environmental Safety of the Patient" was repeated on both control and experimental groups. During the application of the information tests, students were informed that they would not be evaluated with a score, and tests in exam formats were held under the observance of research academicians.

10. One of the researchers was also responsible for the theoretical course, and the other two were academicians working in co-departments (internal medicine and nursing and public health nursing). They were informed about the research. Academicians who were moderators (also researchers) were different in two scenario groups. However, students were evaluated at the standard level with the checklist created for evaluating the students' performance in the simulation application.

### Data Collection

Quantitative data were gathered with the Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning Scale and Knowledge Quiz for Patient Safety. The qualitative data

were collected with a semi-structured interview form for stress reaction (Box-1).

**Knowledge Quiz for Patient Safety:** It is a knowledge test based on the goals of the scenarios, prepared by the researchers and given to the students exposed to simulations as a pre-test and a post-test. The information test consisted of 5 multiple-choice questions. It was prepared for the course in accordance with the learning objectives of the scenario by the academician/researcher who was responsible for the course. Expert opinions of other expert opinion academicians who participated in the study were obtained.

### The Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning Scale:

The original scale was developed by Jeffries and Rizzolo (2006) and was composed of 13 items. It was adapted to Turkish by Unver et al.<sup>19</sup>. The Turkish version of the scale is composed of 12 items. It is a five-point Likert scale and involves the subscales Satisfaction with Current Learning and Self-Confidence in Learning. The former subscale is composed of five items and the latter is composed of seven items. Cronbach Alpha was .85 and .77 for Satisfaction with Current Learning and Self-Confidence in Learning respectively. Higher scores show higher satisfaction and self-confidence levels<sup>19</sup>. In the present study, Cronbach alpha coefficients were found to be .84 for Student Satisfaction and .89 for the Self-Confidence in Learning.

### Semi-Structured Interview Form for Stress Reaction:

It was developed by the researchers to reveal the stress status of the students after the simulations (Box-1). Qualitative data were collected by the researcher right after the analysis session of the simulation application. A focus group interview was held. Each session was participated by 8-10 students. The interviews took approximately 60 minutes.

#### Box-1. Questions of the Semi-Structured Interview

1. Did an atmosphere emerge during the simulation experience causing you to feel stressed? Could you explain it?
2. What were the circumstances that caused you to be stressed during the simulation experience?
3. Do you think that you can manage the stress you experienced during the simulation application?
4. If you had the chance of doing this simulation again, where would you feel more comfortable?
5. Is there anything else you would like to discuss?

### Data Analysis

Quantitative data were analyzed with SPSS 21.0 and Qualitative data were analyzed with Malterud's content analysis<sup>20</sup>. Student's t-test was used for the intergroup evaluation of the quantitative data and the Paired Sample t-test was used for the intragroup evaluation. The qualitative data obtained from the students through voice recordings were verbatim transcribed in a Word file. The transcriptions were coded by two researchers separately based on the aims of the study. The codes were categorized and themes and subthemes were determined. The data were interpreted and evaluated in accordance with these themes and subthemes.

### Limitations of the Study

The students were assigned to the groups through random sampling. Since the mannequin group had high scores for the post-test, the academic performance of these students was examined retrospectively and they were found to have high academic performance. The limitation of this study was that the classification of the students into the groups was not based on their academic performance. Thus, in future studies, it is suggested that students are included in the experimental and control groups according to their general academic grade point average.

### Ethical Considerations

Ethical approval was obtained from the ethical committee (decision number: 2017-16/20). Also, all the students were informed about the study and written informed consent was obtained from the students volunteering to participate in the study.

## RESULTS

There was a significant difference in the scores for student satisfaction and self-confidence between the mannequin and SPs groups. Both groups of the students got significantly high scores for satisfaction and self-confidence. The SPs group had significantly higher scores for satisfaction and self-confidence ( $4.40 \pm 0.48$ ;  $4.37 \pm 0.48$ ) than the mannequin group ( $4.03 \pm 0.61$ ;  $4.08 \pm 0.55$ ) ( $t=2.577$ ,  $p=0.01$ ;  $t=2.142$ ,  $p=0.04$ ). A comparison of the scores for satisfaction and self-confidence between the mannequin and SPs groups is presented in Table 1.

**Table 1. The Satisfaction and Self-Confidence in Learning Scores of the Mannequin Group and the SPs Group (n=64)**

	Satisfaction with Learning Scores M $\pm$ SD	Self-Confidence in Learning Scores M $\pm$ SD	t*	P
SPs Group	4.40 $\pm$ .48	4.37 $\pm$ .48	2.577	0.01
Mannequin Group	4.03 $\pm$ .61	4.08 $\pm$ .55	2.142	0.03

The pre-test and post-test results of the students related to patient safety are presented in Table 2. SPs group's pre-test score is  $58.70 \pm 21.86$  and the post-test score is  $67.09 \pm 19.69$ . Mannequin group's pre-test score is  $49.67 \pm 23.01$  and the post-test score is  $74.00 \pm 23.57$ . No significant difference was found between pre-test and post-test scores among the two groups in terms of knowledge levels. ( $p > 0.05$ ). However, during the intragroup comparison, a significant difference was detected between the pre-test and post-test scores of the students in the mannequin group ( $t = -4.539$ ;  $p = 0.001$ ).

**Table 2. The Scores for Knowledge Test for Patient Safety before and after Implementation of the Scenario (n=64)**

	Pretest M $\pm$ SD	Posttest M $\pm$ SD	t*	P
SPs group	58.70 $\pm$ 21.86	67.09 $\pm$ 19.69	-1.471	0.152
Mannequin group	50.00 $\pm$ 23.34	74.00 $\pm$ 23.57	-4.539	0.001

\*Paired Sample t Test

**Qualitative Data from Focus Group Interviews:** Focus group interviews were performed by one researcher with the students in eight groups after the simulation through a mannequin and SPs. A focus group interview was conducted with the whole sample (n: 62). The data obtained from the focus group interviews directed towards stress perceptions of the students were analyzed and the following themes emerged:

-Sources of stress  
-Stress management  
Sources of Stress

The sources of stress in the mannequin group were to reach learning goals, characteristics of the simulator, duration and to be observed. The sources of stress in the SPs group were playing the role of a nurse, standardized patient, the complexity of the task, being observed, differences in stress depending on the roles, insufficient experience and embedded participants.

### Stress Management

The stress management method utilized by the mannequin group was to get well-organized. The method utilized by the SPs group was to have a safe environment (Table 3).

## DISCUSSION

This study was carried out to evaluate the effect of two different simulation modalities on self-confidence, satisfaction, knowledge scores and stress perception in nursing students. The students in the SPs group had higher scores for self-confidence in and satisfaction with learning than those in the mannequin group. As a result, the first hypothesis of the study was accepted. It has also been reported in the literature that nursing students have increased self-confidence in knowledge, skills and communication and increased satisfaction with learning<sup>21-25</sup>. A study by Woodruff, O'neill and Walton-Moss also showed a significant relation between fidelity and self-confidence<sup>26</sup>. Congruent with the literature, the present study revealed that the simulation with SPs had considerably higher fidelity. Therefore, it was not surprising that the students in the SPs group had higher levels of self-confidence and satisfaction than the mannequin group. Although both the SPs group and the mannequin group had increased post-test scores for knowledge of patient safety, the post-test scores of the mannequin group were significantly higher. No significant difference was found between pre-test and post-test scores between the two groups in terms of knowledge levels. Although a medium-fidelity simulator was utilized in the mannequin group, a high-fidelity environment was created. In a meta-analysis, intergroup analyses did not show a significant difference between the high-fidelity simulation group (0.86) and the SPs group (0.86) in terms of effect size<sup>27</sup>.



Table 3. Themes and Subthemes

Themes	Subthemes	Mannequin Group	
Sources of Stress	<i>Stress due to reaching learning goals</i>	"The process involved many things ranging from taking history to performing physical examination. If we had been in hospital, the flow of the process would have been very different. I mean we were assigned some goals to achieve such as how to act in case a patient has an attack and offering information about medications or other things. We had to achieve all the goals in the scenario; however, in hospital, offering information can be postponed and it can be performed later on discharge. We had to do everything in the given time for the scenario."	
	<i>Characteristics of the Simulator</i>	"When I held its hands while checking its reflexes or performing its physical examination, I told it squeezed my hands, but actually it did not. I had to act as if the simulator was reacting to me, which didn't help me to learn much. Therefore, I don't like to study by using a simulator in general."	
	<i>Duration</i>	"I think we were given very little time."	
	<i>Being observed</i>	"I felt that I was being observed. Actually, I don't know whether it was possible without being observed. It was stressful. Thinking that I could make a mistake and what I would do first and next as my friend said were also a cause of stress."	
	<b>SPs Group</b>		
	<i>Playing the role of a nurse</i>	"I was playing the role of a nurse. I had to plan what I would do. At that moment, I got really confused with what I would do."	
	<i>Standardized patient</i>	"The environment was quite safe, but when the patient suddenly had a seizure, I felt as if I was in hospital. I thought he was really a patient. The patient was well adapted to his role. I felt as if I was in hospital and got panicked. His being a human made me panicked a lot."	
	<i>Complexity of the task</i>	"We were in a hurry, which wasn't due to the environment of the scenario. We couldn't adapt to the scenario. That's why we felt stressed out and confused. We attempted to do the task without planning what to do and without sharing duties. We were always thinking about our goals. We constantly asked ourselves whether we did this, whether we did that or whether we didn't do anything. We tried to do our duties in the scenario completely rather than playing the role of a nurse. Therefore, we were stressed and confused."	
	<i>Being observed</i>	"We know we were being observed. This created hastiness. We were afraid about whether we did something wrong. Also, I was playing the role of a family caregiver, but I was wearing my uniform. I shouldn't have worn it. We noticed it later. Actually, we couldn't distribute the roles properly."	
	<i>Differences in stress levels depending on roles</i>	"Since I played the role of the patient's relative, I felt less stressed. I didn't experience much stress. My friends were more stressed since they had to do many things, but I didn't experience stress about it." "As I told during implementation of the scenario, I felt safer while I was playing the role of a nurse. In fact, I better play the role of a nurse. When our professor asked us to change the roles, I played the role of a patient's relative. Actually, I'm a person without acting skills. I couldn't maintain the flow of the role and I failed. In fact, I was going to say the name of the drug the stroke patient was receiving. If had played the role of a nurse, I could have been better at it."	
	<i>Insufficient experience</i>	"We're fourth-year students, but we saw a stroke patient for the first time in the simulation. I hadn't seen such a patient before. I got confused with how I would perform the practice. That made me feel stressed."	
<i>Embedded Participant</i>	"We studied what we would do beforehand, but since the other participant in the simulation was my friend, I felt anxious about whether my friend could answer my question. Since we felt worried about what responses we would get, we tried not to cause difficulty for our friends playing the role of a nurse. To tell you the truth, I tried to act like that sometimes. Sometimes I even exaggerated that behavior. That was the case."		
Stress Management	<b>Mannequin Group</b>		
	<i>Getting well-organized</i>	"We worked with a standardized patient in the simulation. When we face real patients, everything will be different in the future. Naturally, we will be responsible for everything. We will have to manage everything. The thing is that we will take care of a human. Therefore, it's impossible to laugh and to avoid responsibility. There were not such things even in the descriptions of the simulations. I think we could manage things as much as possible."	
	<b>SPs Group</b>		
<i>To have a safe environment</i>	"I didn't feel stressed out at all. The atmosphere was very comfortable. There were people I could trust. To be frank, I trusted my professors. Also, I saw what I could do in case of stroke on a standardized patient. It was very different for me. I knew that I was being observed. I was sure that my professors would intervene in case I needed."		

In a study by Ignacio et al. (2015), no significant difference was found in performance scores for management of worsening patient status between the high-fidelity simulator and SPs groups<sup>28</sup>. In addition, in a study by Gillett et al. using eight scenarios (2008), the students in both the simulators group and the SPs group were observed to achieve critical actions<sup>29</sup>. Although it is expected that students working with SPs get higher scores for the knowledge test, they can have the same performance as those using simulators. In the present study, when the mannequin group got a significantly higher score for the knowledge test about patient safety, their academic performance was retrospectively examined. The students with higher academic performance were found to be randomly assigned to this group. This might have caused a significant increase in their posttest scores.

Although simulation-based education enhances self-confidence in and satisfaction with learning, it affects students' perceived experiences of stress and encourages them to evaluate themselves and think critically<sup>30</sup>. In the current study, the themes emerging from the focus group interviews were sources of stress and stress management. Both the mannequin and SPs groups had a source of stress in common: i.e. being observed. The students were found to experience stress due to their educators and other learners observing them, which is compatible with the literature<sup>31</sup>. It may be that students knowing they are observed feel stressed since they are anxious about making mistakes and getting low scores. In addition, in the present study, the students in the mannequin group had stress due to their attempts to manage their time effectively. In several studies, nursing students attending simulation practices have been found to experience stress while they report their evaluations and observations about patients' status<sup>32</sup>. It can be suggested that educators' attitudes toward evaluation can create stress in students.

In the current study, the mannequin group reported that the nature of the simulator did not match their perception of reality while explaining sources of stress. In McIntosh et al.'s study (2018), most of the students reported that SPs provided more fidelity compared to mannequins and high-fidelity simulators<sup>33</sup>. SPs have been shown to be beneficial and have high-fidelity since they improve skills for performing interventions, communicating and taking history in emergency situations<sup>34</sup>. Although the perceived reality is of importance in simulation practices, it can cause stress in students. This can be due to lack of responses in mannequins and due to a possibility of giving harm in interventions using SPs, or SPs themselves.

In the current study, the SPs group reported that communicating with SPs, acting as a nurse and having insufficient experiences were the sources of stress. In Ignacio et al.'s study, interactions with the patient and fidelity caused stress<sup>28</sup>. In the present study, the students commented that interacting with SPs and body language, facial expressions, gestures and actions of SPs led to stress. Playing the role of a head nurse has been reported to increase self-efficacy scores<sup>35</sup>. Acting as a nurse assisting the head nurse does not improve self-efficacy scores as much as

expected. Students acting as a visitor can perform observations effectively, but they can have low self-efficacy<sup>35</sup>. It seems that acting as a nurse and not playing other roles in simulations can make greater contributions to learning. In a study performed by Lestander, Lehto and Engström to examine perceptions of learning after a high-fidelity simulation, the main themes were that acting as a nurse caused stress and the feeling of being inexperienced and that making a work plan and prioritizing things were important<sup>36</sup>. It can be suggested that the feeling of incompetence in intervening in a new case while acting as a nurse can create confusion with the role in the work plan or during the simulation.

In the current study, the SPs group reported that individuals playing the roles other than a nurse could create stress. Although they said acting as a nurse led to stress, they reported that they wanted to play the role of a nurse when they were given another chance and that the nursing role contributed to their learning more. Several studies have shown that acting as a nurse primarily responsible for patient care, as a nurse actively observing, recording and evaluating patient care and as a nurse assisting the others significantly increase scores for critical thinking and self-efficacy after simulations<sup>37,38</sup>. It is not surprising that roles in simulation scenarios influence learning and critical thinking and that stress levels can vary with roles.

In the current study, the SPs group reported to managing stress by creating a safe environment. The mannequin group commented that being well-organized was effective in stress management. Alconero-Camarero et al. (2018), using a simulation, their study found a relationship between students' satisfaction with learning and personal coping skills like problem-based solutions and solutions with emotional expressions. Emotional intelligence and coping skills are desirable qualities since they play a role in satisfaction with learning<sup>39</sup>.

#### **Students' opinions about their roles in the scenario**

The students said that they focused on only what they had to do while playing the roles other than a nurse and that these roles helped them to empathize. However, they did not want to play the roles except for a nurse and felt stressed while playing these roles. They also reported that their feeling of being observed and analysis sessions contributed to their learning. They admitted that such roles as a family caregiver and an assisting nurse decreased their perceptions of reality.

## **CONCLUSION**

While simulations increase self-confidence and satisfaction, they may lead to stress. The SPs group had significantly higher scores for self-confidence in and satisfaction with learning than the mannequin group. No significant difference was found between pre-test and post-test scores between the two groups in terms of knowledge levels. But both the mannequin and SPs groups got high scores for the pre-test and the post-test for the knowledge of patient safety, the scores of the former group were significantly higher.

The stress perceptions experienced by the students were categorized into two themes: i.e. sources of stress and management of stress. The students were found to experience different levels of stress depending on their roles. The perceived reality created by the mannequin and SPs and being observed were the other sources of stress. However, being well-organized was effective in stress management.

**Ethics Committee Approval:** Approval was obtained from related University Ethics Committee (Decision number: 2017-16/20).

**Conflict of Interest:** Not reported.

**Funding:** None.

**Exhibitor Consent:** Informed consent was obtained from students.

**Author contributions:**

Study design: EA, VÜ, BU

Data collection: EA, VÜ, BU

Drafting manuscript: EA, VÜ, BU

**Acknowledgement:** We would like to thank all the students.

**Etik Kurul Onayı:** İlgili üniversitenin Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Karar no: 2017-16/20).

**Çıkar Çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Katılımcı Onamı:** Öğrencilerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

**Yazar katkıları:**

Araştırma dizaynı: EA, VÜ, BU

Veri toplama: EA, VÜ, BU

Makale yazımı: EA, VÜ, BU

**Teşekkür**

Çalışmaya katılan bütün öğrencilere teşekkür ederiz.

## REFERENCES

- Kamalakannan S, Gudlavalleti ASV, Gudlavalleti VSM, Goenka S, Kuper H. Incidence & prevalence of stroke in India: A systematic review. *Indian Journal of Medical Research*. 2017;146(2):175.
- Di Carlo A, Lamassa M, Franceschini M, Bovis F, Cecconi L, Pournajaf S, et al. Impact of acute-phase complications and interventions on 6-month survival after stroke. A prospective observational study. *Plos One*. 2018;13(3):e0194786.
- Bentes C, Martins H, Peralta AR, Casimiro C, Morgado C, Franco AC, et al. Post-stroke seizures are clinically underestimated. *Journal of Neurology*. 2017;264(9):1978-85.
- Sendir M, Dogan P. Hemşirelik eğitiminde simülasyonun kullanımı: sistematik inceleme. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2015;23(1):49-56.
- Lapkin S, Levett-Jones T, Bellchambers H, Fernandez R. Effectiveness of patient simulation manikins in teaching clinical reasoning skills to undergraduate nursing students: A systematic review. *Clinical Simulation in Nursing*. 2010;6(6):207-22.
- Laschinger S, Medves J, Pulling C, McGraw R, Waytuck B, Harrison MB, et al. Effectiveness of simulation on health profession students' knowledge, skills, confidence and satisfaction. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. 2008;6(3):278-302.
- Kneebone R, Kidd J, Nestel D, Asvall S, Paraskeva P, Darzi A. An innovative model for teaching and learning clinical procedures. *Medical Education*. 2002;36(7):628-34.
- Hrvanek M, Beach M, Tuite P. Simulator technology as a tool for education in cardiac care. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2007;22(1):16-24.
- Kim JK, Dotson B, Thomas S, Nelson KC. Standardized patient identification and specimen labeling: a retrospective analysis on improving patient safety. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2013;68(1):53-6.
- Pfeiffer CA, Palley JE, Harrington KL. Impact of the Site Specialty of a Continuity Practice on Students' Clinical Skills: Performance With Standardized Patients. *Teaching and Learning in Medicine*. 2010;22(3):191-5.
- Robinson-Smith G, Bradley PK, Meakim C. Evaluating the use of standardized patients in undergraduate psychiatric nursing experiences. *Clinical Simulation in Nursing*. 2009;5(6):203-11.
- Daniels K, Arafeh J, Clark A, Waller S, Druzin M, Chueh J. Prospective randomized trial of simulation versus didactic teaching for obstetrical emergencies. *Simulation in Healthcare*. 2010;5(1):40-5.
- Becker KL, Rose LE, Berg JB, Park H, Shatzer JH. The teaching effectiveness of standardized patients. *Journal of Nursing Education*. 2006;45(4).
- Swanson EA, Nicholson AC, Boese TA, Cram E, Stineman AM, Tew K. Comparison of selected teaching strategies incorporating simulation and student outcomes. *Clinical Simulation in Nursing*. 2011;7(3):81-90.
- Aqel AA, Ahmad MM. High-Fidelity Simulation Effects on CPR Knowledge, Skills, Acquisition, and Retention in Nursing Students. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2014;11(6):394-400.
- Curran V, Fleet L, White S, Bessell C, Deshpandey A, Drover A, et al. A randomized controlled study of manikin simulator fidelity on neonatal resuscitation program learning outcomes. *Advances in Health Sciences Education*. 2015;20(1):205-18.
- Ortiz N, Pedrogo Y, Bonet N. Integration of high-fidelity simulator in third-year paediatrics clerkship. *The Clinical Teacher*. 2011;8(2):105-108.
- Wallace D, Gillett B, Wright B, Stetz J, Arquilla B. Randomized controlled trial of high fidelity patient simulators compared to actor patients in a pandemic influenza drill scenario. *Resuscitation*. 2010;81(7):872-6.
- Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2012;40(8):795-805.
- McRae ME, Chan A, Hulett R, Lee AJ, Coleman B. The effectiveness of and satisfaction with high-fidelity

- simulation to teach cardiac surgical resuscitation skills to nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2017;40:64-9.
21. Omer T. Nursing Students' Perceptions of Satisfaction and Self-Confidence with Clinical Simulation Experience. *Journal of Education and Practice*. 2016;7(5):131-8.
  22. Lubbers J, Rossman C. Satisfaction and self-confidence with nursing clinical simulation: Novice learners, medium-fidelity, and community settings. *Nurse Education Today*. 2017;48:140-4.
  23. Lubbers J, Rossman C. The effects of pediatric community simulation experience on the self-confidence and satisfaction of baccalaureate nursing students: A quasi-experimental study. *Nurse Education Today*. 2016;39:93-8.
  24. Zapko KA, Ferranto MLG, Blasiman R, Shelestak D. Evaluating best educational practices, student satisfaction, and self-confidence in simulation: A descriptive study. *Nurse Education Today*. 2018;60:28-34.
  25. Woodruff K, O'neill SP, Walton-Moss BJ. Exploring APN Students' Perceptions, Self-Confidence, and Satisfaction With Clinical Simulation. *Nursing Education Perspectives*. 2017;38(6):347-9.
  26. Kim J, Park JH, Shin S. Effectiveness of simulation-based nursing education depending on fidelity: a meta-analysis. *BMC Medical Education*. 2016;16(1):152.
  27. Ignacio J, Dolmans D, Scherpier A, Rethans JJ, Chan S, Liaw SY. Comparison of standardized patients with high-fidelity simulators for managing stress and improving performance in clinical deterioration: A mixed methods study. *Nurse Education Today*. 2015;35(12):1161-8.
  28. Gillett B, Peckler B, Sinert R, Onkst C, Nabors S, Issley S, et al. Simulation in a disaster drill: Comparison of high-fidelity simulators versus trained actors. *Academic Emergency Medicine*. 2008;15(11):1144-51.
  29. Boostel R, Felix JVC, Bortolato-Major C, Pedrolo E, Vayego SA, Mantovani MF. Stress of nursing students in clinical simulation: a randomized clinical trial. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018;71(3):967-4.
  30. Allen ML. Examining nursing students' stress in an end-of-life care simulation. *Clinical Simulation In Nursing*. 2018;14:21-8.
  31. Nakayama N, Arakawa N, Ejiri H, Matsuda R, Makino T. Heart rate variability can clarify students' level of stress during nursing simulation. *Plos One*. 2018;13(4):e0195280.
  32. McIntosh CE, Thomas CM, Wilczynski S, McIntosh DE. Increasing Nursing Students' Knowledge of Autism Spectrum Disorder by Using a Standardized Patient. *Nursing Education Perspectives*. 2018;39(1):32-4.
  33. Kowitlawakul Y, Chow YL, Salam ZHA, Ignacio J. Exploring the use of standardized patients for simulation-based learning in preparing advanced practice nurses. *Nurse Education Today*. 2015;35(7):894-9.
  34. Weiler DT, Saleem JJ, editors. Role Assignment in High Fidelity Patient Simulation and the Effects on Nursing Students' Self-Efficacy Development. *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting*; 2017: SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA.
  35. Lestander Ö, Lehto N, Engström Å. Nursing students' perceptions of learning after high fidelity simulation: effects of a three-step post-simulation reflection model. *Nurse Education Today*. 2016;40:219-24.
  36. Weiler DT, Gibson AL, Saleem JJ. The effect of role assignment in high fidelity patient simulation on nursing students: An experimental research study. *Nurse Education Today*. 2018;63:29-34
  37. Weiler DT, Saleem JJ, editors. Identifying an effect of simulation role assignment on critical thinking development in baccalaureate nursing students: A proof of concept. *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting*; 2016: SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA.
  38. Alconero-Camarero AR, Sarabia-Cobo CM, González-Gómez S, Ibáñez-Rementería I, Lavín-Alconero L, Sarabia-Cobo AB. Nursing students' emotional intelligence, coping styles and learning satisfaction in clinically simulated palliative care scenarios: An observational study. *Nurse Education Today*. 2018;61:94-100.

