

ISSN: 2667 - 6052



**ORDU UNIVERSITY
JOURNAL OF
NURSING
STUDIES**

**ORDU ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK
ÇALIŞMALARI
DERGİSİ**

Cilt/Volume : 4
Sayı/Number : 1
Yıl/Year: 2021

2021

**ORDU UNIVERSITY
J NURS STUD**

ORDU ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK ÇALIŞMALARI DERGİSİ
ORDU UNIVERSITY JOURNAL OF NURSING STUDIES

(Ordu University J Nurs Stud)

Sahibi /Owner

Ordu Üniversitesi Adına

Nülüfer ERBİL

EDİTÖRLER KURULU / EDITORIAL BOARD MEMBERS

Baş Editör/Chief Editor

Nülüfer ERBİL

Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE

Editörler Kurulu/ Editorial Board Members

Duygu ARIKAN

Atatürk Üniversitesi, Erzurum, TÜRKİYE

Wegdan BANI-ISSA

University of Sharjah, UAE

Sergül DUYGULU

Hacettepe Üniversitesi, Ankara, TÜRKİYE

Ayla GÜRSOY

Antalya Bilim Üniversitesi, Antalya, TÜRKİYE

Gørill HAUGAN

Norwegian University of Science and Technology, NORWAY

Sevilay HİNDİSTAN

Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon, TÜRKİYE

Dilek KÜÇÜK ALEMDAR

Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE

Rezeena MALASKA

USA

Ayşe OKANLI

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, İstanbul, TÜRKİYE

Merdiye ŞENDİR

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, TÜRKİYE

Gülbu TANRIVERDİ

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, TÜRKİYE

Sevim ULUPINAR

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul, TÜRKİYE

DERGİ YAZI KURULU / EDITORIAL MANAGEMENT

Baş Editör/Chief Editor

Nülüfer ERBİL

Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE

Yazım ve Dil Editörü /Copy Editor

Hanife DURGUN

Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE

Mizanpaj Editörü/Layout Editor

Yasemin KALKAN UĞURLU

Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE

Zeliha YÖNDEM

Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE

Son okuyucu/Proofreader

Nurgül BÖLÜKBAŞ

Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE

Dilek KÜÇÜK ALEMDAR

Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE

Ebru ŞAHİN

Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE

Nevin GÜNAYDIN

Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE

Hacer GÖK UĞUR

Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE

Aslıhan ÇATIKER

Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE

Azize Nuran KAHRAMAN

Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE

Figen BAYKAL TOP

Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE

Özgül BOSTAN

Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE

Dil Uzmanı/Language Consultant

Halise YAVUZ

Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE

İstatistik Danışmanı/Statistics Consultant

Yeliz KAŞKO ARICI

Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE

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

Amaç ve Kapsam

Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi - Ordu University Journal of Nursing Studies hemşireliğin tüm alanları ile ilgili nitelikli çalışmaların paylaşılmasını sağlamayı amaçlayan, uluslararası, açık erişimli ve hakemli bilimsel e-dergidir. Dergi orijinal araştırma, derleme, sistematik derleme, meta analiz, olgu sunumu, ve editöre mektup yazılarına yer verir. Gönderilen çalışmalar Türkçe ya da İngilizce olmalıdır. Dergi yılda üç kez Nisan, Eylül ve Aralık aylarında yayınlanır. Dergiye gönderilen bilimsel çalışmaların yayınlanması için ücret alınmaz.

Derginin tüm sayılarına <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ouhcd> web sitesinden ulaşılabilir.

ISSN: 2667-6052

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

Yayın Tarihi ve Yeri/ Date of Publication and Place: 18/04/2021, Ordu Üniversitesi, Ordu, TÜRKİYE

Yayınlanma Türü/Publishing Kind: Online

İndekslediği Dizinler/Indexing: *Index Copernicus International, Rootindexing, Google Scholar,*

Türk Medline, Asos İndeks, Türkiye Atıf Dizini

Adres/Address:

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

İletişim Adresi/Corresponding Address:

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

ORDU ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK ÇALIŞMALARI DERGİSİ
YAZAR KILAVUZU

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

Amaç ve Kapsam

Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi - Ordu University Journal of Nursing Studies hemşireliğin tüm alanları ile ilgili nitelikli çalışmaların paylaşılmasını sağlamayı amaçlayan, uluslararası, açık erişimli ve hakemli bilimsel e-dergidir. Dergi orijinal araştırma, derleme, sistematik derleme, meta analiz, olgu sunumu, ve editöre mektup yazılarına yer verir. Gönderilen çalışmalar Türkçe ya da İngilizce olmalıdır. Dergi yılda üç kez Nisan, Eylül ve Aralık aylarında yayınlanır. Dergiye gönderilen bilimsel çalışmaların yayınlanması için ücret alınmaz.

Derginin tüm sayılarının tam metinlerine <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ouhcd> web sitesinden ulaşılabilir.

Açık Erişim İlkesi

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

Genel Kurallar

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

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

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

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

Dergide yayımlanan yazılar için yazarlara ücret ödenmez.

Ulusal ve uluslararası etik kurallara uyulmalıdır.

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

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

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

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

Araştırmanın yöntem bölümünde araştırmanın yürütüldüğü tarihin mutlaka belirtilmesi gerekir.

Etik Kurallar

Klinik ve deneysel çalışmalar için etik kurul onayı alınmalıdır. Deneysel çalışma sonuçlarını bildiren makalelerde çalışmaya katılan bireylere uygulanan prosedür açıklandıktan sonra, onayının alındığına dair bilgiye yöntem bölümünde yer verilmelidir. Onam, etik kurul onayının alındığı kurum adı, karar tarihi ve karar numarası yöntem bölümünde yazılmalıdır. Dergimizin çift-kör hakemlik ilkesine göre ilk gönderilen makalelerde etik kurul onayı yazılırken, kurum bilgisi verilmemelidir.

Dergi "insan ögesinin" içinde bulunduğu çalışmalarda Helsinki Deklerasyonu Prensipleri'ne uygunluk ilkesini kabul eder. Yazarlar, makalenin yöntem bölümünde bu prensiplere uygun olarak çalışmayı yaptıklarını, kurumlarının etik kurullarından ve çalışmaya katılmış insanlardan "Bilgilendirilmiş onam" aldıklarını belirtmek zorundadır. Tüm makalelerde "Araştırma ve Yayın Etiğine" uyulduğuna dair ifadeye yer verilmelidir.

Çalışmada "hayvan ögesi" kullanılmış ise, yazarlar makalenin yöntem bölümünde "Guide for the Care and Use of Laboratory Animals" (nap.edu/catalog/5140.html) prensiplerine göre çalışmalarında hayvan haklarını koruduklarını ve kurumlarının etik kurullarından onay aldıklarını belirtmek zorundadır.

Olgu sunumlarında hastalardan yazılı “Bilgilendirilmiş onam” alınmalı ve olgu sunum yazısında belirtilmelidir, ayrıca alınan yazılı onam sisteme yüklenmelidir.

Kullanılan fikir ve sanat eserleri için telif hakları düzenlemelerine uyulmalıdır.

Etik Kurul onayı alınan kurum, tarih ve onay numarası, yazar katkıları, çıkar çatışması, finansal destek ve teşekkür başlık sayfasında yazılmalıdır.

Makalenin Hazırlanması

Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi makale yazım kurallarının oluşturulması ve makalenin formatının belirlenmesinde ICMJE-Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals (Updated December 2019 - <http://www.icmje.org/recommendations/>) kuralları benimsemiştir. Dergiye gönderilen gözlemsel çalışmalar STROBE (<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/strobe/>), randomize çalışmalar CONSORT (<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/consort/>), tanıtıcı değerli çalışmalar STARD (<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/stard/>) sistematik derleme ve meta-analizler PRISMA (<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/prisma/>), nitel çalışmalar COREQ (<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/coreq/>) ve randomize olmayan davranış ve halk sağlığıyla ilgili çalışmalar TREND (<http://www.cdc.gov/trendstatement/>) kılavuzlarına uyumlu olmalıdır.

Makalenin Formatı

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

Başlık Sayfası

- Makalenin başlığı ve kısa başlığı Türkçe ve İngilizce olarak yazılmalıdır.
- Kısa başlık 40 karakterden (boşluksuz) uzun olmamalıdır.
- Yazarların ad ve soyadları, unvanları, çalıştıkları kurum bilgileri, ORCID numaraları, iletişim kurulacak yazarın adı, soyadı, çalıştığı kurum bilgisi, GSM, faks, posta ve e-posta adresi yazılmalıdır.
- Araştırmanın türü yazılmalıdır.
- Teşekkür bilgileri yazılmalıdır.
- Birden fazla yazarlı olan çalışmalarda, yazarların çalışmaya katkıları bu sayfada belirtilmelidir. İlgili yerlere yazarın/yazarların adı ve soyadının baş harfleri yazılmalıdır. Yazar Katkısı:.....; Fikir/kavram:.....; Tasarım:.....; Danışmanlık:.....; Veri toplama ve/veya Veri İşleme...; Analiz ve/veya Yorum:.....; Kaynak tarama;...Makalenin Yazımı:.....; Eleştirel inceleme:..
- Çalışmanın bir kongrede sunulup sunulmadığına dair bilgiler başlık sayfasında yazılmalıdır.
- Etik kurul onayı (tarih ve karar numarası), Çıkar çatışması ve Finansal destek alınıp alınmadığı, alındıysa kişi ya da kurumun adı başlık sayfasında yazılmalıdır.
- Makalenin intihal programında taranarak, benzerlik oranı başlık sayfasında belirtilmeli ve benzerlik raporunun tamamı sisteme yüklenmelidir. Benzerlik oranı tek bir çalışma ya da makaleden olmamak üzere % 15’i geçmemelidir.

Öz

Öz, Türkçe ve İngilizce olarak 250 kelimeyi geçmeyecek şekilde hazırlanmalı, Türkçe ve İngilizce anahtar kelimeleri de içermelidir. Türkçe öz; amaç, yöntem, bulgular ve sonuç bölümlerini; İngilizce abstract; objective, methods, results ve conclusion bölümlerini içermelidir.

Anahtar Kelimeler

Türkçe ve İngilizce anahtar kelimeler en az 3, en fazla 5 olmalıdır. Anahtar kelimeler yazılırken sadece ilk kelimenin baş harfi ve özel isimlerin baş harfi büyük olmalı, diğer kelimeler küçük harfle yazılmalıdır. Anahtar kelimeler arasına virgül konularak sıralanmalıdır. Türkçe anahtar kelimeler Türkiye Bilim

terimleri'ne (<http://www.bilimterimleri.com>), İngilizce anahtar kelimeler Index Medicus: Medical Subject Heading (MeSH)'e uygun olarak yazılmalıdır (<https://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>).

Orijinal Araştırma

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

Derleme

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

Olgu Sunumu

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

Editöre Mektup

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

Tablolar ve Şekiller

Tablolar ve şekiller Microsoft Word programında hazırlanmalıdır.

Tablo numarası ve başlığı tablonun üstünde olmalı, ilk harf büyük olmalı, başlıkta sadece tablo ve numarası bold olmalı, başlık yazısı bold olmamalıdır.

Tablo numarasından sonra nokta işareti konmalıdır.

Tablo içinde satırlar bir satır aralığında olmalıdır.

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

Tabloların çizgileri silinmeden görünmez hale getirilmelidir.

Metin içerisinde her tabloya mutlaka atıf yapılmış olmalıdır.

Tablolar ve şekiller kaynaklardan sonra yerleştirilmelidir.

Tablolarda ve metin içinde sayılar arasına nokta konulmalıdır.

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

Kaynaklar

Kaynakların yazımı yeni bir sayfadan başlamalıdır.

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

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

Kullanılan bütün kaynaklar ana metnin sonundaki "Kaynaklar" bölümünde ilk yazarın soyadına göre alfabetik olarak sıralanmalı, numara kullanılmamalıdır.

Kaynakların doğruluğu yazarın/yazarların sorumluluğudur.

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

Metinde sadece yayınlanmış ya da baskıda olan kaynaklar kullanılmalıdır. Baskıda olan kaynakların DOI numaraları yazılmalıdır.

Tezler ve kongrede sunulan özetler kaynak olarak kullanılmamalıdır.

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

Örnekler aşağıda belirtilmiştir:

Erbil (2011) ...

Bölükbaş'a (2003) göre ...

Erbil ve Yılmaz (2005) ...

Erbil ve Bölükbaş'a (2015) göre

Tuzcu ve arkadaşları (2016)

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

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

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

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

Kaynak listesindeki yayınlarla ilgili bazı örnekler aşağıda sunulmuştur:

Dergi makalesinden alıntı:

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

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

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

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

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

Dergi ek sayısından alıntı:

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

Kitaptan alıntı:

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

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

Kitap bölümünden alıntı:

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

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

İnternet kaynağından alıntı:

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

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 Ana Raporu. Erişim tarihi:25.09.2016,
http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa_2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf

Çalışma Literatüre Ne Kattı?

Gönderilen çalışmanın var olan literatüre ne gibi katkılar sağladığı 2-3 madde halinde yazılmalıdır ve kaynaklar bölümünden önce eklenmelidir.

Yazarın Katkıları

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

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

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

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

Teşekkür

Teşekkür bölümü kısa olmalıdır. Bu bölüm başlık sayfasında yazılmalıdır.

Çıkar Çatışması

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

Finansal Destek

Araştırma ile ilgili finansal destek alındıysa, desteğin alındığı kişi ve kuruluşlar bu bölümde belirtilmelidir. Bu bölüm başlık sayfasında yazılmalıdır.

Yazı Değerlendirme Süreci

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

Telif Hakkı Devir Formu

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

Makale Geri Çekme

Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi'ne gönderilen makalelerin yazarları, hakem süreci başlatılmamış makalelerini dergi editörü ile iletişime geçerek, makalesini geri çekmek istediğini belirten bir dilekçe ile geri çekebilirler. Ancak, hakem süreci başladıktan sonra makale geri çekilemez ya da başka bir dergiye gönderilemez. Telif hakları Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisine devredilmiş çalışmaların geri çekme isteği onaylanmadan, yazarlar makalelerini başka bir dergiye gönderemezler.

Son Düzeltme

Makale, yayımlanmadan önce son düzeltme için e-posta ile veya sistem üzerinden iletişim yazarına gönderilecektir. Bu aşamada herhangi bir değişiklik veya ilave yapılamaz. Sadece yazım ile ilgili hata olup olmadığının incelenmesi istenir. Son düzeltmeden sadece yazarların sorumlu olduğu bilinmelidir. Son düzeltme, iki günde yapılmalı ve iade edilmelidir. Yayıncı, yazarlardan iki gün içinde cevap almazsa, düzeltilecek herhangi bir hata olmadığı ve makalenin yayınlanacağı varsayılır.

ORDU UNIVERSITY JOURNAL OF NURSING STUDIES
AUTHOR GUIDELINES

Ordu University Journal of Nursing Studies is published by the Department of Nursing of the Faculty of Health Sciences at Ordu University.

Purpose and Scope

Ordu University Journal of Nursing Studies is an international, open-access and peer-reviewed scientific e-journal that aims to ensure that qualified work on all fields of nursing is shared.

Ordu University Journal of Nursing Studies welcomes original research, systematic review, meta analysis, case report, review articles and letters to editor. The submitted for publication to journal work must be in Turkish or English. The journal is published three times a year in April, September and December. There is no charge for the publication of the scientific studies submitted to the journal. All issues of the journal can be accessed free of charge from the <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ouhcd> website.

Open Access Policy

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

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

General Principles

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ethical Rules

Ethics committee approval should be obtained for clinical and experimental studies. In the articles that report the results of the experimental study, after the procedure applied to the individuals participating in the study is explained, information about the approval of the study should be included in the method section. "Informed consent" from the participant, institution name of the ethics committee approval ve decision date and decision number should be written in the method. According to the double-blind review principle of our journal, institutional information should not be given while the ethical committee approval is written in the first articles. The journal accepts the principle of conformity to WMA the Helsinki Declaration Principles in the study in which the "human subject" is included. The authors must state in the method section of the article that they conducted the research in accordance with the Helsinki Declaration principles, received ethical committee approval from the ethics committees of their institution, and received "Informed consent" from the people who participated in the study.

All articles should include a statement that the rules of “research and publication ethics” are complied with. If “animal” was used in the study, the authors must state that they protect the animal rights in their studies according to the principles of "Guide for the Care and Use of Laboratory Animals" (nap.edu/catalog/5140.html) and that they have obtained ethical committee approval from the ethics committee of their institution. . In the case reports, a signed “informed consent” should be obtained from the patients and stated in the case report.

Copyright regulations must be observed for the ideas and works of art used.

The institution, date and approval number, author contributions, conflict of interest, financial support and acknowledgment should be written on the title page.

Article Preparation

The Journal of Ordu University Nursing Studies has adopted the ICMJE-Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals (Updated December 2019 - <http://www.icmje.org/recommendations/>) in creating article writing rules and determining the format of the article. Observational studies sent to the journal STROBE (<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/strobe/>), randomized studies CONSORT (<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/consort/>), diagnostic valuable studies STARD (<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/stard/>) systematic review and meta-analysis PRISMA (<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/prisma/>), qualitative studies COREQ (<http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/coreq/>) and non-randomized behavior and public health studies TREND (<http://www.cdc.gov/trendstatement/>) guidelines should be.

Article Format

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

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

Title Page

- The title of the article and running title should be written in English for English manuscript.
- The names and surnames of the authors, their academic and professional affiliations, ORCID number, complete address, phone, GSM, fax number(s), mail, e-mail address (es) of corresponding author must be specified on title page.
- Acknowledgements information should be written.
- In studies with more than one author, the contributions of the authors to the study must be indicated on this page. Author Contribution: Idea / Concept:; Design:; Supervision:.....; Materials:.....; Data Collection and/or Processing; Analysis and / or Interpretation:.....; Literature review:.....; Writing:.....;Critical review:.....
- Information on whether the study was presented at a congress should also be included on this page.
- Ethics Committee Approval, conflict of interest and financial support should be written on the title page.
- The article should be scanned in plagiarism program and similarity report should be uploaded to the system. The similarity rate should not exceed 15% in total, not from a single study or article.

Abstract

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

Keywords

Key words in English must be at least 3 and maximum 5. In the writing of the key words, only the first letter of the first word and the initials of the proper nouns should be capitalized, other words should be written in overcase. A comma must be placed between words. English keywords should be written in accordance with Index Medicus: Medical Subject Heading (MeSH) (<https://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>)

Original Article

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

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

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

Review

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

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

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

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

Case Report

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

Letter to the Editor

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

Tables and Figures

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

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

A dot must be placed after the table number.

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

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

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

Each table must be cited in the text.

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

References

Writing references should start from a new page.

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

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

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

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

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

Theses and abstracts presented in the congress should not be used as references.

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

Examples are as follows:

Erbil (2011) ...

According to Bölükbaş) (2003) ...

Erbil and Yılmaz (2005) ...

According to Erbil and Bölükbaş (2015) ...

Tuzcu and colleagues (2016) ...

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

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

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

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

Here are some examples of publications in the references list:

Quote from the journal article:

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

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

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

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

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

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

Citations from the journal additional issue:

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

Quote from the book:

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

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

Quote from the book section:

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

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

Quote from the Internet source:

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

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

What did the study add to the literature?

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

Author's Contributions

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

- Make significant contributions to the design or design phases of the study or to the collection, processing, analysis or interpretation of the data.
- It should make important intellectual/conceptual arrangements regarding the preparation or content of the work draft.
- Approve the final form of the study to be published.
- Acknowledge that the questions about the accuracy and completeness of any part of the study are properly investigated and resolved, and are responsible for everything.
- The names of the authors should be indicated after the initials of the names and surnames in the author's contribution should be indicated on the title page.

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

Acknowledgements

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

Conflict of Interest

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

Financial Disclosure

If financial support for the study is received, this should be stated in on title page.

Writing Process

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

Copyright Transfer Form

All of authors must sign the Copyright Transfer Form. While submitting an manuscript, the signed Copyright Transfer Form must be scanned and uploaded to the system.

Article Withdraw

Articles sent to Ordu University Journal of Nursing Studies cannot be withdrawn after the referee process begins or to sent to another journal. The authors can withdraw their articles that have not started the referee process by contacting the journal editors with a letter of application that they want to withdraw their article. The authors cannot submit their articles to another journal without the approval of the withdrawal of their articles. The authors cannot submit their articles to another journal without the approval of the withdrawal of copyrighted articles to Ordu University Journal of Nursing Studies.

Last Correction

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

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

	Sayfa/Page
<i>Editörler Kurulu/Editorial Board Members</i>	I
<i>Dergi Yazı Kurulu/Editorial Management</i>	II
<i>Amaç ve Kapsam</i>	III
<i>Yazarlar İçin Kılavuz/Guidelines for Author</i>	IV
<i>İçindekiler/Contents</i>	XIV
<i>Editörden/From the Editor</i>	
Nülüfer Erbil.....	XVI
Araştırma Makaleleri / Research Articles	
Premenstrüel Sendrom Semptomlarının Evlilik Uyumu ile İlişkisi <i>Relations Between Premenstrual Syndrome Symptoms and Marital Adjustment</i> Elif Başağaç, Emel Ege.....	1-9
Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Bireylerin Akılcı İlaç Kullanım Davranışları <i>Rational Drug Use Behaviors of Individuals Registered with a Family Health Center</i> Mekiye İlhanlı Yaramış, Sevim Ulupınar.....	10-20
Hastaların Hemşirelik Bakım Memnuniyetleri: Cerrahi Hastaları Örneği <i>Nursing Care Satisfaction of Patients: Surgical Patients Example</i> Sibel Arslan, Ayla Gürsoy.....	21-28
Preference of Contraceptives of Married Women Between 18-49 and Causes of Discontinuation <i>18-49 Yaş Arası Evli Kadınların Kontraseptif Yöntem Kullanma Tercihleri ve Bırakma Nedenleri</i> Zehra Acar, Nevin Şahin, Fatma Nur Demirci.....	29-38
Çocuk Gözüyle Hemşirelik Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi <i>Assessment of Nursing Care Quality from Child's Perspective</i> Remziye Semerci, Melahat Akgün Kostak, İsmail Çetintaş, Esra Nur Kocaaslan.....	39-47
Yaşlıların Kişisel Anlam Profili ve Psikolojik İyi Oluşlarının Değerlendirilmesi <i>Evaluation of Personal Meaning Profile and Psychological Well-being in the Older People</i> Ayşe İnel Manav, Adile Bozkurt, Ejidane Coşkun.....	48-55
Domestic Violence Against Women: The Views and Practices of Medical Faculty Nurses <i>Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet: Tıp Fakültesi Hemşirelerinin Görüş ve Uygulamaları</i> Yasemin Durduran, Berrin Okka, Nazan Karaoğlu, Elif Nur Yıldırım Öztürk.....	56-63
Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç ve Tutum İlişkisinde Psikiyatri Hemşireliği Eğitiminin Etkisi <i>The Effect of Psychiatric Nursing Education on the Relationship between Belief and Attitude towards Mental Diseases</i> Mahmut Evli.....	64-74

	Sayfa/Page
Hekim Dışı Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarına Verilen Acil Obstetrik Bakım Eğitiminin Etkinliğinin Değerlendirilmesi: Ön Test Son Test Araştırma <i>Evaluation of the Effectiveness of Emergency Obstetric Care Training Given to Non-Physician Emergency Health Care Personnel: Pre-Test Post-Test Study</i> Yeter Şener, Evrim Bayraktar	75-82
İnfertilite ile İlgili Hemşirelik Alanında Yürütülen Lisansüstü Tezler <i>Postgraduate Theses in Nursing Related to Infertility</i> Nurcan Kırca, Meryem Öngen	83-95
Derlemeler/Reviews	
COVID-19 Küresel Salgınının Yaşlı Bireyler Bağlamında Değerlendirilmesi <i>Evaluation of the COVID-19 Global Epidemic in the Context of the Elderly Individuals</i> Merve Ayşe Şahin	96-104
Ülkemizde Kadın Sağlığının Öncelikli Sorunları <i>The Priority Problems of Women's Health in Turkey</i> Nezihe Kızılkaya Beji, Gizem Kaya, Sevim Savaşer	105-112
Tümör Lizis Sendromunda Hemşirelik Yaklaşımı <i>Nursing Approach in Tumor Lysis Syndrome</i> Nazlı Öztürk, Fatma Arıkan	113-122
Perinatal Hasta Güvenliği ve Hemşirelik Yaklaşımı <i>Perinatal Patient Safety and Nursing Approach</i> Büşra Yılmaz, Ümran Oskay	123-132
Prematüre Bebeklerde Tamamlayıcı Beslenme <i>Complementary Feeding in Preterm Infants</i> Sinem Yalınzoğlu Çaka, Faruk Kabul, Nursan Çınar	133-140
Çocuklarda Nebülizatör Tedavisi ve Hemşireler İçin Öneriler <i>Nebulizer Therapy in Children and Recommendations for Nurses</i> Gamze Kaş, Suzan Yıldız	141-148
Editöre Mektup/ Letter to Editor	
Letter to Editor <i>Editöre Mektup</i> Evren Şavlı	149-152

Ordu'dan Merhaba...

Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi'ni 2021 Nisan sayısını siz değerli bilim insanlarına sunmanın mutluluğunu yaşamaktayız.

Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi'nin bu sayısında 10 araştırma, 6 derleme ve editöre mektup siz değerli okurlarımızın ilgisine sunulmuştur. Bu sayıda, *“Premenstrüel Sendrom Semptomlarının Evlilik Uyumu ile İlişkisi”*, *“Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Bireylerin Akılcı İlaç Kullanım Davranışları”*, *“Hastaların Hemşirelik Bakım Memnuniyetleri:Cerrahi Hastaları Örneği”*, *“Preference of Contraceptives of Married Women Between 18-49 and Causes of Discontinuation”*, *“Çocuk Gözüyle Hemşirelik Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi”*, *“Yaşlıların Kişisel Anlam Profili ve Psikolojik İyi Oluşlarının Değerlendirilmesi”*, *“Domestic Violence Against Women: The Views and Practices of Medical Faculty Nurses”*, *“Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç ve Tutum İlişkisinde Psikiyatri Hemşireliği Eğitiminin Etkisi”*, *“Hekim Dışı Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarına Verilen Acil Obstetrik Bakım Eğitiminin Etkinliğinin Değerlendirilmesi: Ön Test Son Test Araştırma”*, *“İnfertilite ile İlgili Hemşirelik Alanında Yürütülen Lisansüstü Tezler”* isimli araştırma makaleleri ile *“COVID-19 Küresel Salgınının Yaşlı Bireyler Bağlamında Değerlendirilmesi”*, *“Ülkemizde Kadın Sağlığının Öncelikli Sorunları”*, *“Tümör Lizis Sendromunda Hemşirelik Yaklaşımı”*, *“Perinatal Hasta Güvenliği ve Hemşirelik Yaklaşımı”*, *“Prematüre Bebeklerde Tamamlayıcı Beslenme”*, *“Çocuklarda Nebülizatör Tedavisi ve Hemşireler İçin Öneriler”* isimli derlemeler ve *“Letter to Editor”* bulunmaktadır.

Dergimizin, TÜBİTAK/ULAKBİM TR Dizin kapsamına girmesi için inceleme sürecinde olduğu haberini de sizlerle paylaşmaktan gurur duymaktayız. Dergimizin uluslararası indekslere girebilmesi için, dergimizde yayımlanan çalışmalara atıf yapmanızı ve araştırmalarınızı dergimize göndermeye devam etmenizi ilginize sunarız.

Dergimizin bugünlere gelmesinde önemli katkı sağlayan, çalışmalarını dergimize gönderen bilim insanlarına yoğun ilgi ve güvenleri için teşekkür ederiz.

Dergimize gelen çalışmaların değerlendirme sürecine değerli görüşleriyle katkı sunan bilim insanlarına özverili ve titiz çalışmaları için şükranlarımızı sunarız.

Editör Kurulumuza, dergimizi yayına hazırlayan akademik elemanlarımıza ve okurlarımıza teşekkür ederiz.

Son sözde, tüm dünyayı etkileyen COVID-19 pandemisi nedeniyle yaşanan bu zorlu süreçte değeri çok daha iyi anlaşılan sağlık profesyonellerine ve daha görünür hale gelen hemşirelik profesyonellerine şükranlarımızı sunar, hemşirelik meslek üyelerinin ve geleceğimiz olan hemşirelik öğrencilerinin 12-18 Mayıs 2021 Hemşirelik Haftasını şimdiden kutlarım.

Sağlık, mutluluk ve huzurla kalınız...

Gelecek sayımızda görüşmek dileğiyle...

Prof. Dr. Nülüfer ERBİL
Baş Editör

Premenstrüel Sendrom Semptomlarının Evlilik Uyumu ile İlişkisi

Relations Between Premenstrual Syndrome Symptoms and Marital Adjustment

Elif Başağaç¹  Emel Ege² 

¹ Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin Hastanesi, Ankara, TÜRKİYE

² Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Kampüsü Meram/Konya, TÜRKİYE

Geliş tarihi/ Date of receipt: 16/12/2020

Kabul tarihi/ Date of acceptance: 08/03/2021

© Ordu University Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Turkey, **Published online:** 18/04/2021

ÖZ

Amaç: Premenstrüel sendrom kadının, günlük aktivitelerini, iş performansını, aile ve sosyal ilişkileri ile yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. Bu çalışma, evli kadınlarda premenstrüel sendrom semptomlarının evlilik uyumu ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte planlanan araştırmanın örneklemini 18-49 yaş grubu evli 138 kadın oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında demografik soru formu, Premenstrüel Değerlendirme Formu (PDF), Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ) kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada kadınların Evlilik Uyum Ölçeği toplam puan ortalaması 40.33±12.88, Premenstrüel Değerlendirme Formu toplam puan ortalaması 216.18±75.83 olarak tespit edilmiştir. Kadınların Evlilik Uyum Ölçeği puanları ile Premenstrüel Değerlendirme Formu toplam puanları arasında orta düzeyde, negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır (p<0.05). Kadınların Evlilik Uyum puanı üzerine anlamlı düzeyde etkili olan değişkenler PDF çökkün duygu durumu alt boyutu, geliri değerlendirme durumu, PDF organik mental özellikler, eğitim durumu, yaş, sigara kullanımı, olarak sıralanmaktadır. Bu değişken, kadınların evlilik uyum puanına ait değişimi (varyansı) %30 oranında açıklamaktadır (p<0.05).

Sonuç: Kadınların Premenstrüel Değerlendirme Formu'ndan aldığı puan arttıkça Evlilik Uyum Ölçeği'nden aldığı puan azalmaktadır. Kadınların ve eşlerinin evlilik uyumunu koruma ve geliştirmeye yönelik premenstrüel sendrom semptomları hakkında bilgilendirilme ve farkındalık eğitimlerinin çift düzeyinde verilmesi önerilebilir.

Anahtar sözcükler: Evli kadınlar, evlilik uyumu, premenstrüel sendrom

ABSTRACT

Objective: Premenstrual syndrome may adversely affect daily activities, work performance, family and social relations and the quality of life of women. The aim of this study was to evaluate the relations between premenstrual syndrome symptoms and marital adjustment in married women.

Methods: The sample of this descriptive and relationship-seeking study consisted of 138 married women aged between 18-49 years. The demographic question form, Premenstrual Evaluation Form (PEF) and Marital Adjustment Scale (MAS) were used in the data collection.

Results: In the research, the total average score of the Women's Marital Adjustment Scale was 40.33 ± 12.88, the total average score of the Premenstrual Assessment Form was 216.18 ± 75.83. Women was found a moderate, negative and significant relationship between Marital Adjustment Scale scores and Premenstrual Assessment Form scores (p < 0.05). The variables that have a significant effect on the women's marital adjustment score from The PEF sub-dimension of the depressed state, of income is listed as income assessment status, PEF organic mental characteristics, educational status, age and smoking status. This variable explained 30% of the variance of women's marital adjustment score (p < 0.05).

Conclusion: In conclusion, the higher the score the women get on the Premenstrual Assessment Form, the lower the score they get on the Marriage Adjustment Scale. It may be suggested that women and their spouses be informed about the symptoms of premenstrual syndrome to protect and improve marital adjustment and that awareness training should be provided at double level.

Keywords: Married women, marital adjustment, premenstrual syndrome

ORCID IDs of the authors: EB: 0000-0002-6011-9164, EE: 0000-0002-5640-5563

Sorumlu yazar/Corresponding author: Uzman Hemşire Elif Başağaç
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin Hastanesi, Ankara, TÜRKİYE

e-posta/e-mail: elifaltngz22@gmail.com

Bu çalışma 19 Aralık 2019-21 Aralık 2019 tarihleri arasında Ankara'da düzenlenen 6. Uluslararası 17. Ulusal Hemşirelik Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Atf/Citation: Başağaç E, Ege E. (2021). Premenstrüel sendrom semptomlarının evlilik uyumu ile ilişkisi. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 4(1), 1-9. DOI: 10.38108/ouhcd.839898

Giriş

Menstrüel siklus puberteden başlayan menopoza kadar devam eden üreme ve gebelik için gerekli döngüsel hazırlık olarak tanımlanmaktadır. (Saka ve Okuyucu, 2020.) Fertil çağındaki kadınların %70-90' nında menstrüasyon ve menstrüel dönem ile ilgili bazı problemler yaşamaktadırlar. Bu problemler arasında en fazla dismenore, premenstrüel sorunlar, anormal uterin kanama yer olmaktadır (Taşçı, 2006). En sık karşılaşılan sorunlardan biri olan premenstrüel sendrom kadınların %20-40' lık kısmında değişik derecede geçici mental ve fiziksel işlev bozukluğu şeklinde belirtiler ile seyreden ve %5-10' luk kısmında çalışma ve sosyal yaşamlarını bozacak ve tedavi gerektirecek şiddetli belirtiler gösteren bir durumdur (Kebapçılar ve ark., 2012).

Premenstrüel sendrom (PMS), menstrüel döngünün luteal fazıyla ilişkili olan, düzenli ve döngüsel şekilde, kadının hayatını fiziksel, duyu durum ve davranışsal açıdan etkileyen değişiklikler olarak tanımlanmaktadır (Tok ve Avcı, 2016). Toplumda oldukça yaygın olarak görülen PMS' nin, yakın aile ilişkilerini, sosyal hayatı, çalışma performansını ve iş ilişkilerini etkilediği belirtilmektedir (Daşkan ve Saruhan, 2014). En sık görülen belirtiler; kas, karın ve baş ağrısı, memelerde hassasiyet, kilo alımı, bazı yiyeceklere karşı yoğun istek duyma, iştah değişimi, akne, ödem, yorgunluk, mizaç dalgalanmaları, duygusallık, sinirlilik olarak belirtilmektedir (Tanrıverdi ve ark., 2010; Özkan ve Koç, 2020; Yücel ve ark., 2009). Morowatisharifabad ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında kadınlarda PMS' ye bağlı duygusal değişikliklerinin sosyal ve aile ilişkilerini etkilediği tespit edilmiştir. Ayrıca PMS'li kadınların ailelerinde çocuk örselenmesi ve aile içi kavgaların daha sık yaşandığı belirtilmektedir (Eğicioğlu ve ark., 2015). Halbuki evlilikte yaşanan uyum ve beklentilerin gerçekleştirilmesi bireylerin mutluluğu açısından önemlidir (Sakarya ve Dilmaç, 2020).

Evlilik uyumu, çatışmaların çözümlenebildiği eşler arası doğumun hissedilebildiği, ortak aktivite ve faaliyetlerin birlikte yapılabildiği ve karşılıklı beklentilerin karşılanabildiği bir evlilik olarak tanımlanmıştır (Erbil ve Hazer, 2018). Evlilik uyumu, ilişkideki ihtiyaçların karşılanma derecesine bağlı olarak oluşan bir algı olarak kabul edilmektedir. (Türkseven ve ark., 2020). Evlilik uyumu üzerinde etkili olabilecek cinsiyet, yaş, sağlık durumu gibi kişisel değişkenler, eşler arası yaş farkı, evlilik biçimi, eşlerin cinsel yaşamdaki

doyumunu gibi aileye ilişkin değişkenler, ailenin aylık geliri, gelirin yeterlilik düzeyi, eşlerin öğrenim düzeyi gibi özellikler ise sosyoekonomik değişkenler olarak sınıflandırılmaktadır (Erbil ve Hazer, 2018). Olumlu evlilik ilişkisi, ailede alınan kararlarda söz sahibi olmak ve eşten alınan sosyal desteğin evlilik ve eşler arası uyumu arttırdığı düşünülmektedir. Özellikle eşten alınan sosyal desteğin, akraba, arkadaş gibi diğer kaynaklardan alınan desteklerden daha etkili olduğu belirtilmektedir (Çoban ve ark., 2008). Eşlerin PMS' nin kadın bedeni ve ruhu üzerindeki etkilerinin farkında olunmasının eş ilişkilerini olumlu etkileyeceği, cinsel sorunları azaltacağı ve evlilik doyumunu arttıracacağı düşünülmektedir. Evlilik doyumunun yetersizliğinin bilgi eksikliğinden kaynaklanabileceğini düşünen Morowatisharifabad ve arkadaşları (2014) eşlerin eğitilmesi konusunda çalışma yapmış ve çalışma sonucunda eğitim öncesi evlilik doyumunu düşük olan erkeklerin farkındalık artışıyla evlilik doyumlarının arttığını saptanmıştır (Morowatisharifabad ve ark., 2014).

PMS kadını etkileyen, eş, aile ve toplum düzeni içinde de sorun haline gelebilmektedir. Sağlık profesyonellerinin üreme sağlığı ile ilgili işlemler sırasında sorunun farkında olması bu açıdan önemlidir (Kaya ve Gölbaşı, 2016). Ülkemizde ve dünyada yapılmış olan, evli kadınların dahil edildiği, PMS' nin yaygınlığını araştıran çalışmalar mevcuttur (Erbil ve ark., 2011; Kebapçılar ve ark., 2012; Morowatisharifabad ve ark., 2014; Pınar ve Öncel, 2011). Ancak doğrudan evlilik uyumu ve PMS arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu çalışma, evli kadınlarda PMS semptomlarının evlilik uyumu ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem

Araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte yapılmış olup Ankara ili, Keçiören ilçesinde bağlı bir Aile Sağlığı Merkezi'nde 01.11.2018-15.01.2019 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırmanın evrenini, çalışmanın yürütüldüğü tarihler arasında Aile Sağlığı Merkezi'ne muayeneye gelen 18- 49 yaş gurubu evli kadınlar oluşturmuştur.

Araştırmanın örnek sayısının belirlenmesinde "Bir Toplumdaki Oranın Belirli Bir Doğrulukla Tahmininde" önerilen bir tablodan yararlanılmıştır (Lemeshow ve ark., 2000). Ülkemizde yapılan çalışmalarda evli kadınlarda PMS semptomlarının evlilik uyumu ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla

yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. 15-49 yaş grubundaki kadınlarda PMS görülme sıklığını belirlemek amaçlı yapılmış çalışmanın bildirdiği, PMS belirtisini şiddetli şekilde yaşayan kadınların oranından (%11.8) yararlanılmıştır (Pinar ve Öncel, 2011). Araştırmanın örneğinin belirlenmesinde %95 güven düzeyinde ve %5 rölatif kesinlik dikkate alınmış ve tabloda bildirilen örnek büyüklüğü 138 olarak bulunmuştur (Lemeshow ve ark., 2000). Kadınların evlilik uyum puanı üzerine altı bağımsız değişkenin etkisini gösteren regresyon analizinde elde edilen R2: .30 değerine göre G*Power (3.1.9.2) programı ile yapılan post hoc güç analizinde etki büyüklüğü f2: 0.43 (büyük/geniş etki) ve post hoc güç 1.00. (%100) olarak bulunmuş ve çalışmadaki örneklem sayısının yeterli olduğu görülmüştür.

Araştırmaya 18-49 yaş grubunda evli, en az ilkokul mezunu olan, eşiyile birlikte yaşayan, düzenli adet gören (21-35 gün aralığında) kadınlar dahil edilmiştir. Gebe, lohusa veya laktasyon döneminde olan, iletişime engel bir durumu olan (konuşma, duyma ve görme engeli), cerrahi ya da doğal yollarla menopoza girmiş olan, psikiyatrik veya kronik hastalığa sahip olan (öz bildirim veya alınmış tanı), hormonal kontraseptif yöntem kullanan kadınlar araştırmaya dahil edilmemiştir.

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan kadınların, sosyodemografik özelliklerini, obstetrik ve menstrüasyon özelliklerini ve sağlık alışkanlıklarını sorgulayan 20 soruluk anket formu (Adıgüzel ve ark., 2007; Kaya ve Gölbaşı, 2016; Kebapçılar ve ark., 2012; Kıvrak ve Taşgın, 2010; Özeren ve ark., 2013), Dereboy ve arkadaşlarının 1994 yılında geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yaptığı Premenstrüel Değerlendirme Formu (PDF), Tutarel-Kışlak'ın 1999 yılından geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğu Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ) kullanılmıştır (Dereboy ve ark., 1994; Tutarel-Kışlak, 1999).

Premenstrüel Değerlendirme Formu (PDF): Halbreich ve arkadaşları (1982) tarafından geliştirilen ve ülkemizde Dereboy ve arkadaşları (1994) tarafından Türkçeye uyarlanıp geçerlilik, güvenilirlik çalışması yapılan Premenstrüel Değerlendirme Formu, premenstrüel dönemde kadınların kendilerinde gözlemledikleri değişimleri ölçmeye yarayan 95 sorudan oluşan öz bildirim ölçeğidir. Sorular altılı likert skalası ile yanıtlanmaktadır 1.seçenek "değişim yok", 2.seçenek "çok az değişim", 3.seçenek "hafif değişim", 4. seçenek "orta şiddete değişim", 5.seçenek "şiddetli değişim", 6.seçenek "aşırı

değişim" ifadelerine karşılık gelip puan almaktadır. Ölçekten alınan puanlar yükseldikçe premenstrüel sendromun şiddetinin yükseldiği şeklinde değerlendirilmektedir. PDF' den alınan maksimum puan 570' tir PDF' in 18 alt ölçeği bulunmaktadır (Tablo 1). Ölçeğin PDF toplamı için Cronbach alfa değeri 0.97 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada PDF toplamı için Cronbach alfa değeri 0.98, alt boyutlarının alfa değerleri ise 0.58 ile 0.90 arasında bulunmuştur.

Evlilikte Uyum Ölçeği (EUÖ): Locke ve Wallace 1959 yılında Evlilikte Uyum Ölçeğini, evliliğin niteliğini ölçmek amacıyla geliştirmiştir. Tutarel-Kışlak tarafından 1999 yılında Türkçeye uyarlanmış ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.. Ölçek hem genel evlilik doyumunun ya da niteliğinin ölçülmesinde hem de çeşitli ve aileyi ilgilendiren konularda anlaşma ya da anlaşmama konusundaki ilişki tarzını ölçmektedir (Tutarel-Kışlak, 1999). EUÖ' de puanlama uyumsuzluktan uyumluluğa doğru artan 15 sorudan oluşmaktadır. En düşük uyum puanı 0, en yüksek uyum puanı 158 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.90 olarak bulunmuş, bu çalışmada Evlilik Uyum Ölçeğinin cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur. Uyumlu ve uyumsuz evli kişilerin ayırt edilmesini sağlayan kesme noktasının değeri ise 43 ve altı puanların altı uyumsuz, 44 ve üstü puanlar uyumlu olarak belirlenmiştir.

Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından Aile Sağlığı Merkezi'nde yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Verilerin toplanma süresi 20-30 dk. sürmüştür. Veriler olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gelişigüzel örnekleme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırma öncesi Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 10 kadına veri toplama formları araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Sonuçlarına göre veri toplama formlarında gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Ön uygulama esnasında toplanan veriler araştırmanın örneğine dahil edilmemiştir.

Etik Boyutu

Araştırma öncesi Üniversitenin Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan 2018/1515 karar sayılı etik kurul onayı alınmıştır. İl Sağlık Müdürlüğü 'nden araştırmanın yürütülebilmesi için izin alınmıştır. Anket formları doldurulmadan önce kadınlara araştırmanın amacı hakkında bilgi verilip sözel olarak onamları alınmıştır. Araştırma ve Yayın etiğine uyulmuştur.

Verilerin Analizi

Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistiklerde kategorik veriler için sayı, oran, sayısal veriler için ortalama ve standart sapma verilmiştir. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma sahip olma durumu Skewness ve Kurtosis ile değerlendirilmiştir. PDF çeşitli duygu durum/davranış değişiklikleri alt boyutunun normal dağılıma sahip olmadığı (Skewness: 1.72, Kurtosis: 4.40), diğer değişkenlerin normal dağılıma sahip olduğu (Skewness:-1.30 ile 1.51 arası, Kurtosis: -0.73 ile 2.00 arası olarak değerlerin -2 ile +2 arasında yer aldığı) belirlendi (George ve Mallery, 2010). Verilerin analizinde bağımsız gruplarda t testi ve Mann Whitney U testi, varyans analizi (ileri analizi Tukey HSD) ve Kruskal Wallis testi (ileri analizi Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi) kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerin (PDF ölçeği ve alt boyut puanlarının) normal dağılım özelliğine göre Evlilik Uyum Ölçeğinin puanları ile ilişkisi Pearson korelasyon analizi ve Spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Evlilik uyum puanı üzerine primer analizlerde etkisi bulunan bağımsız değişkenler çoklu regresyon (bacward yöntemi) analizi ile değerlendirilmiştir. Önemlilik düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Premenstrüel sendrom semptomlarının evlilik uyumuyla ilişkisinin incelendiği çalışmada, araştırma grubuna ait tanıtıcı bilgiler Tablo 1’de sunulmuştur. Çalışmaya kapsamına alınan kadınların %69.6’sının 36 yaş ve üstü olduğu, %42.8’inin lise mezunu olduğu tespit edilmiştir. Kadınların %53.6’sının herhangi bir işte çalışmadığı saptanmıştır. Eşlerinin %36.2’sinin lise mezunu olduğu, %91.3’ünün herhangi bir işte çalıştığı tespit edilmiştir. Kadınların %68.1’inin gelir durumlarını orta olarak değerlendirdiği görülmüştür. Aile şekli olarak %84’ünün çekirdek ailede yaşadıkları tespit edilmiştir (Tablo 1).

Araştırmada kadınların EUÖ’ den aldığı toplam puan ortalaması 40.33 ± 12.88 ve PDF’ den alınan toplam puan ortalaması 216.18 ± 75.83 olarak saptanmıştır (Tablo 2). Evlilik Uyum Ölçeği puanları ile Premenstrüel Değerlendirme Formu toplam puanları arasında orta düzeyde, negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Evlilik Uyum Ölçeği puanları ile Premenstrüel Değerlendirme Formunun çökkün duygu durumu, endojen depresif özellikler, düşmanlık/kızgınlık, sosyal geri çekilme, sosyal işlevsellikte bozulma, bunaltı, impulsivite, fiziksel

rahatsızlık, otonomik değişimler, çeşitli duygudurum/davranış değişiklikleri alt boyut puanları arasında orta düzeyde ve negatif yönde, atipik depresif özellikler, çeşitli fiziksel değişimler, labilite, histeroid özellikler, organik mental özellikler, su tutulumu alt boyut puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde olmak üzere anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Kadınların Premenstrüel Değerlendirme Formu’ndan aldığı toplam ve alt boyut puanları arttıkça evlilik uyum puanları düşmektedir (Tablo 3).

Tablo 1. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri (n: 138)

Özellikler	n	%
Yaş grubu		
≤ 35 yaş	42	30.4
≥ 36 yaş	96	69.6
Eğitim durumu		
İlköğretim	35	25.3
Lise	59	42.8
Üniversite	44	31.9
Çalışma durumu		
Evet	64	46.4
Hayır	74	53.6
Eş eğitim durumu		
İlköğretim	39	28.3
Lise	50	36.2
Üniversite	49	35.5
Eş çalışma durumu		
Çalışmıyor	12	8.7
Çalışıyor	126	91.3
Gelir durumu algısı		
İyi	22	15.9
Orta	94	68.2
Kötü	22	15.9
Aile tipi		
Çekirdek	117	84.8
Geniş	21	15.2

Evlilik Uyum Ölçeği puanları ile Premenstrüel Değerlendirme Formunun kendini iyi hissetmede artış ve yorgunluk alt boyut puanları arasında negatif ve zayıf düzeyde bulunan ilişkinin anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo3). Kadınların Evlilik Uyum Ölçeği puanları üzerine primer analizlerde etkisi olduğu belirlenen bağımsız değişkenlerin (sosyodemografik, obstetrik ve menstruel özellikler, sağlık alışkanlıkları, 7 değişken, Premenstrüel Değerlendirme Formu' nun toplam ve 16 alt boyutu) etkisi bir arada değerlendirilmek üzere çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Bağımsız değişkenler arasında Collinearity istatistiklerine göre otokorelasyon varlığı incelendiğinde, Premenstrüel Değerlendirme Formu' nun toplam puanı ile modele alınacak 15 alt boyut puanı arasında (modele alınacak 16 alt boyut var, Fiziksel rahatsızlık alt boyutunda $r: 68$) yüksek

düzeyde ilişki olduğu ($r: .75$ ile 0.92 arasında, $p<0.001$, PDF Toplam puan tolerans değeri: 0.003 , VIF: 358.012), belirlenmiş, otokorelasyon sorunu nedeniyle toplam puan modelden çıkarılmıştır. Evlilik uyum puanı üzerine anlamlı düzeyde etkili bulunan altı değişkenin etki düzeylerine ilişkin sonuçlar Tablo 4'de verilmiştir.

Kadınların evlilik uyum puanı üzerine anlamlı düzeyde etkili olan değişkenler \square katsayısına göre en çok önemliden en az önemliye doğru; PDF çökkün duygu durumu alt boyutu ($p<.001$), geliri değerlendirme durumu ($p<0.01$), PDF organik mental özellikler ($p<0.05$), eğitim durumu, yaş ($p<0.01$), sigara kullanımı ($p<0.05$) olarak sıralanmaktadır. Bu değişken, kadınların evlilik uyum puanına ait değişimi (varyansı) %30 oranında açıklamaktadır.

Tablo 2. Katılımcıların EUÖ ve PDF' den aldığı puanlar

Ölçek ve Alt Boyutları	En az-en çok	$\bar{x} \pm SS$
Evlilik Uyum Ölçeği Toplam Puan	1-58	40.33 \pm 12.88
Premenstrüel Değerlendirme Formu - Toplam Puan	109-480	216.18 \pm 75.83
1.Çökkün duygu durumu	10-57	21.77 \pm 10.61
2. Endojen depresif özellikler	5-25	10.95 \pm 4.83
3. Labilite	3-18	7.66 \pm 3.30
4. Atipik depresif özellikler	7-34	17.29 \pm 5.70
5. Histeroid özellikler	5-29	10.37 \pm 4.55
6. Düşmanlık/kızgınlık	6-35	12.24 \pm 6.66
7. Sosyal geri çekilme	4-24	8.78 \pm 4.50
8. Bunaltı	4-24	10.24 \pm 4.49
9. Kendini iyi hissetmede artış	4-21	8.46 \pm 3.59
10. İmpulsivite	4-24	8.08 \pm 4.33
11. Organik mental özellikler	6-34	13.19 \pm 5.87
12. Su tutulumu	6-36	15.80 \pm 6.56
13. Fiziksel rahatsızlık	3-18	8.49 \pm 3.69
14. Otonomik değişimler	7-39	15.26 \pm 6.36
15. Yorgunluk	4-24	11.88 \pm 4.77
16. Sosyal işlevsellikte bozulma	11-57	24.41 \pm 10.31
17. Çeşitli duygu durum/davranış değişiklikleri	14-78	27.87 \pm 11.57
18. Çeşitli fiziksel değişimler	6-32	13.04 \pm 5.37

Tablo 3. Kadınların Evlilik Uyum Ölçeği puanları ile Premenstrüel Değerlendirme Formu puanları arasındaki ilişki

Ölçek ve Alt Boyutları	Evlilik Uyum Ölçeği Toplam Puan	
	r	p
Premenstrüel Değerlendirme Formu Toplam Puan	-0.33	<0.001
1.Çökkün duygu durumu	-0.36	<0.001
2. Endojen depresif özellikler	-0.34	<0.001
3. Labilite	-0.19	0.026
4. Atipik depresif özellikler	-0.22	0.009
5. Histeroid özellikler	-0.20	0.022
6. Düşmanlık/kızgınlık	-0.33	<0.001
7. Sosyal geri çekilme	-0.37	<0.001
8. Bunaltı	-0.29	0.001
9. Kendini iyi hissetmede artış	-0.10	0.236
10. İmpulsivite	-0.28	0.001
11. Organik mental özellikler	-0.19	0.029
12. Su tutulumu	-0.20	0.016
13. Fiziksel rahatsızlık	-0.25	0.004
14. Otonomik değişimler	-0.25	0.003
15. Yorgunluk	-0.15	0.070
16. Sosyal işlevsellikte bozulma	-0.33	<0.001
17. Çeşitli duygudurum/davranış değişiklikleri	-0.29	0.001 ^{rs}
18. Çeşitli fiziksel değişimler	-0.23	0.008

r: Pearson korelasyon analizi / *r_s: Sperman korelasyon analizi (17. boyut verileri normal dağılıma sahip değildir)

Tablo 4. Kadınların Evlilik Uyum Ölçeği puanı üzerine bağımsız değişkenlerin etkisi (n: 138)

Bağımsız Değişkenler	B	S.Hata	β	t	p	B için 95% Güven Aralığı		Collinearity İstatistikleri	
						Tolerans	VIF		
(Sabit)	25.92	8.40		3.087	0.002	9.31	42.54		
F1.Çökkün duygu durumu*	-.54	0.13	-.44	4.199	<0.001	-0.79	-0.28	0.461	2.168
Geliri değerlendirme (1:kötü, 2:orta, 3iyi)	5.93	1.70	.26	3.499	0.001	2.58	9.29	0.913	1.095
F11. Organik mental özellikler*	.48	0.23	.22	2.113	0.037	0.03	0.93	0.469	2.133
Eğitim (1:ilköğr. 2: lise-üniversite)	5.92	2.12	.20	2.790	0.006	1.72	10.12	0.982	1.018
Yaş (1: <.35, 2: ≥35yaş)	-5.54	2.05	-.20	2.699	0.008	-9.60	-1.48	0.939	1.065
Sigara kullanımı (1: evet, 2: hayır)	4.10	1.98	.15	2.071	0.040	0.18	8.02	0.971	1.030
F14. Otonomik değişimler*	.44	0.24	.22	1.875	0.063	-0.02	0.91	0.364	2.746
Eş çalışma durumu (1: hayır, 2: evet)	6.06	3.29	.13	1.840	0.068	-0.46	12.57	0.929	1.077

R: .58 Adjusted R²: .30 F: 10.93 p: .000 Durbin Watson: 2.00

Tartışma

Evlilik birlikteliğinde uyum, eşlerin psikolojik sağlığını etkilediğinden insanların hayatında önemli bir yere sahiptir. Bireylerin evliliklerinde yaşadıkları uyumsuzluklar ve çatışmalar ve sorunlar sonucunda sıklıkla psikolojik anlamda sorun oluşturabilmektedir (Tutarel-Kışlak ve Göztepe, 2012). Premenstrüel sendrom, üreme çağındaki kadınların aile, iş ve günlük yaşamlarını etkileyen önemli bir sorundur (Heydari ve ark., 2018). Yaşanılan bu sorunlar kadınların evlilik hayatlarını olumsuz etkileyerek evlilik uyumunu bozabilir. Bu çalışma premenstrüel sendrom semptomlarının evlilik uyumuna etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmada kadınların EUÖ' den aldığı toplam puan ortalaması 40.33 ± 12.88 iken, PDF' den alınan toplam puan ortalaması 216.18 ± 75.83 tir. Kadınların PDF' nin alt boyutlarından en fazla puanı çeşitli duygu durum/davranış değişikliklerinden 27.87 ± 11.57 , en düşük puanı labiliteden 7.66 ± 3.30 almıştır. Ülkemizde yapılmış evli kadınların yüzdesinin fazla olduğu (%93) ve PDF kullanılarak ölçme yapılmış bir çalışmada toplam PDF puanı ortalama 206.0 ± 76.1 olarak bulunmuştur. PDF alt ölçeklerinden alınan skorların ortalaması incelendiğinde en düşük puan ortalaması labiliteden (6.2 ± 2.8), en yüksek puan ortalaması çeşitli duygu durum/davranıştan (26.4 ± 11.3) olduğu görülmektedir (Öztürk Can ve ark., 2015). İki çalışmanın bulgularının birbirine çok yakın olduğu görülmektedir. Ülkemizde yapılmış çeşitli çalışmalarda ölçülen puan ortalamaları Erbil ve arkadaşları (2011), Tanrıverdi ve arkadaşları (2010), Erbil ve arkadaşları (2010) çalışmasında sırasıyla 88.61 ± 30.05 , 121.94 ± 31.27 , 112.27 ± 31.24 olarak bulunmuştur (Erbil ve ark., 2011; Erbil ve ark., 2010; Tanrıverdi ve ark., 2010). PMS' nin kadınlarda duygu durum ve davranış değişikliklerine neden olduğu görülmektedir. Bu değişimin eşler arasında evliliklerinin uyumunu olumsuz etkileyebilecek bir faktör olduğu sonucuna varılmıştır.