## Araştırma makalesi Research article

# Hemşirelik Öğrencilerinin Sosyal Beceri Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler



Arzu YÜKSEL<sup>1</sup>, Saadet ERZİNCANLI<sup>2</sup>

### ÖZ

**Amaç:** Çalışma öğrenci hemşirelerin sosyal beceri düzeylerini ve etkileyen faktörleri ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı türde olan bu çalışmada bir sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik bölümünde öğrenim gören 249 öğrenci araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler, ortalama, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Hemşirelik öğrencilerinin sosyal beceri düzeylerinin orta (277.39±24.47) düzeyde olduğu, en yüksek sosyal kontrol (51.42±8.20), en düşük ise duyuşsal kontrol (42.41±6.72) alt ölçeğinden puan ortalamasına sahip oldukları belirlenmiştir. Sosyal beceri envanteri toplam puan ortalamaları ile öğrencilerin yaş, algılanan aile ekonomik durumu, mezun olunan lise ve üniversite yaşamında kaldığı yerin etkili olmadığı saptanmıştır. Erkek öğrencilerin kadın öğrencilere göre duyuşsal kontrol alt ölçeği puanları daha yüksektir. Sosyal aktivitede bulunan öğrencilerin duyuşsal anlatımcılık, sosyal anlatımcılık, sosyal kontrol ve toplam sosyal beceri envanteri puan ortalamalarının sosyal aktivitede bulunmayan öğrencilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

**Sonuç:** Hemşirelik öğrencilerinin sosyal becerilerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin var olan sosyal becerilerini devam ettirebilecekleri ve yeni beceriler kazandırmaya yönelik eğitim programlarının hazırlanması önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Hemşirelik öğrencileri, sosyal beceri, sosyal yeterlilik

### ABSTRACT

#### Social Skill Levels of Nursing Students and Affecting Factors

**Aim:** The study was conducted to determine the level of social skill levels of nursing students and affecting factors.

**Material and Methods:** In this descriptive study, 249 students studying in the nursing department of a faculty of health sciences constituted the sample of the study. The data were analyzed by percentage, mean, Mann Whitney U and Kruskal Wallis tests.

**Results:** It was determined that the social skill levels of nursing students were moderate (277.39±24.47), the highest mean score was obtained from the social control subscale (51.42±8.20) and the lowest mean score was taken from the affective control subscale (42.41±6.72). It was found that the students' age, their economic perceptions, the high school they graduated from and the place they stayed during their university life did not affect the social skill inventory total score averages. Male students had higher affective control subscale scores than female students. It was found that the students who were involved in social activity had higher scores in emotional expressivity, social expressivity, social control and total social skills inventory than those who were not in social activity.

**Conclusion:** It was determined that the social skill levels of nursing students were at the middle level. It is recommended to prepare training programs in which students can continue their existing social skills and gain new skills.

**Keywords:** Nursing students, social competence, social skills

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Aksaray, Türkiye, Email: arzuyusel76@gmail.com, Tel: 0 543 5823650 - ORCID: 0000-0001-7819-2020

<sup>2</sup> Dr. Öğr. Üyesi Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Aksaray, Türkiye, Email: saadeterzincanli@hotmail.com, Tel: 0 545 9481309 16 17, ORCID-ID:0000-0001-9348-3803

Geliş Tarihi: 1 Ekim 2019, Kabul Tarihi: 11 Ocak 2020

**Atıf/Citation:** Yüksel A, Erzincanlı S. Hemşirelik Öğrencilerinin Sosyal Beceri Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(1): 57-66. DOI: 10.31125/hunhemsire.715165

## GİRİŞ

İnsanoğlu yaratılışından bugüne kadar diğer insanlarla bir arada olabilmek, onlarla etkileşim ve iletişim kurabilme çabası içerisinde. Bireylerin bir arada yaşama isteği toplumsal yaşamı kaçınılmaz hale getirmiştir. Toplum içerisinde varoluşun sağlanabilmesinde iletişim kurmak ve bu iletişimi sürdürmek önemli bir rol oynamaktadır. Bireylerin bu iletişimi sağlıklı bir şekilde sağlaması ve sürdürmesi için bir takım becerilere ihtiyacı vardır. Bu becerilerden birisi sosyal beceridir. Sosyal beceriler, bireylerin sosyal ilişkilerini düzenleyip devam ettirebilmesini sağlayan becerilerdir<sup>1</sup>. Bireylerin belirli sosyal görevlerde etkin bir şekilde performans göstermesini sağlayan özel yeteneklerdir<sup>2</sup>. Ayrıca sosyal beceriler "iletişim, problem çözme, karar verme, özgüven, akran ve grup etkileşimi ve öz-yönetim" olarak bir dizi becerileri kapsamaktadır<sup>3</sup>. Bacanlı (2008) sosyal beceriyi, bireyin başkalarıyla başarılı bir şekilde etkileşimde bulunmasına olanak sağlayan davranışlar olarak tanımlamaktadır<sup>4</sup>. Özetle, sosyal beceriler öğretilmesi, öğrenilmesi ve gerçekleştirilmesi gereken davranışlardır<sup>5</sup>. Sosyal becerilerin çok çeşitli tanımları bulunmaktadır ancak hepsinde ortak nokta, olumlu tepki beklentisi, karşısındaki anlayabilme ve kendisini doğru anlatabilme, aktif dinleme, empati, karar verme, problem çözme becerileri, bilişsel ve duyuşsal öğeleri kapsamı ve öğrenilebilir olmasıdır.

Sosyal becerinin boyutları; Riggio, sosyal becerileri, duyuşsal anlatımcılık, duyuşsal duyarlılık, duyuşsal kontrol, sosyal anlatımcılık, sosyal duyarlılık ve sosyal kontrol olarak adlandırmaktadır<sup>6</sup>. Duyuşsal Anlatımcılık; İletişimin etkisi, tutumu ve statüsüyle ilgili becerileri içerir. Sözel olmayan mesajları göndermedeki genel beceriye işaret eder. Duyuşsal Duyarlılık; Diğerlerinin duygularını, tutumlarını ve durumlarını çözebilme becerisidir. Duyuşsal Kontrol; Duyuşsal ve sözel olmayan iletişimi ayarlama becerisidir. Duyuşsal ve sözel olmayan iletişimin ayarlanması ve kontrol edilebilmesidir. Sosyal Anlatımcılık; Sözel anlatım, akıcılık ve konuşmaya başlama yeteneği ile ilgili becerileri içerir. Sosyal Duyarlılık; Sözel mesaj ve bilgileri alma, anlama, sosyal kural ve normlarla ilişkili olma becerilerini içerir. Sosyal Kontrol; Rol oynama yeteneği, sözel davranışların ayarlanması ve kendini anlatma becerisini içine alır<sup>4,6</sup>. Sosyal becerilerin altı temel parçaya ayrılmasına rağmen birçok durumda sosyal becerinin bir alanda geliştirilmesi, diğer belli sosyal becerilerin geliştirilmesi ile doğru orantılı olarak görülür. Her sosyal beceri boyutunun miktarı ve derecesi önemlidir, ancak daha da önemlisi çeşitli sosyal becerilerin dengesine sahip olmaktır<sup>6</sup>. Sosyal olarak yetenekli birey altı temel sosyal beceri boyutuna sahip olan ve bu becerileri nispeten dengede tutabilen kişidir<sup>7</sup>.

Sosyal beceriler, akademik başarıya, akran ve aile ilişkilerine, kendini tanımaya katkı sağlayarak yaşamda başarılı olmak için hayati öneme sahiptir. Sosyal beceriler alanında eksiklik gösteren çocuklar ve gençler hem kısa hem de uzun vadede akademik, sosyal ve davranışsal alanlarda risk altındadır<sup>8</sup>. Sosyal becerileri yetersiz olan çocuklar okula uyumda sorun, okuldan atılma, okulu terk etme, suç işleme oranlarında

yükseklik, kaygı ve antisosyal davranışlar, depresyon ve ruh sağlığı sorunları yaşamaktadırlar<sup>9-11</sup>. Çeşitli çalışmalar, çocukluk döneminde sosyal beceri yetersizliği yaşayan çocukların ergenlik ve üniversite yaşamında sosyal ilişkilerinde sorun, davranış problemleri, akademik başarısızlıklar, okuldan ayrılma, madde bağımlılığı, okula devamsızlık, işsizlik ve doyurucu olmayan sosyal yaşamlara sahip olduğunu göstermektedir<sup>8,12</sup>. Sosyal becerileri gelişmiş çocuklar ve gençler okulda daha başarılı olmaktadır<sup>13-15</sup>. Ebeveynler, aileler, okullar, toplum örgütleri ve akran grupları, bireylerin sosyal becerilerini geliştirmelerine yardımcı olmada önemli rol oynamaktadır<sup>16</sup>. Sosyal beceriler, bireylerin akranları tarafından kabul görmesini, arkadaşlıklar kurmasını ve sürdürmesini, kişilerarası ilişkileri başlatması, sürdürmesi ve sonlandırabilmesi gibi çok çeşitli becerileri içerir<sup>5</sup>. Sosyal beceriler başarılı sosyal yaşam için hayati öneme sahiptir. Sosyal beceri düzeyi yüksek olan bireylerin akranları tarafından kabul edilebilirlikleri yüksek, akran ilişkileri güçlü ve yetişkinlerle sağlıklı ilişkiler kurabilme yeteneklerine sahiptir<sup>14</sup>.

Her insanın hayatı boyunca çeşitli sorunlarla karşılaşması ve bu sorunların üstesinden gelmek için uygun çözüm yolları aramaya çalışması doğaldır ve bu durum yaşam boyunca sürmektedir. Üniversiteye yeni başlayan öğrenciler de kendilerini aniden değişik bir akademik ve sosyal çevre içinde bulmaktadırlar. Bu yeni yaşamları; eğitim yaşantıları, insan ilişkileri ve sosyal yaşam açısından geçmiş yaşantılara göre farklılık göstermektedir. Öğrenciler aile ve yakın arkadaş desteğinin bir anda kesildiği bu yabancı çevreye en kısa zamanda uyum sağlamak ve bireysel potansiyellerini de tek başına üst düzeyde kullanarak bu uyumu sürdürmek durumunda kalmaktadırlar<sup>17</sup>. Öğrencilerin bu uyum sürecinde eğitim yaşamlarında karşılaşabilecekleri sorunlarını çözebilmesi için etkili sosyal becerilere sahip olmaları gerekmektedir<sup>18</sup>. Hemşirelik eğitim sürecinin istenilen düzeyde devam etmesi için öğrencilerin eğitim süresi içerisinde karşı karşıya kaldıkları sorunları çözebilme, kendini ifade etme, öz güvenli davranış sergileme ve iletişim becerileri gibi sosyal becerilerin gelişmiş olması beklenir. Bu çalışmanın amacı öğrenci hemşirelerin sosyal beceri düzeylerini ve etkileyen faktörleri saptamaktır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Araştırmanın Tipi ve Amacı

Araştırma öğrenci hemşirelerin sosyal beceri düzeylerini ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

### Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen araştırmanın evrenini, bir Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde 2017-2018 öğretim yılında öğrenim gören 325 ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencisi oluşturmuştur. Veriler 26 Şubat-16 Mart 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 249 öğrenci örneklemi oluşturmuştur. Evrenin %76.61'ne ulaşılmıştır.

**Veri Toplama Araçları**

Verilerin toplanmasında, Öğrenci Bilgi Formu ve Sosyal Beceri Envanteri (SBE) kullanılmıştır.

**Öğrenci Bilgi Formu**

Araştırmacılar tarafından hazırlanan öğrenci bilgi formu, öğrenci hemşirelerin yaş, cinsiyet, mezun olunan lise, bölüme isteyerek gelme, kardeş sayısı, algılanan ekonomik durum, üniversite yaşamında kaldığı yer, anne ve baba eğitimi, arkadaş grubuna sahip olma, arkadaş ve aile içi ilişkileri, anne ve baba tutumu gibi sosyo-demografik özelliklerini içeren sorulardan oluşmaktadır<sup>1,2,4,6,9,10,12,13,14,16</sup>.

**Sosyal Beceri Envanteri**

SBE, 1986 yılında Riggio tarafından geliştirilmiştir<sup>6</sup>. SBE'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yüksel<sup>19</sup> tarafından 1997 yılında yapılmıştır. SBE temel sosyal becerileri ölçmek amacıyla hazırlanmış 90 maddelik kendini tanımlama türünden altı ayrı alanı ölçmektedir. Alt ölçekler; duyuşsal anlatımcılık, duyuşsal duyarlık, duyuşsal kontrol, sosyal anlatımcılık, sosyal duyarlık ve sosyal kontroldür. Her bir alt ölçek 15 maddeden oluşmaktadır. Her madde 1-5 arasında puanla değerlendirilmekte ve envanterin bütününden toplam puan olarak en düşük 90 en yüksek ise 450 puan alınabilir. Testin tekrarı yöntemi ile hesaplanan güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için  $r = 0.92$ , alt ölçekler için ise .80 ile .89 arasında bulunmuştur. Toplam puana ilişkin iç tutarlık (Cronbach alpha) katsayısı .85 olarak bulunmuş, alt ölçeklere göre elde edilen iç tutarlık katsayıları ise .56 ile .82 arasında hesaplanmıştır. Envanterden alınan puanların yükselmesi bireyin genel sosyal beceri düzeyinin artması olarak tanımlanmaktadır<sup>19,20</sup>. Bu çalışmada envanterin toplam Cronbach alpha .80 olarak bulunmuştur.

**Araştırmanın Etik Boyutu**

Bu araştırma Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak gerçekleştirilmiş olup, araştırmaya başlamadan önce Aksaray Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurul'undan (2018/33) ve ilgili Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığından yazılı izin alınmıştır. Ayrıca örneklem kapsamındaki öğrencilere çalışma hakkında bilgi verilmiş olup sözlü onamları alınmıştır.

**Araştırmanın Sınırlılıkları**

Çalışmanın örneklemini sadece Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerinin oluşturması, araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

**Verilerin Analizi**

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package for Social Science for Windows 23.0) paket programı kullanılmıştır. Frekans, Yüzde, Ortalama ve Standart Sapma gibi tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıp dağılmadığı Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Veriler normal dağılmadığı için ikili karşılaştırmalarda Mann Whitney U testi, ikiden fazla değişkenin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.  $p < 0.05$  düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

**BULGULAR**

Araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 249 öğrenciden, %71.5'i kadın, %35.4'ü dördüncü sınıf, %34.1'i ikinci sınıf ve %71.1'i bölüme isteyerek gelmiştir. Öğrencilerin %43.7'si 21-22 yaş arası, %55.4'ü Anadolu lisesi mezunu, %51.8'i 3-4 kardeşe sahip ve %42.2'si evin ilk çocuğudur. %73.9'u aile ekonomik durumunu, %68.3'ü kendi ekonomik durumunu orta olarak değerlendirmekte, %81.9'çekiirdek aileye sahip, %64.7'si devlet yurdunda kalmaktadır. %51.0'nin annesi, %34.5'nin ise babası ilköğretim mezunu, %88.4'ünün annesi ev hanımıdır. Öğrencilerin %92.8'inin arkadaş grubu bulunmakta, %43.0'nin 1-5 kişilik arkadaş grubuna sahip, %80.3'ü arkadaş ilişkilerini ve %86.3'ü aile ilişkilerini iyi olarak değerlendirmektedir. Öğrencilerin %71.5'i herhangi bir sosyal aktivitede bulunmamakta, %89.2'si anne ve %86.3'ü babasının tutumunu demokratik olarak değerlendirmektedir. Öğrencilerin kendi kişilik özelliklerinde olumlu olarak %18.8(173)'i hoşgörülü, %18.5(171)'i dürüst ve %14.5(133)'i kendine güvenen, olumsuz kişilik özellikleri olarak %30(136)'u sabırsız, %28.2(128)'si çabuk sinirlenen ve %18.1(82)'i çekingen olarak algıladıklarını belirtmiştir (Tablo 1).

**Tablo 1. Öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri (n=249)**

Tanıttıcı Özellikler	Sayı	Yüzde
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	178	71.5
Erkek	71	28.5
<b>Sınıf</b>		
İkinci	85	34.1
Üçüncü	76	30.5
Dördüncü	88	35.4
<b>Bölümü tercih etme</b>		
İsteyerek	177	71.1
İstemeyerek	72	28.9
<b>Yaş (X =21.17, SD=1.41, min= 19 ve max= 27)</b>		
19-20 yaş	96	38.6
21-22 yaş	109	43.7
23 ve üzeri yaş	44	17.7
<b>Mezun olunan lise</b>		
Anadolu Lisesi	138	55.4
Temel Lise	58	23.3
Meslek Lisesi	28	11.3
Sağlık Meslek Lisesi	25	10.0
<b>Kardeş sayısı</b>		
1-2 kardeş	64	25.7
3-4 kardeş	129	51.8
5 ve daha fazla kardeş	56	22.5
<b>Kaçıncı çocuk olduğu</b>		
Birinci çocuk	105	42.2
İkinci çocuk	62	24.9
Üçüncü	38	15.2
Dördüncü ve daha fazla	44	17.7
<b>Ailesinin ekonomik durumu</b>		
İyi	56	22.5
Orta	184	73.9
Kötü	9	3.6
<b>Kendi ekonomik durumu</b>		
İyi	49	19.7
Orta	170	68.3
Kötü	30	12.0

**Tablo 1. Öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri (n=249)  
(devamı)**

<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek	204	81.9
Geniş	40	16.1
Parçalanmış	5	2.0
<b>Üniversite yaşamında kaldığı yer</b>		
Devlet yurdu	161	64.7
Ailesiyle	35	14.1
Özel yurt	27	10.8
Arkadaşlarıyla evde	26	10.4
<b>Yaşadığı yer</b>		
İl	135	54.2
İlçe	73	29.3
Köy	41	16.5
<b>Anne eğitim durumu</b>		
Üniversite	11	4.4
Lise	29	11.6
Ortaokul	40	16.2
İlkokul	127	51.0
Okuryazar	15	6.0
Okuryazar değil	27	10.8
<b>Baba eğitim durumu</b>		
Üniversite	41	16.5
Lise	52	20.9
Ortaokul	59	23.7
İlkokul	86	34.5
Okuryazar	11	4.4
<b>Anne mesleği</b>		
Ev hanımı	220	88.4
Memur	11	4.4
İşçi	9	3.6
Serbest meslek	6	2.4
Emekli	3	1.2
<b>Baba çalışma ve meslek durumu</b>		
Çalışmıyor	11	4.4
Memur	48	19.3
İşçi	64	25.7
Serbest meslek	71	28.5
Emekli	55	22.1
<b>Arkadaş grubunun olma durumu</b>		
Evet	231	92.8
Hayır	18	7.2
<b>Arkadaş Sayısı</b>		
Yalnız	10	4.0
1-5 kişi	107	43.0
6-10 kişi	75	30.1
11'den fazla	57	22.9
<b>Arkadaş ilişkileri algılama durumu</b>		
İyi	200	80.3
Orta	49	19.7
<b>Aile ilişkilerini algılama durumu</b>		
İyi	215	86.3
Orta	34	13.7
<b>Sosyal aktivite durumu</b>		
Evet	71	28.5
Hayır	178	71.5
<b>Anne tutumunu değerlendirme</b>		
Demokratik	222	89.2
Demokratik değil	27	10.8

**Tablo 1. Öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri (n=249)  
(devamı)**

<b>Baba tutumunu değerlendirme</b>		
Demokratik	215	86.3
Demokratik değil	34	13.7
<b>Toplam</b>	<b>249</b>	<b>100</b>
<b>Kendisinde olumlu algıladığı özellikleri</b>		
Hoşgörülü	173	18.8
Dürüst	171	18.5
Kendine güvenen	133	14.5
Sakin	131	14.2
Hızlı çözüm üretken	115	12.5
Girişken-aktif	110	12.0
Araştırmacı	87	9.5
<b>Toplam</b>	<b>920*</b>	<b>100</b>
<b>Kendisinde olumsuz algıladığı özellikleri</b>		
Sabırsız	136	30.0
Çabuk sinirlenen	128	28.2
Çekingen	82	18.1
Savunucu	70	15.4
Pasif	38	8.3
<b>Toplam</b>	<b>454**</b>	<b>100</b>

\*n=249 Yüzdeler 920 kişiye göre alınmıştır (soruya birden fazla cevap verme durumu var.)  
\*\*n=249 Yüzdeler 454 kişiye göre alınmıştır (soruya birden fazla cevap verme durumu var.)

Tablo 2'de araştırmaya katılan öğrencilerin sosyal beceri alt ölçekleri ve sosyal beceri toplam puan ortalamaları yer almaktadır. Duyuşsal anlatımcılık (45.24±6.34), duyuşsal duyarlılık (47.99±7.79), duyuşsal kontrol (42.41±6.72), sosyal anlatımcılık (45.40±8.55), sosyal duyarlılık (44.91±7.46), sosyal kontrol (51.42±8.20) ve sosyal beceri envanteri toplamından 277.39±24.47 puan almıştır.

**Tablo 2. Öğrencilerin sosyal beceri envanteri ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n=249)**

SBE ve alt ölçekleri	X±SS	Ortanca (1. ve 3. Çeyrek)	Min - Maks	Envantere Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Puan
Duyuşsal anlatımcılık	45.24±6.34	45 (41-48)	26-66	15-75
Duyuşsal duyarlılık	47.99±7.79	47 (42-54)	31-73	15-75
Duyuşsal kontrol	42.41±6.72	43 (39-47)	21-60	15-75
Sosyal anlatımcılık	45.40±8.55	45 (40-50)	22-73	15-75
Sosyal duyarlılık	44.91±7.46	44 (40-49)	26-67	15-75
Sosyal kontrol	51.42±8.20	50 (46-58)	29-71	15-75
<b>Toplam SBE</b>	<b>277.39±24.47</b>	<b>274 (262-291)</b>	<b>210-379</b>	<b>90-450</b>

Tablo 3'te öğrencilerin cinsiyet ve sosyal aktivitede bulunma durumlarına göre sosyal beceri envanteri ve alt ölçek puan ortancalarının dağılımı görülmektedir. Erkek öğrencilerin kadın öğrencilere göre duyuşsal kontrol alt ölçeği puanları daha yüksektir (p<0.05). Sosyal aktivitede bulunan



öğrencilerin toplam sosyal beceri envanteri, duyuşsal anlatımcılık, sosyal anlatımcılık ve sosyal kontrol alt ölççeğinden daha yüksek puan aldığı saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Tablo 3. Öğrencilerin sosyal beceri envanteri puan ortancalarının cinsiyet ve sosyal aktivitede bulunma durumlarına göre dağılımı (n=249)

Sosyal Beceri Envanteri (n=249)	Cinsiyet				İstatistiksel Değerlendirme	
	Kadın		Erkek		Z	p
	Medyan	Min-Maks	Medyan	Min-Maks		
Duyuşsal anlatımcılık	46	26-66	45	28-66	-1.384	0.166
Duyuşsal duyarlık	46	32-70	47	31-73	-0.634	0.526
Duyuşsal kontrol	42	21-58	45	29-60	-3.923	<b>&lt;0.001</b>
Sosyal anlatımcılık	44.5	24-72	45	22-73	-0.495	0.620
Sosyal duyarlık	44	26-67	45	29-67	-0.001	0.999
Sosyal kontrol	50.5	29-71	50	34-70	-0.553	0.580
Toplam SBE	274.5	218-357	274	210-379	-0.204	0.839
Sosyal Beceri Envanteri (n=249)	Sosyal aktivite durumu				İstatistiksel Değerlendirme	
	Evet		Hayır		Z	p
	Medyan	Min-Maks	Medyan	Min-Maks		
Duyuşsal anlatımcılık	47	28-66	45	26-66	-2.476	<b>0.013</b>
Duyuşsal duyarlık	48	31-73	46	31-70	-1.451	0.147
Duyuşsal kontrol	43	21-57	42	26-60	-0.799	0.424
Sosyal anlatımcılık	48	30-73	43	22-72	-4.531	<b>&lt;0.001</b>
Sosyal duyarlık	44	27-67	45	26-67	-0.653	0.514
Sosyal kontrol	54	37-71	50	29-70	-3.753	<b>&lt;0.001</b>
Toplam SBE	285	236-353	270	210-379	-4.243	<b>&lt;0.001</b>

Tablo 4. Öğrencilerin sosyal beceri envanteri puan ortancalarının sınıf, yaş, kardeş sayısı ve algılanan aile ekonomik durumuna göre dağılımı (n=249)

Sosyal Beceri Envanteri (n=249)	Sınıf						İstatistiksel Değerlendirme	
	İkinci		Üçüncü		Dördüncü		X <sup>2</sup>	p
	Medyan	Min-Maks	Medyan	Min-Maks	Medyan	Min-Maks		
Duyuşsal anlatımcılık	46	26-65	45	29-66	45	28-66	3.223	0.200
Duyuşsal duyarlık	48	36-73	45	31-65	47.5	33-70	5.192	0.075
Duyuşsal kontrol	41	21-60	43	26-58	43	26-58	1.918	0.383
Sosyal anlatımcılık	45	24-73	43	22-72	46	25-72	7.060	<b>0.029</b>
Sosyal duyarlık	45	27-67	45	29-67	44	26-65	4.264	0.119
Sosyal kontrol	52	29-71	48	34-70	52	34-71	16.720	<b>&lt;0.001</b>
Toplam SBE	276	231-357	269.5	210-379	277.5	218-341	4.160	0.125
Sosyal Beceri Envanteri (n=249)	Yaş						İstatistiksel Değerlendirme	
	19-20		21-22		23 ve üzeri		X <sup>2</sup>	p
	Medyan	Min-Maks	Medyan	Min-Maks	Medyan	Min-Maks		
Duyuşsal anlatımcılık	46	26-66	45	28-66	45	30-58	2.363	0.307
Duyuşsal duyarlık	46	32-65	47	31-70	48	36-73	.367	0.832
Duyuşsal kontrol	42	21-58	43	26-58	44.5	27-60	3.214	0.201
Sosyal anlatımcılık	43.5	24-72	45	22-73	46	25-64	1.770	0.413
Sosyal duyarlık	46	28-67	44	27-67	43	26-59	3.828	0.147
Sosyal kontrol	50	29-71	50	34-71	52	34-67	1.708	0.426
Toplam SBE	273	231-379	275	210-346	274	210-379	0.295	0.863
Sosyal Beceri Envanteri (n=249)	Kardeş sayısı						İstatistiksel Değerlendirme	
	1-2		3-4		5 ve üzeri		X <sup>2</sup>	p
	Medyan	Min-Maks	Medyan	Min-Maks	Medyan	Min-Maks		
Duyuşsal anlatımcılık	45	26-61	46	29-66	45.5	27-57	1.093	0.579
Duyuşsal duyarlık	47	33-62	49	31-73	45	31-63	7.941	<b>0.019</b>
Duyuşsal kontrol	44	21-60	42	25-58	42	28-56	2.370	0.306
Sosyal anlatımcılık	44	27-73	46	22-72	43	25-69	8.174	<b>0.017</b>
Sosyal duyarlık	44	27-67	45	28-67	43	26-60	5.578	0.061
Sosyal kontrol	48.5	32-71	52	29-71	50	32-65	7.296	<b>0.026</b>
Toplam SBE	270	236-346	279	210-379	268	218-320	10.899	<b>0.004</b>
Sosyal Beceri Envanteri (n=249)	Algılanan aile ekonomik durumu						İstatistiksel Değerlendirme	
	İyi		Orta		Kötü		X <sup>2</sup>	p
	Medyan	Min-Maks	Medyan	Min-Maks	Medyan	Min-Maks		
Duyuşsal anlatımcılık	43.5	32-59	46	26-66	45	40-50	1.860	0.395
Duyuşsal duyarlık	47	36-65	47	31-73	44	37-54	2.876	0.237
Duyuşsal kontrol	43	27-51	43	21-60	39	35-49	1.678	0.432
Sosyal anlatımcılık	45	22-73	44	24-72	44	30-56	0.635	0.728
Sosyal duyarlık	44.5	29-61	44	26-67	40	35-52	1.473	0.479
Sosyal kontrol	52	37-67	50	29-71	55	49-63	4.771	0.092

Tablo 4'te öğrencilerin sınıf, yaş, kardeş sayısı ve algılanan aile ekonomik durumuna göre sosyal beceri envanteri ve alt ölçek puan ortancalarının dağılımı görülmektedir. Üçüncü sınıf öğrencilerinin diğer iki sınıfa göre sosyal anlatımcılık ve sosyal kontrol alt ölçek puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (p<0.05). Yaşı 23 ve üzeri olan öğrencilerin diğer iki yaş grubuna göre sosyal beceri envanteri toplam puan ortancalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05). Kardeş sayısı 3-4 olan öğrencilerin kardeşi 1-2 ile 5 ve üzeri olan öğrencilere göre toplam sosyal beceri envanteri ve sosyal anlatımcılık alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05). Kardeş sayısı 3-4 olan öğrencilerin kardeş sayısı 1-2 olan öğrencilere göre sosyal kontrol alt ölçeğinden daha yüksek puan aldığı saptanmıştır (p<0.05).

Kardeş sayısı 3-4 olan öğrencilerin kardeş sayısı 1-2 olan öğrencilere göre sosyal kontrol alt ölçeğinden daha yüksek puan aldığı saptanmıştır (p<0.05). Duyuşsal duyarlık alt ölçeğinden 5 ve üzeri kardeşe sahip öğrencilerin diğer 3-4 kardeş ve 1-2 kardeşe sahip öğrencilerden daha düşük puan ortancasına sahip olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Aile ekonomik durumunu iyi olarak değerlendiren öğrencilerinin orta ve kötü olarak değerlendiren öğrencilere göre sosyal beceri envanteri puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05).

Tablo 5. Öğrencilerin sosyal beceri envanteri puan ortancalarının mezun olunan lise ve kaldığı yere göre dağılımı (n=249)

Sosyal Beceri Envanteri (n=249)	Mezun olunan lise								İstatistiksel Değerlendirme	
	Anadolu Lisesi		Temel Lise		Meslek Lisesi		Sağlık Meslek Lisesi		X <sup>2</sup>	p
	Medyan	Min-Maks	Medyan	Min-Maks	Medyan	Min-Maks	Medyan	Min-Maks		
Duyuşsal anlatımcılık	46	28-65	45	27-66	45	26-58	43	29-56	3.465	0.325
Duyuşsal duyarlık	46	34-65	45.5	31-73	47	36-65	49	37-70	2.358	0.502
Duyuşsal kontrol	43	25-60	44	26-57	40.5	30-56	41	21-58	4.328	0.228
Sosyal anlatımcılık	45	22-66	44	25-73	44	24-65	48	25-57	1.019	0.797
Sosyal duyarlık	44	27-67	44	26-60	44.5	28-65	49	29-65	4.625	0.201
Sosyal kontrol	50	33-69	50	32-71	50.5	29-64	51	34-71	0.624	0.891
<b>Toplam SBE</b>	<b>275.5</b>	<b>210-357</b>	<b>267.5</b>	<b>218-379</b>	<b>270</b>	<b>231-327</b>	<b>282</b>	<b>238-332</b>	<b>1.251</b>	<b>0.741</b>
Sosyal Beceri Envanteri (n=249)	Kaldığı yer								İstatistiksel Değerlendirme	
	Devlet yurdu		Aileyle		Özel Yurt		Arkadaşlarla		X <sup>2</sup>	p
	Medyan	Min-Maks	Medyan	Min-Maks	Medyan	Min-Maks	Medyan	Min-Maks		
Duyuşsal anlatımcılık	46	26-66	44	28-62	45	32-53	44.5	34-57	3.167	0.367
Duyuşsal duyarlık	47	31-73	49	35-61	47	34-65	44	32-65	6.612	0.085
Duyuşsal kontrol	42	25-58	43	21-60	42	34-52	44.4	27-50	3.005	0.391
Sosyal anlatımcılık	44	22-73	44	27-65	45	35-66	45	30-64	0.354	0.950
Sosyal duyarlık	45	26-67	46	33-67	43	29-54	42.5	29-58	4.669	0.198
Sosyal kontrol	50	29-71	49	34-71	55	33-65	52.5	38-69	2.819	0.420
<b>Toplam SBE</b>	<b>273</b>	<b>210-379</b>	<b>277</b>	<b>236-339</b>	<b>275</b>	<b>234-323</b>	<b>274</b>	<b>236-333</b>	<b>0.446</b>	<b>0.931</b>

Tablo 5'te öğrencilerin mezun oldukları lise ve kaldığı yere göre sosyal beceri envanteri ve alt ölçek puan ortancalarının dağılımı görülmektedir. Sağlık meslek lisesi mezunu öğrencilerinin anadolu lisesi, temel lise ve meslek lisesi mezunu öğrencilerine göre toplam sosyal beceri envanteri puanının daha yüksek olduğu görülmektedir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05). Ailesiyle evde kalan öğrencilerin, devlet yurdu, özel yurt ve arkadaşlarıyla aynı evde kalanlara göre daha yüksek sosyal beceri envanteri puanına sahip oldukları saptanmıştır ancak bu farkın istatistiksel açıdan anlamı yoktur (p>0.05).

## TARTIŞMA

Sosyal beceri hemşirelerin sahip olması gereken temel yetenek ve yeterlilikler arasındadır. Hemşirelerin hasta ve yakınları ayrıca diğer sağlık ekip üyeleri ile etkili ve yeterli iletişim kurabilmeleri için sosyal beceri düzeylerinin yüksek olması gerekmektedir<sup>21</sup>. Bu çalışmada öğrenci hemşirelerin sosyal beceri envanteri puan ortalaması 277.39± 24.47 olarak saptanmıştır (Tablo 2).

Ölçeğin toplamından elde edilecek toplam puan aralığının 95-450 olduğu ve elde edilen toplam puanın yüksek olmasının, bireyin sosyal becerileri konusunda kendini yeterli olarak algıladığını gösterdiği düşünüldüğünde, bu çalışmada öğrencilerin kendilerini orta düzeyde sosyal becerilere sahip olarak algıladıkları söylenebilir. Ergün ve Şimşek-Arslan'ın (2017) yaptıkları çalışmada hemşirelik öğrencilerinin sosyal beceri envanteri puan ortalamalarını 280.31±2.71 olarak bulmuştur<sup>22</sup>. Sosyal beceri envanteri kullanılarak yapılan diğer çalışmalarda da hemşirelik öğrencilerinin orta düzeyde sosyal beceri düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir<sup>23,25</sup>.

Karayurt ve Akyol'un (2008) 244 hemşirelik öğrencisiyle yaptığı çalışmasında bizim çalışmamızdan daha yüksek sosyal beceri puanına sahip oldukları (X=297.47) belirlenmiştir<sup>26</sup>. Öğretmen adaylarında yapılan çalışmada öğrencilerin sosyal beceri düzeylerinin hemşirelik adaylarına göre daha yüksek<sup>27</sup>, üniversite öğrencileriyle yapılan farklı bir çalışmada hemşirelik öğrencilerinin daha düşük olduğu görülmüştür<sup>28</sup>. Öğretmen adaylarının sosyal beceri düzeylerinin incelendiği Hark-Söylemez ve Oral (2018) tarafından yapılan çalışmanın sonuçları, araştırma bulgularımızla paralellik göstermektedir<sup>29</sup>.

Öğrencilerin cinsiyetlerine göre sosyal beceri puan ortancalarında; erkek öğrencilerin kadın öğrencilerine göre duyuşsal kontrol alt ölçeğinden daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir (Tablo 3). Çalışmamıza benzer şekilde Deniz (2003), Durualp ve arkadaşlarının (2009), Girgin ve arkadaşlarının (2011), Şenol ve Türkçapar (2016), Bozgün ve Pekdoğan'ın (2018) çalışmalarında da benzer sonuçlar elde edilmiştir<sup>23,30-33</sup>. Bu sonuçlar erkek öğrencilerin kadın öğrencilere göre duyuşsal ve sözel olmayan iletişimi ayarlama becerisine daha fazla sahip olduklarını göstermektedir<sup>4</sup>.

Çalışmada sosyal aktivitede bulunan öğrencilerinin sosyal beceri envanteri toplam puan, duyuşsal anlatımcılık, sosyal anlatımcılık ve sosyal kontrol alt ölçek puan ortancalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Soykan'ın (2019) üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmasında halk oyunları çalışmalarına katılan öğrencilerin, halk oyunları çalışmalarına katılan öğrencilerin, halk oyunları çalışmalarına katılmayan öğrencilere göre sosyal beceri toplam puan ve alt ölçek puan ortalamalarında yükselme olmuştur<sup>34</sup>.

Çalışmada sınıflar arasında öğrencilerin sosyal anlatımcılık ve sosyal kontrol alt ölçeğinde farkın olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Sosyal anlatımcılık alt ölçeğinden dördüncü sınıfların üçüncü sınıf öğrencilerinden, sosyal kontrol alt ölçeğinden ikinci sınıfların üçüncü sınıf ve dördüncü sınıf öğrencilerinden de üçüncü sınıf öğrencilerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puan aldıkları saptanmıştır (Tablo 4). Bozgün ve Pekdoğan (2018) tarafından yapılan çalışmada üçüncü sınıf öğrencilerinin sosyal anlatımcılık alt ölçeğinden ikinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinden daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir<sup>33</sup>. Birçok çalışmada da benzer şekilde sınıf değişkeninin sosyal beceriler üzerinde bir etkisinin olduğu görülmektedir<sup>26,33,35-37</sup>.

Hemşirelik mesleği hasta ve sağlık ekibi üyeleri ile iletişim kurmayı gerektiren bir meslektir. Öğrencilerinin ilerleyen eğitim yıllarında sosyal beceri puan ortalamalarının düşmesi gelecekte profesyonel hemşireler açısından üzücü bir durumdur.

Öğrencilerin yaşlarına göre sosyal beceri envanteri ile duyuşsal duyarlık, duyuşsal kontrol, sosyal anlatımcılık ve sosyal kontrol alt ölçek puan ortancalarının yaşın artmasıyla aynı doğrultuda arttığı saptanmıştır. Ancak duyuşsal anlatımcılık ve sosyal duyarlık alt ölçeğinde 19-20 yaş grubundaki öğrencilerin diğer yaş grubu öğrencilerine göre daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır (Tablo 4). Durualp ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer şekilde sosyal duyarlılık alt ölçeğinden alınan puanların yaşla aynı doğrultuda düştüğü saptanmıştır<sup>23</sup>. Çalışma bulgularımız öğrencilerin yaşla beraber diğer bireylerin sözel ve sözel olmayan mesajlarını anlama beceri düzeylerinin düştüğünü göstermektedir.

Çalışmada öğrencilerin algılanan aile ekonomik durumuna göre sosyal beceri envanteri ve alt ölçek puan ortancalarına bakıldığında, aile ekonomik durumunu kötü olarak değerlendiren öğrencilerin duyuşsal duyarlık, duyuşsal kontrol, sosyal anlatımcılık ve sosyal duyarlık alt ölçeği puanlarının en düşük ancak sosyal kontrol alt ölçeğinden ise en yüksek puana sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Aile ekonomik durumunu iyi olarak değerlendiren öğrencilerin toplam sosyal beceri envanteri puan ortancası aile ekonomisini orta ve kötü olarak değerlendiren öğrencilere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu sonuç, yaşam kalitesinin artmasını sağlayan aile gelirin yükselmesiyle hemşire adaylarının sosyal becerileri düzeylerinin de artacağı şeklinde yorumlanabilir. Yapılan bazı çalışmalarda da aile gelirin sosyal beceri üzerinde bir etkisinin olduğu belirlenmiştir<sup>33,35,36,38-41</sup>.

Öğrencilerin mezun olduğu liseye göre sosyal beceri puan ortancalarına bakıldığında; anadolu lisesi mezunu olan öğrencilerinin sözel olmayan mesajları göndermedeki genel becerilerini gösteren duyuşsal anlatımcılık alt ölçeğinden, temel lise mezunlarının duyuşsal ve sözel olmayan iletişimin ayarlanması ve kontrol edilebilme yeteneğini gösteren duyuşsal kontrol alt ölçeğinden, sözel konuşmadaki beceri ve başkalarıyla sosyal etkileşime girme yeteneğini kapsayan sosyal anlatımcılık alt ölçeğinden, sağlık meslek lisesi mezunlarının diğerlerinin duygularını, tutumlarını ve

durumlarını çözebilme becerisini gösteren duyuşsal duyarlık alt ölçeğinden, sözel mesaj ve bilgileri alma, anlama, sosyal kural ve normlarla ilişkili olma becerilerini içeren sosyal duyarlık, sözel davranışların ayarlanması ve kendini anlatma becerisini gösteren sosyal kontrol alt ölçeğinden sağlık meslek lisesi mezunlarının daha yüksek puan aldığı ve sosyal becerilerinin daha iyi olduğu belirlenmiştir (Tablo 5). Ancak bu değişimler istatistiksel açıdan anlamlı taşımamaktadır. Dolayısıyla önceki öğrenme yaşantılarının tek başına öğrencilerin sosyal becerilerinde bir fark oluşturmadığı söylenebilir. Bizim çalışmamıza paralel olarak, Seven ve Yoldaş'ın (2007) yaptığı çalışmada da fen-süper-anadolu lisesi, genel lise ve meslek lisesi mezunu öğrencileri arasında sosyal beceri düzeyleri arasında fark saptanmamıştır<sup>27</sup>.

Çalışmada arkadaşlarıyla evde kalan öğrencilerin duyuşsal kontrol alt ölçeğinden, devlet yurdunda kalan öğrencilerin duyuşsal anlatımcılık alt ölçeğinden, ailesiyle yaşan öğrencilerin duyuşsal duyarlık, sosyal anlatımcılık, sosyal duyarlık alt ölçeklerinden ve toplam sosyal beceri envanteri toplam puanından en yüksek puan aldığı saptanmıştır (Tablo 5), fakat bu değişimlerin istatistiksel olarak bir anlamı bulunmamaktadır. Şenol ve Türkçapar'ın (2016) çalışmalarında da benzer sonuçlar elde edilmiştir<sup>32</sup>. Bu durum üniversite yaşamını ailesiyle yaşayan bireylerin sosyal beceri yeteneklerini daha fazla kullandıklarını düşündürmektedir.

## SONUÇ

Bu çalışmaya katılan öğrencilerin sosyal becerilerinin orta düzeyde olduğu, duyuşsal anlatımcılık, duyuşsal duyarlık, duyuşsal kontrol, sosyal anlatımcılık, sosyal duyarlık, sosyal kontrol alt ölçekleri ve sosyal beceri envanteri toplam puan ortalamaları ile öğrencilerin yaş, algılanan aile ekonomik durumu, mezun olunan lise ve kaldığı yer gibi faktörlerin etkili olmadığı saptanmıştır. Erkek öğrencilerin kadın öğrencilere göre duyuşsal kontrol alt ölçeği puan ortancaları daha yüksektir. Sosyal aktivitede bulunan öğrencilerin duyuşsal anlatımcılık, sosyal anlatımcılık, sosyal kontrol ve toplam sosyal beceri envanteri puanları sosyal aktivitede bulunmayan öğrencilere göre daha yüksektir. Sosyal anlatımcılık ve sosyal kontrol alt ölçekleri puan ortancası dördüncü sınıf öğrencilerinin üçüncü sınıf öğrencilerine göre daha yüksektir. Kardeş sayısı 1-2 ile 3-4 olan öğrencilerin toplam sosyal beceri envanteri, sosyal kontrol ve sosyal anlatımcılık alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Duyuşsal duyarlık alt ölçeğinden 5 ve üzeri kardeşe sahip öğrencilerin diğer 1-2 ile 3-4 kardeşe sahip öğrencilerden daha düşük puana sahip olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde hemşirelik mesleğinin uygulanması ile ilgili yaşanan sorunlar göz önüne alındığında sosyal becerisi gelişmiş mezunlar verilmesine gereksinim duyulduğu açıktır. Bu bağlamda hemşirelik eğitimi verilen okullarda kendini tanıyan ve iletişim yeteneği güçlü, problem çözme becerisi gelişmiş, empatik, otonomisini kullanan, atılgan ve bakıma odaklı hemşirelere gereksinim duyulmasından dolayı müfredat ile ilgili düzenlemeler ve içerik çalışmalarında bulunulabilir. Öğrencilerin var olan

sosyal becerilerini devam ettirebilecekleri ve yeni beceriler kazandırmaya yönelik eğitim programlarının hazırlanması, sosyal aktivitelerin planlanması ve meta-analiz bir çalışma ile genel değerlendirmeye ulaşılması önerilmektedir.

**Etik Kurul Onayı:** Aksaray Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurul'undan alınmıştır (Karar no: 2018/33).

**Çıkar Çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Katılımcı Onamı:** Öğrencilerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

**Yazar katkıları:**

Araştırma dizaynı: AY

Veri toplama: AY, SE

Veri analizi: AY

Makale yazımı: AY, SE

**Teşekkür**

Çalışmaya katılan bütün öğrencilere teşekkür ederiz.

**Ethics Committee Approval:** Approval was obtained from Human Research Ethics Committee of Aksaray University (Decision number: 2018/33).

**Conflict of Interest:** Not reported.

**Funding:** None.

**Exhibitor Consent:** Informed consent was obtained from students.

**Author contributions:**

Study design: AY

Data collection: AY, SE

Data analysis: AY

Drafting manuscript: AY, SE

**Acknowledgement:** We would like to thank all the students.

## KAYNAKLAR

1. Cook CR, Gresham LK, Barreras RB, Thornton S, Crews SD. Social skills training for secondary students with emotional and/or behavioral disorders: A review and analysis of the meta-analytic literature. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 2008;16:131-44.
2. Elksnin LK, Elksnin N. *Assessment and instruction of social skills*. San Diego: Singular Publishing Group, Inc; 1995.
3. Kolb SM, Hanley-Maxwell C. Critical social skills for adolescents with high incidence disabilities: Parental perspectives. *Exceptional Children*. 2003;69:163-79.
4. Bacanlı H. *Sosyal Beceri Eğitimi*. Ankara: Nobel Yayınevi; 2008.
5. Gresham F, Sugai G, Horner RH. Interpreting outcomes of social skill training for students with high-incidence disabilities. *Exceptional Children*. 2001;67:331-44.
6. Riggio RE. Assessment of basic social skills. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986;51(3):649-60.
7. Riggio RE, Messamer J, Throckmorton B. Social and academic intelligence: Conceptually distinct but overlapping constructs. *Personality and Individual Differences*. 1990;12(7):695-702.
8. Lane KL, Givner CC, Pierson MR. Teacher expectations of student behavior: Social skills necessary for success in elementary school classrooms. *The Journal of Special Education*. 2004;38:104-10.
9. Gresham FM, Elliot SM. *Social skills intervention guide: Systematic approaches to social skills training*. In JE. Zins, MJ Elias (Eds.), *Promoting student success through group interventions*. Binghamton, NY: Hawthorne Press; 1993:137-58.
10. Spinrad TL, Eisenberg N, Cumberland A, Fabes RA, Valiente C, Shepard SA, Reiser M, Losoya SH, Guthrie IK. Relation of emotion-related regulation to children's social competence: A longitudinal study. *Emotion*. 2005;6:498-510.
11. Rockhill, CM, VanderStoep A, McCauley E, Katon WJ. Social competence and social support as mediators between comorbid depressive and conduct problems and functional outcomes in middle school children. *Journal of Adolescence*. 2008;20:1-19.
12. Bracken SS, Fischel JE. Relationships between social skills, behavioral problems, and school readiness for head start children. *NHSA Dialog*. 2007;10(2):109-26.
13. Elias MJ, Zins JE, Weissberg RP, Frey KS, Greenberg MT, Haynes NM, Kessler R, Schwab-Stone ME, Shriver TP. *Promoting social and emotional learning: Guidelines for educators*. Alexandria, Va: Association for Supervision and Curriculum Development. 1997.
14. Hair EC, Jager J, Garrett SB. Helping teens develop healthy social skills and relationships: What the research shows about navigating adolescence. [https://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2002/07/Child\\_Trends-2002\\_07\\_01\\_RB\\_TeenSocialSkills.pdf](https://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2002/07/Child_Trends-2002_07_01_RB_TeenSocialSkills.pdf) (Erişim tarihi: 01.09.2019).
15. Greenberg MT, Weissberg RP, O'Brien MU, Zins JE, Fredericks L, Resnik H, Elias MJ. Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *American Psychologist*. 2003; 58: 466-74.
16. Spence SH. Social skills training with children and young people: Theory, evidence and practice. *Child and Adolescent Mental Health*. 2003;8(2):84-96.
17. Karahan F, Sardogan ME, Özkamalı E ve Dicle AN. Üniversite 1. sınıf öğrencilerinin üniversiteye uyum düzeylerinin sosyokültürel etkinlikler açısından incelenmesi. *Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2005;2(30):63-71.
18. Heppner PP, Anderson WP. The relationship between problem-solving self appraisal and psychological adjustment. *Cognitive Therapy and Research*. 1985;4:415-27.
19. Yüksel G. Sosyal beceri eğitiminin üniversite öğrencilerinin sosyal beceri düzeylerine etkisi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 1999; 2(11):37-45.