Kadınların Evlilik Uyum Ölçeği puanları ile PDF puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; EUÖ puanları ile PDF' nin "psikolojik belirtiler " alt boyutlarından; "çökkün duygu durumu ", "endojen depresif özellikler ", düşmanlık/kızgınlık, sosyal geri çekilme, sosyal işlevsellikte bozulma, bunaltı, impulsivite, fiziksel rahatsızlık, otonomik değişimler, çeşitli duygudurum/davranış değişiklikleri alt boyut puanları arasında orta düzeyde ve negatif yönde ilişki olduğu görülmektedir. EUÖ puanları ile PDF' nin fiziksel

belirtiler alt boyutlarından; atipik depresif özellikler, çeşitli fiziksel değişimler, labilite, histeroid özellikler, organik mental özellikler, su tutulumu alt boyut puanları arasında negatif zayıf düzeyde olmak üzere bir ilişki olduğu görülmektedir. Ancak PDF' nin kendini iyi hissetmede artış ve yorgunluk alt boyut puanları ile EUÖ arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Psikolojik ve fiziksel belirtiler arasındaki farkın nedeni olarak çalışma grubunun büyük çoğunluğunun herhangi bir işte çalışmadığı ve günlük ev, aile, eş, çocuk sorumluluklarına ek işin verdiği sorumluluklarının olmaması, boş zamanlarının daha çok olması ve verimli değerlendirilememesi kadınların kendi içlerine dönük düşünceler yaşamasından kaynaklandığı düşünülmüştür. EUÖ puanları ile PDF toplam puanları arasında orta düzeyde, negatif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Premenstrüel sendrom semptomları azaldıkça evlilik uyumu artmaktadır. Stres, anksiyete, depresyon belirtileri, kültürel inançlar, semptomlarla baş etme metodları gibi psikososyal faktörler; çeşitli bilişsel, davranışsal ve psikolojik semptomlarla bağlantılı olarak, kadının günlük aktiviteleri ve sosyal ilişkilerini etkileyerek işlev kaybına neden olmaktadır (Açıkgöz ve ark., 2017; Hussein Shehadeh ve Hamdan-Mansour, 2017; Nicolau ve ark., 2018). Kadının psikososyal faktörlerden etkilenmesi, evlilik uyumunun da etkileneceğini düşündürmüştür.

Kadınların evlilik uyum puanı üzerine anlamlı düzeyde etkili olan değişkenler en çok önemliden en az önemliye doğru; PDF çökkün duygu durumu alt boyutu, geliri değerlendirme durumu, PDF organik mental özellikler, eğitim durumu, yaş, sigara kullanımı olarak sıralanmaktadır. Çalışma sonucunda PDF alt boyutlarından çökkün duygu durumunu ve organik mental özellikler alt boyutunun evlilik uyumu üzerinde olumsuz etkisi olduğu görülmektedir. Bu parametreler değerlendirildiğinde ruhsal durumla değişkenlerin ilişkili olduğu görülmektedir. Ayrıca gelir, eğitim, yaş ve sigara kullanma gibi değişkenlerin evlilik uyumu üzerinde olumsuz etkisinin olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde bir çalışmada yaş, eğitim durumu, aylık gelir ile evlilik uyumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuşlardır. Yaş ilerledikçe evlilik uyumunun azaldığını, eğitim düzeyi ve gelir arttıkça evlilik uyumunun arttığını saptamışlardır (Erbil ve Hazer, 2018). İyi bir gelir algısına sahip olmanın yaşam kalitesini arttıracığından evlilik uyumunu da arttıracığı düşünülmüştür. Yaşın ilerlemesi ile çiftlerin

evliliğin ilk zamanlarındaki heyecanın azalması, evlilik ve aile yaşamlarındaki sorumluluğun artması ve birbiri ile daha az zaman geçirme gibi faktörlerin evlilik uyumu üzerinde olumsuz etkisi olabileceği düşünülmüştür. Sigara kullananların kullanmayanlara göre premenstrüel dönemde ağrı, konsantrasyon bozukluğu, sıvı tutulumu, davranış değişimi, negatif duyguları daha çok yaşadığı belirlenmiştir (Sakai ve ark., 2011). Premenstrüel dönemde yaşanan bu değişimlerin eşler arası iletişimi olumsuz etkileyeceği ve dolayısıyla evlilik uyumu üzerine de olumsuz etkileri olabileceği düşünülmüştür. Çalışma bulguları bu düşünceyi destekler niteliktedir.

Sonuç ve Öneriler

Araştırma sonuçlarına göre premenstrüel sendromun evlilik uyumunu olumsuz etkilediği görülmüştür. Sağlık profesyonelleri tarafından kadınlara premenstrüel sendromun belirtilerinin önemi, doğal bir süreçten kaynaklanmadığı, bu belirtilerin ciddi sorunlara neden olabileceği anlatılmalı, bu semptomlarla baş etme metotları öğretilmeli ve kadınlar yardım alma konusunda cesaretlendirilmelidir. Ayrıca kadınların ve eşlerinin birlikte değerlendirildiği tanımlayıcı ve sorunun çözümüne yönelik müdahale türü çalışmaların yapılması önerilebilir.

Araştırmanın Etik Yönü/ Ethics Committee Approval:

Araştırma öncesi Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan 2018/1515 karar sayılı etik kurul onayı alınmıştır. İl sağlık müdürlüğünden araştırmanın Muhtar Fazlı İrge Aile Sağlığı Merkezi'nde yürütülebilmesi için izin alınmıştır. Anket formları doldurulmadan önce kadınlara araştırmanın amacı hakkında bilgi verilip sözel olarak onamları alınmıştır. Araştırma ve yayın etiğine uyulmuştur

Hakem/Peer-review: Dış hakem değerlendirmesi.

Yazar Katkısı/Author Contributions: Fikir/kavram: EB/EE; Tasarım: EB/EE; Danışmanlık: EE; Veri toplama ve Veri İşleme: EB; Analiz ve Yorum: EB/EE; Kaynak Tarama: EB; Makalenin Yazımı: EB/EE; Eleştirel İnceleme: EE

Çıkar çatışması/Conflict of interest: Araştırmada herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal Destek/Financial Disclosure: Herhangi bir maddi destek alınmamıştır.

Çalışma Literatüre Ne Kattı?

- Premenstrüel sendrom semptomları olan evli kadınlara yaklaşım konusunda sağlık profesyonellerine öneriler sunulmuştur.
- Gelecekte yapılacak çalışmalara kaynak olması ve katkı sağlaması açısından önemlidir.

Kaynaklar

- Acıkgöz A, Dayi A, Binbay T (2017). Prevalence of premenstrual syndrome and its relationship to depressive symptoms in first-year university students. *Saudi Medical Journal*, 38(11),1125-1131.
- Adıgüzel H, Taşkın Oryal E, Danacı EA (2007). Manisa ilinde premenstrüel sendrom belirti örüntüsü ve belirti yaygınlığının araştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(3), 215-222.
- Çoban A, Nehir S, Demirci H, Özbaşaran F, İnceboz Ü (2008). Klimakterik dönemdeki evli kadınların eş uyumları ve menopoza ilişkin tutumlarının menopozal yakınmalar üzerine etkisi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(6), 343-349.
- Daşkan Z, Saruhan A (2014). Çalışan hemşirelerde menstrüel yakınmaların incelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi (STED)*, 23 (1),1-7.
- Dereboy Ç, Dereboy Fİ, Yiğitöl F, Çoşkun A (1994). Premenstruel değerlendirme formunun psikometrik verileri: Küme Analitik Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 5(2), 83-90.
- Eğicioğlu H, Coşar E, Kundak Z, Pektaş M, Köken G (2015). Premenstrüel sendromun yaşam kalitesine olan etkileri sosyodemografik özelliklerle ilişkili mi? *Jinekoloji- Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 12(1),10-17.
- Erbil Demir D, Hazer O (2018). Çalışan bireylerin evlilik uyumlarının incelenmesi. *International Journal of Eurasian Education and Culture*, 5,99-116.
- Erbil N, Bölükbaş N, Tolun S, Uysal F (2011). Evli Kadınlarda premenstrual sendrom görülme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(1),427-438.
- Erbil N, Karaca A, Kırış T (2010). Investigation of premenstrual syndrome and contributing factors among university students. *Turkish Journal of Medical Sciences*,40(4),565-573.
- George D, Mallery M (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*, 17.0 update (10a ed.). Boston: Pearson.
- Heydaria N, Abootalebib M, Jamalimoghadamc N, Kasraeiand M, Emamghoreishie M, Akbarzadehf M (2018). Evaluation of aromatherapy with essential oils of rosa damascena for the management of premenstrual syndrome. *International Federation of Gynecology and Obstetrics*,142,156-161.
- Hussein Shehadeh J, Hamdan-Mansour AM (2018). Prevalence and association of premenstrual syndrome

- and premenstrual dysphoric disorder with academic performance among female university students. *Perspect Psychiatr Care*, 54, 176–184.
- Kaya D, Gölbaşı Z (2016). Hemşirelik / Ebelik öğrencilerinde premenstrual sendrom yaygınlığı ve premenstrual sendromun sigara içme davranışı ile ilişkisi. *TAF (Turkish Armed Forces) Preventive Medicine Bulletin*, 15 (4), 305-311.
- Kebapçılar AG, Taner CE, Başoğlu Ö, Okan G (2012). İzmir Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi hastalarındaki premenstrüel sendrom prevalansı ve etkileyen faktörler. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 26(3), 111-114.
- Kıvrak AO, Taşgın Ö (2010). Beden eğitimi ve spor yüksekokulunda öğrenim gören kız öğrencilerin premenstrüel sendrom düzeyleri. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, 15, 110-119.
- Kublay D, Oktan V (2015). Evlilik Uyumu: Değer tercihleri ve öznel mutluluk açısından incelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 5(44), 25-35.
- Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK (2000). Sağlık araştırmalarında örneklem büyüklüğünün yeterliliği. Çeviren: S. Oğuz Kayaalp. P.143.
- Morowatisharifabad MA, Karimiankakolaki Z, Bokaie M, Fallahzadeh H, Gerayllo S (2014). The effects of training married men about premenstrual syndrome by pamphlets and short messages on marital satisfaction. *Health Education Research*, 29(6), 1005-1014.
- Nicolau ZFM, Bezerra AG, Polesela D N, Andersena M L, Bittencourta L, Tufika S, Hachula H (2018). Premenstrual syndrome and sleep disturbances: Results from the Sao Paulo Epidemiologic Sleep Study. *Psychiatry Research*, 264, 427–431.
- Özeren A, Atilla D, Helvacı M (2013). Hastane çalışanlarında premenstrüel sendrom ve depresyon ile ilişkisi. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 23 (1), 25-33.
- Özkan S, Koç G (2020). Kadınlarda premenstrual sendrom yaşanmasını etkileyen sosyal ve kültürel faktörler. *HUHEMFAD (Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi)*, 7(2), 180-185.
- Öztürk Can H, Baykal Akmeşe Z. ve Durmuş B (2015). Sınıf öğretmenlerinde premenstrüel sendrom görülme durumu ile sürekli öfke ve öfke tarzları arasındaki ilişki. *NWSA (New World Sciences Academy)- Life Sciences*, 4B0005, 10(1), 1-13.
- Pınar A, Öncel S (2011). 15-49 yaş grubu kadınlarda premenstrual sendrom görülme sıklığı (Antalya/Türkiye). *Türkiye Klinikleri Journal Gynecology Obstetric*, 21(4), 227-237
- Saka S, Okuyucu T (2020). Genç kadınlarda premenstrual sendromun yorgunluk ve uyku kalitesi üzerine etkisi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 33-39.
- Sakai H, Kawamura C, Cardenas X, Ohashi K (2011). Premenstrual and menstrual symptomatology in young adult Japanese females who smoke tobacco. *Journal of Obstetric and Gynaecology Research*, 37(4), 325-30.
- Sakarya E, Dilmaç B (2020). Evli bireylerin evlilik uyumu, yaşam memnuniyeti ve yaşam bağlılıkları arasındaki yordayıcı ilişkilerin incelenmesi. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Ereğli Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2(1), 1-11.
- Tanrıverdi G, Selçuk E, Okanlı A (2010). Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Prevalansı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(1), 52-57.
- Taşçı, KD (2006). Hemşirelik öğrencilerinin premenstrual semptomlarının değerlendirilmesi. *TSK (Türk Silahlı Kuvvetleri) Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 5(6), 434-443.
- Tok D, Avcı P (2015). Premenstrüel Sendrom ve Premenstrüel Disforik Bozukluk. *Obstetrik ve Jinokoloji*. Editörler: Demir SC, Güleç Küçüköz Ü. *Akademisyen Tıp Kitabevi*, 7.Baskı, Ankara, Türkiye, 381-386.
- Tutarel – Kışlak Ş, Göztepe I (2012). Duygu dışavurumu, empati, depresyon ve evlilik uyumu arasındaki ilişkiler. *Ankyra: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(2), 27-46.
- Tutarel-Kışlak, Ş (1999). Evlilikte uyum ölçeğinin (EUÖ) güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *3P Psikoloji, Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 7(1), 50-57.
- Türkseven A, Söylemez İ, Dursun P (2020). Cinsel işlev bozuklukları ile evlilik uyumu arasındaki ilişkisi. *Kriz Dergisi*, 28(1), 9-20.
- Yücel U, Bilge A, Oran N, Ersoy MA, Gençdoğan B, Özveren Ö (2009). Adolesanlarda premenstruel sendrom yaygınlığı ve depresyon riski arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10, 55-61.

Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Bireylerin Akılcı İlaç Kullanım Davranışları

Rational Drug Use Behaviors of Individuals Registered with a Family Health Center

Mekiye İlhanlı Yaramış¹  Sevim Ulupınar² 

¹ İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, TÜRKİYE

² İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı, İstanbul, TÜRKİYE

Geliş tarihi/ Date of receipt: 02/10/2020

Kabul tarihi/ Date of acceptance: 30/12/2020

© Ordu University Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Turkey, Published online: 18/04/2021

ÖZ

Amaç: Araştırma, bir aile sağlığı merkezine kayıtlı bireylerin akılcı ilaç kullanımına yönelik davranışlarını belirlemeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki araştırmanın örneklemini 530 kişi oluşturdu. Veriler, sosyo-demografik özellikler ve ilaç kullanım davranışlarını içeren anket formu kullanılarak toplandı.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 34.6±10 yıldır; %72.6'sı kadın, %29.4'ü lise mezunudur. Katılımcıların %68.1'i akılcı ilaç kullanımı kavramını duymadığını belirtmiştir. Katılımcıların, %75.3'ü yakınlarının tavsiyesiyle ilaç kullanmadığını, %71.2'si ilaçların kullanma talimatını okuduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %76.8'i evde ilaç bulduğunu ve en fazla ağrı kesici (%92.5) bulduğunu, %78.1'i ilaçları kullanma talimatına uygun koşullarda sakladığını, %61.1'i kullanılmayan ilaçları isteyen tanıdıklarına verdiğini, %40.2'si çöpe/tuvalete attığını belirtmiştir.

Sonuç: Gelir durumu asgari ücretin altında olanlar, ilaçları ücretli temin etmede daha çok sorun yaşamaktadır. Akılcı ilaç kullanımı kavramı üniversite mezunları ve kronik hastalığı olanlar tarafından daha fazla bilinmektedir. Kadınlar ilaçların kullanma talimatını daha fazla okumaktadır. Okur-yazarlar ilaçlar hakkında hekim tarafından daha az bilgilendirilmektedir, ilkökul mezunları ilaç dozunda kendine göre değişiklik yapmaktadır. Akılcı ilaç kullanımı konusunda toplumun bilgilendirilmesi ve farkındalık çalışmalarının sürdürülmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akılcı ilaç kullanımı, aile sağlığı merkezi, birey, ilaç

ABSTRACT

Objective: The study aims to determine the behaviors of individuals enrolled in a family health center towards rational drug use.

Methods: 530 people constituted the sample of the descriptive research. The data were collected using a questionnaire including socio-demographic characteristics and drug use behaviors.

Results: The average age of the participants is 34.6±10 years; 72.6% of them are women, 29.4% of them are high school graduates. 68.1% of the participants did not hear the concept of rational drugs use. 75.3% of the participants did not use drugs with the advice of their relatives, and 71.2% read the instructions for use of the drugs. 76.8% of the participants stated that they had medicines at home and the most painkillers (92.5%), 78.1% of them stated that they kept the medicines in accordance with the instructions for use. 61.1% of the participants stated that they gave unused drugs to their acquaintances who wanted them, 40.2% of them said that they threw them in the trash/toilet.

Conclusion: Those whose income is below the minimum wage have more problems in obtaining medicines for a fee. The concept of rational drug use is more familiar to university graduates and those with chronic diseases. Women read more on the instructions for use of the drugs. Those who are literate are less informed about drugs by their physicians, primary school graduates make changes in their drug dosage. It was concluded that the society should be informed more about rational drug use and awareness studies should be continued.

Keywords: Rational drug use, family health center, individual, drug

ORCID IDs of the authors: MİY: 0000-0003-3267-589X; SU: 0000-0003-1208-2042

Sorumlu yazar/Corresponding author: Doç. Dr. Sevim Ulupınar

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı, TÜRKİYE

e-posta/e-mail: sevim.ulupinar@iuc.edu.tr

*Bu makale, İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tez çalışmasından üretilmiştir.

Atf/Citation: İlhanlı Yaramış M, Ulupınar S. (2021). Bir aile sağlığı merkezine kayıtlı bireylerin akılcı ilaç kullanım davranışları. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 4(1), 10-20. DOI:10.38108/ouhcd.804379

Giriş

Dünya genelinde tüm ilaçların %50'den fazlasının doğru ve uygun olmayan şekilde reçete edildiği ve hastaların yarısının da bunları doğru bir şekilde kullanmadığı belirtilmektedir. Akılcı olmayan ilaç kullanımı halen ülkemizde ve dünyada ciddi bir sağlık sorunu olarak önemini sürdürmektedir (Akıcı 2013; Akıcı ve Ulupınar, 2013; Aksoy ve ark., 2015; Holloway ve Van Dijk, 2011; Mahmood ve ark., 2015). Sağlık Bakanlığı verilerine göre, 2019 yılında sağlığa ayrılan 156,9 milyar liralık bütçenin 36,8 milyarı ilaç harcamalarına ayrılmaktadır (<http://www.sbb.gov.tr/saglik/> Erişim: 25.09.2020). Avrupa ülkelerinde sağlık harcamalarının %10-15'i ilaç harcamalarına ayrılırken gelişmekte olan ülkelerde bu oran %20-40 arasındadır. Özellikle kaynakların verimli kullanımının gerekli olduğu günümüz şartlarında akılcı ilaç kullanımına daha çok gereksinim duyulmaktadır (Altındış 2017).

Akılcı ilaç kullanımı (AİK) "hastaların ilaçları klinik ihtiyaçlarına uygun şekilde, kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, yeterli zaman diliminde, kendilerine ve topluma en düşük maliyette almalarını gerektiren kurallar bütünü" olarak tanımlanmıştır. Akılcı ilaç kullanım süreci, hastanın probleminin tanımlanması, tedavi amaçlarının belirlenmesi, değişik seçenekler içinden etkinliği kanıtlanmış ve güvenilir bir tedavi seçilmesi, uygun reçete yazılıp, hastaya verilerek açık bilgi ve önerilerle tedaviye başlanması, tedavinin sonuçlarının izlenmesi ve değerlendirilmesini kapsayan sistematik bir yaklaşımdır. AİK, ilacın üretiminden atığının imhasına kadar geçen süreci kapsar (Akıcı 2013; Akıcı ve Ulupınar, 2013; Oktay 2006; Mollahaliloğlu ve ark., 2011;).

İlaç hataları ve akılcı olmayan ilaç kullanımı, morbidite ve mortaliteye yol açan, hastaneye yatış sıklığında artma, yatış süresinde uzama, tüm bunların sonucunda hastaya, geri ödeme kurumuna ve topluma ekonomik yük getiren önemli bir halk sağlığı sorunudur (Erdoğan ve ark., 2015, Gökçe 2017). Araştırmalar ilaçların temini, kullanılması ve saklanması önemli sorunlar olduğunu göstermektedir. Bu sorunlar içinde en önemlileri reçetesiz, komşu tavsiyesi ile ilaç kullanımı, ilaçların bitinceye kadar kullanılmaması, ilaçların uygunsuz şekilde saklanmasıdır (Bilgili ve Karatay, 2005; Ekenler ve Koçoğlu, 2016; Karataş ve ark., 2012; Mahmood ve ark., 2015; Yapıcı ve ark., 2011). İlaç tedavisinin başarıya ulaşması, hastanın tedaviye uyumu ile doğrudan ilişkilidir. Bilindiği

gibi ilaç, tüketicinin hakkında az bilgi sahibi olduğu ve genellikle hastanın kendi tercihi ile seçemediği bir üründür. Ancak akılcı ilaç kullanımında, tüketiminde, saklanmasında ve imha edilmesinde etkili olan bireylerdir. Bu nedenle AİK konusunda bireylerin ve toplumun ilaç kullanımı, tüketimi, saklanması ve imha konusunda bilgilendirilmesi gerekir (Erdoğan ve ark., 2015).

AİK konusunda toplumun bilgilendirilmesinde birinci basamak sağlık hizmeti veren aile sağlığı merkezlerine önemli sorumluluk düşmektedir. Aile sağlığı merkezleri, bireylerin yakınında bulunan, en hızlı, en kolay ulaşabildiği, ücretsiz olarak hizmet alabildiği, bulaşıcı hastalıklara karşı koruyucu hekimlik uygulamaları, ayaktan tanı ve tedavi işlemlerinin yapıldığı sağlık kuruluşlarıdır (Akıcı ve ark., 2001; Akıcı ve ark., 2009; Akıcı ve Kalaça, 2013; Özçelikay 2001). Dünyada ve Türkiye'de reçetelerin büyük çoğunluğunun aile sağlığı merkezleri tarafından yazılması bu merkezlerin önemini artırmaktadır (Erol ve Özdemir, 2014). Aile sağlığı merkezlerinde hastalar kolay izlenip değerlendirilebilmekte, uzun süre takip edebilmektedir, bu özelliklerinden dolayı akılcı ilaç kullanımının öğretilmesi ve yaygınlaştırılmasına katkılar sunmakta daha avantajlı durumdadır.

Akılcı ilaç kullanımının sağlanması konusunda farkındalığın oluşturulması ve toplum bilincinin artırılmasında aile sağlığı merkezlerine önemli görevler düşer. Aile sağlığı merkezleri bu sürecin her aşamasının başarıya taşınmasına önemli katkılar sunar. İlaç seçimi, etkililik, uygunluk, güvenilirlik ve maliyet ölçütlerini kullanarak düzenlenen tedavi ve hastaya verdikleri bilgi yoluyla aile sağlığı merkezleri AİK'e katkı sağlamış olur (Akıcı ve Kalaça, 2013).

Sağlık hizmeti sunan hekim, hemşire, eczacı ve diğer sağlık çalışanlarının AİK sürecinde uygulanacak tedaviye karar verme, ilaçların seçimi, ilaçların temin edilmesi, hastanın bilgilendirilmesi, ilaçların uygulanması, ilaç atığının yönetilmesi, tedavinin izlenmesi, sonuçlarının değerlendirilmesi ve hastaya danışmanlık yapma görevleri vardır. Koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinde çeşitli rolleri olan hemşirelerin ise akılcı ilaç kullanımında ilaçları uygulama, ilaç atıklarını yönetme, hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirme, diğer sağlık profesyonelleri ile iletişim içinde olma, tedaviyi izleme ve değerlendirme sorumlulukları vardır (Akıcı ve ark., 2015). İlaçları uygulayan, uygulanan ilaçların yan etkilerini gözlemleyen, ortaya çıkan olumsuz durumlarda hastayı ilk değerlendiren ve

bilgilendiren hemşirelerdir. AİK konusunda yapılan hasta eğitiminin hastalığın seyrini etkilemesi ve yaşam kalitesini yükseltmesi nedeniyle önemi açıktır (Akıcı ve Ulupınar, 2013; Ulupınar ve Akıcı, 2015). Akılcı ilaç kullanımında sağlık hizmeti sunanlar kadar bu hizmeti alanlar ve yakınları, ilaç endüstrisi, medya ve bilim dünyası, sağlık ve sosyal güvenlik kurumları, sağlık otoriteleri ve topluma çeşitli görevler düşmektedir. Tedavi sürecine etkin katılmak, gereksiz ilaç yazdırmamak, hastalıkların tanısının doğru konulmasına yardımcı olmak, AİK konusundaki toplumsal çabaya katılmak, kendilerine yapılan öneri ve uyarılara uymak toplumun ve sağlık hizmeti alanların sorumluluklarındandır (Akıcı ve Kalaça, 2013).