20. Yüksel G. Sosyal Beceri Envanteri El Kitabı. Ankara: Asil Yayın Dağıtım Ltd. ŞTİ; 2004.
21. Ünal S. Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. Türkinaz Atabek Aştı, Ayişe Karadağ (Ed.) İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2012: 248-61.
22. Ergün G, Şimşek Arslan B. Reviewing the relation between the problem solving skills of school of health students and their social skill levels. Journal of Human Sciences 2017;14(1):902-13.
23. Durualp E, Arslan D, Çayıroğlu E, Özkan S, Semerci A. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sosyal becerilerinin problem çözme becerileri üzerine etkisinin incelenmesi. I. Uluslararası Eğitim Bilimleri Kongresi, Türkiye: Çanakkale. <http://www.eab.org.tr/eab/2009/pdf/338.pdf> (Erişim tarihi: 01.09.2019).
24. Şenyuva E, Kaya H, Bodur G. Proje tabanlı öğretim yönteminin hemşirelik öğrencilerinin sosyal becerilerine etkisi. F.N. Hem. Dergisi. 2015; 23(2):116-25.
25. Öner-Altıok, H, Üstün B. Profesyonel sosyalizasyon teorisine temellendirilen psikoeğitim programının hemşirelik öğrencilerinin sosyal beceri düzeylerine etkisi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2017;14(2):119-26.
26. Karayurt Ö, Akyol Ö. Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinin sosyal beceri düzeyleri ile akademik başarı düzeyleri arasındaki ilişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008;11(1):33-9.
27. Seven, S, Yoldaş C. Sınıf öğretmeni adaylarının sosyal beceri düzeylerinin incelenmesi. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2007;4(1):1-18.
28. Latifoğlu G. Üniversite öğrencilerinin benlik saygısı düzeyleri ile sosyal becerileri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. Özel Sayı 2012;2:55-64.
29. Hark-Söylemez N, Oral B. Öğretmen adaylarının sosyal ağ sitelerini kullanım durumlarına göre sosyal beceri düzeylerinin incelenmesi. Elektronik Eğitim Bilimleri Dergisi. 2018;7(13):1-17.
30. Deniz E. Üniversite öğrencilerinin sosyal beceri düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2003;9:501-22.
31. Girgin G, Çetingöz D, Ekinci-Vural D. Öğretmen adaylarının sosyal beceri düzeylerinin incelenmesi. Kuramsal Eğitimbilim. 2011;4(1):38-49.
32. Şenol E, Türkçapar Ü. Üniversite öğrencilerinin sosyal beceri düzeylerinin incelenmesi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2016;1(40):445-56.
33. Bozgün K, Pekdoğan S. Öğretmen adaylarının sosyal beceri düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. Sakarya University Journal of Education. 2018;8(4):151-67.
34. Soykan Ö. Halk oyunlarının üniversite öğrencilerinin sosyal beceri ve özgüven düzeylerine etkisi [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2019.
35. Avşar Z, Öztürk-Kuter F. Beden eğitimi ve spor bölümü öğrencilerinin sosyal beceri düzeylerinin belirlenmesi (Uludağ Üniversitesi örneği). Eğitimde Kuram ve Uygulama. 2007;3(2):197-206.
36. Akpınar S, Temel V, Nas K. An exploration of candidate teachers' social skills levels: Age, gender and other differences. Ovidius University Annals. 2012;12(2):538-43.
37. Türkan E, Aydoğan Y, Sezer T. Okul öncesi öğretmen adaylarının sosyal becerilerinin incelenmesi. Kastamonu Eğitim Dergisi. 2017;24(5):2409-24.
38. Seven, S. Ailesel faktörlerin altı yaş çocuklarının sosyal davranış problemlerine etkisi. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi. 2007;51(51):477-99.
39. Şahin C, Yeşil R. Sınıf öğretmenliği aday öğretmenlerinin sosyal beceri ve empatik eğilim düzeyleri (AEÜ eğitim fakültesi örneği). E-Journal of New World Sciences Academy. 2010;5(3):1197-212.
40. Yazıcı T. Müzik öğretmeni adaylarının problem çözme ve sosyal becerileri. Kastamonu Eğitim Dergisi. 2016;25(1):299-314.
41. Yaşar-Ekici F. Examination of preservice preschool teachers' level of problem solving and social skills. International Journal of Social Sciences and Education Research. 2017;3(1):16-38.

## Derleme makale Review article

# İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerin Ebeveynlerinin Öğrenim Gereksinimleri



Merve ÖNDER<sup>1</sup>, Dudu KARAKAYA<sup>2</sup>

### ÖZ

Ergenlik dönemi, fiziksel değişikliklere uyum çabasının olduğu ve rol karmaşasının yoğun olarak yaşandığı bir dönemdir. Karmaşık bir dönem olmasından dolayı ergenlik döneminde birçok stresöre maruz kalınır. Stresörlerle baş etmede güçlük çeken ergenler, bir kurtuluş yolu olarak intihar davranışına başvurabilmektedirler. Ergenlik dönemi intiharları son yıllarda tüm dünyada yaygın olarak görülmeye başlamış ve önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Ergenlerde intihar oranları artış göstermekle birlikte, Dünya Sağlık Örgütü intiharın önlenebilir bir davranış olduğunu ve önlenebilirliğinin sağlanmasında bütün topluma rol ve sorumluluklar düştüğünü belirtmektedir. Önlenebilirliğin sağlanmasındaki rol ve sorumlulukların büyük bir kısmı sağlık profesyonellerine aittir. Sağlık profesyonellerinden biri olan hemşireler klinik ortamda, ebeveynler ise ev ortamında intihar girişiminde bulunan ergenler ile en çok vakit geçiren kişilerdir. Hemşirelerin ve ebeveynlerin olası bir intiharı erken dönemde farkedebilme ve uygun müdahale edebilme konusunda yeterli bilgi ve donanıma sahip olmaları gerekir. Bu derlemede, intihar girişiminde bulunan ergenlerin ebeveynlerinin öğrenim gereksinimleri ve belirlenen gereksinimlere yönelik hemşirelik müdahaleleri literatür ışığında gözden geçirilmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Adölesan, ebeveynler, intihar, psikiyatri hemşireliği

### ABSTRACT

#### Educational Needs of Parents of Adolescent Suicide Attempters

Adolescence is a period in which there is an effort to adapt to physical changes and the role complex is lived intensely. Because of being a complex period, adolescents are exposed many stressors during this period. Adolescents who have difficulty coping with stressors may resort to suicidal behavior as a way of salvation. In recent years, adolescent suicides have become widespread all over the world and have become an important public health problem. Although suicide rates are increasing in adolescents, the World Health Organization states that suicide is preventable behavior and that roles and responsibilities fall to the whole society in ensuring its preventability. A large part of the roles and responsibilities in ensuring preventability belongs to health professionals. Nurses spend the most time with adolescents attempting suicide in the clinical setting and parents in the home environment. Nurses and parents should have sufficient knowledge and skill to be able to recognize a possible suicide at an early stage and to intervene appropriately. In this review, the educational needs of parents of adolescent suicide attempters and nursing interventions for the identified needs are reviewed in the light of the literature.

**Keywords:** Adolescent, parents, psychiatric nursing, suicide

<sup>1</sup> Yüksek Lisans Öğrencisi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı, Antalya, Türkiye, Email: mrveondr@hotmail.com, Tel: 0539 848 05 32- ORCID: 0000-0002-5487-5836

<sup>2</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye, Email: dkarakaya@akdeniz.edu.tr, Tel: 0505 255 40 56, ORCID-ID:: 0000-0002-8277-6253

Geliş Tarihi: 3 Nisan 2019, Kabul Tarihi: 9 Temmuz 2019

**Atıf/Citation:** Önder M, Karakaya D. İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerin Ebeveynlerinin Öğrenim Gereksinimleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(1): 67-72. DOI: 1031125/hunhemsire.715172

## GİRİŞ

Bir bireyin kendi isteği ile yaşamına son vermesi intihar olarak tanımlanmaktadır<sup>1</sup>. İntihar, son yıllarda tüm dünyada yaygınlığı artan ve ele alınması gereken küresel bir sorundur. Dünyada yaklaşık olarak her yıl 1 milyon kişinin intihar sonucunda hayatını kaybettiği bilinmektedir. İntihar, özellikle 15-29 yaş arası gençler arasında, dünya çapındaki ölümlerin ikinci önde gelen nedenidir<sup>2</sup>. İntihar ve intihar girişimi tüm dünyada ergenler arasında artan bir salgın haline gelmiştir<sup>3,4</sup>. Ülkemizdeki ergen intiharlarının oranı diğer ülkelerle karşılaştırıldığında düşüktür<sup>3</sup>. Ancak son yıllarda ülkemizde de ergen intiharları, acil servise yapılan başvurular arasında en yaygın başvuru nedenlerinden biri haline gelmiştir<sup>5,6</sup>. Yapılan çalışmaların sonuçları da ülkemizdeki ergen intihar oranlarındaki artışı kanıtlar niteliktedir. Aktepe ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmada intihar girişiminde bulunan bireylerin %46,6'sının 15-16 yaş gurubundaki ergenlerden oluştuğu belirlenmiştir<sup>5</sup>. Ünlü ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan bir başka çalışmada da intihar girişimi nedeni ile kliniğe yatan olguların %78,7'sini 15-17 yaş aralığındaki ergenlerin oluşturduğu saptanmıştır<sup>7</sup>.

Ergenlik dönemi kimlik arayışının olduğu, rol karmaşasının yaşandığı, kişilerarası ilişkilerde bocalamaların meydana geldiği ve duygusal iniş çıkışların yoğun olarak yaşandığı bir dönemdir<sup>8</sup>. Bu nedenle ergenlik dönemindeki bir birey, meydana gelen biyopsikososyal değişimler ile baş etmede güçlük çekebilir. Baş etmede güçlüklerin yaşanması, ergende bir takım ruhsal sorunların ortaya çıkmasına sebep olabilir. Ergenlik döneminde ortaya çıkan ruhsal sorunlar arasında en sık görülenler depresyon, anksiyete bozuklukları ve intihardır<sup>9,10</sup>. Depresyon intihar girişimi için önemli bir risk faktörüdür<sup>9-11</sup>. Bunun dışında maddenin kötüye kullanımı<sup>5</sup> çocukluk çağı ihmal ve istismarları<sup>3,4,11</sup>, olumsuz aile içi ilişkiler ve geçmiş intihar öyküsünün bulunması da<sup>3-5,11</sup> ergen intiharlarının risk faktörlerinden bazılarıdır.

Geçmiş intihar öyküsü bulunan ergenlerin ebeveynleri intihar girişiminin tekrarlamasından korktuklarını, böyle bir durumun gerçekleşmesinin önüne geçebilmek için neler yapacaklarını bilmediklerini, bundan dolayı kendilerini çaresiz hissettiklerini ifade etmişlerdir<sup>12,13</sup>. Ebeveynlerin, intihar girişiminde bulunan ergen ile doğru iletişim kurabilmeleri ve ergene karşı doğru yaklaşımda bulunabilmeleri için eğitime ihtiyaçları vardır<sup>14</sup>. Ülkemizde psikiyatri hastalarının taburculuk eğitimi alma durumunun belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmanın sonuçları da bu bilgiyi destekler nitelikte olup araştırmaya katılan hastaların %63,3'ü kendilerine bakım veren kişilerin eğitilmesini istediklerini belirtmişlerdir<sup>15</sup>. Ancak birçok ebeveynin intiharı önleme stratejileri konusunda eğitim almadığı bilinmektedir<sup>13</sup>.

Aile üyeleri ev ortamında, intihar girişiminde bulunmuş birey ile en çok vakit geçiren ve bu bireyin bakımından sorumlu olan birincil kişilerdir. Aile üyeleri olası bir intihar riskini doğru değerlendirmede ve intihar davranışı gerçekleşmeden fark etmede önemli bir kaynaktır<sup>16</sup>. Ancak yapılan çalışmalar, ebeveynlerin bu konuda güçlükler yaşadığını göstermektedir. Yapılan çalışmalar

incelendiğinde intihar girişiminde bulunan ergenlerin ebeveynlerinin intihar girişiminde bulunan ergen ile kurulan iletişimde<sup>12-14,17</sup>, aile içi ilişkiler ve ergene destek olmada<sup>17-25</sup>, intihar ile ilgili sözel ve sözel olmayan belirtileri tanıma<sup>12,14,22</sup> ve ev ortamında alınması gereken güvenlik önlemleri konusunda<sup>26</sup> güçlükler yaşadıkları belirlenmiştir.

Bu derlemede intihar girişiminde bulunan ergenlerin ebeveynlerinin öğrenim gereksinimlerinin literatür ışığında belirlenmesi ve belirlenen gereksinimler doğrultusunda psikiyatri hemşirelerinin rol ve sorumluluklarının ele alınması amaçlanmıştır. Bu amaçla intihar girişiminde bulunan ergenlerin ebeveynlerinin öğrenim gereksinimleri; \*İntihar girişiminde bulunan ergen ile iletişim, \*Aile içi ilişkiler ve destek olma, \*İntihar ile ilgili belirtileri tanıma ve \*Ev ortamında intihara yönelik güvenlik önlemlerinin alınması başlıkları altında verilecektir.

## Ebeveynlerin Öğrenim Gereksinimleri ve Psikiyatri Hemşirelerinin Rol ve Sorumlulukları

### İntihar Girişiminde Bulunan Ergen ile İletişim

İntihar girişiminde bulunan bir bireyin bakımında, aile desteğinin varlığı<sup>27</sup> ve aile içi iletişimin iyi olması bireylerin kendilerine zarar verme ihtimallerine karşı koruyucu bir etki sağlar<sup>28</sup>. Aile içi iletişimde sorunların ve kopuklukların yaşanması ergen intiharları için bir risk faktörü olabilirken<sup>3</sup>, intihar olayı da aile üyelerinin intihar girişiminde bulunan birey ile iletişim kurmada güçlükler yaşamasına neden olabilir. Yapılan çalışmalar da intihar girişimi sonrasında aile içi iletişimde güçlükler yaşandığını, ebeveynlerin intihar girişiminde bulunan ergen ile iletişim kurmada zorluklar yaşadığını ve yanlış bir şey söylemekten korktukları için sessiz kalmayı tercih ettiklerini ortaya koymuştur<sup>12-14</sup>. Ebeveynlerin bu şekildeki yaklaşımları ve aile içinde yaşanan iletişim kopuklukları, ergenlerde aile desteğinin yetersiz olduğu algısını oluşturabilir. Aile desteğinin yetersiz olarak algılanması, ergenlerin intihar girişimlerini tekrarlamalarına yol açabilir<sup>3</sup>. Geçmiş intihar öyküsü bulunan ergenlerin katıldığı nitel çalışmalarda ergenler;

"Kimse beni olduğum gibi kabul etmiyor."

"Reddedildiğimi hissediyorum, kimse benimle konuşmak istemiyor<sup>17</sup>."

"Kız kardeşimin benimle ilgilendiğini biliyorum ama o beni dinlemiyor. Bana hep nasihat veriyor. Benimle böyle konuştuğunda kendimi rahatsız hissediyorum<sup>26</sup>" şeklinde ifadeler kullanmışlardır. Bu ifadeler ailelerin intihar girişiminde bulunan ergen ile iletişim kurmada güçlük çektiklerini ve ergenlerin bu durumdaki rahatsızlık duyduklarını kanıtlar niteliktedir. Bu nedenle ebeveynlerin doğru ve etkili iletişim konusunda bilgilendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Ebeveynlere, intihar girişiminde bulunmuş olan ergen ile kurulan iletişimde yargılamadan uzak bir yaklaşım sergilenmesi ve güvene dayalı bir ilişki kurulması gerektiği açıklanmalıdır<sup>16</sup>. Suçlayıcı bir iletişim ebeveynler ile intihar girişiminde bulunan ergen arasındaki gerilimin artmasına neden olarak intihar girişiminin tekrarlama riskini arttırmaktadır<sup>29</sup>. Ergen intiharlarını tetikleyen faktörler arasında en sık belirlenen neden, ergenlerin aileleri ile yaşadıkları çatışmalar olmuştur<sup>7</sup>. Bu



nedenle intihar girişiminde bulunan ergen ile kurulan iletişim sırasında ergenin kendisini ifade etmesine olanak verilmeli ve varlığına saygı gösterilmelidir. Ergenin duygularının anlaşılabilmesi için güvene dayalı ilişki kurulması gerekir. Kurulan ilişki sırasında dürüst davranılması, hissedilen duyguların açıkça ifade edilmesi ve empati kurulabilmesi güvene dayalı ilişkinin kurulmasına temel oluşturur<sup>16,20</sup>. Ergen ile kurulan iletişimde birinin onu anladığını ve ona yardım etmek istediğini görmesi amacıyla etkin dinleme yönteminin kullanılması gerekir. Birisi tarafından ciddiye alındığını ve dinlendiğini görmek ergenin duygu ve düşüncelerini açık bir dille ifade etmesini sağlar<sup>8</sup>. İntihar, üzerinde konuşulması gereken bir konudur. Geçmiş intihar öyküsü bulunan birey ile intihar hakkında konuşulması, bireyin kendini ifade etmesine olanak tanıyarak intihar düşüncesinin devam edip etmediğinin belirlenmesini sağlar<sup>30</sup>. Ancak toplumda, intihar girişiminde bulunan birey ile intihar hakkında konuşulmasının kişinin intihar düşüncesinin yeniden ortaya çıkmasına ve intihar davranışını tekrarlamasına neden olur şeklinde yanlış bir inanç vardır<sup>2</sup>. Ebeveynlere bu inancın yanlış olduğu, intihar düşüncesinin devam edip etmediğini anlamak için, intihar girişiminde bulunan ergenin sözel ifadelerine dikkat edilmesi gerektiği bu ifadelerde intihar ile ilgili ipuçlarının olabileceği hakkında bilgi verilmelidir. İntihar girişiminde bulunan ergen ile intihar hakkında konuşmak hemşirenin rol ve sorumlulukları arasında yer alan profesyonel bir müdahale<sup>11</sup> olmakla birlikte aile üyelerinin sözel ifadelerde yer alan ipuçlarını ve intiharla ilgili sözel ifadeleri göz ardı etmemeleri adına, bu konuda bilgilendirilmesinin yararlı olabileceği düşünülmektedir.

### Aile İçi İlişkiler ve Destek Olma

Aile inanç sistemleri ve aile üyelerinin kendilerine ve birbirlerine yönelik algıları, aile içi ilişkilere yön veren faktörlerden bazılarıdır<sup>31</sup>. Aile içi ilişkilerin, ailevi uyumun ve aile üyelerinin birbirine olan desteğinin, intihar riski üzerinde koruyucu ve risk oluşturucu etkileri bulunmaktadır<sup>17,23</sup>. Aile içi ilişkilerin olumsuz veya kopuk olması ve aile üyeleri arasında çatışmaların yaşanması, intihar girişimi riskini arttırmaktadır<sup>17-25</sup>. Ebeveyn desteği ergenlik döneminde özellikle ihtiyaç duyulan bir davranıştır. Yapılan bir çalışmada intihar girişiminde bulunan ergenlere girişim öncesinde ne hissettikleri sorulduğunda; kendilerini yalnız hissettiklerini, anne ve babalarını ulaşamaz gördüklerini ve ebeveyn desteğine ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Çalışmaya göre ebeveyn desteği özellikle de anne desteği intihar girişiminde bulunan ergenler tarafından olumlu algılanmaktadır. Aspaslan (2003) tarafından yapılan nitel bir çalışmada, çalışmaya katılan ve geçmiş intihar öyküsü bulunan ergenler, ebeveyn desteğine ihtiyaç duyduklarını şöyle ifade etmişlerdir:

"Annemi-babamı arıyorum. Annem orada değil, orada değil ve geri dönmeyecekler. Sanki bir şey arıyormuşum gibi bir his var içimde, ailemden gelen sevgiyi arıyorum. "  
"... Daha fazla birlikte olmamızı, bazı şeyler hakkında konuşmamızı istiyorum. Onlara bunun hakkında konuşmak istediğimi söyledim, zamanları olmadığını, bir yerlere gitmeleri gerektiğini söylüyorlar."

"...Babam beni desteklemeliydi! Bana yardım etmeliydi, yardım etseydi kendimi mutlu hissederdim... bana bunu yapmamalıydın dese ydi o zaman beni sevdiğini anlardım. 17"  
Toplumsal sonuçları nedeniyle intihar girişimi, ebeveyn ve intihar girişiminde bulunan ergen arasındaki ilişkiyi etkiler<sup>29</sup>. Gana'da yapılan bir çalışmada, intihar girişiminde bulunan bir bireyin yeterli aile desteği almamasından ve sözlü suistimallere maruz kalmasından dolayı kendisini öldürdüğü belirlenmiştir<sup>32</sup>. Böyle durumların yaşanmaması amacıyla ebeveynlerin, intiharın önlenmesinde aile desteğinin önemli bir faktör olduğu konusunda bilgilendirilmesi gerekir. İntihar girişiminde bulunan ergenin güçlü destek sistemlerine sahip olması ve ebeveynlerin baş etme stratejileri hakkında bilgi sahibi olmaları, bakımın etkinliğini artırmakta ve ergenlerin intihar düşüncelerini kontrol etmesini sağlamaktadır<sup>13</sup>. Sun ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan nitel bir çalışmada ergenler;

"İntihar düşüncelerimi kontrol edemiyorum. Yalnız olduğum zamanlarda intihara meyilliyim, ailemin beni desteklediğini fark etmem dışında hiçbir çıkış yolu göremiyorum. Onların beni desteklemesi bana yardımcı oluyor."

"Ailemin yardımı ile iyileşebileceğimi düşünüyorum. Onlara güveniyorum. Bana karşı iyiler. Beni dinliyorlar." şeklinde ifadelerde bulunmuşlardır<sup>26</sup>. Bu ifadeler ergen intiharlarının önlenmesinde ebeveyn desteğinin önemli bir etken olduğunu göstermektedir.

Ebeveynler intihar girişiminde bulunan ergene destek oluyorum düşüncesi ile ergene karşı aşırı koruyucu davranabilmekte ve ergen adına aktif liderlik rolü üstlenebilmektedirler<sup>33</sup>. Yapılan bir çalışmada ebeveynlerin, intihar riski yüksek olan çocuklarına kurallar uyguladıkları ve ev dışında da çocuklarını sürekli yetişkin gözetiminde tuttukları sonucuna ulaşılmıştır<sup>19</sup>. Oysa ergenlik dönemi kimlik arayışının şekillendiği, bağımsızlığın kazanılmaya çalışıldığı ve yetişkinler tarafından güven duyulan birey olmanın istendiği bir dönemdir<sup>34</sup>. Ergenin kişilik gelişiminin şekillenmesinde ebeveyn tutumunun önemli bir yeri vardır. Otoriter ve koruyucu tutum, ergenlerin pasif kişiliğe sahip olmasını sağlayarak, bir sorunla karşılaştıklarında baş etmede güçlük yaşamalarına sebep olur. Ayrıca koruyucu tutumun sergilenmesi, intihar girişiminde bulunan ergenin aile yaşamının odak noktası haline gelmesine ve ailedeki diğer çocukların göz ardı edilmesine sebep olabilir. Bu durum kardeşlerin kendilerini ihmal edilmiş hissetmelerine yol açar<sup>14</sup>. Bu nedenle ebeveynler ailedeki bütün çocuklar arasında dengeli bir ilişki kurulmasına dikkat edilmesi gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir<sup>35</sup>. Demokratik tutum ise ergenlerin sağlıklı ve uyumlu bir kişilik kazanmalarını sağlar. Sağlıklı ve uyumlu kişiliğe sahip olan ergenler, sorunları büyük boyutlara ulaşmadan çözümlenebilirler<sup>36</sup>. Bu nedenle ebeveynler, ergenle ilişkide demokratik tutumun önemi ve kazanımları hakkında bilgilendirilmelidirler.