Akılcı olmayan ilaç kullanımında sağlık çalışanlarına özellikle hekim, hemşire ve eczacılara büyük sorumluluklar düşmektedir. Sağlıklı ve hasta bireylerle daha çok birlikte olma şansına sahip olan hemşireler ilaç temin etme, reçetesiz ilaç kullanma, yakın ve akraba tavsiyesi ile ilaç kullanma, tedaviye uyum, ilaçları saklama ve imha etme, kendi kendine ilaç kullanma gibi konularda toplumu bilinçlendirme, eğitim ve danışmanlık hizmeti sunmalıdır. AİK konusunda özellikle birinci basamak sağlık merkezlerinde çalışan hemşirelerin kolay ve hızlı ulaşım avantajı önemlerini artırmaktadır. Bu araştırma, bireylerin ilaç kullanımı ile ilgili uygulamalarının belirlenmesi ve ilaç kullanım davranışlarının incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma sonuçlarının AİK ile ilgili literatüre katkı sağlayacağı ve AİK süreç adımlarına dikkat çekeceği düşünülmektedir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tipi ve Yapıldığı Yer

Tanımlayıcı tipteki araştırmanın amacı; bir aile sağlığı merkezine kayıtlı bireylerin akılcı ilaç kullanımına yönelik uygulamalarını belirlemektir.

Evren ve Örneklem

Araştırma İstanbul İli'nin bir ilçesindeki aile sağlığı merkezinde yapılmıştır. Merkezde daha önce AİK ile ilgili herhangi bir eğitim verilmemiştir. Araştırmanın evrenini, aile sağlığı merkezine kayıtlı 24.300 kişi oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü %5 hata payı ve %98 güven aralığı esas alınarak hesaplanmış ve 530 kişinin yeterli olduğu belirlenmiştir. Araştırma, aile sağlığı merkezine

başvuran, 18 yaş üstünde olan, zihinsel ve psikolojik engeli olmayan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve basit tesadüfi örnekleme ile seçilen 530 kişi ile gerçekleştirilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak geliştirilen (5,10,14,15,18-21,26) anket formu kullanılarak toplanmıştır. Anket formu; sosyodemografik özelliklere yönelik 8 soru, ilaç kullanımına yönelik 8 soru ve Akılcı ilaç kullanımı (AİK) süreci aşamalarına yönelik 34 soru olmak üzere toplam 50 sorudan oluşmuştur.

Veri Toplama Yöntemi

Veriler etik kurul, Sağlık Bakanlığı izni ve kurum izni alındıktan sonra, Nisan-Haziran 2018 tarihleri arasında toplandı. İlgili merkezin çalışanları ile görüşülerek çalışmanın amacı hakkında bilgi verildi ve verilerin toplanması sürecinde merkezde yürüyen işlerin aksamamasını sağlayacak şekilde işleyiş birlikte planlandı.

Aile sağlığı merkezi haftada yaklaşık 3 gün 09:00-12:00 saatleri arasında ziyaret edildi. Bekleme salonunda bulunan ve çalışmaya katılmayı kabul eden bireylere araştırmanın amacı açıklandıktan sonra yazılı onayları alındı ve görüşme yoluyla anket formu dolduruldu.

Araştırmanın bulguları, ilgili merkeze kayıtlı ve araştırma tarihleri arasında merkeze başvuran kişiler ile sınırlıdır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri bilgisayar ortamına aktarılarak IBM SPSS Statistics 22.0 paket programında analiz edildi. Verilerin analizinde; tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma), ki-kare, t-testi ve tek yönlü varyans analizi kullanıldı.

Bulgular

Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin

Bulgular

Tablo 1'de görüldüğü gibi; katılımcıların %72.6'sı kadın, %68.5'i evli, %29.4'ü lise ve %28.7'si üniversite mezunudur. Katılımcıların %68.9'u çalışmaktadır, yarısından fazlasının (%58.1) gelir durumu asgari ücretin üstündedir, %85.5'inin sağlık güvencesi vardır, %87.5'inin herhangi bir kronik hastalığı yoktur. Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 34.6±10.23 yıldır.

Tablo 1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=530)

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	385	72.6
Erkek	145	27.4
Medeni Durum		
Evli	363	68.5
Bekar	167	31.5
Öğrenim Düzeyi		
Okur-yazar	20	3.8
İlkokul	102	19.2
Ortaokul	100	18.9
Lise	156	29.4
Üniversite	152	28.7
Çalışma Durumu		
Evet	365	68.9
Hayır	165	31.1
Gelir Dururumu		
Asgari ücretin altında	61	11.5
Asgari ücret	161	30.4
Asgari ücretin üstünde	308	58.1
Sağlık Güvencesi		
Var	453	85.5
Yok	77	14.5
Kronik Hastalık		
Var	66	12.5
Yok	464	87.5
Yaş	Ort (SS)	Min-Max
	34.6 (10.23)	18-65

Ort: ortalama; SS: standart sapma

Katılımcıların İlaç Kullanımına İlişkin Bulgular

Katılımcıların ilaç kullanımı ile ilgili bulgular Tablo 2’de yer almaktadır. Katılımcıların %76.8’i evde yarım kalmış/kullanılmamış ilaç bulundurduğunu ifade etmiştir. Evde bulundurulan ilaçlar arasında ilk sırayı ağrı kesiciler (%92.5), ardından soğuk algınlığı ilaçları (%66.0) almaktadır. Katılımcıların %40.2’si reçete edilen ilaçları hekim, hemşire veya eczacının önerdiği süre, %39.1’i şikâyeti geçene kadar kullandığını belirtmiştir. İlaç kullanımıyla ilgili yaşanan sorunlar arasında, ilaçları saatinde ve düzenli kullanamamak (%41.9) ve reçete edilen ilaçlar hakkında bilgilendirilmemek (%34.7) ilk sıralarda yer almıştır, katılımcıların %68.3’ü ilaçların etki/yan etkisi hakkında eğitim almak istediğini belirtmiştir. Katılımcıların %68.1’i daha önce akılcı ilaç kavramını duymamıştır. Akılcı ilaç kavramını duyduğunu ifade edenlerin %20.9’u sosyal medyadan, %16.6’sı sağlık profesyonellerinden duyduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların %65.1’i AİK kavramını doğru tanımlayamamıştır.

Tablo 2. Katılımcıların İlaç Kullanım Özelliklerinin Dağılımı (N=530)

İlaç Kullanım Özellikleri	n	%
Evde yarım kalmış/ kullanılmamış ilaç		
Var	407	76.8
Yok	123	23.2
Evde bulundurulan ilaçlar*		
Ağrı kesiciler	490	92.5
Antibiyotikler	158	29.8
Soğuk algınlığı ilaçları	350	66.0
Vitaminler	165	31.1
Merhemler	324	61.1
Diğer	38	7.2
Reçete edilen ilaçları kullanma şekli*		
İlaç bitene kadar	147	27.7
Şikayetim geçene kadar	207	39.1
Hekim- hemşire- eczacının önerdiği süre	213	40.2
Diğer	7	1.3
İlaç bitene kadar	147	27.7
İlaç kullanımıyla ilgili yaşanan sorunlar*		
İlaçlar hakkında bilgilendirilmemek	184	34.7
İlaçları saatinde ve düzenli kullanamamak	222	41.9
İlaçları zamanında temin edememek	62	11.7
İlaçları ücretli temin etmek	125	23.6
Kullanılmayan ilaçları saklama/imha etmek	128	24.2
Hangi konularda eğitim almak istediği*		
İlaç etki-yan etkisi	364	68.3
İlaçların kullanımı (saati-doz-süre)	168	31.7
İlaçları saklama/imha etme	97	18.3
İlaçlarla birlikte uyulması gereken beslenme	113	21.3
İlaçların reçetelenmesi ve temin edilme süreci	56	10.6
AİK kavramını duyma		
Evet	169	31.9
Hayır	361	68.1
AİK kavramını nereden duyduğu*		
Sağlık profesyonelleri	88	16.6
Sosyal medya	111	20.9
Sosyal çevre	52	9.8
AİK kavramını doğru tanımlama		
Evet	185	34.9
Hayır	345	65.1

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Katılımcıların Akılcı İlaç Kullanım Davranışları

Katılımcıların akılcı ilaç kullanım süreci aşamaları doğrultusunda düzenlenmiş 34 ifadeye ilişkin yanıtları Tablo 3’de yer almaktadır. Reçete

etme ve ilaç temini sürecinde katılımcıların %54.0'ı bazen herhangi bir sağlık kuruluşuna muayene olmadan eczaneden ilaç aldığını ve %56.6'sı benzer şikâyeti olduğunda hekime gitmeden evdeki ilaçları kullandığını belirtmiştir. Katılımcıların büyük bir kısmı (%75.3) komşu ve yakınlarının tavsiyesi ile ilaç kullanmadığını ve yarısından fazlası (%63.8)

benzer şikâyetleri olan tanıdıklara ilaç tavsiyesinde bulunmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların %33.0'ı şikâyeti olmadığı halde gerekir diye hekimden ilaç yazmasını istediğini, %71.2'si reçete edilen ilaçların kullanma talimatını okuduğunu, %61.9'u kullandığı ilaçlar hakkında hekimi bilgilendirdiğini ifade etmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Akılcı İlaç Kullanım Davranışlarının Dağılımı (N=530)

Akılcı ilaç kullanım davranışları	Evet n (%)	Bazen n (%)	Hayır n (%)
Bir sağlık kuruluşunda muayene olmadan eczaneden ilaç alma	32(6.0)	286(54.0)	212(40.0)
Benzer şikâyeti olduğunda hekime gitmeden evdeki ilaçları kullanma	77(14.5)	300(56.6)	153(28.9)
Komşu/yakınların tavsiyesi ile ilaç kullanma	13(2.4)	118(22.3)	399(75.3)
Benzer şikâyetleri olan tanıdıklara ilaç tavsiyesinde bulunma	30(5.7)	162(30.6)	338(63.8)
İlaç alırken reçetede yazılandan farklı olarak eczacının önerdiği eşdeğer ilacı almayı kabul etme	61(11.5)	223(44)	236(44.5)
Şikâyeti olmadığı halde gerekir diye hekimden ilaç yazmasını isteme	21(4.0)	154(29.0)	355(67.0)
Eczacı tarafından ilaçların etkisi-kullanımı hakkında bilgilendirilme	278(52.5)	207(39.0)	45(8.5)
İlaç temin etme sürecinde zorluk yaşama	27(5.1)	274(51.7)	229(43.2)
Hekim tarafından ilaçların etkisi- kullanımı hakkında bilgilendirilme	241(45.5)	231(43.6)	58(10.9)
Reçete edilen ilaçların kullanma talimatını okuma	377(71.2)	138(26.0)	15(2.8)
Hemşire tarafından ilaçların etkisi-kullanımı hakkında bilgilendirilme	158(29.8)	221(41.7)	151(28.5)
Daha önce kullandığı ilaçlar hakkında hekime bilgi verme	328(61.9)	162(30.6)	39(7.4)
Besin veya ilaç alerjisi hakkında hekime bilgi verme	365(68.9)	125(23.6)	40(7.5)
Var olan kronik hastalıklar hakkında hekime bilgi verme	37(69.8)	101(19.1)	59(11.1)
İlaçlarla birlikte tüketmemek gereken besinler hakkında bilgilendirilme	185(34.9)	206(38.9)	139(26.2)
Reçete edilen ilaçlar dışında kendisine başka tedavi yöntemleri uygulama	72(13.6)	240(45.3)	218(41.1)
İyileştiğini düşündüğünde bitmese bile ilaç kullanmayı bırakma	182(34.3)	235(44.3)	113(21.4)
Kullandığı ilaçların saatini aksatma	85(16.0)	329(62.1)	116(21.9)
Medyada reklamı yapılan ürünleri tedavi amacıyla kullanma	31(5.9)	94(17.7)	405(76.4)
İlaçları bitene kadar kullanmaya özen gösterme	227(42.8)	227(42.8)	76(14.4)
İlacı kullanmadan önce son kullanım tarihine bakma	416(78.5)	89(16.8)	25(4.7)
Kullandığı ilaçlar bitmeden başka bir hekime gidip ilaç yazdırma	40(7.5)	106(20)	384(72.5)
Evde bitkisel tedavi uygulama	109(20.6)	266(50.2)	155(29.2)
İlacın yan etkilerinden dolayı kendini kötü hissettiğinde ilacı bırakma	300(56.6)	182(34.3)	48(9.1)
İlaç dozunda kendi kendine değişiklik yapma	42(7.9)	120(22.6)	370(69.5)
İlacı kullanma talimatlarına uygun kullanma	444(83.7)	65(12.3)	21(4.0)
İlaçları kullanma talimatına uygun koşullarda saklamaya dikkat etme	414(78.1)	94(17.7)	22(4.2)
Evdeki kullanılmayan ilaçları eczaneye verme	90(17.0)	152(28.7)	288(54.3)
İlaçları kutularıyla saklama	377(71.1)	100(18.9)	53(10.0)
Evdeki kullanılmayan veya yarım kalmış ilaçları sağlık kuruluşuna verme	100(18.9)	167(31.5)	263(49.6)
Evdeki kullanılmayan veya yarım kalmış ilaçları gerekir diye saklama	215(40.6)	205(38.7)	110(20.7)
Son kullanım tarihi geçmiş ilaçları imha etme	397(74.9)	67(12.6)	66(12.5)
Evdeki kullanılmayan ilaçları isteyen tanıdıklara verme	39(7.4)	167(31.5)	324(61.1)
Evdeki kullanılmayan ilaçları çöpe/tuvalete atma	185(34.9)	132(24.9)	213(40.2)

İlaç kullanma süreci incelendiğinde; katılımcıların %76.4'ü medyada reklamı yapılan

ürünleri tedavi amacıyla kullanmadığını, yarısına yakını (%42.8) ilaçları bitene kadar kullandığını,

büyük bir kısmı (%78.5) ilacı kullanmadan önce son kullanım tarihine baktığını ifade etmiştir. Katılımcıların %72.5'i kullandığı ilaçlar bitmeden başka bir hekime gidip ilaç yazdırmadığını, %69.5'i ilaç dozunda kendi kendine değişiklik yapmadığını ve %83.7'si ilacı talimatlarına uygun şekilde kullandığını belirtmiştir.

İlaç saklama ve ilaç imhası sürecinde katılımcıların %78.1'i ilaçları kullanma talimatına uygun koşullarda, %71.1'i kutularıyla birlikte sakladığını, %40.6'sı evdeki yarım kalmış/kullanılmayan ilaçları gerekir diye sakladığını ve %74.9'u son kullanım tarihi geçmiş ilaçları imha ettiğini ifade etmiştir. Katılımcıların %61.1'i kullanılmayan ilaçları isteyen tanıdıklarına verdiğini, %40.2'si çöpe/tuvalete attığını belirtmiştir.

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile ilaç kullanım ve AİK davranışları karşılaştırılmıştır. Katılımcıların yaşı ile ilaç kullanım özellikleri ve AİK davranışları t testi ve varyans analizi kullanılarak karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4'de görüldüğü gibi, kadınların reçete edilen ilaçların kullanma talimatını okuma ($\chi^2=10.66$; $p=.005$) ve reçete edilen ilaçlar dışında kendi kendine başka tedavi yöntemleri uygulama ($\chi^2=10.87$; $p=.004$) oranları erkeklerden yüksektir. Kronik hastalığı olanlarda; AİK kavramını duyma oranı daha yüksektir ($\chi^2=3.95$; $p=.047$), ilaçlarla birlikte uyulması gereken beslenme konusunda eğitim almak isteyenler daha fazladır ($\chi^2=22.99$; $p=.000$), kullandığı ilaçlar bitmeden başka bir hekime gidip ilaç yazdırma oranı daha düşüktür ($\chi^2=9.54$; $p=.008$).

Tablo 4. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre İlaç Kullanım ve AİK davranışları

		Cinsiyet		χ^2/p
		Kadın n (%)	Erkek n (%)	
Reçete edilen ilaçların kullanma talimatını okuma	Evet	289(75.1)	88(60.7)	10.66
	Bazen	87(22.6)	51(35.2)	.005
	Hayır	9(2.3)	6(4.1)	
Reçete edilen ilaçlar dışında kendine başka tedavi uygulama	Evet	59(15.3)	13(9.0)	10.87
	Bazen	158(41.0)	82(56.6)	.004
	Hayır	168(43.6)	50(34.5)	
AİK kavramını duyma		Kronik hastalık		
		Var n (%)	Yok n (%)	
AİK kavramını duyma	Evet	14(21.2)	155(33.4)	3.95
	Hayır	52(78.8)	361(66.6)	.047
İlaçlarla birlikte uyulması gereken beslenme eğitimi	İstiyor	29(43.9)	84(18.1)	22.99
	İstemiyor	37(56.1)	380(81.9)	.000
Kullandığı ilaçlar bitmeden ilaç yazdırma	Evet	2(3.0)	38(8.2)	9.54
	Bazen	22(33.3)	84(18.1)	.008
	Hayır	49 (63.6)	342 (73.7)	

Tablo 5'de görüldüğü gibi; üniversite mezunlarında AİK kavramını duyma ($\chi^2=21.54$; $p=.000$) ve doğru tanımlama ($\chi^2=16.63$; $p=.002$) oranı daha yüksektir. Okur-yazar olanlarda, hekim tarafından ilaçlar hakkında bilgilendirilme oranı daha düşük ($\chi^2=19.81$; $p=.011$); kullandığı ilaçlar bitmeden başka bir hekime gidip ilaç yazdırma oranı daha yüksektir ($\chi^2=22.29$; $p=.004$). İlkokul mezunu olanlarda ilaç dozunda kendi kendine değişiklik yapma oranı daha yüksektir ($\chi^2=17.14$; $p=.029$). Katılımcıların AİK kavramını bilme ve bilgi

kaynakları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Katılımcıların gelir durumu ve sosyal güvencesi ile ilaç kullanım davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Gelir durumu asgari ücretin altında olanlar, ilaçları ücretli temin etmek konusunda daha fazla sorun yaşamaktadır ($\chi^2=9.64$; $p=.008$). Sosyal güvencesi olmayanların evde yarım kalmış/ kullanılmayan ilaçları gerekir diye daha fazla oranda sakladıkları belirlenmiştir ($\chi^2=6.63$; $p=.036$).

Tablo 5. Katılımcıların Öğrenim Düzeyine Göre AİK Hakkında Bilgi Sahibi Olma ve AİK Davranışları

		Öğrenim düzeyi					x ² /p
		Okur-yazar n (%)	İlkokul n (%)	Ortaokul n (%)	Lise n (%)	Üniversite n (%)	
AİK kavramını duyma	Evet	2(10.0)	25(24.5)	31(31.0)	42(26.9)	69(45.4)	21.54
	Hayır	18(90.0)	77(75.5)	69(69.0)	114(73.1)	83(54.6)	.000
AİK kavramını doğru tanımlama	Evet	5(25.0)	29(28.4)	29(29.0)	49(31.4)	73(48)	16.63
	Hayır	15(75.0)	73(71.6)	71(71.0)	107(68.6)	79(52)	.002
Hekim tarafından ilaçlar hakkında bilgilendirilme	Evet	2(10.0)	46(45.1)	45 (45.0)	77(49.4)	71(46.7)	19.81
	Bazen	16(80.0)	45(44.1)	48 (48.0)	55(35.3)	67(44.1)	.01
	Hayır	2(10.0)	11(10.8)	7(7.0)	24(15.4)	14(9.2)	
İlaçlar bitmeden başka ilaç yazdırma	Evet	4 (20.0)	10 (9.8)	7(7.0)	16(10.3)	3(2.0)	22.29
	Bazen	7(35.0)	15(14.7)	24(24.0)	34(21.8)	26(17.1)	.00
	Hayır	9(45.0)	77(75.5)	69(69.0)	106(67.9)	123(80.9)	
İlaç dozunu kendi kendine değiştirme	Evet	1(5.3)	14(13.7)	9(9.0)	11(7.1)	7(4.6)	17.14
	Bazen	8(42.1)	26(25.5)	20(20.0)	40(25.6)	26(17.1)	.02
	Hayır	10(52.6)	62(60.8)	71(71.0)	105(67.3)	119(78.3)	

Tartışma

Akılcı olmayan ilaç kullanımı, önemli bir halk sağlığı sorunudur. Küreselleşen dünya ve artan nüfus, düşük öğrenim düzeyi, danışmanlık hizmetlerinin yetersizliği, geliştirilen strateji ve müdahalelerin eksikliği bu sorunun nedenleri arasındadır. İlaçların akılcı kullanımı, hastalığın tedavisi kadar bireyin ve ülkenin ekonomisine de katkı sağlar. Son kullanma tarihi geçirilen, gereksiz yere reçete edilen ilaçlar, ülke ekonomisi açısından kayıplara neden olur. İlaç israfının engellenmesi, yanlış alışkanlıkların değiştirilmesi ve akılcı ilaç kullanımının desteklenmesi bu nedenle önemlidir. Araştırmanın amacı, akılcı ilaç kullanım süreci aşamaları doğrultusunda bireylerin akılcı ilaç kullanımına yönelik davranışlarını belirlemektir.

Araştırmaya katılanların çoğunluğu genç, kadın ve kronik hastalığı olmayan bireylerdir. Katılımcıların ilaç kullanımı ile ilgili davranışları incelendiğinde; evinde yarım kalmış/ kullanılmamış ilaç olduğunu ifade edenlerin oldukça yüksek oranda olduğu dikkat çekmektedir. Utli ve Turan (2020), katılımcıların evde bulunsun diye ilaç yazdığını, evinde önceki tedaviden artmış ilaçlar bulundurduğunu belirtmiştir. Araştırmada görüldüğü gibi evde en çok ağrı kesiciler kullanılmakta ve yedeklenmektedir. Ağrı kesicilerin halk tarafından ilaç olarak algılanmamasının, reçetesiz ve uygun fiyatla satışa sunulmasının evde bulundurma ve kullanma olasılığını artırdığı düşünülmektedir. Beggi ve Aşık (2019), Hatipoğlu ve Özyurt'un (2016), Yapıcı ve ark. (2011), Yılmaz ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında da, evde en

sık bulundurulan ilaçların ağrı kesiciler olduğu ifade edilmiştir. Araştırmada antibiyotiklerin bulundurulma oranı (%29.8) diğer ilaçlara göre düşük olmakla birlikte yüksek bir oran olduğu dikkat çekmektedir. Bilgili ve Karatay'ın (2005) çalışmasında da evde en çok bulundurulan ilaçların ağrı kesiciler ve antibiyotikler olduğu ifade edilmiştir. Gökçe (2017), Kotwani ve Holloway (2011)'in araştırmasında toplumda antibiyotiklerin yüksek oranda kullanıldığı saptanmıştır.

Katılımcıların yarıya yakını, reçete edilen ilaçları önerilen süre ve şikâyeti geçene kadar kullandığını ifade etmiştir. Yapılan çalışmalarda (Pınar 2010; Yılmaz ve ark. 2014; Oğuz ve ark., 2015), ilaçların şikâyet geçene kadar kullanıldığının belirtilmesi bulgumuzu destekler niteliktedir.

Katılımcıların ilaçları saatinde ve düzenli kullanmadığı, reçete edilen ilaçlar hakkında bilgilendirilmediği, kullanılmayan ilaçları saklama/imha etme konusunda ve ilaçları ücretli temin etmede problem yaşadığı belirlenmiştir. Yılmaz ve ark. (2011) katılımcıların ilaçları saatinde ve düzenli olarak kullanmadıklarını ifade etmiştir. Gelir durumu asgari ücretin altında olanların ilaçları ücretli temin etmede daha fazla sorun yaşamaması, sosyal güvencesi olmayanların daha fazla evde ilaç saklamaması (p<0.05) konunun ekonomik boyutunu ortaya çıkaran çarpıcı bulgulardır.

Katılımcılar ilaç etki/yan etkisi, ilaçların kullanım şekli ve süresi, ilaçlarla birlikte uyulması gereken beslenme ilkeleri gibi konularda eğitim almak istemektedir. Örneklem grubunu genç, çalışan ve öğrenim düzeyi yüksek bireyler

oluşturmasına rağmen eğitim almak isteyenlerin oranı, sağlık profesyonellerinin ilaç eğitimine daha fazla önem vermesi gerektiğini düşündürmektedir. İlaç kullanırken uyulması gereken beslenme ilkeleri hakkında eğitim almak isteyenler içinde kronik hastaların daha fazla (Tablo 4) olması, sağlık profesyonellerinin dikkate alması gereken bir bulgudur. Okur-yazar olanların, hekim tarafından ilaçlar hakkında daha az bilgilendirilmesi, kullandığı ilaçlar bitmeden başka bir hekime gidip ilaç yazdırması, ilkokul mezunlarının ilaç dozunda kendi kendine değişiklik yapması (Tablo 5), hekimler tarafından hastaların öğrenim düzeyine göre bilgilendirilme yapıldığı izlenimi uyandırmıştır. Bu nedenle özellikle eğitim seviyesi düşük olan grubun bu konuda daha fazla eğitime gereksinim duyduğu açıktır. Şendir ve ark. (2015) tarafından yapılan çalışmada, düşük eğitim seviyesinin AİK uyumunu etkilediği belirlenmiştir.

Araştırmada katılımcıların çoğunun AİK kavramını duymaması ve doğru tanımlayamaması çarpıcı bir bulgudur. Konu ile ilgili kamu spotlarının yayımlandığı, sağlık kuruluşlarında afiş ve broşürlerin yer aldığı bilinmektedir. Bu oranın yüksek olması toplumun bu konuda duyarsız olduğu ve yapılan kampanyaların da maalesef etkili olmadığı izlenimi uyandırmaktadır. Duyanların ise %20.9'u sosyal medyadan, %16.6'sı sağlık profesyonellerinden duyduğunu belirtmektedir. Cep telefonu, bilgisayar ve internet erişiminin yaygınlaşması ile birlikte sosyal medya kullanımı artmış ve bilgi kaynaklarına ulaşmak sağlık profesyonellerine ulaşmaktan daha hızlı ve kolay hale gelmiştir. Bu nedenle sağlık profesyonelleri de sosyal medya kaynaklarını daha etkin kullanarak toplumu AİK konusunda bilgilendirmeli ve bilinçlendirmelidir. Araştırmada, kronik hastalığı olanların AİK kavramını duyma (Tablo 4) ve üniversite mezunlarının AİK kavramını bilme oranının daha yüksek olması (Tablo 5), her iki grubun da konuya ilişkin daha bilinçli olduğu izlenimi uyandırmıştır. Kronik hastalığı bulunan bireyler sürekli ilaç kullanmak zorunda olan ve sağlık kuruluşlarına sık gitmeleri nedeniyle AİK kavramıyla daha fazla karşılaşmış olabilirler. AİK kavramını bilme ve bilgi kaynakları arasında anlamlı fark olmaması ilginçtir, sağlık profesyonellerinin de AİK konusunda eğitime ihtiyaçları olduğunu düşündürmektedir. Oğuz ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan araştırmada, katılımcıların akılcı ilaç konusundaki bilgilerinin yetersiz olduğunu ve bu konuda eğitim

programlarının artırılması gerektiği sonucuna varılmıştır.

Katılımcıların akılcı ilaç kullanım süreci aşamaları doğrultusunda davranışları incelenmiştir (Tablo 3). Reçete etme ve ilaç temini sürecinde; bir sağlık kuruluşuna muayene olmadan eczaneden ilaç alma ve hekime gitmeden evdeki ilaçları kullanma ifadesine katılımcıların yarısı bazen yanıtı vermiştir. Herhangi bir sağlık kuruluşunda muayene olmadan reçetesiz olarak ilaç kullanımı hastalıkların yetersiz tedavisine, hastalıklara yanlış tanı konulmasına veya geç tanı konulmasına, tedavi süresinin uzamasına, semptomların gölgenmesine ve sağlık harcamalarının artmasına yol açmaktadır (Ekenler ve Koçoğlu, 2016). Ülkemizde reçetesiz ilaç kullanımı yasaklanmasına karşın ilaç politikalarındaki eksiklikler ve ilaçlara erişim kolaylığı nedeniyle muayene olmadan eczaneden ilaç alınabilmektedir. Bireyler, daha önce geçirdiği hastalık sırasında kullandığı ilaçları, benzer şikâyetler yaşadığında doktora gitmeden yine etkili olabileceği düşüncesiyle eczaneden alabilmektedir. Bu konuda eczanelere de büyük sorumluluk düşmektedir. Yapıcı ve arkadaşları (2011) katılımcıların %31.3'ünün eczaneden reçetesiz ilaç aldığını, Şendir ve arkadaşları (2012) katılımcıların %36.1'inin evde bulunan ilacı muayene olmadan kullandığını, Bilgili ve Karatay (2005), katılımcıların %24.9'unun ilaçları evde biriken ilaçlardan temin ettiklerini saptamışlardır. Araştırma sonuçları bulgumuzu desteklemektedir.

Araştırmada katılımcıların büyük kısmı, tavsiye üzerine ilaç kullanmadığını ve kendisinin de kimseye ilaç tavsiye etmediğini belirtmesi bu konuda duyarlılık oluştuğunu göstermesi bakımından sevindiricidir. Araştırmamıza paralel olarak Gürhan (2016) da katılımcıların %80.1'inin hiçbir zaman başkalarının tavsiyesiyle ilaç kullanmadığını, %49.8'inin hiçbir zaman başkalarına ilaç tavsiyesinde bulunmadığını belirlemiştir. Pınar (2010) tarafından yapılan araştırmada katılımcıların %8'i başkalarının tavsiyesi ile ilaç kullandığını ve %14.9'u başkalarına ilaç tavsiye ettiği; Yılmaz ve arkadaşlarının (2014) araştırmasında, bireylerin %16.2'si başkalarının tavsiyesi ile ilaç kullandığını, %21.8'i başkalarına ilaç tavsiyesinde bulunduğunu ifade etmiştir. Yapılan araştırmaların sonuçları genel olarak toplumun ilaç tavsiyesi ile ilgili eğitim gereksinimi olduğu izlenimi uyandırmıştır.

Katılımcıların çoğunun ilaçların kullanma talimatını okuduğunu belirtmesi ve kullandığı ilaçlar hakkında hekimi bilgilendirmesi bu konuda

hassasiyet olduğu izlenimi uyandırmıştır. Beggi ve Aşık (2019), Hatipoğlu ve Özyurt (2016), Mollahaliloğlu ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan araştırmada ilaçların kullanma talimatını okunma oranı bulgumuzla benzerdir. Araştırmada kadınların ilaçların kullanma talimatını erkeklerle göre daha fazla okuduğunun (Tablo 4) belirlenmesi, kadınların bu konuda daha hassas davrandıklarını ortaya koymaktadır.

Araştırmamızda katılımcıların üçte biri şikâyeti olmadığı halde ihtiyaç olur diye hekimden ilaç yazmasını istediğini belirtmiştir. Gürhan (2016) tarafından yapılan çalışmada da bulgumuzu destekler sonuçlar elde edilmiştir. Bu bulgu katılımcılarda AİK davranışının gelişmediğini, katılımcının uygun gördüğü zamanda kendi kendine ilaç kullanabileceği algısının olduğunu göstermektedir. İlaçların bilinçsiz kullanımı faydadan ziyade zarar verme riski taşıdığından halkın bu konuda bilinçlendirilmesi önem taşımaktadır.

Araştırmada ilaç kullanma davranışları incelendiğinde; katılımcıların çoğunun televizyon, internet, gazete vb. yerlerde reklamı yapılan ürünleri tedavi amacıyla kullanmadığı görülmüştür. Teknolojik gelişmelerle birlikte basında tedavi amaçlı birçok ürünün reklamı yapılmakta, insanlar tedaviye alternatif olarak bu tür ürünlerle hastalıklara çare aramaya yönelmektedir. Katılımcıların çoğunluğunun bu tür ürünleri talep etmemesi memnuniyet verici olmakla birlikte talep edenlerin bu konuda eğitilmesi gerekmektedir. Zira bu tür ürünlerin kullanılması can kaybına bile neden olabilecek olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Palaz Türker'in (2017) araştırmasında katılımcıların yarısının basında gördüğü ilaç dışı tedavileri uyguladığının belirtilmesi, araştırma katılımcılarımızın bu konuda daha iyi tutum sergilediklerini düşündürse de konuyla ilgili eğitim eksikliğini hissettirmiştir. Araştırmada, kadınların erkeklere göre daha fazla kendi kendine başka tedavi yöntemleri uyguladıklarının belirlenmesi (Tablo 4), kadınların bu konuda eğitime ihtiyaç duyduğunu göstermektedir.

Katılımcıların yarısından azı ilaçları bitene kadar kullanmaktadır. Bu oran, araştırmaya katılan bireylerin akılcı ilaç kullanım davranışı sergilemediğini ve ilaçları yarım bıraktığını düşündürmektedir. Tedavinin yarım bırakılması ilaç direncinin oluşmasına, hastalıkların tekrarlamasına ve dolayısıyla ilaç harcamalarının artmasına neden olmaktadır. Şendir ve arkadaşları (2012), Gökçe (2017) ve Mollahaliloğlu ve arkadaşları (2011)

tarafından yapılan araştırma sonuçları da bulgumuzla paraleldir.

Katılımcıların büyük bir kısmının ilacı kullanmadan önce son kullanma tarihine bakması bu konuda farkındalığın oluştuğunu göstermektedir. Palaz Türker'in (2017) çalışma sonuçları bulgumuzu desteklemektedir. Katılımcıların çoğunun kullandığı ilaçlar bitmeden başka bir hekime gidip ilaç yazdırma, ilaç dozunda kendi kendine değişiklik yapma ve ilacı kullanma talimatlarına göre kullanma gibi konularda yeterli olmamakla birlikte akılcı ilaç kullanım davranışları sergilediği izlenimi uyanmıştır.

Araştırmada ilaç saklama ve ilaç imhası davranışları incelendiğinde, katılımcıların çoğunluğunun ilaçları kullanma talimatına uygun koşullarda sakladıkları görülmektedir. Uygun koşullarda saklanmayan ilaçlar beklenen etkinin alınmamasına veya farklı bir etki alınmasına neden olarak ilaç israfına sebep olmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin bu konuda dikkatli ve özenli davrandıkları düşünülmektedir.

Katılımcıların yarısından fazlası evdeki kullanılmayan ilaçları isteyen tanıdıklarına verdiğini, yarıya yakını çöpe/tuvalete attığını ifade etmiştir. Bu bulgular, katılımcıların ilaç saklama konusunda farkındalığının geliştiğini ancak imha konusunda eğitime ihtiyaç duyduklarını göstermektedir. Utli ve Turan'nın (2020) çalışmasında katılımcıların %65.5'inin ilaçları buzdolabında muhafaza ettiği, Oğuz ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında katılımcıların %38.5'inin tedavi sonrası kalan ilaçları sakladığı, %10.1'inin sağlık kuruluşuna veya %3.7'sinin eczaneye verdikleri ve %6.1'lik bir oranını ise değişik şekilde imha ettiği saptanmıştır. Ekenler ve Koçoğlu (2014), Hatipoğlu ve Özyurt (2013) tarafından yapılan çalışmalarda da katılımcıların çoğunluğunda akılcı olmayan ilaç kullanımı davranışı saptanmıştır.

Tüm bu bulgular doğrultusunda akılcı ilaç kullanımının geliştirilmesi, ilaç kullanım hatalarının en aza indirilmesi, ilaçların saklanması ve imhası, uygun olmayan satın alma alışkanlıklarının değiştirilmesinde sağlık çalışanları ve hemşirelerin eğitimi ve danışmanlık rolünün ön plana çıktığını söylemek mümkündür. İlaçların satışa sunulması, reçetesiz ilaç kullanımının önlenmesi konusunda var olan politikaların işletilmesi, olmayanların geliştirilmesi, AİK uygulamalarının teşvik edilmesi önemlidir.

Sonuç ve Öneriler

Araştırmaya katılan bireylerin çoğu evinde kullanılmamış/yarım kalmış ilaç olduğunu belirtmiştir. Evde bulundurulmuş ilaçlar içinde ilk sırada ve çok yüksek bir oranda ağrı kesiciler vardır. İlaçları saatinde ve düzenli kullanma, ilaçlar hakkında bilgilendirilmemek, kullanılmayan ilaçları saklama/imha etmek ve ilaçları ücretli temin etme konusunda sorun yaşanmaktadır. Katılımcıların çoğunun akılcı ilaç kavramını duymadığı ve ilaç kullanımı konusunda eğitim almak istediği dikkat çekmektedir. Katılımcıların ihtiyaç olur diye hekimden ilaç yazmasını istediği ve ilaçların kullanma talimatını okuduğu, evdeki kullanılmayan ilaçları isteyen tanıdıklarına verdiği, yarıya yakınının ise çöpe/tuvalete attığı belirlenmiştir.

Gelir durumu asgari ücret altında olanlar, ilaçları ücretli temin etmek konusunda daha fazla sorun yaşamaktadır. Sosyal güvencesi olmayanların evde kullanılmayan/yarım kalmış ilaçları saklama oranı daha yüksektir. Üniversite mezunlarının AİK kavramını bilme oranı, kadınların ilaçların kullanma talimatını okuma ve reçete edilen ilaçlar dışında kendi kendine başka tedavi yöntemleri uygulama oranı daha yüksektir. Kronik hastalığı olan katılımcıların kullandığı ilaçlar bitmeden başka bir hekime gidip ilaç yazdırma oranı kronik hastalığı olmayanlardan daha düşüktür. İlkokul mezunu olanlar ilaç dozunda kendi kendine daha fazla değişiklik yapmaktadır.

Elde edilen bulgular doğrultusunda; AİK konusunda eğitimlerin yaygınlaştırılması, eğitimlerde sosyal medyanın daha aktif kullanılması; reçetesiz ilaç kullanımının önlenmesi, uygun olmayan yerlerde ilaç satışının yasaklanması ve ilaç israfının önüne geçilmesi konularında kurumların gerekli stratejileri geliştirmesi; birinci basamak sağlık kuruluşundaki hemşirelerin topluma ilaç kullanımı konusunda daha fazla eğitim ve danışmanlık hizmeti sunması; AİK konusunda sağlık profesyonellerinin eğitilmesi, AİK konusunda nitel araştırmaların yapılması önerilmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma belli bir bölgede ikamet eden ve aile sağlığı merkezine başvuran bireylerle yapıldığı için sonuçlar sadece bu gruba genellenebilir.

Araştırmanın Etik Yönü/ Ethics Committee

Approval: Araştırma öncesinde Okan Üniversitesi Etik Kurulundan alınan 17.01.2018/90 tarihli kurul onayı, Sağlık Bakanlığı 13.03.2018 tarihli ve 168672222-030.03-767 sayılı yazı kurum izni alındı. Araştırmaya katılan bireylerle görüşülerek yazılı onam formu dolduruldu.

Hakem/Peer-review: Dış hakem değerlendirmesi.

Yazar Katkısı/Author Contributions: Fikir/kavram: SU, MİY; Tasarım: SU, MİY; Danışmanlık: SU; Veri toplama: MİY; Veri işleme: MİY; Analiz ve/veya Yorum: SU, MİY; Kaynak tarama: MİY, SU; Makalenin Yazımı: SU; Eleştirel inceleme: SU

Çıkar çatışması/Conflict of interest: Araştırmacılar arasında çıkar çatışması yoktur.

Finansal Destek/Financial Disclosure: Çalışma sırasında herhangi bir kurum ve kuruluştan mali destek alınmamıştır.

Çalışma Literatüre Ne Kattı?

- Araştırma sonuçları, bireylerin akılcı ilaç kullanımı davranışlarının yeterli olmadığını göstermektedir.
- Araştırma sonuçlarının önceki yıllarda yapılan araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermesi toplumun bu konuda hala yeterli bilgi ve davranışa sahip olmadığını düşündürmektedir.
- Akılcı ilaç kullanımı konusunda topluma yönelik eğitimlerin yaygınlaştırılması önemlidir.

Kaynaklar

- Akıcı A. (2013). Akılcı İlaç Kullanımı. 1. Baskı, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Yayını, s. 8-21
- Akıcı A, Alp Fİ, Ayanoğlu Dülger G, Elçioğlu K, Gümüşel B, Gündüz Ö ve ark. (2009). Serbest eczanelerde ilaç sunumu sürecinde karşılaşılan sorunlar: Akılcı ilaç kullanımı yönünden değerlendirme. Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi, 29(1), 75-80.
- Akıcı A, Kalaça S. (2013). Topluma Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı. 1. Baskı, Ankara: T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, SGK Yayın No: 92. s. 17-19.
- Akıcı A, Kalaça S, Uğurlu MÜ, Çalı Ş, Oktay Ş. (2001). Pratisyen hekimlerin yaşlılarda akılcı ilaç kullanımı alışkanlıklarının değerlendirilmesi. Geriatri, 4(3),100-105.
- Akıcı A, Mollahaliloğlu S, Özgülcü Ş, Dönertaş B, Alkan A. (2015). Birinci basamak sağlık merkezlerine ve devlet hastanelerine başvuran hastaların aldıkları sağlık hizmetinin akılcı ilaç kullanımı açısından değerlendirilmesi. Turkish Family Psycisian, 6(1), 30-39.

- Akıcı A, Ulupınar S. (2013). Hemşire ve Diğer Sağlık Çalışanları İçin Akılcı İlaç Kullanımı. 1. Baskı, Ankara: T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, SGK Yayın No: 104. s. 13, 30-31.
- Aksoy M, Alkan A, İşli F. (2015). Sağlık Bakanlığı'nın akılcı ilaç kullanımını yaygınlaştırma faaliyetleri. Türkiye Klinikleri J Pharmacol-Special Topics, 3(1); 19-26.
- Altındış S. (2017). Akılcı ilaç kullanımına sistematik bir bakış. J Biotechnol and Strategic Health Res, 2; 34-38.
- Beggi B, Aşık Z. (2019). Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların akılcı ilaç kullanımı yönünden değerlendirilmesi. Ankara Medical Journal, 19(2), 251-260.
- Bilgili N, Karatay G. (2005). Sait Yazıcı sağlık ocağı bölgesinde yaşayan bireylerin ilaç tüketimi ile ilgili bazı uygulamalarının değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 39-48.
- Gökçe T. (2017). Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran hastaların antibiyotik kullanımı konusundaki davranış ve bilgi düzeylerinin araştırılması. (Uzmanlık Tezi). Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Denizli.
- Gürhan B. (2016). Bir üniversite hastanesine başvuran hastaların akılcı ilaç kullanım ilkeleri açısından değerlendirilmesi. (Uzmanlık Tezi). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara.
- Ekenler Ş, Koçoğlu D. (2016). Bireylerin akılcı ilaç kullanımıyla ilgili bilgi ve uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 3(3):44-5.
- Erdoğan T, Karataş Y, Kiroğlu O, Sürmelioglu N. (2015). Akılcı olmayan ilaç kullanımını önlemeye yönelik tedbirler, Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 24(4), 452-462.
- Erol H, Özdemir A. (2014). Türkiye'de sağlık reformları ve sağlık harcamalarının değerlendirilmesi. Sosyal Güvenlik Dergisi, 4(1); 9-34.
- Hatipoğlu S, Özyurt Cengiz B. (2016). Manisa ilindeki bazı aile sağlığı merkezlerinde akılcı ilaç kullanımı. TAF Preventive Medicine Bulletin, 15(4), 1-8.
- Holloway K, Van Dijk L. (2011). The World medicines situation 2011 rational use of medicines. (3rd ed) Geneva: Word Health Organization.
- Karataş Y, Dinler B, Erdoğan T, Ertuğ P, Seydaoğlu G. (2012). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balçalı Hastanesi'ne başvuran hasta ve hasta yakınlarının ilaç kullanım alışkanlıklarının belirlenmesi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 37(1): 1-8.
- Kotwani A, Holloway K. (2011). Trends in antibiotic use among outpatients in New Delhi, India. BMC Infectious Dis, 11, 99.
- Mahmood A, Elnour AA, Abdel Azim A, Nageeb H, Shehab A, Bhagavathula AS. (2015). Evaluation of rational use of medicines (RUM) in four government hospitals in UAE. Saudi Pharmaceutical Journal, 24(2):189-196.
- Mollahaliloğlu S, Özgülcü Ş, Alkan A, Öcül HG. (2011). Toplumun akılcı ilaç kullanımına bakışı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 856.
- Oğuz E, Alaşehirli B, Demiryürek AT. (2015). Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde yatan hastaların akılcı ilaç kullanımı ile ilgili davranışlarının değerlendirilmesi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 12(2), 240-254.
- Oktay Ş. (2006). Akılcı ilaç kullanımının genel ilkeleri. Turkish Journal of Geriatrics Özel Sayı, 15-18.
- Özçelikay G. (2001). Akılcı ilaç kullanımı üzerine bir pilot çalışma. Ankara Ecz. Fak. Dergisi, 30(2), 9-18.
- Palaz Türker Ö. (2017). Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerine başvuran hastaların polifarmasi ve akılcı ilaç kullanım durumları. (Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara.
- Pınar N. (2010). Adana ilindeki insanların ilaç kullanım alışkanlıkları. (Uzmanlık Tezi). Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı, Adana.
- Şendir M, Çelik Z, Güzel E, Büyükyılmaz F. (2015). Aile sağlığı merkezlerine başvuran bireylerde akılcı ilaç kullanım alışkanlıklarının belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 14(1), 15-22.
- Ulupınar S, Akıcı A. (2015). Hemşirelik uygulamalarında akılcı ilaç kullanımı. Türkiye Klinikleri J Pharmacol-Special Topics, 3(1), 84-93.
- Utli H, Turan M. (2020). 0-12 yaş arası çocuğa sahip ebeveynlerin akılcı ilaç kullanımına yönelik tutumlarının incelenmesi. EGEHFD, 36(2), 87-95.
- Yapıcı G, Balıkcı S, Uğur Ö. (2011). Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların ilaç kullanımı konusundaki tutum ve davranışları. Dicle Tıp Dergisi, 38(4), 458-465.
- Yılmaz M, Arıç Z, İltuş Kırbıyıkoglu F, Kurşun B. (2014). Bir diş hekimliği fakültesi hastanesine başvuran bireylerin akılcı ilaç kullanımının belirlenmesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2(1), 39-47.
- Yılmaz M, Güler N, Güler G, Kocataş S. (2011). Bir grup kadının ilaç kullanımı ile ilgili bazı davranışları: Akılcı mı? Cumhuriyet Medical Journal, 33(3), 266-277.
- 2019 Bütçesine Genel Bakış. Erişim tarihi: 25.09.2020, <http://www.sbb.gov.tr/saglik/>

Hastaların Hemşirelik Bakım Memnuniyetleri: Cerrahi Hastaları Örneği

Nursing Care Satisfaction of Patients: Surgical Patients Example

Sibel Arslan¹  Ayla Gürsoy² 

¹ Kilis 7 Aralık Üniversitesi Yusuf Şereföğlü Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, Kilis, TÜRKİYE

² Antalya Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Antalya, TÜRKİYE

Geliş tarihi/ Date of receipt: 07/12/2020

Kabul tarihi/ Date of acceptance: 09/04/2021

© Ordu University Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Turkey, Published online: 18/04/2021

ÖZ

Amaç: Araştırma cerrahi servislerindeki hastaların hemşirelik bakım memnuniyetlerini ölçmek amacıyla yapıldı.

Yöntem: Tanımlayıcı türde olan araştırma cerrahi servislerinde 267 hasta ile gerçekleştirildi. Veriler “hasta tanıtıcı özellikler formu” ve “Newcastle hemşirelik bakımı memnuniyet ölçeği” kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı.

Bulgular: Hastaların hemşirelik bakımı memnuniyet düzeyi ortalamasının 81.7±15.2 olduğu saptandı. Hastaların en çok “hemşirelerin mahremiyetlerine gösterdikleri saygıdan” ve en az “hemşirelerin durumları ve tedavileri ile ilgili yeterli bilgi vermelerinden” memnun oldukları belirlendi. Hemşirelerden sağlıkla ilgili bilgi alan, hemşirelerin verdiği bilgiyi, bakımı ve iletişim düzeyini iyi bulan, korku ve endişelerini hemşirelerle paylaşan ve hemşirelerin verdiği bakımın iyileşmeye etkisinin fazla olduğunu düşünen hastaların bakım memnuniyetlerinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulundu (p<0.05).

Sonuç: Cerrahi hastalarının bakım memnuniyet düzeyleri ortalama üzerindedir. Hastaların çoğu hemşirelerin verdiği bilginin ve bakımın yeterli olduğunu düşünürken taburculuk eğitiminin ise yeterli olmadığını düşünmektedirler. Araştırma sonuçları bakım memnuniyetini artırmak için geliştirilecek stratejilere katkı sağlayabilir.

Anahtar Sözcükler: Bakım, cerrahi hasta, memnuniyet, perioperatif hemşirelik

ABSTRACT

Objective: The study was descriptively done in order to determine nursing care satisfaction among surgical patients.

Methods: In the study, which is done with 267 patients who were treated at surgery clinics; data were collected using “a patient identification features questionnaire form” and “Newcastle satisfaction with nursing care scale” through face to face interview technique.

Results: Average nursing care satisfaction of patients was 81.7±15.2. Patients were most satisfied with “the amount of privacy nurses gave you” and least with “the amount of information nurses gave to you about your condition and treatment”. Nursing care satisfaction of patients who received information from nurses about health, found information-care-and- communication given by nurses good, shared fears and anxieties with nurses and thought that care given by nurses had bigger effect upon healing was higher and the difference among the variables was statistically significant (p<0.05).

Conclusion: As a result, surgery patients’ care satisfactions were above the average. Besides, most of the patients thought that information and care given by nurses was enough but discharge education was not at a sufficient level. Study results may contribute to strategies will be developed in order to increase care satisfaction.

Keywords: Care, perioperative nursing, satisfaction, surgery patient

ORCID IDs of the authors: SA: 0000-0002-4997-7045; AG: 0000-0003-3585-4500

Sorumlu yazar/Corresponding author: Arş. Gör. Sibel Arslan

Kilis 7 Aralık Üniversitesi Yusuf Şereföğlü Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, Kilis, TÜRKİYE

e-posta/e-mail: sibel.arslan@kilis.edu.tr

*Bu makale, 3. Uluslararası 11. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi’nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

*Bu makale, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tez çalışmasından üretilmiştir.

Atf/Citation: Arslan S, Gürsoy A. (2021). Hastaların hemşirelik bakım memnuniyetleri: cerrahi hastaları örneği. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 4(1), 21-28. DOI:10.38108/ouhcd.836914

Giriş

Subjektif ve çok boyutlu bir kavram olan “memnuniyet” günümüzde hastanelerin verdikleri hizmet kalitesini değerlendirmede kullandıkları önemli bir göstergedir. Hasta memnuniyeti; hizmetin sunumu, hasta ve hizmet veren ilişkisini, hizmetin sürekliliğini ve yeterliliğini ölçen bir kavram olarak da kabul edilmektedir (Gökkaya ve ark., 2018).

Sağlık bakım hizmetinde memnuniyet; hastanın kendi bakımına katılmasında, istekli olmasında ve kendini ifade etmesinde önemli bir etkidir. Memnuniyeti her birey farklı değerlendirmekte olup, kişinin hastalığı, kişilik özellikleri, daha önce aldığı sağlık hizmeti, yaşı, psikolojik özellikleri, sosyal hayatı gibi etmenler değerlendirmede etkili olabilmektedir (Fındık ve ark., 2010). Bunların yanında çalışanların hastayla iletişimi, tutum ve davranışları, hastayı bilgilendirmeleri ve yönlendirmeleri, bilgi ve becerilerini sunma yöntemleri, hastaya gösterdikleri nezaket, ilgi ve güven vermeleri gibi etkenlerde hasta memnuniyetinde önemli olan unsurlardır (Özşaker ve Kayrakçı, 2014; Uzun 2003; Yıldız ve ark., 2014).

Sağlık hizmetleri kalitesinin temel basamaklarından birini hasta memnuniyeti oluşturmaktadır. Hasta memnuniyetinin artması, hasta yatış süresinin kısılmasına, maliyetin azalmasına, hasta tatmininin artmasına ve hastanın kuruma bağlanmasına neden olur (Taşlıyan ve Akyüz, 2010).

Cerrahi işlemler ya da ameliyat; tedaviye cevap vermeyen durumlarda hastayı sağlığına kavuşturmak, hastalık bulgularını hafifletmek, işlev bozukluklarını en aza indirmek, hastalığı tanılacak ve hastanın rahat etmesini sağlamak gibi nedenlerle başvurulan tedavi yöntemlerindedir. Ameliyat, tedavi amacıyla yapılan ancak hastanın fizyolojik dengesini, doku bütünlüğünü bozan “kontrollü travma”dır (Aslan ve ark., 2018). Cerrahi hemşireleri perioperatif dönem boyunca hastaların fizyolojik, psikolojik ve kültürel ihtiyaçlarına cevap verme, sağlığını sürdürme, bakım ve tedavisini bilimsel ve kanıta dayalı olarak yapmakla yükümlüdür. Hastaya bireysel, bilimsel ve hasta ihtiyaçlarına yönelik bakım sunan hemşireler sağlık hizmetlerinin kalite güvencesinde önemli bir görev sahiptirler (Aiken 2018).

Hasta memnuniyeti hemşirelerle ilgili birçok faktörle ilişkilendirilebilir. Hemşirelerin tecrübeleri, bilgi düzeyleri, becerileri, hekimle iş birliği içinde

olmaları, çalışma ortamları hastalar üzerindeki bakım kalitesini etkiler (Gröndahl 2019).

Sağlık sistemi içerisinde hastanın verilen bakımdan memnuniyetini belirlemek, memnuniyeti arttıracak düzenlemeler için zemin hazırlamada önem taşımaktadır. Konuya ilişkin yapılan çalışmalarda hastaların hemşirelik bakımından orta düzeyde memnun oldukları belirtilmiştir (Alan 2017; Özşaker ve Kayrakçı, 2014). Ancak sadece cerrahi hastaların memnuniyetini ölçen çalışmalar sınırlı sayıdadır. Bu gereksinimden yola çıkılarak yapılan araştırmada cerrahi hastalarının hemşirelik bakımına ilişkin memnuniyetlerini ve memnuniyeti etkileyen faktörleri belirlemek amaçlandı.