### İntihar ile İlgili Belirtileri Tanıma

Geçmiş intihar öyküsü bulunan bir bireyin intihar girişimini tekrarlama riski yüksektir. Bu nedenle intihar riskinin sık sık değerlendirilmesi gerekir<sup>14</sup>. Değerlendirme sırasında bireyin gözlemlenebilir davranışlarına ve sözlü iletişim sırasında kullandığı ifadelere dikkat etmek gerekir<sup>37</sup>. Çünkü intihar

düşüncesi bulunan bir birey, intihar girişimi öncesinde genellikle intihara yönelik düşüncelerinden söz eder<sup>2,30</sup>. İntihara yönelik düşüncelerden bahseden bireylerin söyledikleri ciddiye alınmalı ve bir yardım çağrısı olarak algılanmalıdır<sup>2</sup>. İntihar girişiminde bulunan ergenlerin ebeveynleri ile yapılan çalışmalarda, ebeveynlerin çocuklarının intihar girişiminde bulunabileceklerine ilişkin uyarı işaretlerini fark edemedikleri<sup>12,14,22</sup> ve intiharı engelleyemedikleri için kendilerini suçladıkları sonucuna ulaşılmıştır<sup>12,14</sup>. İntihar girişiminde bulunan ergenlerin ebeveynleriyle gerçekleştirilen nitel bir çalışmada, ebeveynlerin en sık yaşadıkları duygulardan birinin, belirtilerin fark edilememesine bağlı yaşanan şok duygusu olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmaya katılan bir anne; “Çocuğumun başına bunun gelmesi beni şok etti. Onun bunu yapması beni gerçekten çok şaşırttı.” şeklinde bir ifade bulunmuştur. Bu ifade ebeveynlerin intihar belirtilerini tanıma ile ilgili bilgi açıklarının olduğunu göstermektedir<sup>12</sup>. İntihar ile ilgili bilgi açığının giderilmesi amacıyla ebeveynlerin sözel ve sözel olmayan uyarılar hakkında bilgilendirilmeleri gerekir. Eğer bir ergen;

\*Değersizlik duygusundan bahsediyor ve saldırgan davranışlarda bulunuyorsa<sup>17</sup>,

\*“Ölmek istiyorum” gibi ifadeler kullanıyorsa<sup>13</sup>,

\*Umutsuzluk, değersizlik ve çaresizlik duygularından bahsediyorsa<sup>38</sup>,

\*Dikkatsiz veya riskli davranışlarda bulunuyorsa,

\*İntihar planları yapıyor ve bunlardan bahsediyorsa,

\*Sürekli uyuyor, hiçbir şey yapmak istemediğini ifade ediyor ve sosyal geri çekilme yaşıyorsa,

\*Depresyon belirtilerinin aniden düzeldiğini ifade ediyorsa dikkatli olunması ve bir profesyonelden yardım alınması gerektiği konusunda ebeveynler bilgilendirilmelidir<sup>30,39</sup>.

### Ev Ortamında İntihara Yönelik Güvenlik

#### Önlemlerinin Alınması

İntihar eğilimi bulunan bireylerin girişimde bulunmasını önlemek amacıyla alınması gereken güvenlik önlemlerinin göz ardı edilmesi, bireylerin intihar düşüncelerini eyleme geçirmelerini kolaylaştırmaktadır<sup>40</sup>. Ebeveynler, bakım sırasında yaşadıkları diğer bir güçlüğünde intihar girişiminde bulunan ergenin güvenliğini sağlamak amacıyla ev ortamında alınması gereken güvenlik önlemleri olduğunu belirtmişlerdir. Sun ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan bir çalışmada, intihar girişiminde bulunan bir bireyin ebeveyni; “Gerçekten intihar etmesini nasıl önleyeceğimi bilmiyorum. Evimdeki bütün bıçakları ortadan kaldırıyorum...” şeklindeki ifadesi ile ev ortamında güvenli çevrenin sağlanması konusunda zorluk yaşadığını belirtmektedir<sup>26</sup>. Ev ortamında güvenli çevrenin oluşturulabilmesi amacıyla hemşirelerin ve ebeveynlerin birlikte çalışmaları ve bir güvenlik planı oluşturmaları gerekir<sup>27</sup>. Oluşturulan güvenlik planının içeriğinde ev ortamında alınması gereken fiziksel güvenlik önlemleri ve güvenli sosyal destek sistemlerinin belirlenmesi yer almalıdır. Güvenlik planının içeriği belirlenirken intihar riskini artıran durumlar göz önünde bulundurulmalı ve ev ortamındaki mevcut risk faktörleri belirlenmelidir<sup>38,39,41</sup>. Bu

nedenle risk değerlendirmesi kapsamında intihar girişiminde bulunan ergenin;

\*Nerede yaşadığı (Köy/Kasaba/İl),

\*Nasıl bir evde oturduğu,

\*Evinin kaçınıcı kat olduğu,

\*Evde kendisine zarar vereceği bir nesne (silah, jilet gibi) bulunup bulunmadığı,

\*Kiminle yaşadığı öğrenilebilir.

Fiziksel güvenliğin sağlanması amacıyla ilaç, bıçak, jilet, kemer, kravat gibi potansiyel silah niteliği taşıyan tehlikeli nesnelerin göz önünde bulundurulmaması gerektiği ebeveynlere anlatılmalıdır<sup>13</sup>. Güvenli ortamı sağlama amacıyla bazı kısıtlama ve engellemelerde bulunulabilir. Bu kısıtlamaların sebepleri ergene açıklanmalı ve kısıtlamalar ile ilgili düşünceleri alınmalıdır. Geçmiş intihar öyküsü bulunan ergenlerin yalnız bırakılmamasına dikkat edilmeli, sosyal ortamlarda kaliteli zaman geçirmeleri sağlanmalı ve grup etkileşimlerine dahil edilmeye çalışılmalıdır<sup>41</sup>.

### SONUÇ

Travmatik bir deneyim olan intihar girişimi, girişimde bulunan ergenler kadar ebeveynlerini de olumsuz etkilemektedir. İntihar girişiminde bulunan ergenlerin ebeveynlerinin intihar girişiminde bulunan ergene yönelik doğru yaklaşımda bulunabilmeleri için bazı öğrenim gereksinimleri vardır. Ebeveynlerin öğrenim gereksinimlerinin karşılanmasının, ergen intiharlarının önlenmesinde önemli bir etkisi olacağı düşünülmektedir. Bu nedenle psikiyatri hemşireleri eğitici ve danışmanlık rollerini aktif olarak kullanmalıdır. Ebeveynlere verilecek eğitimlerin içeriğinde ergenlik dönemi özellikleri, intihar girişiminde bulunan ergen ile nasıl iletişim kurulacağı, aile içi ilişkilerin nasıl düzenlenebileceği ve ergene nasıl destek olunacağı, intihar ile ilgili belirtilerin nasıl fark edilebileceği ve intiharı önlemek amacıyla ev ortamında alınması gereken güvenlik önlemleri konularına yer verilmesi önerilmektedir.

**Çıkar Çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Yazar katkıları:**

Çalışma dizaynı: DK, MÖ

Makale yazımı: DK, MÖ

**Conflict of Interest:** Not reported.

**Funding:** None.

**Author contributions:**

Study design: DK, MÖ

Drafting manuscript: DK, MÖ

### KAYNAKLAR

1. Eskin M. İntihar açıklama, değerlendirme, tedavi ve önleme. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi; 2003.
2. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO; 2014. p.7-89.
3. Bayraktar S. İntihar kavramının çocuklar ve ergenler açısından ele alınması. Mediterranean Journal of Humanities. 2015;1:139-59.

4. Gül H, Yürümez E, Gül A. Ergenlerde ilk intihar girişimi: dürtüsellik ve kötü çocukluk çağı yaşantıları arasındaki ilişki. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2017; 24(1):45-53.
5. Aktepe E, Kandil S, Göker Z, Sarp K, Topbaş M, Özkorumak E. İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerde sosyodemografik ve psikiyatrik özelliklerin değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2006;5(6):444-54.
6. Akın E, Berkem M. İntihar girişiminde bulunan ergenlerde psikiyatrik tanıların, demografik ve klinik özelliklerin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*. 2012;17(4):228-32.
7. Ünlü G, Aksoy Z, Ersan EE. İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin değerlendirilmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*. 2014;7(3):176-83.
8. Karakaya D. Çocuk ve ergen ile iletişim. Üstün B, Demir S, Editörler. *Hemşirelikte İletişim*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2019.
9. Eskin M. Ergen ruh sağlığı sorunları ve intihar davranışıyla ilişkileri. *Klinik Psikiyatri*. 2000;3:228-34.
10. Yalaki Z, Çakır İ, Taşar M, Yalçın N, Bilge Y. Anne ve ergenlerdeki depresif belirtilerin ergen intiharları ile ilişkisi. *Dicle Tıp Dergisi*. 2012;39(3):350-8.
11. Temel M. İntiharların önlenmesinde hemşirenin sorumlulukları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2009;12(2):78-83.
12. Raphael H, Clarke G, Kumar S. Exploring parents' responses to their child's deliberate self-harm. *Health Education*. 2006;106(1):9-20.
13. Sun F, Long A. Theory to guide families and carers of people who are at risk of suicide. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;17:1939-48.
14. Byrne S, Morgan S, Fitzpatrick C, Boylan C, Crowley S, Gahan H, et al. Deliberate self-harm in children and adolescents: a qualitative study exploring the needs of parents and carers. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2008;13:493-504.
15. Duran S, Gürhan N. Psikiyatri hastalarının taburculuk eğitimi alma durumunun değerlendirilmesi. *FÜ Sağ. Bilimleri Tıp Dergisi*. 2012;26(1):39-44.
16. Fantao MC, Rodrigues J, Lino MM, Lino MM, Kempfer SS. Nursing care to people admitted in emergency for attempted suicide [Internet]. 2018 [Erişim Tarihi 8 Mart 2019]. Erişim adresi: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0219>
17. Aspaslan AH. Reflections on the experiences and needs of adolescents who have attempted suicide: a qualitative study. *Socialwork Journals*. 2003;39(3):251-69.
18. Orri M, Paduanello M, Lachal J, Falissard B, Sibeoni J, Levy AR. Qualitative approach to attempted suicide by adolescents and young adults: the (neglected) role of revenge [Internet]. 2014 [Erişim Tarihi 8 Mart 2019]. Erişim adresi: doi:10.1371/journal.pone.0096716
19. Bush EG, Pargament KI. A quantitative and qualitative analysis of suicidal preadolescent children and their families. *Child Psychiatry and Human Development*. 1995;25:241-52.
20. Cavanagh JTO, Owens DGC, Johnstone EC. Life events in suicide and undetermined death in south-east scotland: a case-control study using the method of psychological autopsy. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999;34:645-50.
21. Sinclair J, Green J. Understanding resolution of deliberate self harm: qualitative interview study of patients' experiences. *BMJ*. 2005;330:1112.
22. Randell BP, Wang W, Herting JR, Eggert LL. Family factors predicting categories of suicide risk. *Journal of Child and Family Studies*. 2006;15(3):255-70.
23. Consoli A, Peyre H, Speranza M, Hassler C, Falissard B, Touchette E, et al. Suicidal behaviors in depressed adolescents: role of perceived relationships in the family. *Child Adolescent Psychiatry Mental Health*. 2013;7(8):1-12.
24. Bazrafshan MR, Sharif F, Molazem Z, Mani A. Exploring the risk factors contributing to suicide attempt among adolescent: A qualitative study. *Iranian J Nursing Midwifery Res*. 2016;21:93-9.
25. Doğan M, Öztürk S, Esen F, Demirci E, Öztürk MA. İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin değerlendirilmesi. *Bozok Tıp Dergisi*. 2018;8(3):30-4.
26. Sun F, Long A, Huang X, Huang H. Family care of taiwanese patients who had attempted suicide: a grounded theory study. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 62(1):53-61.
27. American Psychiatric Nurses Association. Psychiatric-mental health nurse essential competencies for assessment and management of individuals at risk for suicide [Internet]. 2015 [Erişim Tarihi 10 Mart 2019]. Erişim adresi: <http://www.apna.org/i40/pages/index.cfm? pageid = 5684>
28. Skegg K. Self-harm. *The Lancet*. 2005;366:1471-72.
29. Asare-Doku WA, Osafo J, Akotia CS. The experiences of attempt survivor families and how they cope after a suicide attempt in Ghana: a qualitative study [Internet]. 2017 [Erişim Tarihi 11 Mart 2019]. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1336-9>
30. Lucas P, Premier D. Queensland mind essentials mental illness nursing documents. 2th ed. Australia: State of Queensland;2010. Chapter11, Caring for a person who is suicidal; p.67-72.
31. Walsh F. Family resilience: a framework for clinical practice. *Family Process*. 2003;42(1):1-18.
32. Osafo J, Akotia CS, Andoh-Arthur J, Quarshie EN. Attempted suicide in ghana: motivation, stigma, and coping. *Death Studies*. 2015;39(5):274-80.
33. Fitzgerald J, Galyer K, Whiu G, Thomas P. Understanding families and suicide risk. *New Zealand*: 2010; p.108-244.
34. Atak H. Kimlik gelişimi ve kimlik biçimlenmesi: kuramsal bir değerlendirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3(1):163-213.
35. Er M. Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2006;49:155-68.
36. Dönmez İ. Aile iletişimi ve etkileşimi: sağlıklı insan ve sağlıklı aile. İstanbul: Sistem Yayıncılık; 1999.

37. Hagen J, Knizek BL, Hjelmeland H. Mental health nurses' experiences of caring for suicidal patients in psychiatric wards: an emotional endeavor. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2017;31:31-7.
38. Moyet C. (Çev. Ed. Erdemir F.) Hemşirelik tanıları el kitabı. 13. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti; 2012.
39. Townsend M. (Çev. Ed. Özcan CT, Gürhan N.) Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri. 6. Baskı, Ankara: Akademisyen Kitapevi; 2016.
40. Alcan Z, Tekin DE, Civil SÖ. Hasta güvenliği: beklenmedik olaylarda hemşirenin rolü. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2012.
41. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. (Çev. Ed. Erdemir F, Kav S, Yılmaz A.) Hemşirelik girişimleri sınıflaması (NIC). 6. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti; 2017

## Derleme makale Review article

# Lomber Disk Hernisinde Ağrı, Anksiyete, Depresyon Döngüsü ve Hemşirenin Rolü



Arzu TAT ÇATAL<sup>1</sup>, Fatma CEBECİ<sup>2</sup>

### Öz

Toplumda bel ağrısı görülme sıklığı giderek artmakta ve lomber disk hernisi, bel ağrılarının en önemli nedenlerinden birini oluşturmaktadır. Ağrı nedeniyle yaşam kalitesi olumsuz etkilenen bireylerde ise anksiyete-depresyon görülme oranı artmaktadır. Depresyon, ağrı algılanmasını ve ağrıyla ilişkili işlev bozukluklarını arttırmakta, anksiyete ise ağrı toleransını azaltmaktadır. Ağrı, anksiyete ve depresyon bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde zorlanmalara yol açmakta, yeterince değerlendirilmemesi ve tedavi edilmemesi ise hastalığın seyrinin kötüleşmesine, sağlık bakım maliyetlerinin artmasına ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Cerrahi tedavi uygulanan lomber disk hernili bireylerin ağrı, anksiyete ve depresyon açısından uygun şekilde değerlendirilmeleri hastaların ameliyat öncesi, sonrası ve sonrası bakım ve rehabilitasyonları için oldukça önemlidir. Hemşirelerin hastayı daha uzun süre ve yakından gözlemlene imkanına sahip olması hasta sorunlarının tespiti ve çözümünde eşsiz bir konuma getirmektedir. Hasta bireyin bakımında etkin rol üstlenen ve kesintisiz bakımın sorumlusu olan hemşirenin ağrı, anksiyete ve depresyonu semptomlarını tanıması, önlemeye yönelik girişimlerde bulunması, değerlendirilmesi ve gerektiğinde tedaviye yönlendirmesi önemlidir. Bu derlemenin amacı, lomber disk hernisinde ameliyat öncesi ve sonrasında ağrı, anksiyete-depresyon döngüsünün engellenmesine yönelik hemşirelik fonksiyonlarını ortaya koymaktır.

**Anahtar kelimeler:** Ağrı, anksiyete, depresyon, lomber disk hernisi, hemşire

### ABSTRACT

#### Pain, Anxiety, Depression Cycle and the Role of Nurses in Lumbar Disc Herniation

The incidence of low back pain in society is increasing and lumbar disc hernia is one of the most important causes of low back pain. Anxiety and depression rates are increasing among the individuals whose quality of life is negatively affected due to pain. Depression increases pain perception and pain-related dysfunctions, while anxiety reduces pain tolerance. Pain, anxiety and depression cause individuals to have difficulty in daily activities and inadequate evaluations and treatments leads to worsening of the disease course, increasing health care costs and reducing quality of life. Appropriate assessment of individuals with lumbar disc herniation in terms of pain, anxiety and depression is very important for preoperative, intraoperative and postoperative care and rehabilitation of patients. The fact that nurses have the opportunity to observe the patient more closely and for a long time makes them have a unique position in the detection and solution of patient problems. It is important that nurses, who play an active role in the care of the patient and are responsible for uninterrupted care, recognize, prevent and evaluate the symptoms of pain, anxiety and depression and direct the patients to treatment when necessary. The aim of this review is to present the nursing functions for preventing the cycle of pain, anxiety and depression in patients with lumbar disc herniation before and after the surgery.

**Keywords:** Anxiety, depression, lumbar disk herniation, nurse, pain

<sup>1</sup> Araş. Gör. Akdeniz Üniversitesi Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, 07058, Antalya, Türkiye, Email: arzutatben@gmail.com, Tel: 0 546 236 79 20- ORCID: 0000-0002-5935-2700

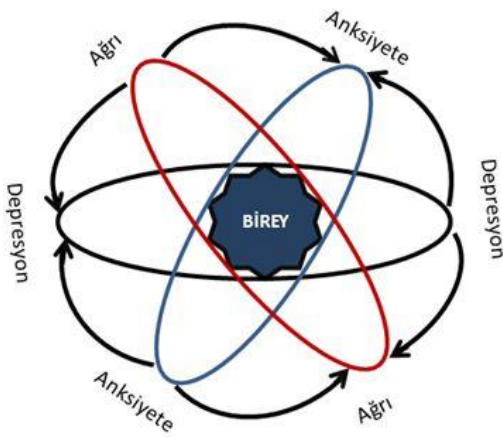
<sup>2</sup> Doç. Dr. Akdeniz Üniversitesi Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, 07058, Antalya, Türkiye, Email: fcebeci@akdeniz.edu.tr, Tel: 0 242 310 61 17, ORCID-ID: 0000-0002-5504-3564

Geliş Tarihi: 4 Nisan 2019, Kabul Tarihi: 10 Eylül 2019

**Atıf/Citation:** Tat Çatal A, Cebeci F. Lomber Disk Hernisinde Ağrı, Anksiyete, Depresyon Döngüsü ve Hemşirenin Rolü. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(1): 73-77. DOI: 10.31125/hunhemsire.715178

## GİRİŞ

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2016 verilerine göre; toplumda bel ağrısı, bel fıtığı ve diğer bel defektleri görülme sıklığının giderek arttığı ve görülme oranının %27.1'e ulaştığı görülmektedir<sup>1</sup>. Lomber disk hernisi (LDH), bel ağrısının en önemli nedenlerinden biri<sup>2</sup> olup bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanmasına yol açar<sup>3</sup>. LDH'nde bireylerin yaşadığı ağrı, fizyolojik fonksiyonlarda değişikliğe, yaşam kalitelerinde düşmeye, iş yapma gücünde azalmaya ve iş gücü kayıplarına da neden olmaktadır<sup>3,4</sup>. Hareket ettiği zaman ağrı yaşayacağını düşünen bireyler fiziksel aktiviteden kaçınmaktadır. Zamanla uyumsuz davranışlar ve fiziksel aktivitelerdeki azalma ile birlikte artan yeti kaybı beraberinde psikolojik sorunlara neden olabilmektedir<sup>5</sup>. Psikolojik sorunlardan olan anksiyete ve depresyon oranının, ağrı yaşayan ve yaşam kalitesi olumsuz etkilenen bireylerde arttığı bildirilmektedir<sup>6</sup>. Anksiyete ve depresyon hastanın yaşam beklentilerini olumsuz etkileyerek tedaviye verdiği yanıtı ve tedavi sürecini de olumsuz etkilemektedir. LDH nedeni ile hastanede yatan ve cerrahi planlanan hastalarda anksiyete depresyon gelişmesi normal popülasyondan daha fazladır<sup>6</sup>. Ameliyat sürecinde hastaneye yatma, ağrı ve rahatsızlık, bağımsızlığını kaybetme, anestezi ve ölüm korkusunun anksiyeteyi tetikleyen faktörler arasında olduğu belirtilmektedir<sup>2,7</sup>. Ağrı, ameliyat sonrası anksiyetenin de en önemli nedenlerinden biridir. Yönetilemeyen ağrı, komplikasyonların gelişmesine, hastanın konforunda azalmaya ve memnuniyetsizliğe yol açabilir<sup>8</sup>. Spinal cerrahi geçiren hastaların bir kısmında ameliyat sonrasında da ağrı ve yeti kaybı şikayetleri devam etmektedir. Bu durum hastaların yaşam kalitesini ve ruhsal sağlığını olumsuz etkilemektedir<sup>9</sup>. Atay ve Şenol'un çalışmasında ameliyat sonrası ağrısı devam eden hastaların anksiyete ve depresyon puanlarının yüksek olduğu görülmüştür<sup>10</sup>. Ağrı, anksiyete ve depresyon birbirini tetikleyen bir döngü oluşturmaktadır (Şekil 1).



Şekil 1. Ağrı, anksiyete, depresyon döngüsü

LDH nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan hastalarda, ağrı, anksiyete ve depresyonun belirlenmesi, yönetilmesi ve tedaviye yönlendirilmesi ile bu döngünün kırılmasında, hasta ile sürekli birlikte olan ve bakımından primer sorumlu olan hemşirenin önemli rolleri bulunmaktadır. Ameliyat sonrası ağrı, anksiyete ve depresyon yönetimi yalnızca iyi klinik uygulama ve kaliteli sağlık hizmetlerinin bir göstergesi değil aynı zamanda temel bir insan hakkıdır<sup>11</sup>.