Araştırmanın soruları

1. Cerrahi hastaları hemşirelik bakımından ne kadar memnunlar?
2. Cerrahi hastalarının sosyodemografik ve sağlık durumlarına ilişkin bazı özellikleri hemşirelik bakım memnuniyetini nasıl etkilemektedir?
3. Cerrahi hastalarının hemşirelik bakımı ile ilgili görüşleri hemşirelik bakım memnuniyetini nasıl etkilemektedir?

Yöntem

Tanımlayıcı olan araştırma Marmara bölgesindeki bir ilin iki farklı eğitim ve araştırma hastanesinde gerçekleştirildi. A hastanesi 800 yatağa, B hastanesi ise 360 yatağa sahiptir. A hastanesinde ortopedi, genel cerrahi, beyin cerrahi, üroloji, plastik cerrahi kliniklerinde yatan hastalar araştırma kapsamına alındı. B hastanesinde ise kalp damar cerrahi ve göğüs cerrahi kliniklerinde yatan hastalar örnekleme dahil edildi.

Çalışmada örnekleme sayısını belirlemek için OpenEpi programında güç analizi yapıldı (Dean ve ark., 2015). Benzer eğitim çalışmalarının sonuçları dikkate alınarak, %90 güven aralığında, %80 güç ile yapılan güç analizi sonucunda araştırma için 267 hastanın yeterli olacağı saptandı. Araştırma örneklemine; 18 yaş ve üzeri, Türkçe bilen, okuryazar olan, çalışma kapsamındaki cerrahi kliniklerde en az 24 saat en fazla yedi gün yatan hastalar alındı. Acil ameliyat olan, iletişim kurmaya engel bir duruma sahip ve psikiyatrik bir rahatsızlığı ya da tedavisi olan hastalar ise örnekleme dışında bırakıldı. Aralık 2017-Kasım 2018 tarihleri arasında 282 hastaya ulaşıldı, 15’i çalışmaya katılmayı kabul etmedi ve çalışma 267 kişi ile tamamlandı.

Veriler Newcastle hemşirelik bakımı memnuniyet ölçeği ve araştırmacı tarafından hazırlanan hasta tanıtıcı özellikler formu kullanılarak toplandı.

Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu: Araştırmacıların oluşturduğu formda sosyodemografik özellikler, hastalık ve hastane (toplam yatış süresi, yattığı klinik vb.) ve hemşirelik bakımı ile ilgili 30 soru yer almaktadır.

Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği (NHBMÖ): Thomas ve arkadaşları tarafından 1996 yılında geliştirilmiş olup (Thomas ve ark., 1996), Uzun (Uzun 2003) ve daha sonra Akın ve Erdoğan (Akın ve Erdoğan, 2007) tarafından Türkçe'ye uyarlaması yapılmıştır. Ölçeğin kesme noktası bulunmamaktadır. Toplam puanın yüksek olması hasta memnuniyetinin de yüksek olduğunu göstermektedir.

Veri toplama öncesi beş hastayla görüşülerek anketlerin ön uygulaması yapıldı. Ön uygulama yapılan hastalar çalışma kapsamına alınmadı. Ön uygulamadan elde edilen bilgiler doğrultusunda soru formlarında gerekli düzenlemeler yapıldı. Taburculuk işlemleri öncesinde hastalara bilgi verilerek gönüllü olanlar araştırmaya alındı. Daha sonra Newcastle hemşirelik bakımı memnuniyet ölçeği ve hasta tanıtıcı özellikler soru formundaki sorular, hastaların odasında yüz yüze görüşme sırasında araştırmacı tarafından hastalara okundu ve soru-yanıt şeklinde uygulandı. Her görüşme 20-30 dakika sürdü.

Bulgular

Tablo 1'de hastaların tanıtıcı özellikleri görülmektedir. Hastaların %53.6'sı 45-67 yaş aralığında, %59.2'si erkek ve %65.2'sinin eğitim durumu ortaöğretim ve altıdır. Hastaların klinik özellikleri %21.7'si genel cerrahi kliniğinde yatmakta, %56.2'sinin toplam yatış süresi 2-4 gün aralığı olarak saptanmıştır. Bununla birlikte hastaların %59.2'si ameliyat olan hasta grubundadır ve bu hastaların ameliyat sonrası yatış süreleri %53.2'sinin 1-2 gün olarak bulunmuştur. Yine çalışmamıza katılan hastaların %70.8'inin yoğun bakımda kalmadığı ve yoğun bakımda kalan hastaların %73.1'inin bir gün süreyle yoğun bakımda kaldığı görülmektedir. Ayrıca tabloda yer almamakla birlikte katılımcıların %44.2'sinin kronik hastalığı olduğu belirlendi. Hastaların %49.4'ü daha önce bir klinikte yattığını, %97.0'si refakatçisinin olduğunu belirtmiştir.

Tablo 2'de hastaların hemşirelik bakımı ile ilgili görüşleri yer almaktadır. Hastaların %55.4'ü hemşirelerin verdiği bakımı yeterli buldukları ve %58.4'ünün hemşireler tarafından verilen bakımı iyileşmeye etkisinin "fazla" olduğunu düşündüğü

bulundu. Ancak hastaların %70.9'unun korku ve endişelerini hemşirelerle paylaşmadıkları saptandı.

Tablo 1. Hastaların tanıtıcı özellikleri (n=267)

Özellikler	n	%
Yaş		
18-44 yaş	69	25.8
45-67 yaş	143	53.6
68-85 yaş	55	20.6
Cinsiyet		
Erkek	158	59.2
Kadın	109	40.8
Eğitim Durumu		
Ortaöğretim ve altı	174	65.2
Lise ve üstü	93	34.8
Klinik		
Genel cerrahi	58	21.7
Kalp ve damar cerrahisi	52	19.5
Ortopedi	50	18.7
Üroloji	39	14.6
Beyin Cerrahisi	28	10.5
Göğüs Cerrahisi	21	7.9
Plastik Cerrahi	19	7.1
Toplam yatış süresi		
2-4 gün	150	56.2
5-7 gün	117	43.8
Ameliyat olma durumu		
Evet	158	59.2
Hayır	109	40.8
Yoğun bakımda kalma		
Evet	78	29.2
Hayır	189	70.8
Yoğun bakımda kalınan süre*		
Bir gün	57	73.1
İki gün	14	17.9
Üç gün	7	9.0
Ameliyat sonrası yatış süresi		
1-2 gün	84	53.2
3-4 gün	47	29.7
5 gün ve üzeri	27	17.1

Tablo 2. Hastaların hemşirelik bakımı ile ilgili görüşleri (n=267)

Görüşler	n	%
Hemşirelerin verdiği bakımın niteliği		
Oldukça yeterli	98	36.7
Yeterli	148	55.4
Yetersiz*	21	7.9
Hemşireler tarafından verilen bakımın iyileşmeye etkisi		
Fazla	156	58.4
Kısmen	101	37.8
Hiç	10	3.7
Korku ve endişelerin hemşirelerle paylaşılma durumu**		
Evet	50	26.5
Hayır	134	70.9
Kısmen	5	2.6

* Yetersiz, oldukça yetersiz ve kararsızım birleştirildi.

** Yüzdeler soruya cevap veren kişi sayısına göre hesaplandı.

Tabloda verilmemekle birlikte hemşirelerin hastalara en fazla ilaç tedavisi (%58.1), ameliyat öncesi aç kalma süresi (%52.1) ve ayağa kalkma ve yürüme zamanına (%39.3), ilişkin hastalara bilgi verdiği belirlendi. Hemşirelerin en az ise; tetkikler (%4.5), taburcu olduktan sonra hastaneye gelmesi gereken durumlar (%8.2), taburcu olduktan sonraki kontroller (%12.0) ve yara bakımı (pansuman sıklığı, kanama, akıntı) (%17.6) konularında bilgi verdikleri saptandı.

Tablo 3'te hastaların Newcastle hemşirelik bakımı memnuniyet ölçeğindeki maddelere verdikleri yanıtların dağılımı görülmektedir. Hastaların hemşirelik bakımı memnuniyet düzey puan ortalamasının 81.7±15.2 olduğu belirlendi. Araştırma kapsamına alınan hastaların %61.4'ünün hemşirelerin mahremiyete gösterdikleri saygıdan "tamamen memnun" oldukları saptandı. Tamamen memnun olunan maddeler arasında en düşük yüzdenden ise "hemşirelerin size durumunuz ve tedavinizle ilgili yeterli bilgi vermelerinden" maddesi olduğu bulundu (%30.3).

Tablo 3. Hastaların Newcastle hemşirelik bakımı memnuniyet ölçeğindeki maddelere verdikleri yanıtlar

Maddeler	Hiç memnun değilim		Nadiren memnunum		Memnunum		Çok memnunum		Tamamen memnunum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Hemşirelerin size ayırdığı zamanın miktarından	5	1.9	14	5.2	80	30.0	84	31.5	84	31.5
2. Hemşirelerin işlerindeki becerikliliğinden	4	1.5	5	1.9	52	19.5	96	36.0	110	41.2
3. Her an sizinle ilgilenecek bir hemşirenin yakınızdaki bulunmasından	8	3.0	10	3.7	55	20.6	88	33.0	106	39.7
4. Hemşirelerin sizin bakımınızla ilgili sahip oldukları bilgi düzeyinden	8	3.0	10	3.7	61	22.8	95	35.6	93	34.8
5. Çağırıldığınızda hemşirelerin hemen gelmelerinden	6	2.2	5	1.9	48	18.0	99	37.1	109	40.8
6. Hemşirelerin sizin kendi evinizdeymiş gibi hissettirmelerinden	5	1.9	17	6.4	54	20.2	89	33.3	102	38.2
7. Hemşirelerin size durumunuz ve tedavinizle ilgili yeterli bilgi vermelerinden	16	6.0	21	7.9	54	20.2	95	35.6	81	30.3
8. Hemşirelerin iyi olup olmadığınızı yeterli sıklıkta kontrol etmelerinden	7	2.6	14	5.2	50	18.7	90	33.7	106	39.7
9. Hemşirelerin size yardımcı olmalarından	6	2.2	10	3.7	41	15.4	90	33.7	120	44.9
10. Hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden	11	4.1	10	3.7	48	18.0	83	31.1	115	43.1
11. Hemşirelerin akraba ve arkadaşlarınızı rahatlatma biçiminden	13	4.9	10	3.7	57	21.3	86	32.2	101	37.8
12. Hemşirelerin işlerini yapma konusundaki tutumlarından	1	0.4	7	2.6	43	16.1	106	39.7	110	41.2
13. Hemşirelerin durumunuz ve tedavinizle ilgili olarak size verdikleri bilginin yeterliliğinden	11	4.1	15	5.6	46	17.2	105	39.3	90	33.7
14. Hemşirelerin size önemli bir insan gibi davranmalarından	7	2.6	9	3.4	35	13.1	86	32.2	130	48.7
15. Hemşirelerin endişe ve korkularınızı dinleme biçiminden	15	5.6	10	3.7	51	19.1	82	30.7	109	40.8
16. Serviste size tanınan serbestliğin miktarından	2	0.7	10	3.7	43	16.1	88	33.0	124	46.4
17. Hemşirelerin sizin bakımınız ve tedaviniz ile ilgili isteklerinize gönüllü yanıt vermelerinden	2	0.7	7	2.6	34	12.7	93	34.8	131	49.1
18. Hemşirelerin mahremiyetinize gösterdikleri saygıdan	-	-	3	1.1	27	10.1	73	27.3	164	61.4
19. Hemşirelerin sizin bakımınız ve tedaviniz ile ilgili gereksinimlerinizin farkında olmalarından	1	0.4	7	2.6	26	9.7	93	34.8	140	52.4

Hastaların bazı özelliklerine göre Newcastle hemşirelik bakımı memnuniyet ölçeği puan ortancalarının dağılımı Tablo 4’de yer almaktadır. Toplam yatış süresi, yoğun bakımda yatma ve yoğun bakımda yatılan süreye göre hastaların NHBMÖ ortanca değerleri arasında anlamlı farklılık olduğu ($p<0.05$) saptandı.

Tablo 4. Hastaların Newcastle hemşirelik bakımı memnuniyet ölçeği puan ortancalarının dağılımı (n=267)

Özellikler	NHBMÖ		
	Ortanca (Min- Max)	İstatistiksel Analiz P	
Yaş			
18-44 yaş	87.3 (31.5-100.0)	KW=0.638 p=0.727	
45-67 yaş	79.4 (79.4-100.0)		
68-85 yaş	80.5 (43.1-100.0)		
Cinsiyet			
Kadın	80.0 (23.1-100.0)	U=7941.500 p=0.280	
Erkek	84.2 (43.1-100.0)		
Eğitim Durumu			
Ortaöğretim ve altı	84.2 (23.1-100.0)	U=7700.500 p=0.515	
Lise ve üstü	81.0 (38.9-100.0)		
Klinik			
Genel Cerrahi	76.8 (23.1-100.0)	KW=10.671 p=0.099	
Kalp ve Damar Cerrahi	90.5 (47.3-100.0)		
Ortopedi	82.6 (43.1-100.0)		
Üroloji	81.0 (50.5-100.0)		
Beyin Cerrahi	80.5 (31.5-100.0)		
Göğüs Cerrahi	83.1 (46.3-100.0)		
Plastik Cerrahi	85.2 (75.7- 100.0)		
Toplam yatış süresi			
2-4 gün	80.5 (43.1-100.0)		U=3602.500 p<0.001
5-7 gün	85.2 (23.1-100.0)		
Ameliyat olma durumu			
Evet	85.2 (23.1-100.0)	U=7547.000 p=0.086	
Hayır	80.0 (46.3-100.0)		
Yoğun bakımda yatma			
Evet	89.4 (47.3-100.0)	U=6064.000 p=0.023	
Hayır	80.0 (23.1-100.0)		
Yoğun bakımda yatılan süre (n=78)			
Bir gün	92.6 (47.3-100.0)	KW=7.145 p=0.028	
İki gün	77.3 (48.4-100.0)		
Üç gün	76.8 (65.2-95.7)		
Kronik hastalık			
Var	84.7 (43.1-100.0)	U=8562.000 p=0.714	
Yok	81.0 (23.1-100.0)		
Refakatçi			
Var	83.1 (23.1-100.0)	U=967.000 p=0.748	
Yok	82.1 (43.1-100.0)		
Daha önce cerrahi klinikte yatma			
Evet	80.0 (38.9-100.0)	U=7846.000 p=0.091	
Hayır	85.2 (23.1-100.0)		
Ameliyat sonrası hastanede yatış süresi n=158			
1-2 gün	88.9 (43.1-100.0)	KW=2.423 p=0.298	
3-4 gün	81.0 (23.1-100.0)		
5 gün ve üzeri	80.0 (38.9-100.0)		

Hastaların hemşirelik bakımı ile ilgili görüşlerine göre Newcastle hemşirelik bakımı memnuniyet ölçeği puan ortancalarının dağılımı Tablo 5’de yer almaktadır. Hemşirelerden sağlıkla ilgili bilgi alma, hemşirelerin verdiği bilginin ve bakımın niteliği, iletişim düzeyi, korku ve endişelerin hemşirelerle paylaşılma durumu ve bakımın iyileşmeye etkisi ile ilgili hasta görüşleri konusunda hastaların NHBMÖ ortanca değerlerinde anlamlılık olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Tablo 5. Bakım ile ilgili Newcastle hemşirelik bakımı memnuniyet ölçeği puan ortancalarının dağılımı (n=267)

Görüşler	NHBMÖ	
	Ortanca (Min- Max)	İstatistiksel analiz P
Hemşirelerden sağlıkla ilgili bilgi alma durumu		
Evet	87.3 (46.3-100.0)	U=3602.500 p<0.001
Hayır	75.2 (23.1-100.0)	
Hemşirelerin verdiği bilgilerin düzeyi		
Oldukça yeterli	96.8 (57.8-100.0)	KW= 54.865 p<0.001
Yeterli	83.1 (46.3-100.0)	
Yetersiz*	75.2 (23.1-100.0)	
Hemşirelerin iletişim düzeyi		
Oldukça yeterli	95.7 (47.3-100.0)	KW=67.151 p<0.001
Yeterli	78.4 (43.1-100.0)	
Yetersiz*	60.0 (23.1-85.2)	
Hemşirelerin verdiği bakımın niteliği		
Oldukça yeterli	94.7 (48.4-100.0)	KW=77.8 p<0.001
Yeterli	77.8 (38.9-100.0)	
Yetersiz*	61.0 (23.1-97.8)	
Korku ve endişelerin hemşirelerle paylaşılma durumu		
Evet	88.9 (46.3-100.0)	KW= 7.825 p=0.020
Hayır	80.0 (23.1-100.0)	
Kısmen	70.5 (53.6-78.9)	
Hemşireler tarafından verilen bakımın iyileşmeye etkisi		
Fazla	91.0 (46.3-100.0)	KW=61.681 p<0.001
Kısmen	75.7 (23.1-100.0)	
Hiç	63.1 (43.1-80.0)	
Daha önce yatılan cerrahi kliniklerdeki hemşirelik bakımından memnuniyet durumu		
Oldukça yeterli	80.0 (43.1-100.0)	KW=3.249 p=0.197
Yeterli	82.6 (38.9-100.0)	
Yetersiz*	77.6 (47.3-100.0)	

* yetersiz, oldukça yetersiz ve kararsızım birleştirildi

Tartışma

Sağlık sisteminde hasta bakım memnuniyetini değerlendirmek ve sonuçlardan yararlanmak memnuniyeti arttırmak için yapılacak düzenlemelere katkı sağlamaktadır.

Bu amaçla yapılan araştırmaya katılan hastaların dörtte üçünün hemşirelerden bilgi aldıkları ve çoğunluğunun hemşirelerin verdiği bilgi düzeyini, hemşirelerin iletişim düzeyini ve verdiği bakımın niteliğini “yeterli ve oldukça yeterli” olarak tanımladıkları saptandı. Hastaların yarısından fazlası hemşireler tarafından verilen bakımın iyileşmeye etkisinin “fazla” olduğunu düşünmekte ancak yaklaşık dörtte biri korku ve endişelerini hemşirelerle paylaşabildiğini ifade etmektedir. Yapılan araştırmalarda da çalışmamıza benzer olarak hastaların hemşirelerden bilgi aldıkları (Öztürk ve ark., 2011; Savaş ve Bahar, 2011), hemşirelerin iletişiminin yeterli olduğunu düşündükleri (Özşaker ve Kayrakçı, 2014; Savaş ve Bahar, 2011) ve verdikleri bakım hakkında olumlu görüşe sahip oldukları belirlenmiştir (Sillero ve Zabalegui, 2018). Çalışmamıza göre hastaların çoğunun hemşirelerden bilgi alması, hemşirelerin verdiği bakım ve iletişim düzeyleri hakkında olumlu görüşe sahip olmaları sevindirici bir sonuçtur, ancak korku ve endişelerini hemşirelerle paylaşamamalarının nedenlerinin araştırılması gerekmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin en çok; ilaç tedavisi, ameliyat öncesi aç kalma süresi, ayağa kalkma ve yürüme zamanı, ameliyat öncesi tüy temizliği ve beslenme konularında hastalara bilgi verdikleri saptandı. En az olarak; tetkikler, taburcu olduktan sonra hastaneye gelmesi gereken durumlar, kontroller ve yara bakımı olduğu belirlendi. Yapılan bir çalışmada hemşirelerin; beslenme, hareket ve ilaç konularında daha fazla ve taburculuk sonrası evde bakım uygulamaları hakkında daha az eğitim verdikleri saptanmıştır (Öztürk ve ark., 2011). Başka bir çalışmada hemşirelerin dörtte üçünün ameliyat öncesi dönemde hastalara eğitim verdikleri, ancak derin solunum ve öksürük, ekstremitte ve dönme egzersizlerine ilişkin eğitime yer vermedikleri belirlenmiştir (Özdelikara ve ark., 2013). Hemşireler tarafından verilen perioperatif dönemdeki hasta eğitimlerinde eksikliklerin olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların NHBMÖ puan ortalaması 81.7 ± 15.2 'dir. Çalışmamıza benzer olarak cerrahi kliniklerinde yapılan diğer çalışmalarda puan ortalamaları 62.3 ile 76.5 arasında değişmektedir (Aldemir ve ark., 2018;

Kersu ve ark., 2020; Özşaker ve Kayrakçı, 2014; Şendir ve ark., 2012). Hastaların en çok “hemşirelerin mahremiyete gösterdikleri saygıdan” memnun oldukları belirlendi. Yapılan araştırmalarda da çalışmamıza benzer olarak “hemşirelerin mahremiyetlerine saygı gösterme durumları” en yüksek memnuniyet puanını almıştır (Kuzu ve Ulus, 2014; Köseoğlu ve Seki, 2020; Özşaker ve Kayrakçı, 2014; Şişe ve Altinel, 2012). Hastaların en az memnun oldukları bakım girişimi ise; hemşirelerin durumları ve tedavileri ile ilgili yeterli bilgi vermeleridir. Çalışmamıza paralel olarak hastaların en az memnun oldukları konuların hemşirelerin kendilerine durumları ve tedavileri ile ilgili yeterli bilgi vermemeleri, kendilerine zaman ayırmamaları ve kendilerinin bakımları ile ilgili sahip oldukları bilgi düzeyini yeterli bulmaları olduğu belirlenmiştir (Özşaker ve Kayrakçı, 2014). Çalışmamızdan farklı olarak yapılan çalışmalarda “hemşirelerin hastaları kendi evlerinde gibi hissettirmeleri” maddesi hastaların en az memnun oldukları durum olarak belirlenmiştir (Kuzu ve Ulus, 2014; Köseoğlu ve Seki, 2020). Yapılan çalışmalara göre hastaların hemşirelerden bilgi alma konusunda istekli oldukları görülmektedir. Ancak bilgi vermeye ilişkin memnuniyetin düşük olmasının nedenlerinin araştırılması gerekmektedir.

Hastaların sosyodemografik özelliklerinin memnuniyeti etkileyen anlamlı değişkenler olmadığı saptandı. Literatür incelendiğinde çalışmamıza benzer olarak yaşın memnuniyeti etkileyen değişken olmadığını belirten araştırmalar mevcuttur (Kuzu ve Ulus, 2014; Şişe ve Altinel, 2012). Bunun yanı sıra çalışmamızla benzer olarak eğitim seviyesi düşük olanların hemşirelik bakım memnuniyetinin yüksek olduğunu belirten araştırmalarda yer almaktadır (Alan 2017; Cerit 2015; Demir ve ark., 2011; Kuzu ve Ulus, 2014; Köseoğlu ve Seki, 2020; Sillero ve Zabalegui, 2018; Şişe ve Altinel, 2012). Bazı çalışmalar eğitim düzeyinin memnuniyeti etkilemeyen değişken olduğunu belirtirken (Demir ve ark., 2011; Köseoğlu ve Seki, 2020; Oğuzalp ve ark., 2010; Sayın ve ark., 2016), etkilendiğini bulan çalışmalar da mevcuttur (Alan 2017; Kuzu ve Ulus, 2014). Eğitim seviyesi düşük hastaların hemşirelerden daha az beklenti içerisinde olmalarından dolayı bakım memnuniyetlerinin daha fazla olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda hastanede kalış süresi daha uzun olan hastaların hemşirelik bakım memnuniyet düzeyi yatış süresi kısa olanlara göre anlamlı şekilde yüksektir. Yatış süresi uzadıkça, hasta hemşirelik bakım hizmetleri ile daha çok karşılaşmaktadır.

Ayrıca yatış süresi kısaltıldıkça hastalar ile hemşireler arasında güvene dayalı iletişim kurma şansı azalmaktadır. Hasta memnuniyeti ile yatış süresi arasındaki doğru orantı bu etkenlere dayalı olabilir. Yapılan çalışmalarda yatış süresinin memnuniyeti etkilediği ortak sonuç olarak belirlenmiştir (Alan 2017; Sharew ve ark., 2018). Başka bir çalışmada ise hastanede yatış süresinin memnuniyet düzeyi ile anlamlı bir ilişki durumu olmadığı ancak yatış süresi uzun olan hastaların memnuniyet puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Köseoğlu ve Seki, 2020). Yine yoğun bakımda yatan hastaların yatmayanlara göre memnuniyet düzeyleri daha yüksektir. Yoğun bakımda kalma durumunun hastanın yaşam aktivitelerini etkilemesi ve refakatçileri olmadığı için ihtiyaç duydukları bakımı hemşirelerden almalarından dolayı hemşirelik bakımı memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Yoğun bakımda daha kısa süre kalan hastaların uzun süre kalanlara göre bakım memnuniyetlerinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirlendi. Yoğun bakımda fazla kalan hastalarda yoğun bakım şartlarından (mahremiyet duygusu, cihazların sesi, ortamın sıcaklığı, refakatçi olmaması vb.) kaynaklı olarak memnuniyetin azaldığı düşünülebilir.

Araştırmamızda hemşireleri bilgi verme, bakım ve iletişim kurma yönünden yeterli bulan, korku ve endişelerini hemşirelerle paylaşan hastaların bakım memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu belirlendi. Çalışmamıza paralel olarak başka bir çalışmada hemşirelerin iletişimini ve bakımını yeterli bulan hastaların memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Özşaker ve Kayrakçı, 2014). Hemşirelerden yeterli bilgi ve bakım alabilen, hemşirelerle etkili iletişim kurabilen ve korku ve endişelerini hemşirelerle paylaşabilen hastaların hemşirelik bakım memnuniyetinin daha yüksek olması beklenen bir durumdur. Bu sonuçlar hemşirelerin hasta üzerindeki etkilerinin önemini güçlendirmektedir. Ayrıca hemşirenin verdiği bakımın ve eğitimin hasta üzerinde olumlu gelişmelere yol açması hemşirelerde mesleki doyumunu ve sahada araştırmalar yapılmasını sağlayabilir.

Çalışmamızda daha önceki cerrahi klinikte yatma deneyiminin bakım memnuniyetini etkilemediği saptandı. Başka bir çalışmada ise hastaların ameliyat deneyimi ile hemşirelik bakım memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Kersu ve ark., 2020). Hemşirelerin hastalara verdikleri bakımın etkinliği hastaların cerrahi deneyiminden ziyade hastaların

mevcut durumlarını iyileştirmeye ilgili olduğu düşünülebilir.

Sonuç

Elde edilen sonuçlara göre hastaların hemşirelik bakımı memnuniyet düzey puan ortalamasının yüksek olduğu saptandı. Hastaların sahip oldukları bireysel ya da sağlık durumları ile ilgili birçok özellik memnuniyetleri etkilememektedir. Ancak hemşireden bilgi alan, verilen bilgi ve bakımı yeterli bulan hastaların memnuniyetleri yüksektir.

Bu doğrultuda hemşirelerin etkin hasta eğitimi yapmalarını engelleyen etmenler ve çözüm önerileri ile ilgili araştırmalar yapılmalı ve stratejiler geliştirilmelidir. Yine hasta-hemşire iletişim sorunlarını azaltmak için iletişim tekniklerine yönelik çözümler (drama eğitimleri, iletişim atölyeleri) geliştirilmelidir. Sağlık kurumlarının kendilerini değerlendirmek için memnuniyet çalışmalarının belli aralıklarla tekrarlanması ve memnun olunmayan durumların iyileştirilmesi için yol haritaları belirlenmesi önerilir.

Araştırmamızın Etik Yönü/ Ethics Committee

Approval: Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı

Araştırma için Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan 28.06.2017 tarihinde etik kurul izni (Sayı: 24237859-617) alındı. Bunun yanı sıra araştırmamızın yapılacağı hastanelerden kurum izni alındı. Ayrıca araştırma hakkında hastalara bilgi verilerek, gönüllü hasta onam formu ile çalışmaya katılmaları için onayları alındı.

Hakem/Peer-review: Dış hakem değerlendirmesi.

Yazar Katkısı/Author Contributions: Fikir/kavram: AG, SA; Tasarım: AG, SA; Danışmanlık: AG; Veri toplama: SA; Veri işleme: SA; Analiz ve/veya Yorum: AG, SA; Kaynak tarama: AG, SA; Makalenin Yazımı: AG, SA; Eleştirel inceleme: AG

Çıkar çatışması/Conflict of interest: Araştırmamızda çıkar çatışması yoktur.

Finansal Destek/Financial Disclosure: Yazarlar araştırma için hiçbir kurumdan finansal destek almamıştır.

Çalışma Literatüre Ne Kattı?




- Bu çalışma cerrahi hastalarının hemşirelik bakımına yönelik görüşlerini belirtmektedir.
- Cerrahi servislerde hemşirelik bakımında etkin olabilecek sonuçlar hemşireler için yol gösterici olabilir.

Kaynaklar

- Aiken LH, Sloane DM, Ball J, Bruyneel L, Rafferty AM, Griffiths P. (2018). Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study. *BMJ Open Access*, 8, e019189.
- Akın S, Erdoğan S. (2007). The Turkish version of the Newcastle satisfaction with nursing care used on medical and surgical patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 646-653.
- Alan H. (2018). Bir üniversite hastanesinde yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 15(2), 81-87.
- Aldemir K, Gürkan A, Yılmaz FT, Karabey G. (2018). Cerrahi kliniklerde yatan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetinin incelenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 5(3), 155-163.
- Aslan FE, Şahin SK, Secginli S, Bülbüloğlu S. (2018). Hastaların, ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin hemşirelik uygulamalarından memnuniyet düzeyleri: Bir sistematik derleme. *Ağrı Dergisi*, 30(3), 105-115.
- Cerit B. (2015). Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 3(1), 27-36.
- Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. (2015). OpenEpi: open source epidemiologic statistics for public health, version. Erişim tarihi: 10.04.2017, www.OpenEpi.com
- Demir Y, Arslan GG, Eşer İ, Khorshid L. (2011). Bir eğitim hastanesinde hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin incelenmesi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19(2), 68-76.
- Fındık UY, Unsar S, Sut N. (2010). Patient satisfaction with nursing care and its relation ship with patient characteristics. *Nursing and Health Sciences*, 12(2), 162-169.
- Gökkaya D, İzgüden D, Erdem R. (2018). Şehir hastanesinde hasta memnuniyeti araştırması: Isparta ili örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 9(20), 136-148.
- Gröndahl W, Muurinen H, Katajisto J, Suhonen R, Leino-Kilpi H. (2019). Perceived quality of nursing care and patient education: a cross-sectional study of hospitalised surgical patients in Finland. *BMJ Open Access*, 9, e023108.
- Kersu Ö, Boğa SM, Köşgeroğlu N, Sayılan AA, İlter G, Baydemir C. (2020). Cerrahi servislerinde yatan hastaların hemşirelik bakım kalitesi algılamaları ile memnuniyet durumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 17(1), 32-39.
- Kuzu C, Ulus B. (2014). Cerrahi kliniklerde tedavi gören hastaların aldıkları hemşirelik bakımından memnuniyet durumlarının belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 129-134.
- Köseoğlu Ş, Seki Z. (2020). Genel cerrahi servisinde yatan hastaların batın ameliyatı sonrası hemşirelik bakımına ilişkin memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24(2), 121-133.
- Oğuzalp H, Pamuk AG, Turgay Ö. (2010). Günübürlük cerrahide ebeveyn anksiyetesinin ve beklentilerinin değerlendirilmesi. *Türk Anestezi ve Reanimasyon Dergisi*, 38(3), 208-216.
- Özdelikara A, Tan M, Polat H. (2013). Hasta öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(1), 1-8.
- Özşaker E, Kayrakçı F. (2014). Cerrahi hastalarının hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 22(2), 105-113.
- Öztürk H, Çilingir D, Hintistan S. (2011). Hastaların dahiliye ve cerrahi kliniklerinde hemşirelerin yaptığı hasta eğitimlerini değerlendirmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi*, 4(4), 153-158.
- Savaş E, Bahar A. (2011). Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde yatan hastaların memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 17(1), 24-28.
- Sayın Y, Cengiz HÖ, Ayoğlu T. (2016). Nursing care satisfaction of surgery patients. *SOJ Nur Health Care*, 2(2), 1-8.
- Sharew NT, Bizuneh HT, Assefa HK, Habtewold TD. (2018). Investigating admitted patients' satisfaction with nursing care at Debre Berhan Referral Hospital in Ethiopia: a cross-sectional study. *BMJ Open* 8(5): 1-8.
- Sillero AS, Zabalegui A. (2018). Satisfaction of surgical patients with perioperative nursing care in a Spanish tertiary care hospital. *SAGE Open Medicine*, 6, 1-9.
- Şendir M, Büyükyılmaz F, Yazgan İ, Bakan N, Mutlu A, Tekin F. (2012). Ortopedi ve travmatoloji hastalarının hemşirelik bakımına ilişkin deneyim ve memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20(1), 35-42.
- Şişe Ş, Altınel EC. (2012). Bir üniversite hastanesinde yatan hasta memnuniyeti. *Selçuk Tıp Dergisi*, 28(4), 213-218.
- Taşlıyan M, Akyüz M. (2010). Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyet araştırması: Malatya Devlet Hastanesi'nde bir alan çalışması. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 12(19), 61-66.
- Thomas LH, McColl E, Priest J, Bond S, Boys JR. (1996). Newcastle satisfaction with nursing scales: an instrument for quality assessments of nursing care. *Quality Health Care*, 5(2), 67-72.
- Uzun Ö. (2003). Hemşirelik bakım kalitesi ile ilgili Newcastle Memnuniyet Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin saptanması. *Türk Hemşireler Dergisi*, 54(2), 16-24.
- Yıldız T, Öner E, Başkan B, Kolucaık B, Malak A, Özdemir A ve ark. (2014). Cerrahi birimlerde yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyinin belirlenmesi. *International Journal Basic and Clinical Medicine*, 2(3), 123-130.

Preference of Contraceptives of Married Women Between 18-49 and Causes of Discontinuation

18-49 Yaş Arası Evli Kadınların Kontraseptif Yöntem Kullanma Tercihleri ve Bırakma Nedenleri

Zehra Acar¹  Nevin Şahin¹  Fatma Nur Demirci² 

¹ Istanbul University -Cerrahpaşa, Florence Nightingale Faculty of Nursing, Department of Women's Health and Disease Nursing, Istanbul TURKEY
² Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu City Hospital, Istanbul TURKEY

Geliş tarihi/ Date of receipt: 31/12/2020 **Kabul tarihi/ Date of acceptance:** 01/03/2021
© Ordu University Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Turkey, **Published online:** 18/04/2021

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı, 18-49 yaş arası evli kadınların kontraseptif yöntem kullanma tercihleri ve bırakma nedenlerinin belirlenmesidir.

Yöntem: Araştırma Mart-Temmuz 2019 tarihleri arasında bir Aile Sağlığı Merkezine başvuran 200 evli kadın ile tanımlayıcı tipte yürütülmüştür. Araştırma verileri araştırmacılar tarafından oluşturulan katılımcı tanıtım formu ile elde edilmiştir.

Bulgular: Kadınların yaş ortalamasının 35.80±7.35 olduğu, %93'ünün (modern yöntem: %63.9, geleneksel yöntem: %36.02) bir yöntem kullandığı belirlendi. Geri çekme ve kondom yöntemlerinin kullanım kolaylığı nedeniyle (%46.2-%37.5), RİA'nın ise yüksek koruyuculuk nedeniyle (%62.5) kadınlar tarafından en sık tercih edilen kontraseptif yöntemler oldukları saptandı. Kadınların %22.5'inin kullandığı yöntemden memnun olmadığı, %56.5'inin yöntem kullanımını bıraktığı bulundu. En sık bırakılan yöntemlerden kondomun partner isteği (rahatsızlık) nedeniyle (%82.5), kombine oral kontraseptif ve RİA'nın sağlık sorunları nedeniyle (%48.5-%70), geri çekmenin ise istenmeyen gebelik nedeniyle (%60) bırakıldığı belirlendi. Yöntem kullanma durumu ile ekonomik durum, istenmeyen gebelik öyküsü ve danışmanlık alma öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu (p<0.05).

Sonuç: Kadınların yöntem tercih etme nedenleri arasında çoğunlukla; kullanım kolaylığı ve yüksek koruyuculuğun yer aldığı saptandı. Kadınların kullandığı kontraseptif yöntemi veya yöntemleri gelişen sağlık sorunları, istenmeyen gebelik durumu ve gebe kalma isteği gibi nedenlerle birçok kez bıraktığı belirlendi. Bu nedenle sağlık profesyonelleri tarafından kontraseptif yöntemlerin etkin kullanımının artırılması amacıyla çiftlere kontrasepsiyon danışmanlığı verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kontrasepsiyon, kontraseptif, kadın sağlığı, üreme sağlığı, evli kadın

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study was to determine the contraceptive preferences of married women between the ages of 18-49 and the causes of contraceptive discontinuation.

Methods: The research was conducted descriptive type with 200 married women who applied to a Family Health Service between March-July 2019. The data were collected through the participant introduction form created by the researchers.

Results: It was determined that the mean age of the women was 35.80 ± 7.35, 93% of them used a contraceptive (modern method: 63.9%, traditional method: 36.02). It was found that the withdrawal and condom were the most preferred contraceptives by women due to the ease of use (46.2% -37.5%) and the IUD because of high protection (62.5%). It was found that 22.5% of the women were not satisfied with the contraceptive they used, and 56.5% of them discontinued using contraceptive. It was determined that condom was discontinued due to partner request (discomfort) (82.5%), combined oral contraceptive and IUD due to health problems (48.5% -70%), and withdrawal due to unwanted pregnancy (60%). A statistically significant relationship was found between the use of the method and economic status, unwanted pregnancy, and counseling (p <0.05).

Conclusion: Among the reasons for women to prefer a contraceptive are mostly; ease of use and high protection. Women discontinued using the contraceptive method or methods they used many times due to health problems, unwanted pregnancy, and desire to become pregnant. Therefore, contraception counseling should be provided to couples by health professionals in order to increase the effective use of contraceptive methods.

Keywords: Contraception, contraceptive, women health, reproductive health, married woman

ORCID IDs of the authors: ZA: 0000-0002-1923-3096, NŞ: 0000-0002-6845-2690, FND: 0000-0003-2063-7642

Sorumlu yazar/Corresponding author: MSc, Research Assistant Zehra Acar

Istanbul University -Cerrahpaşa, Florence Nightingale Faculty of Nursing, Department of Women's Health and Disease Nursing, Istanbul TURKEY e-posta/e-mail: zehra.acar@iuc.edu.tr

Atf/Citation: Acar Z, Şahin N, Demirci Fatma Nur. (2021). Preference of contraceptives of married women between 18-49 and causes of discontinuation. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi,4(1), 29-38. DOI: 10.38108/ouhcd.851213

Introduction

Contraception is the information, tools, and methods that enable individuals to decide whether and when to have children. This includes barrier methods such as pills, implants, intrauterine devices (IUD), surgical procedures, and condoms, and non-invasive methods such as the calendar method (UNFPA 2020). Contraceptive services are a Sustainable Development Goal that aims universal access to sexual and reproductive health services by 2030. (WHO 2018a). In 2019, out of 1.9 billion women of reproductive age, 842 million used contraceptive methods and 270 million had unmet contraception needs. The prevalence of using modern contraceptives among women of rose from 55% to 57.1% worldwide between 2000 and 2019 (Kantorová et al., 2020). According to the Turkey Demographic and Health Survey (TDHS) 2018 findings, frequency of use of any contraceptive methods of married women was 70% and 49% of them were modern contraceptives and 21% were traditional contraceptives THDS 2018). Contraception is a low-cost and effective way to save lives. Contraception enables women to determine the size of the family, to expand the time frame between births, and reduce the need for unsafe abortions by reducing the rate of unwanted pregnancy (UN 2019).

It is important that contraceptives are widely available and easily accessible to anyone who is sexually active, including adolescents. Contraceptives are not used by couples for many reasons including difficult geographical conditions, economic problems, health problems or side effects, low decision-making power, cultural and religious reasons, lack, or absence of contraceptive services (WHO 2018b). In women using contraceptives, dissatisfaction with the use of the contraceptive method is high. Approximately 50% of female contraceptive users report that they quit using a method because of dissatisfaction. Contraceptives dissatisfaction causes women to misuse or change the contraceptives frequently. It has been found that women perceive some contraceptives as safer, more effective and useful than others, and there is a relationship between the rate of using a particular method and perceived positive characteristics (Marshall et al., 2016). Having knowledge about contraceptives, increasing access to contraceptives significantly affects the choice and its effective use (Gavas and Inal, 2019).

The problem of unwanted pregnancy arises as a result of not using contraceptives effectively and

correctly. Unwanted pregnancies carry health risks such as delaying prenatal care, neglect of pregnancy, low birth weight, unsafe miscarriage, and child abuse (Bamufleh et al., 2017). Unwanted pregnancies can be prevented by correct and continuous use of contraceptives. Approximately 95% of unwanted pregnancies occur in one-third of women at risk who do not use contraceptives during the month of conception or use a method inconsistently or incorrectly. Contraception counseling by health professionals helps prevent unwanted pregnancies by encouraging sexually active individuals and couples to adopt and use the most appropriate and effective contraceptive methods for them (Pazol et al., 2015). However, there is no clear information on how best to provide contraception counseling to meet client needs and satisfaction (Cavallaro et al., 2019). The World Health Organization (WHO) 2016 Selected Practice Recommendations include guidelines for counseling content for each method (primarily side effects and protection against STDs), while the WHO 2018 Global Handbook for Family Planning Providers include recommendations on interpersonal qualities (including respect and confidentiality). Guidance is limited to the types of consulting services such as face-to-face and digital support (WHO 2016; WHO 2018c). In a study conducted by Zapata et al., it is recommended to address psychosocial determinants of behavior (e.g. perceived benefits or barriers to contraception use) and setting goals as components of contraception counseling. The focus has been on focusing on the quality of the interaction between the counselor and the client (e.g. establishing relationship), adapting the discussions to meet the individual needs of the patients, and the importance of contraception counseling (Zapata et al., 2015). In addition, for the provision of effective contraceptive services, it is necessary for health professionals to know the factors affecting the selection and use of contraceptive methods (Kutlu et al., 2014).

In this way; in our study aims to shed light on the importance of contraception counseling, the preferences of married women between the ages of 18-49 on the use of contraceptives and causes of discontinuation were examined.

Methods

This study was carried out between March-July 2019 with the aim of determining the preferences of married women between the ages of 18-49 on using contraceptives and the causes of discontinuation as a descriptive research. The sample of the study

consisted of the 200 married women in the age range of 18-49 who applied to the Family Health Centre, who were 18 years of age and older, mentally healthy, and agreed to participate in the study. After the researchers provided information about the study, the Informed Consent Form was signed by the participants. Data collection was carried out through face-to-face interviews in Family Health Centre. Data collection took an average of 10-15 minutes. The data collection form was prepared by the researchers based on the relevant literature (Gavas ve Inal, 2019; Johnson et al., 2013; Kutlu et al., 2014; Pazol et al., 2015;). Expert opinion was received after the the data collection form was created. The data collection form consisting of 30 questions (16 closed-ended and 14 open-ended questions) including sociodemographic characteristics (age, education level, economic status etc.), obstetric characteristics (age of menarche, number of pregnancies and abortions, number and type of births, unwanted pregnancy status etc.) and characteristics of contraceptive

method use (contraceptive method preference reasons, contraceptive method usage period, contraceptive method discontinuation reasons and complaints etc.) of participants. The analysis of the data was performed with the SPSS 20 package program using percentage, frequency, average, Kruskal-Wallis test and, Mann-Whitney U test.

Results

The mean age of the women participating in the study was 35.80 ± 7.35 , and the mean duration of marriage was 13.07 ± 8.48 years. 46% of the women were primary school graduates and 44% of them had an income equal to expenditure (Table 1). The mean age of first menstruation was 13.00 ± 1.65 and 52% of the women had a normal menstrual cycle frequency (21-28 days). The mean first gestational age was 22.88 ± 6.89 . 13.5% of the women had a history of miscarriage, 18% had a history of abortion, and 14.5% had a history of unwanted pregnancy (Table 2).

Table 1. Socio-demographic characteristics of women (n = 200)

Variable	X±SD	Min-Max
Age	35.80±7.35	20-49
Spouse age	39.36±8.29	22-61
Marriage age	22.73±4.46	12-40
Duration of marriage	13.07±8.48	1-31
Age groups	n	%
≤30	54	27.0
31-40	92	46.0
40 <	54	27.0
Education level		
Primary and middle school	92	46.0
High school	53	26.5
University and above	55	27.5
Spouse education level		
Primary and middle school	82	41.0
High school	74	37.0
University and above	44	22.0
Economic status		
Income less than expenditure	57	28.5
Income equal to expenditure	88	44.0
Income mor than expenditure	55	27.5

When women's history of contraceptive use was examined, it was found that most of the women (93%) used a method. 63.9% of the women who used a contraception used a modern method, while 36.0% used the traditional method. The most commonly used contraceptives were withdrawal (36%), condoms (34.4%), and IUD (17.2%), respectively. In the decision of using contraception, the couple's desire to use the contraceptive was 36%

effective, contraception counseling was 21.5%, and only their own desire was 20%. When the reasons for preferring contraception among women were examined, the most common reason for preferring withdrawal and condom method was the ease of use (46.2%-37.5%), high level of protection (64.5%) as the reason for preferring IUD, and the reason for preferring combined oral contraceptives was frequent therapeutic use (44.4%). All women stated

that they no longer want to have children as the reason for preferring the tubal ligation method. All of the women who did not use contraceptives stated that they did not use it because they wanted to get

pregnant. 53.5% of the women were using the current method for 1-5 years. 22.5% of the women who used a contraceptive were not satisfied with the contraceptive they used (Table 3).

Table 2. Menstrual and obstetric characteristics of women (n = 200)

Variable	X±SD	Min-Max
Menarj age	13.00±1.65	10-19
First gestational age	22.88±6.89	15-49
Number of pregnancies	2.22±1.60	0-10
Menstruation cycle frequency (days)	n	%
<21	31	15.5
21-28	104	52.0
28<	65	32.5
Menstruation time (days)		
≤7	163	81.5
7<	37	18.5
A history of abortion		
Yes	27	13.5
No	173	86.5
A history of miscarriage		
Yes	195	97.5
No	5	2.5
A history of unwanted pregnancy		
Yes	29	14.5
No	171	85.5

When women's cases of discontinuation contraceptives were examined, 56.5% of women had changed the contraceptive they used previously. 16.7% of women who changed their contraception method had changed two or more methods. The methods that were discontinued were condom (35.3%), combined oral contraceptive (30.9%), IUD (26.5%), and withdrawal (26.5%), respectively. 82.5% of the women reported the discomfort of their spouse as the reason for not using condoms. 48.5% of them stated amenorrhea, hypermenorrhea, and health problems due to weight gain and headache as the causes of discontinuation combined oral contraceptive. Similarly, 70% of women who no longer used IUD reported the reason as due to mostly hypermenorrhea and menorrhagia, embedded IUD, and health problems due to the displacement or expulsion of IUD. As a striking result, 60% of women who discontinued the withdrawal stated that they had an unwanted pregnancy. It was found that 25% of the women received contraception counseling and they mostly received counseling from midwives and nurses (52%) (Table 3).

A significant relationship was found between the use of a contraception method and economic status, unwanted pregnancy, and counseling. It was found

that women whose economic status is "income less than their expenditures", who have an unwanted pregnancy history, and who did not receive counseling services on contraception used traditional methods more ($p < 0.05$) (Table 4.)

Discussion

In this study, the preferences of married women between the ages of 18-49 on contraception method use and causes of discontinuation were examined. As a result of the study, it was determined that the majority of women used a contraceptive. According to World Bank data; in 2014, the rate of contraceptive use in the world was 62.4%, 71% in OECD countries, 69% in high-income countries, 64% in middle-income countries, and 52% in low-income countries (Worldbank 2020). In a study conducted, 80.3% of women use a contraceptive with 48.6% using modern while 31.7% used traditional contraceptives (Karacali and Ozdemir, 2018). According to the Turkey Demographic and Health Survey 2018 data, 70% of women in Turkey use a modern or a traditional contraceptive method (THDS 2018). Since our work was conducted in a large metropolis, the rates of using contraception methods are thought to be significantly above averages of Turkey and the World Bank data.

Table 3. Characteristics of women using contraceptives (n = 200)

Variable	n	%
Current contraceptives usage status		
Yes	186	93.0
No	14	7.0
Contraceptives type(n=186)		
Modern methods	119	63.9
Traditional methods	67	36.0
Contraceptives (n=186)		
Withdrawal	67	36.0
Condom	64	34.4
IUD	32	17.2
Tubal ligation	13	6.9
Combined oral contraceptive	9	4.8
Calendar method	1	0.5
Decision of using contraceptive (n=186)		
Couple's desire	72	38.7
Contraception counselling	43	23.1
Own desire	40	21.5
Spouse desire	18	9.6
Advice of relatives	13	6.9
Reasons for preferring withdrawal (n=67)*		
Ease of use	31	46.2
High level of protection	24	35.8
Concerns and negative perceptions about other methods	24	35.8
Others (spouse factor, religious reason etc.)	10	14.9
Reasons for preferring condom (n=64)*		
Ease of use	24	37.5
Concerns about other methods	20	31.2
Spouse desire	12	18.7
High level of protection	10	15.6
Reasons for preferring IUD (n=32)*		
High level of protection	20	62.5
Protection for a long time	12	37.5
Ease of use	4	12.5
Reasons for preferring combined oral contraceptive (n=9)		
Therapeutic use	4	44.4
High level of protection	3	33.3
Ease of use	2	22.2
Contraceptive usage time		
1-5 years	107	53.5
5-10 years	54	27.0
10 years and above	39	19.5
Contraceptive satisfaction		
Yes	155	77.5
No	45	22.5
Change contraceptive status		
Yes	113	56.5
No	87	43.5
Number of contraceptive changes (n=113)		
One time	94	83.1
Twice	15	13.2
Three times	4	3.5
Discontinued contraceptives (n= 113)*		
Condom	40	35.3
Combined oral contraceptive	35	30.9
IUD	30	26.5
Withdrawal	30	26.5
Combined contraceptive injection	4	3.5
Condom causes of discontinuation (n=40)		
Partner request (due to discomfort)	33	82.5
Economic reason	4	10.0
Unwanted pregnancy	3	7.5

Table 3. (Devam) Characteristics of women using contraceptives (n = 200)

Variable	n	%
Combined oral contraceptive causes of discontinuation (n=35)		
Health problems	17	48.5
- Amenorrhea and hypomenorrhea	12	34.2
- Weight gain and headache	5	14.3
Pregnancy desire	13	37.1
IUD causes of discontinuation (n = 30)		
Health problems	21	70.0
- Hypermenorrhea and menorrhagia	10	33.3
- Embedded IUD	7	23.3
- IUD displacement or expulsion	4	13.3
Pregnancy desire	7	30
Withdrawal causes of discontinuation (n=30)		
Unwanted pregnancy	18	60
Partner request (due to discomfort)	12	40
Receive contraception counseling		
Yes	50	25
No	150	75
Health professional providing contraception counselling		
Doctor	24	48
Nurse and midwife	26	52

* More than one option

Table 4. Comparison of women's characteristics of contraceptive use with sociodemographic characteristics (n = 200)

Variable	Use of contraceptives				Test and p value
	Modern		Traditional		
	n	%	n	%	
Age groups					
≤30	35	18.7	17	9.1	.732
31-40	52	27.8	34	18.2	p=.694
40 <	32	17.1	17	9.1	
Education level					
Primary and middle school	51	27.3	37	19.8	1.944
High school	33	17.6	14	7.5	p=.163
University and above	35	18.7	17	9.1	
Economic status					
Income less than expenditure	16	8.6	37	19.8	38.903
Income equal to expenditure	68	36.4	14	7.5	p= .000*
Income mor than expenditure	35	18.7	17	9.1	
A history of unwanted pregnancy					
Yes	23	12.3	6	3.2	5.244
No	97	51.3	74	33.2	p= .022*
Receive contraception counseling					
Yes	48	25.9	2	0.5	-5.626
No	71	38.4	68	35.1	p=.000*

Man Whitney U test Z value(Z_{MWU}), Kruskal Wallis test X^2 value (X^2_{KW}) * p < 0.05

Contraceptive use as well as the rates of using modern and traditional contraceptives are important for success. In a study conducted on the use of contraceptives in America and European countries, it was found that combined oral contraceptive and condoms were used frequently in all countries (Johnson et al., 2013). In a study conducted in Iran,

it was found that women most frequently used combined oral contraceptive, withdrawal, and condoms (Sarvestani et al., 2017). 70% of women in our country used a contraceptive and the most common contraceptives are withdrawal, condom, and IUD (THDS 2018). This result is consistent with the results of studies carried out in Turkey

while it is different from other studies. It is thought that this difference is caused by socioeconomic and cultural factors on a country basis.

Withdrawal is used commonly as a traditional contraceptive method. The use of traditional contraceptives increases the rate of unwanted pregnancy. In a study conducted in Iran, it was reported that 24% of women used the withdrawal, and the main reason for using the contraceptive was the perception that the withdrawal was reliable and negative perceptions of modern contraceptives. It was found that 73% of women were concerned about the risk of method failure and unwanted pregnancy (Sarvestani and Khoo, 2019). In another study conducted with 300 women in Iran, it has been determined that the average length of using the withdrawal is 6.5 years, that it is preferred more in terms of its cost, that it doesn't require medical advice, no side effects, and ease of use (Rahnama et al., 2010). In the study examining the knowledge, perceptions, and experiences of women in Turkey related to withdrawal, the reasons for its frequent use was that it is reliable, that it is the spouse's preference, that it is safer, and it is easier or more convenient than other contraceptives (Yanikkerem et al., 2006). According to the TDHS 2018 data, the withdrawal is the most frequently used contraceptive with a rate of 20% (THDS 2018). Socio-economic status and education level, support or barriers to the use of contraceptives by men, having no costs and being accessible in all situations, and not having any religious objection to the use of the method are influential in the preference of the withdrawal method (Turk and Terzioglu, 2012). Similarly, as a result of this study, it was determined that the withdrawal, which is the most frequently used contraceptive, was used for its ease of use, high level of protection, concerns, and negative perceptions about modern methods, spouse desire, and religious reasons. What stands out among these reasons is undoubtedly the belief of women that the contraceptive has a high level of protection. The success of the withdrawal depends on personal factors, and most of the unwanted pregnancies occur among the couples using this contraceptive. Unwanted pregnancies are associated with a range of adverse health, economic, social, and psychological consequences affecting women and children, families, and society. In a study, it was found that 17% of total pregnancies were unwanted and there was a high rate of interest in the withdrawal (Sarvestani and Khoo, 2019). Another study conducted with 4634 women in the USA

reported that 33% of women at risk of unwanted pregnancy used the withdrawal at least once in 30 days (Jones et al., 2014). In a study conducted in Turkey, it is reported that unwanted pregnancies occurred in 53.1% of women using the withdrawal method, 54.3% of women using modern contraceptive methods, 16.3% of women (Ay et al., 2012). As a result of this study, it was found that women who used the withdrawal method had more unwanted pregnancy history. In a study, it was determined that the withdrawal is often preferred due to its advantages such as having no side effects, ease of access and cost and that spouses want to take responsibility in family planning and to protect their spouses from the possible negative effects of contraceptives. In addition, the lack of quality care and knowledge in existing family planning services and avoiding visiting a healthcare facility, which requires time and money and can be intimidating, were perceived as additional advantages by some users (Ortayli et al., 2005). The frequently preferred of withdrawal should not be ignored. Within the scope of contraception counseling, the withdrawal method should be discussed free from prejudices, as a contraceptive option and the reasons for its preference should be determined, and counseling should be supported with information about the fertility period and easy access to emergency contraception.