## LDH Ameliyatı Öncesi Ağrı, Anksiyete-Depresyon Döngüsü ve Önlenmesine Yönelik Bakım

LDH ameliyatı öncesinde orta düzeyin üstünde anksiyete<sup>12</sup> ve depresyon yaşadıkları bilinen<sup>13</sup> hastaların yaşadıkları ağrı, anksiyete ve hareket kısıtlılıkları depresif duygulanıma yol açarak yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir<sup>14</sup>. Korkudan kaçınma modeline göre ağrı ile ilgili olumsuz deneyimi olan bireyler ağrıyı, sağlığı tehdit eden unsur olarak yorumlamaktadır. Bu yorum, hastanın ağrı ile ilişkili olan faaliyetlerden korkmasını ve kaçınmasını tetikler. Hastanın, bu tür inanç ve davranışları cerrahi sonrası iyileşmeyi kolaylaştıran derin nefes alma, öksürme ve mobilizasyon gibi ağrıya yol açabileceğine inanılan aktiviteleri yapmasını zorlaştırabilir. Ağrı deneyimi hastanın bağımlılığının artmasına yol açarak anksiyete ve depresyon gelişimini kolaylaştıran bir döngü yaratabilmektedir. Genel olarak, depresyon, anksiyete, ağrıdan kaçınma ve pasif baş etmenin LDH cerrahisi üzerinde olumsuz etkisi olduğu bilinmektedir<sup>5</sup>. LDH'li hastaların ameliyat öncesinde en çok bel ve bacak ağrısı yaşadıkları saptanmıştır<sup>15</sup>. Ağrısı olan hastalarda, psikososyal ve spinal sorunlara bağlı olarak ortaya çıkan korku sakatlığı arttırabilmektedir<sup>9</sup>. Kişilerin yaşadıkları ağrının günlük yaşam aktivitelerinde yarattığı engeller ve hareket kısıtlılıkları yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle LDH'nde ameliyat öncesi ağrı yönetimi önemlidir. Ağrı yönetiminde; yatağa uygun şekilde yatma, yataktan kalkma, yatakta bir bütün olarak dönme, doğru vücut mekaniklerini kullanma da önemlidir<sup>15,16</sup>. Sagheer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da kronik bel ağrısı yaşayan bireylerin anksiyete ve depresyon açısından yüksek risk altında oldukları saptanmıştır<sup>17</sup>. Uluğ ve Yılmaz'ın belirttiğine göre; uzun süreli bel ağrısı yaşayan bireylerde genellikle, ağrıya depresyon bulguları da eşlik etmektedir<sup>18</sup>. Depresif duygu durumu olan kişide uyku bozukluğu, konsantrasyonda bozulma, umutsuzluk, karamsarlık, çaresizlik gibi belirtiler oluşur. Bu sonuçlara bakıldığında ağrı, anksiyete ve depresyonun bir döngü halini aldığı ve birbirini etkilediği görülmektedir (Şekil 1). Hastaların yaşadıkları ağrı, hastaneye yatma, yabancı bir ortama girme, ameliyattan korkma, ameliyat sonrasında ayağa kalkamama düşüncesi, LDH ameliyatına ilişkin bilgi yetersizliği anksiyete kaynakları olarak karşımıza çıkmaktadır. LDH'nin tedavi yöntemlerinden biri olan cerrahi girişim de bireylerin kendilerini fiziksel olarak risk altında hissetmelerine neden olmaktadır<sup>19</sup>. Hasta, hastalığından kurtulma umut ve beklentisinin yanında kendi bedenini ve yaşantısını denetleyemeyeceği endişesine, duyu kaybı ve ölüm korkusuna kapılmaktadır<sup>20</sup>. Ameliyat sürecinde bilinmezliğin ortaya çıkardığı rahatsızlık,

hastaneye yatma, ağrı ve rahatsızlık, bağımsızlığını kaybetme, anestezi ve ölüm korkusunun anksiyeteyi tetikleyen faktörler arasında olduğu belirtilmektedir<sup>7</sup>. Hasta bireylerin içinde buldukları durum hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları önemli bir anksiyete kaynağı olup<sup>19</sup>, ameliyat öncesi eğitim, hastanın cerrahi girişimin her bir evresinde yapılacakları bilmesine, fiziksel ve ruhsal olarak kendini daha iyi hissetmesine, ameliyat sonuçlarının olumlu olmasına<sup>21</sup> hastaların korkularının giderilmesine katkı sağlamaktadır<sup>7</sup>. Spinal ameliyatlarda nörolojik defisit tüm bireyler için endişe kaynağıdır. Hastanın tekrar eski sağlıklı haline dönüp dönemeyeceği, oluşan sekele göre ortaya çıkabilecek kayıplar anksiyete yaratır<sup>19</sup>. Bu nedenle hastanın ameliyat öncesi bilgilendirilmesi ve ruhsal hazırlığı önemlidir. Hastanın soru sorması için uygun koşullar oluşturulmalı, bireysel ilgi alanları tanımlanmalı, şüphe, korku ve endişeleri uygun şekilde giderilmeli, problem çözme yetenekleri geliştirilmelidir<sup>19</sup>. Yüksek düzeyde anksiyete ile ameliyata giren hastaların ameliyattan sonraki ağrı skorlarının da daha yüksek olduğu, bilgilendirme yapılan hastaların ise ameliyattan sonraki ağrı skorlarının daha düşük olduğu bilinmektedir<sup>7</sup>. Spinal cerrahi geçiren hastalarla yapılan bir çalışmada ameliyattan önce eğitim verilen hastaların ameliyattan sonra ağrı ve anksiyete skorlarının daha düşük olduğu saptanmıştır<sup>22</sup>.

LDH'si bulunan hastalarda yeterli ağrı yönetimi yapılamaması kronik ağrı gelişimine, psikolojik risk faktörlerinin değerlendirilmemesi ise anksiyete ve depresyon artışına yol açabilir. Wahlman ve arkadaşlarının çalışması da, ameliyattan önce ve sonra ağrı, anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiyi desteklemektedir<sup>23</sup>. Ağrı, anksiyete ve depresyon birbirini tetikleyen durumlar olup, erken müdahale ile döngünün kırılması son derece önemlidir. Bu nedenle ameliyat öncesi hastaların risk faktörlerinin değerlendirilmesi ve psikolojik taramadan geçirilmesi hasta değerlendirmesinin rutin bir parçası olmalıdır<sup>19</sup>. Yılmaz ve arkadaşları yaptıkları çalışmada; LDH'li hastaların anksiyete ve depresyon oranlarının normal popülasyona göre yüksek olduğunu, yatıklığı saptanan hastaların psikiyatri değerlendirilmesi sonucu gerekli durumlarda ek tedaviler verilerek yaşam kalitelerinin artırıldığını, tedavi sürelerinin kısaldığını ve tedavi maliyetlerinin azaldığını belirtmişlerdir<sup>6</sup>. Cerrahi öncesi bireye özel bütüncül hemşirelik bakımı, hastalarda ağrı anksiyete ve depresyon döngüsünün engellenmesi ya da bir noktadan kırılmasını sağlayabilir.

### **LDH Ameliyatı Sonrası Ağrı, Anksiyete-Depresyon Döngüsü ve Önlenmesine Yönelik Bakım**

LDH ameliyatından sonra uygun ağrı yönetimi, yalnızca iyi klinik uygulama ve kaliteli sağlık hizmetlerinin bir göstergesi değil, aynı zamanda temel bir insan hakkıdır<sup>11</sup>. Ameliyat sonrası ağrı yönetimi proaktif bir yaklaşım gerektirmektedir. Ağrı yönetimi, sağlık çalışanlarının, hastaların bilgi ve davranışlarını değiştirmeyi, geliştirmeyi ve yöneticilerin onay ve taahhüdünü almayı gerektirir<sup>11,14</sup>. Ameliyat sonrası ağrı genellikle akut ve birkaç gün içinde azalmalıdır. Bununla birlikte, hastalığın ilerlemesi veya yetersiz ağrı

kontrolü ağrının uzamasına ve kronikleşmesine neden olabilir<sup>24</sup>. Ağrı yönetiminin temel ilkelerinden biri de anksiyete/depresyonun ele alınmasıdır<sup>14</sup>.

Spinal cerrahi geçiren hastaların büyük bir kısmının ameliyat sonrası süreçte yeni başlangıçlı depresyon yaşadığı bilinmektedir. Zieger ve arkadaşları LDH nedeniyle ameliyat geçiren hastaların anksiyete-depresyon düzeylerinin normal popülasyona göre yüksek olduğunu, bu durumun da ameliyat sonrası dönemde yaşanan ağrıyı ve işe dönmeyi olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir<sup>25</sup>. Gürleyik ve arkadaşlarının çalışmalarında da ağrı şiddeti ile depresyon arasında pozitif ilişki bulunmuştur<sup>26</sup>. Bu sonuçlara bakıldığında LDH ameliyat sonrasında da ağrı, anksiyete, depresyonun bir döngü halini aldığı görülmektedir (Şekil 1). Bu döngünün önlenmesi, hastanın yaşam kalitesinin artırılması ve iyi klinik sonuçlar elde edilmesi açısından yararlı olacaktır.

Ameliyat sonrası ağrı tüm hastalar için bir endişe kaynağıdır ve etkin ağrı yönetimi bireylerin konfor ve iyilik hali ile doğrudan ilgilidir. Düzenli ağrı kontrolü ve tedavisiyle, hastada ağrının yeniden başlama düşüncesinin yarattığı anksiyete ve korku azalır, gereksinimi olduğunda yardım alamayacağına ilişkin endişesi azalır ve yaşam kalitesi artar<sup>27</sup>. Ameliyattan sonra ağrı arttığında rahatsızlık, anksiyete ve depresyonun arttığı ve yaşam kalitesinin azaldığı bilinmektedir<sup>28</sup>.

LDH'li hastaların hastanede kalma süreleri genellikle kısadır. Ancak hemşirelerin diğer sağlık ekibi üyelerinden daha uzun süre hasta ile birlikte olması, hastayı daha yakından gözlemlene imkanına sahip olması, ağrı, anksiyete ve depresyon ile baş etmede eğitim, rehberlik ve danışmanlık yapması, uygulamaların sonuçlarını izlemesi ve empati becerisini kullanması, ağrı kontrolünde etkin rol üstlenmelerini gerektirmektedir<sup>11,14,27</sup>. Hasta bireylerin içinde buldukları durum hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları önemli bir stres kaynağıdır<sup>19</sup>. Hastaların korkularının giderilmesi için ameliyattan önceki süreçte yapılan bilgilendirmelerin ameliyattan sonraki süreci olumlu etkilediği bilinmektedir<sup>7</sup>. Hastanın anksiyetesinin azaltılması, memnuniyetinin ve çalışma veriminin artırılması için hemşireler, hastaya uygun açıklayıcı bilgi vermeli danışmanlık yapmalı ve güven duygusu aşılayabilmelidir<sup>2,29,30</sup>.

LDH olan hastalar temel bakım gereksinimlerini karşılamada kısmen ya da tamamen bir başkasına bağımlı olabilmektedir. Özellikle hastanın bakımından primer sorumlu olan hemşireler, hasta bakımını planlamadan önce hastanın yaşam için gerekli olan temel gereksinimlerini karşılayabilme durumunu ve bağımlılık düzeyini değerlendirmeli ve bakıma yansıtmalıdır<sup>19</sup>. Etkili ağrı yönetimi için ise hastanın omurga bütünlüğünün korunarak yatak içinde dönmesi, omurganın fleksiyon ve ekstansiyonunun önlenmesi, yataktan kalkma durumunda, ihtiyacına uygun olarak desteklenmesi gereklidir<sup>31</sup>. Gevşeme tekniklerini öğretme ve doğru beden uyumunu geliştirme gibi yöntemler de ağrı yönetiminde önemlidir<sup>20</sup>. Ayrıca hemşirenin vereceği danışmanlık, duygusal ve manevi destek hastanın kendini güvende hissetmesine ve rahatlamasına yardımcı olabilir<sup>19</sup>. LDH'li hastalarda Joyce

Travelbee'nin Kişiden Kişiyeye İlişki Modeli'ne dayanarak ağrıyı azaltma ve beden imajını iyileştirmeye yönelik verilen hemşirelik bakımının, bireyin acı çekmekten kaçınmasına veya başka bir anlam vermesine yardımcı olduğu belirtilmiştir<sup>32</sup>.

Ameliyat sonrası evde ağrı yönetiminin sağlanmasında taburculuk eğitiminden yararlanılabilir. Hastanın geçireceği ameliyatın özelliklerinin ve hastada görülen belirti bulguların klinik hemşiresi tarafından bilinmesi, hastaya verilecek olan eğitimin içeriğini belirler ve hastaya maksimum yarar sağlayacak eğitimin planlanmasına da yardımcı olur<sup>33</sup>. Taburculukta hastalara ağrı kesicileri nasıl kullanacakları, ağrıyı arttıran (yanlış pozisyon, uygun olmayan mobilizasyon, uzun süre ayakta kalma vb.), azaltan durumlar (dinlenme, doğru vücut mekaniklerini kullanma) ve ağrıları ameliyat öncesindeki kadar şiddetlenirse hekime başvurmaları gerektiği anlatılmalıdır. Taburculuk eğitimi alan hastaların eğitim almayanlara oranla daha az ağrı çektikleri görülmüştür<sup>16</sup>.

Depresyon gibi duygusal bozuklukların hasta sonuçlarını ve hastanın kendi sağlık durumunu algılamasını da etkilediği gösterilmiştir. Hastaların ruhsal durumları, cerrahinin başarısı ve etkisinden bağımsız olarak, memnuniyetlerini de etkilemektedir. Hasta memnuniyeti, bir kalite göstergesi olarak giderek daha yaygın olarak kullanılmaktadır. Adogwa ve arkadaşlarının çalışmaları cerrahi etkinlikten bağımsız olarak ameliyattan önceki depresyonun derecesinin, lomber cerrahiden sonra bildirilen hasta memnuniyetini etkilediğini göstermektedir<sup>34</sup>. Perioperatif dönemde depresyon belirtilerini saptamak ve tedavi etmek için tarama önlemleri, daha iyi klinik sonuçlara ve artan hasta memnuniyetine katkı sağlayabilir<sup>35</sup>.

Hastaların taburculuğa yeterli hazırlanmaması, hem fiziksel hem de ruhsal yönden zorlanmalarına neden olmaktadır<sup>19</sup>. Ağrı, anksiyete ve depresyonun yeterince değerlendirilmemesi ve tedavi edilmemesi, hastalığın seyirinin kötüleşmesine, sağlık bakım maliyetlerinin artmasına ve yaşam kalitesinin düşmesine yol açabilmektedir<sup>4,6,7</sup>. Cerrahi süreçte verilen bütüncül hemşirelik bakımı ise hastaların yaşam kalitelerini arttırabilir. Bütüncül bakımın gereği olarak LDH'li hastaların evde bakımlarına yönelik bilgi, beceri ve destek ihtiyaçlarının farkında olunması ve giderilmesi önemlidir<sup>2</sup>. Ağrı yönetimi, omurganın korunması, uygun beden mekanikleri ve egzersizleri ile günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesi, yaşam kalitesinin artırılmasında; bilgi ihtiyaçlarının karşılanması ve sorularının cevaplanması anksiyetelerinin giderilmesinde; bağımsızlıklarının arttırılması, iyileşmenin zaman alacağı ama mümkün olduğu konusunda bilgi verilmesi ve kendileriyle benzer süreci olan ama zaman içinde iyileşen hasta örneklerinin verilmesi ise depresyonlarının engellenmesinde yardımcı olabilir<sup>19</sup>. Böylece ağrı, anksiyete ve depresyon döngüsünün engellenmesi ya da kırılması mümkün olabilir.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Lomber disk hernisi neden olduğu ağrı ve fonksiyonel bozukluklar nedeniyle hastaların günlük yaşamlarını ve ruhsal durumlarını olumsuz etkilemektedir. Klinikte

yapılacak uygun hemşirelik değerlendirme ve müdahaleleri ise ağrı, anksiyete ve depresyon döngüsünü kırmada oldukça önemlidir. Bireyin yalnız fizyolojik değil sosyal, kültürel, ruhsal ve spiritüel yönlerinin de değerlendirilmesi bütüncül bakımın gereğidir. Hemşire hastayı değerlendirirken bu durumları göz önünde bulundurmalı ve bütüncül yaklaşımı esas almalıdır. Bu değerlendirmeler kapsamında yapılacak hemşirelik bakımı, bireylerin günlük yaşamlarında ağrı, anksiyete ve depresyon döngüsü ile daha etkin baş etmelerini sağlayabilir. Ayrıca, LDH ameliyat öncesi ve sonrasında uygun ağrı yönetiminin, yalnızca iyi klinik uygulama ve kaliteli sağlık hizmetlerinin bir göstergesi değil, aynı zamanda temel bir insan hakkı olduğu unutulmamalıdır.

**Çıkar Çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Yazar katkıları:**

Çalışma dizaynı: FC, ATÇ

Makale yazımı: ATÇ, FC

**Conflict of Interest:** Not reported.

**Funding:** None.

**Author contributions:**

Study design: FC, ATÇ

Drafting manuscript: ATÇ, FC

## KAYNAKLAR

1. Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK). Bireylerin son 12 ay içerisinde yaşadığı başlıca hastalık/sağlık sorunlarının cinsiyete göre dağılımı. Yayınlanma Tarihi: 2016. Erişim adresi: [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1095](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095). Erişim Tarihi: 15.01.2019.
2. Strayer A, Hickey J. Back pain and spinal disorders. In: Hickey J, editör. The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing. Philadelphia: PA 19103 USA. 2014.p.430-60.
3. Greenberg MS. Omurga ve Omurilik. In: Oruçkaptan H, editor. Nöroşirürşi el kitabı. Oruçkaptan H, translator. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevi; 2012.p.289-318.
4. Snekkevik H, Eriksen H, Tangen T, Chalder T, Reme S. Fatigue and depression in sick-listed chronic low back pain patients. Pain Medicine. 2014;15:1163-70.
5. Alodaibi FA, Minick KI, Fritz JM. Do preoperative fear avoidance model factors predict outcomes after lumbar disc herniation surgery? A systematic review. Chiropractic & Manual Therapies. 2013; 21(40):1-8.
6. Yılmaz ER, Bulut SD, Eryılmaz F, ve ark. Beyin cerrahi servisinde lomber disk hernisi tanısı ile yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ve hasta iyileşmesi üzerine etkileri. Ortadoğu Tıp Dergisi. 2014;6(3):111-121.
7. Taşdemir A, Erakgün A, Deniz M, Çertuğ A. Preoperatif bilgilendirme yapılan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin state-trait anxiety inventory test ile karşılaştırılması. Turk J Anaesth Reanim. 2013;41(2):44-9.
8. Glowacki D. Effective Pain Management and Improvements in Patients' Outcomes and Satisfaction. Critical Care Nurse. 2015; 35(3): 33-43.



9. İş M, Zileli M. Lomber disk hernilerinde yakınma ve bulgular. In: Zileli M, editör. Omurilik ve omurga cerrahisi. 3rd ed. İstanbul: İntertıp Yayınevi; 2014.p.608-16.
10. Atay Mİ, Şenol N. Dejeneratif lomber spinal stenozlu hastaların cerrahi sonrası anksiyete-depresyon yönünden değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2014;21(1):7-10.
11. Garcia JBS, Bonillab P, Kraychetec DC, Flores FC, Valtolina EDP, Guerrero C. Optimizing post-operative pain management in Latin America. Revista brasileira de anestesiologia. 2017;67(4):395-403.
12. Karadağ Arlı Ş. Ameliyat öncesi anksiyetenin APAIS ve STAI-I ölçekleri ile değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2017;4(3):38-47.
13. Strom, J., Bjerrum, M.B., Nielsen, C.V., Thisted, C.N., Nielsen, T.L., Laursen, M. Jorgensen, L.B. Anxiety and depression in spine surgery—a systematic integrative review. The Spine Journal. 2018;18:1272–85.
14. Berger JM, McKeever RK. Pain management. In: Reves J, Barnett S, McSwain J, Rooke G, editors. Geriatric anesthesiology. 3rd ed. Springer, Cham; 2018.
15. Akça N, Aydın G, Gümüş K. Lomber disk hernili hastaların vücut mekanikleri bilgi düzeyleri ile ağrı şiddeti arasındaki ilişki. Gümüşhane University Journal of Health Sciences. 2013;2(1):66-77.
16. Bayrak B, Bağcıvan E, Mertoğlu D, Aslan B. Sivas Numune Hastanesi hasta bakım planlama ve eğitim birimi tarafından lomber disk hernisi ameliyatı olan hastalara verilen taburculuk eğitiminin ve evde telefonla izlemin değerlendirilmesi. T.C. Sağlık Bakanlığı, 3. Ulusal Kalite ve Güvenlik Ödülleri, Ankara. 2013:61-81. Erişim adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/6232,3odullerkitabipdf.pdf?0>.
17. Sagheer MA, Khan MF, Sharif S. Association between chronic low back pain, anxiety and depression in patients at a tertiary care centre. J Pak Med Assoc. 2013;63(6):688-90.
18. Uluğ N, Yılmaz T. Servikal ve lumbar ağrı problemi olan hastaların ağrı, emoyonel durum ve yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. Fizyoterapi Rehabilitasyon. 2012;23(2):90-9.
19. Altun Uğraş G, Akyolcu N. Sinir sisteminin cerrahi hastalıkları ve bakımı. In: Akyolcu N, Kanan N, Aksoy G, editors. Cerrahi hemşireliği II. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2017.p.515-612.
20. Öztekin SD, Sunal N. Boyun ve omurilik yaralanmaları: Fiziksel tanılama, tedavi ve temel ilkeler. In: Öztekin S, editör. Nöroşirurji hemşireliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015.p.105-38.
21. Gürlek Ö, Yavuz M. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi hasta eğitimi uygulama durumları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013;16(1):8-15.
22. Lee, C.H., Liu, J.T., Lin, S.C., Hsu, T.Y., Lin, C.Y., Lin, L.Y. Effects of Educational Intervention on State Anxiety and Pain in People Undergoing Spinal Surgery: A Randomized Controlled Trial. Pain Management Nursing. 2018;19(2): 163-71.
23. Wahlman, M., Hakkinen, A., Dekker, J., Marttinen, I., Vihtonen, K., Neva, M.H. The prevalence of depressive symptoms before and after surgery and its association with disability in patients undergoing lumbar spinal fusion. Eur Spine J. 2014;23:129-34.
24. Mazilu DC, Zazu M, Nedelcu V, Sfetcu R. Effectiveness of pain management educational interventions on nurses' knowledge and attitudes regarding postoperative pain management: a systematic review protocol. JBI database of systematic reviews and implementation reports. 2018;16(2):303-7.
25. Zieger M, Schwarz R, König H, Harter M, Heller SG. Depression and anxiety in patients undergoing herniated disc surgery: relevant but underresearched - a systematic review. Cen Eur Neurosurg. 2010;71(1):26-34.
26. Gürleyik AG, Daşkapan A, Tüzün EH, Akman N. Lumbar spondilozisli hastalarda bel ağrısının psikososyal sağlık ve yaşam kalitesi üzerine etkisi: pilot çalışma. Fizyoterapi Rehabilitasyon. 2013;24(1):80-7.
27. Eti Aslan F, Çavdar İ. Cerrahi ağrı. In: Eti Aslan F, editor. Ağrı Doğası ve Kontrolü. 2nd ed. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2014.p.185-212.
28. Wilson BR, Tringale KR, Hirshman BR, et al. Depression after spinal surgery: a comparative analysis of the california outcomes database. Mayo Clin Proc. 2017;92(1):88–97.
29. Cihan B, Kozluk G, Sarı S, ve ark. Beyin cerrahi servisinde ameliyat öncesi hasta hazırlanmasında ve hasta anksiyetesinin giderilmesinde servis hemşirelerinin rolü. Türk Nöroşirurji Dergisi. 2013;23:372.
30. Reiter K. A look at best practices for patient education in outpatient spine surgery. AORN Journal. 2014;99(3);376-84.
31. Buechel V, Biba G. Coordinating care for patients with spinal cord disorders. In: Hoffman, JJ, Sullivan, NJ, editors. Medical Surgical Nursing. Philadelphia: F. A. Davis Company; 2017.p.768-98.
32. Freitas, R.J.M., Moura, N.A., Feitosa, R.M.M., Guedes, M.V.C., Freitas, M.C., Silva, L.F., Monteiro, A.R.M. Nursing Process Based on the Joyce Travelbee Model. J Nurs UFPE online., Recife. 2018;12(12):3287-94.
33. Walker J. Care of patients undergoing joint replacement. Nursing Older People. 2012;24(1);14-20.
34. Adogwa O, Parker SL, Shau DN, et al. Preoperative zung depression scale predicts patient satisfaction independent of the extent of improvement after revision lumbar surgery. The Spine Journal. 2013;13:501-6.
35. Urban-Baeza A, Zarate-Kalfopulos B, Romero-Vargas S, et al. Influence of depression symptoms on patient expectations and clinical outcomes in the surgical management of spinal stenosis. J Neurosurg Spine. 2015;22(1):75-9.

## Derleme makale

## Review article

# Pediatrik Kanserlerde Aile Merkezli Psikososyal Bakımın Önemi



Melike Ayça AY KAATSIZ<sup>1</sup>

## ÖZ

Pediatrik kanserlerde tedavi başarısının ve çocukların önündeki yaşam süresinin artışı erken ve etkin tedaviyi, en iyi hizmete erişimi, yaşam kalitesini, psikososyal bakımı daha da önemli hale getirmektedir. Hastalar için olduğu kadar hastaların etkileşiminin en yoğun olduğu aileleri için de zorlu bir deneyim olan bu süreç, ebeveynleri ve sağlıklı kardeşleri derinden sarsan travmatik bir deneyimdir. Çocukluk çağı kanserleri, diğer tüm hastalıklar gibi, fiziksel ve ruhsal anlamda olumlu sonuçların elde edilebilmesi için multidisipliner yaklaşımını gerektirir. Hasta çocuk ve ailesinde olumlu yönde psikososyal çıktıların elde edilebilmesi için, üyelerinin her birinin hem primer hem destekleyici rollerinin olduğu bir takım çalışmasına ihtiyaç vardır. Hastalık tedavi olsa dahi normalliğin tekrar kazanılması uzun ve yorucu olabilmektedir. Bu nedenle aile merkezli psikososyal bakıma ihtiyaç vardır. Tanı aşamasından palyatif bakıma ve yas sürecine kadar aile bireyleriyle sağlık profesyonelleri arasında kurulan etkileşimin ve aile merkezli psikososyal bakımın hem hasta çocuğa, hem diğer aile bireyelerine, hem de sağlık bakım ekibine olumlu yönde çıktılar sağladığı kanıtlanmıştır. Tüm sağlık profesyonellerinin yanı sıra ebeveynlerle yakın bir etkileşim içinde olan hemşirelere bu süreçte büyük rol düşmektedir. İleri düzey rollerin kullanılarak aile içi iletişimin artırılması, sosyal desteğin sağlanması, baş etme becerilerinin geliştirilmesi ve sağlıklı kardeşlerin ele alınması sağlanmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Çocuk, ebeveyn, hemşire, kanser, psikososyal bakım

## ABSTRACT

### The importance of family centered psychosocial care in pediatric cancers

Increasing of treatment success and life expectancy in pediatric cancers make early and effective treatment, access to the best service, quality of life and psychosocial care even more important. This process, which is a challenging experience for patients as well as for families, is a traumatic experience that gives parents and healthy siblings a deep shock. Pediatric cancers, like all other diseases, require a multidisciplinary approach in order to achieve positive results both physically and spiritually. In order to achieve positive psychosocial outcomes in the patient and his/her family, there is a need for a teamwork that has both primary and supportive roles for each of the members. Even if the disease is treated, recovery of normality can be long and tiring. Therefore, family-centered psychosocial care is needed. It has been proven that effective interaction between family members and health care professionals by family-centered psychosocial care from diagnosis stage to palliative care and/or grief process provide positive outcomes to both the sick child, family members and the health care team. In addition to all health care professionals, nurses who interact closely with the parents have a major role in this process. Increasing inter-family communication, providing social support, improving coping skills and considering healthy siblings should be ensured by using advanced roles.

**Keywords:** Cancer, child, nurse, parent, psychosocial care

<sup>1</sup> Araş. Gör. Dr. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye, Email: ayca.ay@hacettepe.edu.tr, Tel: 0 312 305 15 80, ORCID: 0000-0003-1102-9311

Geliş Tarihi: 31 Mayıs 2019, Kabul Tarihi: 7 Kasım 2019

**Atıf/Citation:** Ay Kaatsız MA. Pediatrik Kanserlerde Aile Merkezli Psikososyal Bakımın Önemi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(1): 78-85. DOI: 10.31125/hunhemsire.715814

## GİRİŞ

Çağımızın en önemli sağlık sorunlarından biri olan kanser, çocuk ölüm nedenlerinde kazalardan sonra ikinci sırada yer almaktadır<sup>1,2</sup>. Erişkinlere oranla çok daha nadir görülen çocukluk çağı kanser türleri, tüm kanserlerin %1'inden daha azı gibi küçük bir kısmını oluştursa da 2018 yılında 15 yaşından küçük yaklaşık 1180 çocuğun kanser sebebiyle kaybedileceği tahmin edilmiş, 1-2 2019 yılı itibarıyla de 1190 vakanın kaybedildiği bildirilmiştir<sup>3</sup>. Bununla birlikte, son yıllarda meydana gelen tedavi ilerlemelerinin sonucunda tanı alan çocukların %80'inden fazlası beş yıl ve daha fazla hayatta kalmaktadır<sup>1,2</sup>. Tedavi başarısının ve çocukların önündeki yaşam süresinin artışı erken ve etkin tedaviyi, en iyi hizmete erişimi, yaşam kalitesini, psikososyal bakımı daha da önemli hale getirmektedir<sup>4</sup>.

### Pediatrik Kanserlerin Aile Bireyleri Üzerindeki Etkileri

Kanser, hastalar için olduğu kadar hastaların etkileşiminin en yoğun olduğu yapı olan aileleri için de zorlu bir deneyimdir. Ailede kanser hastası olan bireyin çocuk olması ise aile dinamiklerini bozabilmektedir; çocuğun kanser gibi ölümcül bir hastalığa sahip olması, tüm aileyi derinden sarsan travmatik bir deneyimdir<sup>5,6</sup>. Bu süreç, aile üyelerinin günlük düzenlerinin ve yaşam aktivitelerinin bozulmasına yol açar<sup>5,7-9</sup>. Çocukluk çağı kanserlerinde aile bütünlüğünün ve işlevselliğinin bozulması, ebeveyn rollerinde değişimler, ebeveynlerin ortaya çıkan hastalık nedeniyle çaresizlik ve yalnızlık duyguları yaşaması, birbirlerini suçlaması, öfke ve üzüntüyle başa çıkamaması söz konusudur<sup>8,9</sup>. Yapılan çalışmalar; kanser tanısı alan çocukların ve annelerinin yaşam kalitesinin diğer sağlık problemi olan çocuklara ve annelerine göre daha düşük olduğunu<sup>10</sup>, bu çocukların aile bireylerinde daha sık psikososyal problemler yaşandığını<sup>11,12</sup>, kanser tanısı olan çocuğa bakım verme sürecinde annelerin sağlık algılarının olumsuz yönde etkilendiğini<sup>13</sup> ve bu süreçte başka hiçbir şeye zaman ayıramadıkları için yaşam kalitelerinin düştüğünü<sup>14</sup> ortaya koymaktadır. Gibbins ve ark.<sup>8</sup> tarafından ebeveynlerin bu süreçteki deneyimlerini belirlemek amacıyla yapılan sistematik derleme çalışmasında anne-babaların kontrol altında hissetmeyi arzuladıkları ve kanser tedavisinin öngörülemez doğasına uyum sağlama ihtiyaçlarının olduğu saptanmıştır. Pediatrik kanserlerin ebeveynler üzerindeki psikososyal etkilerini inceleyen bir diğer derleme çalışması da çocuğun bu acı verici tedavi sürecine eşlik etmenin yanı sıra ebeveynlerin artan sorumluluklarla, tedavi gerekliliklerinin yönetimiyle, sosyal ve iş yaşantısındaki olumsuz etkilerle baş etmek zorunda kaldıklarını ve sonuç olarak hem ruhsal hem fiziksel sağlıklarının bozulduğunu belirtmektedir<sup>9</sup>. Kanser tanısı alan çocuğun psikolojik zorlanma yaşıyor olması<sup>15</sup>, tanıyı henüz öğrenme aşamasında olma<sup>7</sup>, algılanan sosyal desteğin daha düşük seviyelerde olması<sup>11,14</sup> ebeveynlerin iyilik halini bu süreçte olumsuz yönde etkileyen etmenler arasındadır. Ebeveynleri bu süreçte çok zorlayan bir diğer etmen de ailedeki diğer çocukların ihmal edilmesidir<sup>9</sup>. Anlaşılabileceği üzere ebeveynler dikkat, enerji ve ilgilerini kanser tanısı olan

çocuğa daha çok yöneltebilirler; hatta sağlıklı kardeşlerden de aynı duyarlılıkla hareket etmelerini bekleyebilirler. Ancak bu durumda sağlıklı çocukların gereksinimlerini ve duygusal anlamda yaşayabileceği zorlanmaları anlayamadıkları gibi, onların gereksinimlerini göz ardı ettiklerini de fark edemeyebilirler. Bu durum ebeveynleri psikososyal yönlerden etkilediği gibi, ebeveynliklerini de sorgulamalarına yol açabilir<sup>16-19</sup>.

Ailede bir çocuğun kanser tanısı alması ebeveynlerde nasıl çok etkisi yaratarak normallığın kaybına yol açıyorsa, sağlıklı kardeşlere de benzer biçimde etki etmektedir. Ailede bir çocuğun hasta olması durumunda sağlıklı kardeşler alışık oldukları rutinlerini kaybetmekte, ilgi, statü ve güvenlik kaybı yaşamakta, belirsizlik hissetmektedirler<sup>5,20</sup>. Bu hastalığın kanser olması durumu ise kardeşlerde daha travmatik etkilere yol açabilmektedir. Çocukluk çağı kanserlerinde sağlıklı kardeşler travmaya ikincil olarak maruz kalır. Dolayısıyla travma durumlarında gözlenen 'gereksinimlerin kalıcı veya geçici olarak doyurulamayacağına dair inançların sarsılması' durumu kardeşlerde çeşitli psikososyal sorunlara ve hatta ruhsal problemlere yol açabilir<sup>19,21</sup>. Çoğu sağlıklı kardeş; kanser tanısı alan kardeşini kaybetme korkusu, kendisinin de hasta olacağı korkusu, kardeşine yeterli desteği gösterememe endişesi, anne ve babasının ilgisini elde edebilmek için hasta olması gerektiği inancı gibi birçok alanda anksiyete hissetmektedir<sup>22</sup>. Sağlıklı kardeşlerde depresyon, psikosomatik yakınmalar, posttravmatik stres sendromu gibi çeşitli psikopatolojilere de rastlanmaktadır<sup>23-25</sup>. Yang ve ark.<sup>26</sup> tarafından yapılan sistematik gözden geçirme çalışması kanser hastası çocukların kardeşlerinin aile yaşamlarında büyük bir kaos yaşadıklarını, bu sürecin çocukların benlik saygılarını ve aile samimiyetini etkilediğini ortaya koymuştur. Sağlıklı kardeşler kanser hastalığının beraberinde getirdiği bu duygusal stresi tanı alınmasından hemen sonra hissetmeye başlamakta ve yaşam kaliteleri düşmektedir<sup>27</sup>. Üstelik çoğu kardeş psikososyal uyum tanı alınmasından iki yıl sonra bile tamamlanamamaktadır<sup>24</sup>. Kanser tanısı olan çocukların hem kardeşlerinde hem de ebeveynlerinde anksiyete, içselleştirme, davranış problemleri, somatik problemler gibi klinik olarak önemli hastalıkların görülme oranı normal popülasyona göre daha fazladır<sup>28</sup>. Bu nedenle, pediatrik kanserlerde riskli bir grup olan aile üyelerinin psikososyal bakıma dâhil edilmesi önem arz etmektedir<sup>19,23,25,28,29-33</sup>.

### Pediatrik Kanserlerde Aile Merkezli Psikososyal Bakım

Çocukluk çağı kanserleri, diğer tüm hastalıklar gibi fiziksel ve ruhsal anlamda olumlu sonuçların elde edilebilmesi için multidisipliner yaklaşımını gerektirir. Kanser tanısı olan çocuk ve ailesinde olumlu yönde psikososyal çıktılar elde edilebilmesi için, üyelerinin her birinin hem primer hem destekleyici rollerinin olduğu bir takım çalışmasına ihtiyaç vardır. Sağlık bakım ekibinin her bir üyesinin primer rol işlevlerinin yanı sıra rollerin çakıştığı, birbirine geçtiği alanların da bilgisine sahip olması, yapılacak her girişimin çocuğun uyumuna, dolayısıyla hastalığın gidişatına etki edeceğinin farkında olarak hareket etmesi beklenmektedir.

Pediatrik kanserlerin sağlık bakım ekibinde genellikle onkologlardan fiziksel hastalığın yönetimi, hemşirelerden tedavinin ve eğitimlerin yürütülmesi ile koordine edilmesi, psikologlardan veya ruh sağlığı hemşirelerinden çocuğun ve ailenin baş etmesine yardımcı olma, sosyal hizmet uzmanlarından karşılaşılan finansal güçlüklerle veya duygusal destek ihtiyacına ilişkin yönlendirme yapma gibi primer rollerin yanı sıra ekip üyelerinin tümünden aileye ve çocuğa bireysel veya grup olarak duygusal destek sağlaması beklenmektedir<sup>34</sup>. Ebeveynler de çocukları için en uygun bakım türünü belirlemede ve hastane sonrası evde bakımın koordine edilerek sürdürülmesinde bu takımın bir üyesi halini alır. Bu katılım, bilginin paylaşılmasını, ebeveynlerin karar verme süreçlerine katılımının sağlanmasını ve aile tarafından yapılan seçimlere saygı duyulmasını vurgulayan bir sağlık hizmet sunum süreci olan "aile merkezli bakım" kavramı ile sürdürülebilir olmaktadır<sup>35</sup>. 1960'lı yılların başında özellikle hasta çocuğun tedavisinde ailenin çok önemli rolleri olduğunun fark edilmesiyle, önceki yıllarda geliştirilen "hasta merkezli bakım" kavramı yerine "aile merkezli bakım" kavramı geliştirilmiştir<sup>35</sup>. Kavram zamanla evrilmiş ve gelişmiştir. Aile merkezli bakımın kavramsal tanımı; ailelere bakım rollerinde yardımcı olan bir felsefe, temel çocuk bakım ilkeleri, ebeveynler tarafından verilen bakım, ebeveynlerin ve sağlık profesyonellerinin birlikte çalışması gibi kavramları içermesinin yanı sıra ebeveynlere profesyonellerin süpervizyonu altında çocuklarını koruma şansı veren bütüncül bir bakış açısı şeklinde belirtilmektedir<sup>36</sup>. Aile merkezli bakımın sonuçları arasında hasta ve ailenin memnuniyetinde, yaşam kalitesinde, öz yeterliğinde artma, bilgi akışında gelişme, aile ile profesyonel ekip arasındaki etkileşimde ilerleme ve tüm bunların sonucunda da tedavi çıktılarında iyileşme yer almaktadır<sup>36,37</sup>. Ebeveynlerin kanser hastası çocuklarının tıbbi bakım sürecinde tanı ve tedavi evrelerinde savunucu rolü üstlendikleri, bu rolü kendilerini çocuklarının tıbbi durumları hakkında bilgilendirerek, tıbbi bakım kararları alarak, bakım ekibinin eylemlerini sınırlayarak ve bakım ekibini onaylayarak ve/veya destekleyerek yerine getirdikleri belirtilmektedir<sup>37</sup>. Ebeveynlerin bu şekilde çocuklarının tedavisine ve yönetimine aktif katılımı teşvik edilmesi ve desteklenmesi önerilen bir durumdur<sup>38-41</sup>. Ebeveynlerin çocuklarına verilen sağlık hizmetlerini aile merkezli olarak değerlendirmeleri, algıladıkları bakım verici yükünde azalmayla ilişkili bulunmuş, bu azalma neticesinde aile merkezli bakım hizmetlerinin dolaylı olarak yaşam kalitesi ve yaşam doyumuna olumlu yönde etki ettiği saptanmıştır<sup>38</sup>. Sağlık çalışanları ve ebeveynler arasındaki etkileşimin sadece tedavi ve bakım sürecinde değil çocuğun kaybedilmesi durumunda yas tutma sürecinde de etkili olduğu belirtilmektedir<sup>39</sup>. Torres, çocuklarını bir ila üç yıl önce kanserden kaybeden otuz ebeveynle derinlemesine görüşmeler yaptığı tez çalışmasında, ebeveynlerin sağlık profesyonellerini aileden biri gibi gördüklerini, kayıptan sonra kurulan etkileşimlerinin ebeveynlerin anlam bulmasına yardımcı olduklarını, bu etkileşimin ve kayıptan bir anlam bulmanın ebeveynlerin depresyon ve keder düzeylerinde düşmeyle sonuçlandığını saptamıştır<sup>39</sup>. Aile merkezli bakımın uygulanma durumunu ve faydalarını daha

rahat değerlendirebilmek amacıyla 2008 yılında Klassen ve ark.<sup>40</sup> tarafından pediatrik onkoloji servislerinin aile merkezli bakım verme durumlarının ebeveynler tarafından değerlendirilebilmesini sağlayan bir ölçek geliştirilmiştir. Dix ve ark.<sup>41</sup>, bu ölçeği kullanarak Kanada'da geniş çaplı kesitsel bir araştırma yapmış, 411 ebeveynin tamamına yakınının aile merkezli bakım alma durumlarını yüksek olarak değerlendirdiğini saptamıştır. Algılanan kötü prognoz ve ebeveynin psikososyal durumunun daha kötü olması aile merkezli bakım alma derecesinin de düşük olarak değerlendirilmesiyle ilişkili bulunmuş, evli olmayan veya resmi nikâhsız yaşayan ebeveynlerin aile odaklı hizmetleri daha düşük olarak değerlendirdikleri, ebeveynlerin genel bilgi sağlama durumlarının çocuğun bakım aldığı tedavi tesisine bağlı olarak farklılıklar gösterdiği saptanmıştır<sup>41</sup>. Aynı ülkede aynı hizmetleri alan ancak göçmen olan ebeveynlerle yapılan bir başka çalışmada ise<sup>42</sup> ebeveynlerin genel olarak aldıkları hizmetten memnun oldukları ve deneyimlerinin aile merkezli bakımın temel unsurlarını yansıttığı saptanmıştır. Ancak, ebeveynler kendilerini sağlık ekibinin bir üyesi olarak görmediklerini, sağlık hizmet sağlayıcıları arasında hizmetin kalite ve koordinasyonunda tutarsızlıklar bulunduğunu, bazı profesyonellerin mekanik ve nezaketsiz biçimde davrandığını ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının sağlıkla ilgili hassas bilgileri doğrudan çocuklarıyla iletmelerinden rahatsızlık duyduklarını da belirtmiştir<sup>42</sup>. Diğer taraftan, Klassen ve ark.<sup>43</sup> pediatrik onkoloji servislerinde çalışan sağlık bakım hizmeti sağlayıcıları olarak doktorlar, hemşireler, sosyal hizmet uzmanları ve çocuk gelişim uzmanları ile görüşerek ebeveynlerle yakın biçimde çalışmaya ilişkin düşüncelerini ve deneyimlerini belirlemişlerdir. Çalışmaya katılan sağlık bakım sağlayıcıları kanserin başlangıcından palyatif bakıma kadar olan yolculuklarında ebeveynlere yardım ettiklerini, onlarla yakın, uzun soluklu bir ilişki içinde olmayı değerli bulduklarını; öte yandan, karmaşık ailelerle, talepkar, kaba veya öfkeli ebeveynlerle, tedavi veya palyatif bakım konularında uzlaşmayan ebeveynlerle çalışmayı ve kötü haberi ebeveynlere ileten kişi olmayı zorlayıcı bulduklarını belirtmişlerdir<sup>43</sup>. Çocukluk çağı kanserlerinde tanı aşamasından palyatif bakıma, yas sürecine kadar ebeveynlerle sağlık profesyonelleri arasında kurulan etkileşimin ve aile merkezli psikososyal bakımın hem kanser tanısı olan çocuğa hem diğer aile bireylerine hem de sağlık bakım ekibine çoğunlukla olumlu yönde çıktılar sağladığı görüldüğü üzere çalışmalarla kanıtlanmıştır. Bununla birlikte iletişimin daha etkili biçimde yönetilmesi, ebeveynlerin bakıma katılımının faydalarına ilişkin farkındalığın artırılması ve farklı kültürlerden gelen ailelerle kurulacak etkileşimin kültüre duyarlı olarak geliştirilmesi önerilmektedir<sup>37-44</sup>. Bu etkileşimin ve pozitif çıktılara ilişkin farkındalığın artırılmasına katkı sağlayacak olan sağlık profesyonellerinden biri de primer bakım verici rolüne ek olarak kanser tanısı olan çocuk ve ailesine psikososyal destek hizmeti de sağlayan hemşirelerdir.

## Pediatrik Kanserlerin Psikososyal Bakımında Hemşirenin Rolü

Pediatrik onkoloji hemşireliğinde anahtar rol kanser deneyimini insancılaştırmaktır. Yani; çocuk ve ailesiyle, saygınlıklarını, benzersizliklerini ve güçlerini artıracak biçimde bağlantı kurmaktır<sup>45</sup>. Teknoloji bakımın insanlıktan uzaklaşmasında potansiyel bir tehdit unsuru olsa da pediatrik onkoloji hemşireliğinde hastalığın ve teknolojinin ötesine odaklanarak bakımın sürdürülmesi daimi bir meydan okuma olmalıdır<sup>45</sup>. Pediatrik onkoloji hemşireliği alanında teknoloji temelli bakımdan başka aile merkezli bakım, program geliştirme, sağlık bakım sağlayıcıları-maliyet azaltma, hayatta kalanlar ve evde bakım, farmakolojik olmayan yaklaşımlar gibi yeni eğilimlerin de olduğu görülmektedir<sup>46</sup>. Bu yeni gelişmelerin takip edilerek sunulan bakımın daha başarılı ve etkili hale getirilmesi için hemşirelerin ileri düzey hemşirelik uygulamalarını gerçekleştirmeleri önerilmektedir. İleri düzey hemşirelik, hemşirelerin temel lisans eğitimi üzerine belirli bir uzmanlık alanına özelleşerek aldıkları, ileri didaktik ve klinik eğitim, bilgi, beceri ve uygulamaları kapsamaktadır. Amerika Hemşireler Birliği (American Nurses Association) ileri düzey uzman hemşireleri hastalıkları teşhis ve tedavi eden, sağlık sorunlarına ilişkin halka danışmanlık yapan, kronik hastalıkları yöneten ve alandaki teknolojik, metodolojik veya diğer gelişmelerin ilerisinde kalabilmek için sürekli eğitimlere katılan hemşireler olarak tanımlanmaktadır. Bu hemşirelerin rolleri her alana ve ülkeye özgü olarak, spesifik biçimde tanımlanmaktadır<sup>47</sup>. Bovero ve ark.<sup>48</sup>, pediatrik hematoloji-onkoloji kliniklerinde doğrudan klinik bakım, koordinasyon, disiplinler arası işbirliği ve klinik uygulamaların gelişimi rollerini kapsayan ileri hemşirelik uygulamalarını bir yıl boyunca basamaklar halinde gerçekleştirmiş, uygulamaların etkinliğini farklı boyutlarla değerlendirmiştir. Bu uygulamaların pediatrik onkolojideki etkileri, hasta ve ailesi üzerindeki etkisini iletişimin artırılması ve bakımın sürekliliği ile, disiplinler arası ekibe etkisini sağlık bakımı sağlayıcılarında bir dinamizm geliştirmesi ve daha fazla motivasyon sağlaması ile, mesleki olarak etkisini yeni rolün yeterliliklerinin daha iyi anlaşılması ve rolün kavramsallaştırılması ile görülmüştür<sup>48</sup>. Bu ileri düzey hemşirelik rolleri Türkiye’de 8 Mart 2010 tarihli ve 27515 sayılı Hemşirelik Yönetmeliği<sup>49</sup> ve bu yönetmelikte 19 Nisan 2011 tarihinde yapılan değişiklik yönetmeliği<sup>50</sup> ile belirlenmiş, hemşirelerin alanlarına göre görev, yetki ve sorumlulukları ayrıntılı biçimde tanımlanmıştır. İlgili belgelere göre, hasta ve ailelerine ruh sağlığını ve problemlerle baş etme becerilerini geliştirmeleri için yardım etmek, eğitim vermek, bakımın tıbbi ve psikiyatrik boyutunu entegre etmek, psikolojik uyumun sağlanmasına yardımcı olmak konsültasyon-liyezon psikiyatri (KLP) hemşiresinin görev, yetki ve sorumlulukları arasındadır<sup>50</sup>. Öte yandan, kronik ve ölümcül hastalık gibi ailelerde anksiyete ve strese neden olan kriz dönemlerinde hasta çocuğa ve ailesine destek olma, aileye rehberlik etme, sağlık eğitimi planlama ve uygulama ile bakım becerilerini öğretme pediatri hemşiresinin eğitim ve danışmanlık rollerinden bazılarıdır<sup>50</sup>. Görülmektedir ki, çocukluk çağı kanserlerinde hem pediatrik

onkoloji klinik hemşirelerine hem de KLP hemşirelerine psikososyal bakımın sağlanmasında önemli roller düşmektedir. Hemşirelerin pediatrik onkoloji alanında bu ileri düzey rolleri kullanarak gerçekleştirdikleri birçok girişimsel ve tanımlayıcı çalışma bulunmaktadır; bu çalışmalar, hemşireler tarafından yapılan müdahalelerin kanser tasını olan çocuk ve ailesine sağladığı psikososyal yararları göstermenin yanı sıra uygulamalardaki eksiklikleri, bariyerleri, ihtiyaç noktalarını belirleyerek ileri çalışmalara da ışık tutmaktadır<sup>48,51-65</sup>.

Hekim ve hemşirelerin çocukluk çağı kanserlerinin aile bireyleri üzerindeki tüm psikososyal etkilerinin farkında oldukları, hem hekimlerin hem de hemşirelerin psikososyal desteği primer olarak hemşirelerin rolü olarak gördükleri ve bu bakımın özellikle hemşireler tarafından sağlandığı belirtilmektedir<sup>51</sup>. Aynı zamanda, hekimler de hemşireler de psikososyal bakım veya girişimlere ilişkin formal eğitimlerinde çok az bilgilendirildikleri veya hiç bilgi almadıklarını, bu tip girişimlerin hasta ve ailesi için çok değerli olduğunu ve bu nedenlerle hizmetlere ulaşımın kolaylaştırılması gerektiğini belirtmişlerdir<sup>51</sup>. Hekim ve hemşirelerin akut lenfoblastik lösemi tanısı alan çocukların ebeveynlerine sağladıkları duygusal bakıma ilişkin görüşlerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada<sup>53</sup> iki meslek grubunun duygusal bakımı yönetme konusunda belirgin farklılıkları bulunduğu saptanmıştır. Doktorlar ebeveynlere tedavinin potansiyel iyileştirici yapısını açıklayarak güven verici olduklarını açıklamış, ebeveynlerin korkularını ortaya çıkararak ve açıkça tartışarak ebeveynlere güven verebileceklerini düşünmediklerini belirtmişlerdir. Buna karşılık hemşireler psikolojik becerileri ve güven sağlamak için ebeveynlerin duygularını açıkça tartışmaya inandıklarını belirtmişlerdir. Çalışma sonucunda, hekimlerin duygusal bakımı da hasta bakımındaki biyomedikal ve otoriter rolleriyle tutarlı biçimde sağladıkları, hemşirelerin ise duygusal bakım sağlama konusundaki açıklamalarının iletişim becerileri programlarında vurgu yapılan “açık duygusal konuşma” ya benzediği saptanmıştır<sup>53</sup>. Çocukluk çağı kanser tanısı olan çocuklara ve aile bireylerine sağlanacak psikososyal bakım konusundaki bu yeterlilikleri, hemşirelerin sorun saptama ve soruna yönelik etkili müdahaleler geliştirmesine de katkı sağlamaktadır. Uzman bir klinik hemşire tarafından geliştirilen, kanser hastası çocukların evden veya hastaneden okullarına bağlanmasını sağlayan bir programın pilot uygulamasını yapan Ellis ve ark.<sup>52</sup> çalışma sonucunda video konferansın aileye normallik ve dış dünyayla bağlanma hissi sağladığını, hastanın moralini yükselttiğini, sınıf arkadaşları ve öğretmenleriyle ilişkilerini güçlendirdiğini saptamıştır. Öte yandan uygulamanın bariyerleri arasında maliyet, zaman taahhütleri, bürokratik engeller, teknik ve lojistik zorluklar olduğu belirtilmiştir<sup>52</sup>. Tüm bu zorluklara rağmen hastaneye yatış sırasında en zor anlarında hemşirelerden tatmin edici derecede duygusal destek gördüğünü belirten çocukların hastalıktan sonra yaşam kalitesi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir<sup>54</sup>. Özellikle hemşirelerin eğitim ve danışmanlık girişimlerini sürekli olarak güçlendirmelerinin, hastanede yatış sırasında hastaların duygusal ihtiyaçlarını ele alma fırsatlarını gözden kaçırmamalarının önemi

vurgulanmaktadır, çünkü hastalık atlatıldıktan sonraki süreçte dahi bu girişimlerin olumlu ve kalıcı bir etki yarattığı gözlemlenmiştir<sup>54</sup>. Hemşireler tarafından gerçekleştirilen başka bir müdahale çalışmasında<sup>56</sup> ebeveynlere anlatımsal olarak birebir biçimde hastalık, tedavi ve psikososyal konulara ilişkin bilgilendirme sağlanmış, uygulama sonunda ebeveynlerin nicel ölçümlerinde anlamlı bir farklılık bulunmasa da uygulama hem ebeveynler hem de hemşireler tarafından çok faydalı ve uygulanabilir bulunmuştur. Türkiye’de hemşireler tarafından gerçekleştirilen iki deneysel çalışmada da<sup>57,58</sup> benzer biçimde bilgilendirmenin ebeveynler ve kanser tanılı çocuklar üzerindeki etkileri incelenmiş, müdahaleler sonrası hem çocuğun hem de ebeveyninin yaşam kalitesi puanlarında artış olduğu<sup>57</sup> ve ebeveynlerin kaygı düzeylerinde azalma olduğu<sup>58</sup> saptanmıştır. Öte yandan hemşirelerin hasta ve ailesinin psikososyal problemlerini fark edemediklerini veya buna ilişkin yeterli bilgi düzeylerinin olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır<sup>59</sup>. Onkolog, hemşire ve sosyal hizmet uzmanlarının pediatrik kanserlerde ailenin psikososyal problemlerine ilişkin bilgi düzeylerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada<sup>59</sup>, sosyal hizmet uzmanlarının bu süreçte kardeşlerin, ebeveynlerin ve hasta çocuğun yaşadığı psikososyal problemler konusunda anlamlı olarak daha bilgili oldukları saptanmıştır. Primer profesyonel rollerine odaklanmalarının yanı sıra araştırmacının yapıldığı kurumun kültürü ve prosedürleri hekim ve hemşirelerin bilgi düzeylerini etkileyebilmektedir. Nitekim, Crawford ve ark.<sup>60</sup>’ın çalışması ebeveynlerin dış dünyaya ve hastane görüşüne bağlanmada hemşireleri aracı faktör olarak gördüklerini ancak, hastane şartlarının ve kültürünün hemşire-ebeveyn iletişimini etkilediğini, bunun sonucu olarak ebeveynlerin duygusal gereksinimleri ile hemşirelerin bu gereksinimleri karşılayabilmeleri arasında kopukluklar yaşandığını göstermiştir. Hemşirelerin hem ailelerin hem de hastanenin kültür yapısına hâkim oldukları için kültürel aracılığı sağlamada avantajlı bir konumda oldukları, bu aracılığı sağlamak için birim yöneticilerinin ebeveynlerin duygusal gereksinimlerini karşılamada hayati önem taşıdığını kabul etmelerinin yanı sıra, hemşirelerin bilgi düzeylerinin artırılarak aile bireyleriyle olan etkileşimlerini de güçlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır<sup>60</sup>. Hemşire ve ebeveynler arasında kurulan etkili iletişimin faydalarını kanıtlayan başka çalışmalar da bulunmaktadır. Marklund ve ark.<sup>63</sup>’ünün çalışmasında üç farklı modelin kültüre duyarlı biçimde uyarlanmasıyla geliştirilen ve iyi biçimde yapılandırılan bir görüşme programı hemşireler tarafından pediatrik onkoloji merkezindeki ebeveynlere uygulanmış ve program sonunda ailelerle görüşmeler yapılmıştır. Süreç sonunda ebeveynler birbirlerine derin duygularını açabilmelerinin onları yüklerinden kurtararak rahatlattığını; bütün odakları hasta çocuk iken bu görüşmeler sayesinde kendi durumlarını, düşüncelerini, hislerini konuşabildiklerini ve bunun olaylara farklı bir ışık altında bakmalarını sağladığını belirtmiştir. Ek olarak, her oturum sonrası hemşirenin verdiği geri bildirimlerle kendi içlerinde sahip oldukları kaynakları fark ettiklerini ve yeteneklerini yeniden keşfettiklerini; sonuç olarak sürecin dengeyi yeniden

kurmak için çok değerli ve faydalı olduğunu belirtmişlerdir<sup>63</sup>. Başka bir çalışmaya<sup>64</sup> göre, pediatrik onkoloji alanında sağlık bakım sağlayıcıları ve ebeveynler/aile üyeleri arasında kurulan iletişim, iyileştirici ilişkileri geliştirmek, bilgi alışverişinde bulunmak, duygulara yanıt vermek, belirsizliği yönetmek, hasta ve ailesine öz denetim olanağı yaratmak gibi çeşitli temel işlevlere hizmet etmektedir. Hemşirelerin sağlıklı kardeşlerle de yürüttükleri etkili müdahaleler bulunmaktadır<sup>62,65</sup>.

Pediatrik onkoloji alanında hemşirelerin aile merkezli psikososyal bakımın sunulmasındaki etkinliğini değerlendirecek olan gelecekteki araştırmaları planlarken atılması gereken ilk adım, mevcut çalışmaların klinik uygulamalara olan yansımalarını incelemek, müdahalelerin önündeki bariyerleri tanımlamak ve önerileri değerlendirmektir. Enskär ve ark.<sup>55</sup> tarafından yapılan analitik derlemede pediatrik onkoloji alanında hemşirelik ve psikososyal araştırmalardan elde edilen klinik etkiler incelenmiş ve yedi kategori altında öneriler toplanmıştır. Araştırmaya göre sağlık bakım sağlayıcıları, çocuğun hastalığının tüm aile için önemli ölçüde stres verici olduğunun farkında olmalı, bakımı ilerletici sistemler geliştirmeli, yüksek kalitede bakım sağlamalı, tüm aile bireylerine eğitim ve destek hizmeti vermeli, çocuğu ve aile bireylerini kendi baş etme stratejilerini geliştirmeleri konusunda cesaretlendirmelidir. Bu klinik uygulamaların sağlık bakım sağlayıcıları tarafından sunulabilmesi içinse yönetimin personeli sürekli eğitime teşvik etmesi ve desteklemesi önerilmektedir<sup>55</sup>. Ayrıca, diğer çalışmalarda da belirtildiği gibi klinik uygulamaya katkı sağlanabilmesi için bu konudaki araştırmaların genişletilmesine ihtiyaç duyulmaktadır<sup>51-56,59-65</sup>.

Sonuç olarak, çocukluk çağı kanser süreci sağlıklı aile bireylerinin fiziksel ve ruhsal sağlığını etkilemektedir. Hastalık tedavi olsa dahi normalliğin tekrar kazanılması uzun ve yorucu olabilmektedir. Bu sürecin olumlu çıktılarla deneyimlenebilmesi için ebeveynlerin ve kardeşlerin psikolojik olarak güçlendirilmesine ve uyumlarının artırılmasına ihtiyaç vardır. Tüm sağlık profesyonellerinin yanı sıra ebeveynlerle yakın bir etkileşim içinde olan hemşirelere bu süreçte büyük rol düşmektedir. Hemşirelikte ileri düzey rollerin kullanılarak aile içi iletişimin artırılması, sosyal desteğin sağlanması, baş etme becerilerinin geliştirilmesi ve sağlıklı kardeşlerin ele alınması sağlanmalıdır. Bu rollerin kazanılabilmesi içinse klinik hemşirelerinin öncelikle alana özgü uzmanlıklarını elde etmesi gerekmektedir. Aynı zamanda hemşirelerin yaşam boyu öğrenme felsefesini benimsemesi, bu doğrultuda alanda yapılan güncel ve kanıta dayalı uygulamaları takip etmesi, mevcut koşullar, imkanlar, yetki ve sorumluluklar dahilinde kendi çalıştıkları kliniklere benzer uygulamaları entegre etme çabalarının olması, ülkemizde çocukluk çağı kanserlerinde aile merkezli psikososyal bakımın geliştirilebilmesi açısından önemli ve gereklidir. Bunun yanı sıra, konuya ilgi duyan pediatri ve/veya psikiyatri alanında uzman akademik hemşirelerin klinikteki meslektaşlarıyla sürekli bir işbirliği ve iletişim halinde olması, çocukluk çağı kanserlerinin psikososyal boyutuna ilişkin girişimsel ve kanıt

düzeyi yüksek araştırmalar gerçekleştirmesi ve bu yolla bakıma katkı sağlaması önerilmektedir.

**Çıkar Çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Yazar katkıları:**

Çalışma dizaynı: MAAK

Makale yazımı: MAAK

**Conflict of Interest:** Not reported.

**Funding:** None.

**Author contributions:**

Study design: MAAK

Drafting manuscript: MAAK

## KAYNAKLAR

1. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2018. Atlanta, American Cancer Society [Internet]. 2018 [Erişim: 08 Ekim 2018]. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2018/cancer-facts-and-figures-2018.pdf>
2. Noone AM, Howlader N, Krapcho M, Miller D, Brest A, Yu M, et al, editors. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2015. Bethesda, MD, National Cancer Institute [Internet]. 2018 [Erişim: 08 Ekim 2018]. Erişim adresi: [https://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2015/](https://seer.cancer.gov/csr/1975_2015/)
3. American Cancer Society. Cancer Statistics Center [Internet]. 2019. [Erişim: 04 Ekim 2019]. Erişim Adresi: <https://cancerstatisticscenter.cancer.org/#!/childhood-cancer>
4. Kutluk T. Çocukluk çağı kanserlerinin epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler. 2009;5(4):5-12.
5. Er M. Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2006;49:155-68.
6. Mu PF, Lee MY, Sheng CC, Tung PC, Huang LY, Chen YW. The experiences of family members in the year following the diagnosis of a child or adolescent with cancer: A qualitative systematic review. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. 2014;13(5):293-329.
7. Demirhan S. Kanserli Çocuğu Olan Annelerin Psikometrik Değerlendirilmesi [Uzmanlık tezi]. Malatya: İnönü Üniversitesi; 2010
8. Gibbins J, Steinhardt K, Beinart H. A systematic review of qualitative studies exploring the experience of parents whose child is diagnosed and treated for cancer. J Pediatr Oncol Nurs. 2012;29(5):253-271.
9. Kohlsdorf M, Costa Junior ÁL. Psychosocial impact of pediatric cancer on parents: a literature review. Paidéia. 2012;22(51):119-29.
10. Eyiğor S, Karapolat H, Yesil H, Kantar M. The quality of life and psychological status of mothers of hospitalized pediatric oncology patients. Pediatr Hemat Oncol. 2011;28(5):428-38.

11. Altay N, Kilicarslan E, Sarı Ç, Kiseçik Z. Determination of social support needs and expectations of mothers of children with cancer. J Pediatr Oncol Nurs. 2014;31(3):147-53.
12. Kobayashi K, Hayakawa A, Hohashi N. Interrelations between siblings and parents in families living with children with cancer. J Fam Nurs. 2015;21(1):119-48.
13. Özdemir FK, Şahin ZA, Küçük D. Kanserli çocuğu olan annelerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. Yeni Tıp Dergisi. 2009;26(3):153-8.
14. Selamet G. Kemoterapi Gören Kanserli Çocukların Annelerinin Algıladıkları Sosyal Desteğin ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2014.
15. Othman A, Mohamad N, Hussin ZA, Blunden S, Lin CH. Factors related to parental well being in children with cancer. International Conference on Social Science and Humanity; 2011 Feb 26-28; Singapore. Singapore: IACSIT Press; 2011. V1-255-60.
16. Algier L, Ökdem Ş. Çocukluk çağı kanserlerinin kardeşler üzerindeki etkileri: Genel bir bakış. UHOD-Uluslar Hematol. 2004;14(3):168-71.
17. Babaoğlu AE, Öz F. Çocukluk çağı kanserlerinde ailede unutulmuş grup: Sağlıklı kardeşler. Hemşirelik Forumu Dergisi. 2004;7(1):32-8.
18. Long KA, Marsland AL, Alderfer MA. Cumulative family risk predicts sibling adjustment to childhood cancer. Cancer. 2013;119(13):1503-10.
19. Deşat A. Kanser Tanısı Alan Çocukların Sağlıklı Kardeşlerinin Yaşadığı Uyum Güçlüğü ve Travmatik Etkilenme Düzeyleri [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2014.
20. Golics CJ, Basra MKA, Finlay AY, Salek S. The impact of disease on family members: a critical aspect of medical care. J Roy Soc Med. 2013;106(10):399-407.
21. Kamibeppu K, Sato I, Honda M, Ozono S, Sakamoto N, Iwai T, et al. Mental health among young adult survivors of childhood cancer and their siblings including posttraumatic growth. J Cancer Surviv. 2010;4(4):303-12.
22. Havermans T, Eiser C. Siblings of a child with cancer. Child: Care, Health and Development. 1994;20(5):309-22.
23. Barrera M, Fleming CF, Khan FS. The role of emotional social support in the psychological adjustment of siblings of children with cancer. Child Care Hlth Dev. 2004;30(2):103-11.
24. Houtzager BA, Grootenhuys MA, Caron HN, Last BF. Quality of life and psychological adaptation in siblings of paediatric cancer patients, 2 years after diagnosis. Psycho-Oncol. 2004;13(8):499-511.
25. Guggemos A, Juen F, Engelmann L, Diesselhorst V, Henze G, Di Gallo A. Siblings of children with cancer-the price they pay to function. Support Care Cancer. 2015;23(7):1837-39.
26. Yang HC, Mu PF, Sheng CC, Chen YW, Hung GY. A systematic review of the experiences of siblings of children with cancer. Cancer Nurs. 2016;39(3): E12-21.

27. Houtzager BA, Grootenhuis MA, Hoekstra-Weebers JEHM, Caron HN, Last BF. Psychosocial functioning in siblings of paediatric cancer patients one to six months after diagnosis. *Eur J Cancer*. 2003; 39(10):1423-32.
28. Massie KJ. Frequency and predictors of sibling psychological and somatic difficulties following pediatric cancer diagnosis [PhD thesis]. Toronto: University of Toronto; 2010.
29. Spinetta JJ, Jankovic M, Eden T, Green D, Martins AG, Wandzura C, et al. Guidelines for assistance to siblings of children with cancer: report of the SIOP working committee on psychosocial issues in pediatric oncology. *Pediatr Blood Cancer*. 1999;33(4):395-8.
30. Prchal A, Landolt MA. Psychological interventions with siblings of pediatric cancer patients: A systematic review. *Psycho-Oncol*. 2009;18(12):1241-51.
31. Hartling L, Milne A, Tjosvold L, Wrightson D, Gallivan J, Newton AS. A systematic review of interventions to support siblings of children with chronic illness or disability. *J Paediatr Child H*. 2014;50(10):E26-E38.
32. Gerhardt CA, Lehmann V, Long KA, Alderfer MA. Supporting siblings as a standard of care in pediatric oncology. *Pediatr Blood Cancer*. 2015;62:705-804.
33. Kearney JA, Salley CG, Muriel AC. Standards of psychosocial care for parents of children with cancer. *Pediatr Blood Cancer*. 2015;62:S632-83.
34. Walker CL, Wells LM, Heiney SP, Hymovich DP. Family-centered psychosocial care. Baggott CR, Kelly KP, Fochtman D, Foley GV, editors. *Nursing care of children and adolescents with cancer*. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: Saunders; 2002.
35. Rosenbaum P, King S, Law M, King G, Evans J. Family-centered service: A conceptual framework and research review. *Phys Occup Ther Pediatr*. 1998;18:1-20.
36. Moradian ST. Family-centered care: An evolutionary concept analysis. *Int J Med Rev*. 2018;5(2):82-86.
37. Holm KE, Patterson JM, Gurney JG. Parental involvement and family-centered care in the diagnostic and treatment phases of childhood cancer: Results from a qualitative study. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2003;20(6):301-13.
38. Crespo C, Santos S, Tavares A, Salvador A. "Care that matters": Family-centered care, caregiving burden, and adaptation in parents of children with cancer. *Fam Syst Health*. 2016;34(1):31-40.
39. Torres C. A mixed-methods examination of the relationship between parent-professional interactions and parental grief after their child dies of cancer [PhD thesis]. Memphis: The University of Memphis; 2018.
40. Klassen AF, Dix D, Cano SJ, Papsdorf M, Sung L, Klaassen RJ. Evaluating family-centered services in pediatric oncology with the measure of processes of care (MPOC-20). *Child Care Health Dev*. 2008;35:16-22.
41. Dix DB, Klassen AF, Papsdorf M, Klaassen RJ, Pritchard S, Sung L. Factors affecting the delivery of family-centered care in paediatric oncology. *Pediatr Blood Cancer*. 2009;53:1079-85.
42. Watt L, Dix D, Gulati S, Sung L, Klaassen RJ, Shaw NT, et al. Family-centred care: A qualitative study of Chinese and South Asian immigrant parents' experiences of care in paediatric oncology. *Child Care Health Dev*. 2013;39(2):185-93.
43. Klassen A, Gulati S, Dix D. Health care providers' perspectives about working with parents of children with cancer: a qualitative study. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2012;29(2):92-7.
44. Sardi-Brown VA, Kupst M, Brown PJ, Wiener L. Psychosocial issues in children with cancer: The role of patient advocacy and its impact on care. Henshaw RM editor. *Sarcoma a multidisciplinary approach to treatment*. Switzerland: Springer International Publishing [e-book]; 2017.
45. Foley GV, Fergusson JH. History, issues and trends. Baggott CR, Kelly KP, Fochtman D, Foley GV, editors. *Nursing care of children and adolescents with cancer*. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: Saunders; 2002.
46. Toruner EK, Altay N. New trends and recent care approaches in pediatric oncology nursing. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2018;5:156-64.
47. American Nurses Association. Practice and Policy, Workforce, What is Nursing? [Internet]. 2019 [Erişim Tarihi 04 Ekim 2019]. Erişim adresi: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/aprn/>
48. Bovero M, Giacomo C, Ansari M, Roulin MJ. Role of advanced nurse practitioners in the care pathway for children diagnosed with leukemia. *Eur J Oncol Nurs*. 2018;36:68-74.
49. Mevzuat Bilgi Sistemi. Hemşirelik yönetmeliği [Internet]. 2010 [Erişim Tarihi 11 Şubat 2019]. Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.13830&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=hem%20%C5%9Firelik%20y>
50. Resmi Gazete. Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik [Internet]. 2011 [Erişim Tarihi 11 Şubat 2019]. Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>
51. Kiernan G, Meyler E, Guerin S. Psychosocial issues and care in pediatric oncology: Medical and nursing professionals' perceptions. *Cancer Nurs*. 2010;33(5):E12-20.
52. Ellis SJ, Drew D, Wakefield CE, Saikal SL, Punch D, Cohn RJ. Results of a nurse-led intervention: Connecting pediatric cancer patients from the hospital to the school using videoconferencing technologies. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2013;30(6):333-41.
53. Forsey M, Salmon P, Eden T, Young B. Comparing doctors' and nurses' accounts of how they provide emotional care for parents of children with acute lymphoblastic leukaemia. *Psycho-Oncol*. 2013;22(2):260-7.
54. Castellano-Tejedor C, Pérez-Campdepadrós M, Capdevila L, Sábado-Álvarez C, Blasco Blasco T. Social support during childhood cancer treatment enhances



- quality of life at survival. *Annals of Psychology*. 2015;31(3):808-17.
55. Enskär K, Huus K, Björk M, Granlund M, Darcy L, Knutsson S. An analytic review of clinical implications from nursing and psychosocial research within Swedish pediatric oncology. *J Pediatr Nurs*. 2015;30(4):550-9.
  56. Ringnér A, Karlsson S, Hällgren Graneheim U. A person-centred intervention for providing information to parents of children with cancer. Experiences and effects. *Eur J Oncol Nurs*. 2015;19(3):318-24.
  57. Çetinkaya S, Kurt AS. The effect of informing children diagnosed with acute lymphoblastic leukemia and their families about the disease and its treatment on quality of life. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2010;30(1): 270-9.
  58. Alparslan GB, Uçak H, Serttas M, Akçay P. Lösemili çocuklar ve aileleri için boyama kitabının ebeveyn kaygı düzeyi üzerine etkisi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2011;31(6): 1401-9.
  59. Barrera M, Rokeach A, Yogalingam P, Hancock K, Johnston DL, Cataudella D, et al. Healthcare professionals' knowledge of family psychosocial problems in pediatric cancer: A pilot study. *Cancer Nurs*. 2016;39(4):263-71.
  60. Crawford R, Stein-Parbury J, Dignam D. Culture shapes nursing practice: Findings from a New Zealand study. *Patient Educ Couns*. 2017;100(11):2047-53.
  61. Mechtel M, Stoeckle A. Psychosocial care of the pediatric oncology patient undergoing surgical treatment. *Semin Oncol Nurs*. 2017;33(1):87-97.
  62. Franklin M, Patterson P, Allison KR, Rosso-Buckton A, Walczak A. An invisible patient: Healthcare professionals' perspectives on caring for adolescents and young adults who have a sibling with cancer. *Eur J Cancer Care*. 2018;27(6):e12970.
  63. Marklund S, Sjödin Eriksson E, Lindh V, Saveman BI. Family health conversations at a pediatric oncology center- A way for families to rebalance the situation. *J Pediatr Nurs*. 2018;38:e59-e65.
  64. Sisk BA, Mack JW, Ashworth R, DuBois J. Communication in pediatric oncology: State of the field and research agenda. *Pediatr Blood Cancer* (in press). 2018. <http://10.1002/pbc.26727>
  65. Sjoberg I, Pole JD, Cassidy M, Boilard C, Costantini S, Johnston DL. The impact of school visits on siblings of children with cancer. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2018;35(2):110-7.