Determining the causes of contraceptive discontinuation is important in ensuring the continuity of the method. The Family Planning Organization reported that 38% of women discontinued using a modern contraception method in the past, most frequently due to side effects/health reasons, method failure, and the desire to use a more effective method. (Family Planning 2016). In a study conducted by WHO in 19 countries; 38% of women found that they discontinued using methods due to method-related reasons (WHO 2012). In a study conducted, it was reported that 7-12% of women were not satisfied with the method they used and that the most common reasons for changing their methods were pregnancy desire, being uncomfortable with side effects, and health risks related to use (Johson et al., 2013). In a study conducted with 4224 women, it was found that the most common causes of contraceptive discontinuation were the desire to become pregnant (6.56%) and method failure (2.76%) (Sato et al., 2020). Similarly, in another study conducted with 6927 women, it was found that the pregnancy desire (45.6%), method problems (30.1%), and the use of

methods with the questions of getting pregnant while using it (O'Fallon et al., 2018). In this study, it was determined that 22.5% of women were not satisfied with the contraceptive they used due to health problems, unwanted pregnancy, and difficulty in accessing the method. Within the scope of contraception counseling, information should be provided about the method's protection mechanism, its level of protection, potential health problems and side effects, and clients should be evaluated according to the individual characteristics and a contraceptive recommended accordingly.

The availability and accessibility of contraception services facilitate the choice of contraceptive methods suitable for women's personal characteristics and health conditions (Kirici et al, 2020). In a study conducted with 334 women, it was found that the IUD, condom, and combined oral contraceptive were the most common contraceptives that women thought to choose before consulting, while it was found that the preference of IUD among women increased and the preference of other methods decreased after counseling. In addition, it was determined that women thought that the most important factor affecting the choice of the method after contraception counseling was that they thought the method was safer, and 95.2% of them preferred the first method recommended by the contraception counseling staff (Kirici et al., 2020). In another study, it was found that the advice and information about the use of contraception from a general practitioner or specialist physicians have the greatest effect on women in choosing the type of contraceptives. However, it was found that contraceptive pills and condoms were the most recommended contraceptive methods for women by physicians and this result was consistent with the rate of use (Sarvestani et al., 2017). As a result of this study, women who receive counseling preferred modern contraceptives more. Based on the study results, contraception counseling is an important factor in women's preferences of contraception methods and increases the use of modern methods. In addition, within the scope of contraceptive counseling, rather than recommending a certain contraceptive to a couple, it is necessary to offer appropriate method options according to the individual characteristics and needs of the individuals. The choice of method should be made by the client, not the consultant.

In this study, it was found that the use of traditional methods was higher in women with low income and who did not receive counseling.

According to the TDHS 2018 data, the unmet need for contraceptive methods in our country is 12% (THDS 2018). The high level of using traditional methods and not using methods in women with low income or who think they have a lack of information is important as it may indicate inequalities in access to health services. Contraception counseling plays a key role in women's choice of method. For this reason, accessible and quality counseling services should be provided to all adolescents and adults in need of contraception.

Conclusion and Recommendations

As a result of this study, it was found that although most of the women used a method, withdrawal was the first preferred method. Women discontinued using contraceptive many times for many reasons. It was determined that contraception counseling plays an important role in the use of modern contraceptives. Therefore, contraception counseling should be provided to couples by health professionals in order to increase the effective use of contraceptives. Given the fact that counseling is often provided to women, contraception counseling should aim to reach couples by involving men at all levels of services. Within the scope of this service, it is recommended to provide training on the use and benefits of contraception, correct misconceptions about contraception, increase accessibility, and services at institutional levels. In addition, more extensive studies are needed on the different factors that prevent the use of contraception and how these factors can be addressed.

Ethics Committee Approval: The approval of the ethics committee was obtained from the Istanbul University Social and Humanities Research Ethics Committee (No:2018/113552). Permission was also obtained from the Family Health Center where the research was carried out. The information in the voluntary consent form was explained to the participants, and their verbal consents were obtained. In this research, the principles of the Declaration of Helsinki were followed.

Peer-review: External referee evaluation.

Author Contributions: Concept: NŞ, ZA; Design: NŞ, ZA; Data Collection: ZA, FND; Data Processing: ZA, FND; Analysis and Interpretation: NŞ, ZA; Literature Search: ZA, FND; Preparation of the manuscript: ZA, FND; Critical Reviews: NŞ.

Conflict of interest: There is no conflict of interest among the authors.

Financial Disclosure: This study is not supported by any institution or organization.

What did the study add to the literature?

- Most of the women used a method, withdrawal was the first preferred method.
- Women using the withdrawal method are at risk of unplanning pregnancy.
- Contraception counseling plays an important role in the use of modern methods.
- Among the reasons for women to prefer a method are mostly; ease of use and access, concerns and negative perceptions about other methods, and high protection.
- Women mostly abandoned the method they used for reasons such as developing health problems, unwanted pregnancy, and desire to become pregnant.

References

- Ay S, Yanikkerem E, Mutlu S. (2012). İstenmeyen gebelik yaşayan kadınların özellikleri ve kontraseptif yöntemleri bırakma nedenleri: Kırsal alan örneği. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(3), 315-324.
- Bamuffeh RA, Al-Zahrani AE, Yousuf SA. (2017). Systematic review: contraceptive knowledge and use in Saudi Arabia. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 5, 69-77.
- Cavallaro FL, Benova L, Owolabi OO, Ali M. (2019). A systematic review of the effectiveness of counselling strategies for modern contraceptive methods: What works and what doesn't?. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 1-16.
- Family Planning 2020 Contraceptive Discontinuation; 2016. Access date: 25 February 2021, <http://2015-2016progress.familyplanning2020.org/page/measurement/contraceptive-discontinuation>
- Gavas E, İnal S. (2019). Türkiye'de kadınların aile planlaması yöntemleri kullanma durumları ve tutumları: Sistematik derleme. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*, 1(2), 37-43.
- Johnson S, Pion C, Jennings V. (2013). Current methods and attitudes of women towards contraception in Europe and America. *Reproductive Health*, 10(1), 1-9.
- Jones RK, Lindberg LD, Higgins JA. (2014). Pull and pray or extra protection? Contraceptive strategies involving withdrawal among US adult women. *Contraception*, 90(4), 416-421.
- Kantorová V, Wheldon MC, Ueffing P, Dasgupta ANZ. (2020). Estimating progress towards meeting women's contraceptive needs in 185 countries: A Bayesian hierarchical modelling study. *PLoS Medicine*, 17(2), e1003026.
- Karacali M, Özdemir R. (2018). Karabük ilinde 15-49 yaş grubu evli kadınların aile planlaması hizmetlerine erişimini etkileyen faktörler. *Turkish Journal Public Health*, 16(2), 131-145.
- Kirici P, Kaplan S, Karacor T, Nacar MC. (2020). Aile planlaması danışmanlık hizmetinin kadınların kontraseptif yöntem tercihine etkisi: Bir tersiyer merkez deneyimi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 17(3), 425 – 430.
- Kutlu R, Sayın S, Uçar M, Demirbaş O. (2014). Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre kontraseptif yöntem kullanma durumları ve bu yöntemleri tercih nedenleri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 18(3), 134-141.
- Marshall C, Guendelman S, Mauldon J, Nuru- Jeter A. (2016). Young women's contraceptive decision making: do preferences for contraceptive attributes align with method choice?. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 48(3), 119-127.
- Barden-O'Fallon J, Speizer IS, Calhoun LM, Corroon M. (2018). Women's contraceptive discontinuation and switching behavior in urban Senegal, 2010–2015. *BMC Women's Health*, 18(1), 1-9.
- Ortaylı N, Bulut A, Ozugurlu M, Çokar M. (2005). Why withdrawal? Why not withdrawal? Men's perspectives. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 13(25), 164-173.
- Pazol K, Zapata LB, Tregear SJ, Mautone-Smith N, Gavin, LE. (2015). Impact of contraceptive education on contraceptive knowledge and decision making: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(2), 46-56.
- Rahnama P, Hidarnia A, Shokravi FA, Kazemnejad A, Ghazanfari Z, Montazeri A. (2010). Withdrawal users' experiences of and attitudes to contraceptive methods: A study from Eastern district of Tehran, Iran. *BMC Public Health*, 10(1), 779.
- Sarvestani K, Khoo S. (2019). Determinants of withdrawal use as a contraception method and its impact on sexual satisfaction: Case study of Shiraz county-Iran. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 7(2), 1621-1629.
- Sarvestani KA, Ahmadi A, Enayat H, Movahed M. (2017). Level and factors related to unintended pregnancy with a brief review of new population policies in Iran. *Iranian Journal of Public Health*, 46(7), 973-981.
- Sato R, Elewonibi B, Msuya S, Manongi R, Canning D, Shah I. (2020). Why do women discontinue contraception and what are the post-discontinuation outcomes? Evidence from the Arusha Region, Tanzania. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(1), 1723321.
- Turkey Demographic and Health Survey (TDHS) 2018. Access date: 22 July 2020, <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/eng/tdhs2018/>
- Turk R, Terzioğlu F. (2012). Geri çekme yöntemi ve kullanımını etkileyen faktörler. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 67-80.
- United Nations Population Fund (UNFPA) 2020. Access date: 22 July 2020, <https://www.unfpa.org/family-planning>
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division: Family Planning and the

- 2030 Agenda for Sustainable Development; 2019. Access date: 22 July 2020, https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/familyPlanning_DataBooklet_2019.pdf
- World Health Organization (WHO): Causes and consequences of contraceptive discontinuation: evidence from 60 Demographic and Health Surveys; 2012. Access date: 25 February 2021, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75429/9789241504058_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization (WHO): Contraception, Evidence brief; 2018. Access date: 22 July 2020, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329884/WHO-RHR-19.18-eng.pdf?ua=1WHO>
- World Health Organization (WHO): Sustainable development goal; 2018. Access date: 20 July 2020, <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3>
- World Health Organization and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Family planning: a global handbook for providers. Baltimore and Geneva: CCP and WHO; 2018. Access date: 22 July 2020, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. Selected practice recommendations for contraceptive use. Geneva: World Health Organization; 2016. Access date: 22 July 2020, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252267/1/9789241565400-eng.pdf> 14
- Worldbank: Contraceptive prevalence, any methods (% of women ages 15-49); 2020. Access date: 22 July 2020, <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.CONU.ZS>
- Yanikkerem E, Acar H, Elem E. (2006). Withdrawal users' perceptions of and experience with contraceptive methods in Manisa, Turkey. *Midwifery*, 22(3), 274-284.
- Zapata LB, Tregear SJ, Curtis KM, Tiller M, Pazol K, Mautone-Smith N, et al. (2015). Impact of contraceptive counseling in clinical settings: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(2), 31-45.

Çocuk Gözüyle Hemşirelik Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi

Assessment of Nursing Care Quality from Child's Perspective

Remziye Semerci¹  Melahat Akgün Kostak¹  İsmail Çetintaş¹  Esra Nur Kocaaslan¹ 

¹ Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Edirne, TÜRKİYE

Geliş tarihi/ Date of receipt: 08/09/2020

Kabul tarihi/ Date of acceptance: 14/02/2021

© Ordu University Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Turkey, **Published online:** 18/04/2021

ÖZ

Amaç: Pediatri hemşirelerinin, çocuklara bireyselleştirilmiş bakım sunabilmesi için çocukların memnuniyetlerini ve hemşirelik bakımını çocuk gözünden değerlendirmesi gerekmektedir. Bu çalışmanın amacı çocuk gözü ile hemşirelik bakım kalitesini değerlendirmektir.

Yöntem: Tanımlayıcı nitelikteki çalışma, bir üniversite hastanesinde tedavi gören 7-13 yaşındaki 164 çocukla yürütüldü. Veriler 'Tanıtıcı Bilgi Formu' ve 'Çocukların Gözü ile Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği' ile toplandı. Veriler tanımlayıcı istatistikler, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis H, post hoc Bonferroni testi ve Spearman korelasyon testleriyle analiz edildi.

Bulgular: Çocukların yaş ortalaması 10.86±2.24, %59.1'i erkek, %40.2'si genel pediatri kliniklerinde tedavi almakta ve %79.9'unun hastane deneyimi vardı. Çocukların %33.5'inin kronik hastalığı vardı. Hastane deneyimi fazla olan, hematoloji/onkoloji kliniklerinde yatan çocukların toplam ölçek puanları ve 'Psikososyal bakım' alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak daha yüksekti (p<0.05). Kronik hastalığı olan çocukların toplam ölçek puan ve alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti (p<0.05). Çocukların hastaneye yatış sayısı ile toplam ölçek puanları, 'Psikososyal Bakım' ve 'Fiziksel bakım' alt boyut puanları arasında pozitif yönde ilişki bulundu (p<0.05). Çocukların hastane yatış süreleri ile 'Psikososyal Bakım' alt boyut puanları arasında pozitif yönde ilişki vardı (p=0.021).

Sonuç: Kronik hastalığı olan, hastane yatış sayısı ve yatış süresi fazla olan çocuklar hemşirelik bakım kalitesini daha iyi olarak belirttiler. Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin yatıştan itibaren çocuklara klinik, hastalıkları ve tedavileri ile ilgili bilgilendirme yapmaları, fiziksel bakım dışında da çocukların hastanede eğlenceli vakit geçirmeleri için etkinlikler düzenlemeleri ve çocukların gereksinimlerini bütüncül değerlendirmeleri önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Çocuk, hemşirelik, bakım kalitesi, hemşirelik bakımı

ABSTRACT

Objective: Pediatric nurses should evaluate children's satisfaction with nursing care from the children's perspective to provide individualized care. This study was aimed to evaluate the quality of nursing care from the children's perspective.

Methods: Descriptive study was carried out with 164 children aged 7-13 years in a university hospital. The data were collected by 'Information Form' and 'The Scale Evaluation Quality of Care From Children's Point of View'. Data were analyzed using descriptive statistics, Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis H, post hoc Bonferroni test, and Spearman correlation.

Results: Children's age mean was 10.86±2.24, 59.1% were male, 40.2% received treatment in the general pediatric service, and 79.9% had hospitalization experience. 33.5% of children had chronic diseases. The total scale scores and the "Psychosocial Care" sub-dimension mean scores of the children who were hospitalized in hematology/oncology clinics and who had more hospital experience were statistically higher (p<0.05). The total scale score and subscale mean scores of children with chronic disease were statistically significantly higher (p<0.05). A positive correlation was found between the number of hospitalizations of children and the mean score of total scale, 'Psychosocial Care' and 'Physical Care' subdimensions (p<0.05). It was a positive correlation between the length of hospitalization of children and the means score of the 'Psychosocial Care' subdimension (p = 0.021).

Conclusion: Children with chronic illnesses, hospitalization experiences, more hospitalization, and a long stay in the hospital stated that nursing care was better. In line with these results, it can be suggested that nurses should inform the children about service, disease, and treatment from the hospitalization, organize activities for children in hospital, and spend time with children in addition to physical care to evaluate their needs holistically.

Keywords: Child, nursing, quality of care, nursing care

ORCID IDs of the authors: RS: 0000-0003-1999-9179, MAK: 0000-0003-0507-9638, İÇ: 0000-0002-9449-8801, ENK: 0000-0002-7890-7302

Sorumlu yazar/Corresponding author: Arş. Gör. Remziye Semerci

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Edirne, TÜRKİYE

e-posta/e-mail: remziyesemerci@gmail.com

Bu araştırma 2. Uluslararası 7. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur (27-30 Kasım 2019).

Atıf/Citation: Semerci R, Akgün Kostak M, Çetintaş İ, Kocaaslan EN. (2021). Çocuk gözüyle hemşirelik bakım kalitesinin değerlendirilmesi. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 4(1), 39-47. DOI: 10.38108/ouhcd.792360

Giriş

Ebeveynler, çocuklarının doğumundan itibaren rutin takipleri veya hastalıkları nedeniyle sıklıkla hastanelere başvurumaktadırlar (Gündüz ve ark., 2016). Hastalık ve hastaneye yatma süreci çocuklar ve ebeveynleri için stres ve kaygı verici bir deneyimdir (Şener ve Karaca, 2017). Hastaneye yatış “Çocuğun hayatında önemli bir olay” olarak adlandırılmaktadır (Vessey 2003). Çocuklar için hastane ortamları kaos, bilinmezlik, ayrılık korkusu, terk edilme korkusu ve vücut bütünlüğünün zarar görmesi olarak algılanmaktadır (Açıkgöz ve ark., 2019; Gündüz ve ark., 2016; Wilson ve ark., 2010;).

Literatürde çocuklarda hastaneye yatmaya bağlı olarak anksiyete, korku, stres, regresyon, mutsuzluk, apati, hiperaktivite, agresyon ve uyku düzensizlikleri gibi davranış ve tepkilerin görülebileceği bildirilmektedir (Açıkgöz ve ark., 2019; Başbakkal ve ark., 2010; Melnyk 2000; Öztürk ve Topan, 2018). Çocukların hastane ve hastalık durumuna verdiği tepkiler farklılık göstermektedir (Gönener 2009). Bu tepkiler çocuğun yaş, hastalığın akut ya da kronik olması, önceki hastane deneyimleri ve yatış sürecinde çocuğun sağlık profesyonelleri tarafından desteklenmesi gibi faktörlerden etkilenmektedir (Gündüz ve ark., 2016; Taşdemir Akkavak ve Sarıkaya Karabudak, 2019; Wilson ve ark., 2010). Devam eden korku ve kaygı çocuğun sağlık bakımına katılımını engelleyebilir hatta çocuğun tedavi sürecini olumsuz etkileyebilir (Gündüz ve ark., 2016). Çocukların verdiği tepkiler giderilmediği sürece bu tepkiler çocuklar için örseleyici olabilmekte ve yaşam kalitesini düşürebilmektedir (Başbakkal ve ark., 2010).

Çocuğun hastalık ve hastaneye yönelik verdiği tepkileri gidermek amacıyla hastanelerde çocuğun gelişimini ve konforunu destekleyen bir ortamın oluşturulması önemlidir (Comparcini ve ark., 2018; Çakirer Çalbayram ve ark., 2018). Çocuğun bilişsel, fizyolojik, psikolojik ve sosyal özellikleri göz önünde bulundurularak bütüncül bakım verilmesi gerekmektedir (Başbakkal ve ark., 2010). Bu kapsamda, sağlık profesyonellerine özellikle çocuğun primer hemşiresine önemli sorumluluklar düşmektedir (Noreña Peña ve Cibanal Juan, 2011). Bu kritik durumda, pediatri hemşirelerinin bakımının önemli bir kısmını oluşturan terapötik iletişim ve oyunu hastanede yatan çocukların stresle baş etmelerini kolaylaştırmak amacıyla kullanmaları büyük önem taşımaktadır (Avan 2020; Yayan ve Zengin, 2018). Çocuğun gelişim özelliklerine uygun olarak kullanılan terapötik iletişim ve oyun,

çocuğun hastaneye yatma nedenini anlayabilmesine ve bu bilinmezliğe karşı etkili baş etme yöntemlerini geliştirmelerine olanak sağlamaktadır (Yati ve ark., 2017; Yayan ve Zengin, 2018). Literatürde, çocuklarda hastaneye yatmaya bağlı oluşan anksiyeteyi azaltmak amacıyla kullanılan terapötik iletişim ve oyununun çocukların anksiyete düzeylerini azaltmada etkili olduğu ve çocukların tedaviye ve hastalığa olan uyumlarını arttırdığı belirtilmektedir (Kapkin ve ark., 2020; Silva ve ark., 2017; Yati ve ark., 2017). Bu bilgiler ışığında, pediatri hemşiresinin terapötik iletişim ve oyunu kullanarak çocuk için destekleyici bir ortam (hastalık-tedavi konusunda bilgilendirme, klinik-odasını tanıtmaya, çocuğun eğlence aktivitelerini planlanma, klinikte yatan diğer çocuklar ile tanıştırmaya vb.) oluşturma kritik bir önem taşımaktadır (Comparcini ve ark., 2018).

Çocuk için destekleyici ortamın oluşturulması çocuğun bakım memnuniyetinin ve yaşam kalitesinin artmasını sağlayacaktır (Ryan-Wenger ve Gardner, 2012; Yagil ve ark., 2010). Literatürde genellikle çocukların hastane ve hastalığa karşı verdiği tepkiler ya da hastane, hastalık, sağlık profesyonellerine olan algılarını inceleyen çalışmalar yapılmıştır (Gündüz ve ark., 2016; Öztürk ve Topan, 2018; Taşdemir Akkavak ve Sarıkaya Karabudak, 2019). Çocukların hemşirelik bakımına yönelik düşüncelerini değerlendiren çalışmalar konusunda literatürde sınırlılık söz konusudur (Comparcini ve ark., 2018). Çocukların perspektifinden hemşirelik bakım kalitesinin değerlendirilmesi; çocukların bakım ihtiyaçlarının belirlenmesine, beklentilerinin karşılanmasına ve hemşirelik girişimlerinin planlamasına katkı sağlayacaktır (Harder ve ark., 2018; Yagil ve ark., 2010).

Bakım memnuniyeti, bireyselleştirilmiş bakımın en önemli göstergelerinden biridir. Çocukların bakım memnuniyeti ve yaşam kalitelerini arttırmak amacıyla pediatri kliniklerinde hemşirelik bakım kalitesinin çocuklar tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu değerlendirme çocukların bakım gereksinimlerinin belirlenmesini de sağlayacaktır. Hemşirelik bakım kalitesinin değerlendirilmesi ayrıca bakım memnuniyetinin de somut bir ölçüsü olacaktır. Bu bilgiler ışığında bu çalışmanın amacı, 7-13 yaş grubundaki çocukların perspektifinden hemşirelik bakım kalitesinin değerlendirilmesidir.

Araştırma Soruları

1. Çocuk gözüyle hemşirelik bakım kalitesi ne düzeydedir?

2. Çocuk gözüyle hemşirelik bakım kalitesini etkileyen faktörler nelerdir?

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Çalışma tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma 15 Mayıs-27 Ağustos 2019 tarihlerinde Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinde yapıldı. Araştırma, çocuk onkoloji/hematoloji kliniği, çocuk hastalıkları kliniği ve çocuk cerrahi kliniğinde yürütüldü. Hastane Trakya Bölgesinin en büyük üniversite hastanesidir ve 68 yataklı pediatri kliniğine sahiptir.

Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinde pediatri kliniklerinde tedavi gören 7-13 yaş aralığındaki 164 çocuk oluşturdu. Araştırmada amaca uygun örnekleme yöntemi kullanıldı ve örneklem sayısı G-Power 3.1.9.4. versiyon programı kullanılarak hesaplandı ve 0.80 güç, 0.05 p değeri ile yapılan hesaplamada gerekli örneklem sayısı 164 olarak bulundu.

Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya, çocuk kliniklerinde en az 2 gün yatarak tedavi olan, ana dili Türkçe olan, 7-13 yaş aralığında olan, görsel, işitsel ve zihinsel bir problemi olmayan, çalışma için ebeveynleri onay veren gönüllü çocuklar dahil edildi.

Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; çocukların ve ebeveynlerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, anne-baba çalışma durumu, anne-baba eğitim durumu, çocuğun hastane deneyimi, kronik bir hastalığa sahip olma durumu vb.), bağımlı değişkenler ise; 'Çocukların Gözü ile Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği' toplam puan ortalaması ve alt boyutlarının puan ortalamalarıdır.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri 'Tanıtıcı Bilgi Formu' ve 'Çocukların Gözü ile Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği' aracılığıyla toplandı.

Tanıtıcı Bilgi Formu: Form, araştırmacılar tarafından literatür taraması sonucunda oluşturuldu (Taşdemir Akkavak ve Karabudak, 2019; Yağil ve ark., 2010; Wilson ve ark., 2010). Form, çocuğa ait tanımlayıcı özellikleri ile ilgili 10 soru (yaş, cinsiyet, hastanede kalış süresi, hastaneye yatış süresi, kronik bir hastalığa sahip olma durumu vb.); ebeveynlere ait tanımlayıcı özellikleri ile ilgili 7 soru (yaş, anne-baba eğitim düzeyi, anne-baba

çalışma durumu vb.) olmak üzere toplam 17 sorudan oluşmaktadır.

Çocukların Gözü ile Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği: Ölçek Yılmaz tarafından 2018 yılında geliştirilmiştir (Yılmaz 2018). Ölçekte 15 madde bulunmaktadır. Her madde beşli likert tipte (1=Hiçbir zaman katılmıyorum, 5=Her zaman katılıyorum) öz bildirim dayalı olarak puanlandırıldı. Ölçekte olumsuz madde bulunmamaktadır. Ölçek üç alt boyuttan oluşmaktadır bunlar; psikososyal bakım (6 madde; 3, 5, 7, 8, 14, 15. maddeler), fiziksel bakım (5 madde; 4, 10, 11, 12, 13. maddeler) ve bilgilendirme (4 madde; 1, 2, 6, 9. maddeler) alt boyutlarıdır. Ölçekten alınabilecek minimum puan 15, maksimum puan 75'tir. Alt boyutlardan alınan puanlar arttıkça o bakıma yönelik bakım kalitesinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin toplam Cronbach's alfa katsayısı 0.86'dır. Bu çalışma için ölçeğin Cronbach's alfa katsayısı 0.98 olarak bulundu.

Veri Toplama Süreci

Veri toplama süresince, araştırmacılar her gün pediatri klinik sorumluları ile görüşerek çocukların örnekleme dahil edilme kriterleri kapsamında değerlendirildi. Örneklem seçim kriterlerine uygun olan çocuklar ilk olarak araştırmacılar ile tanışarak güvenli bir ilişki kurulduktan sonra çocuk ve ebeveyn araştırma hakkında bilgilendirildi. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan çocukların ebeveynlerinden yazılı izin, çocuklardan ise sözel onam alındı. Veriler çocuğun kendisini rahat hissedebilmesi için kendi hasta odasında ve yatağında, yüz yüze görüşme yöntemi ile çocuğun öz bildirimine dayalı olarak toplandı. Veri toplama süreci yaklaşık 10-15 dakika sürdü.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, lisanslı IBM SPSS 23 paket programı (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.) kullanılarak analiz edildi. Ebeveynlerin ve çocukların tanımlayıcı özelliklerinin değerlendirilmesinde sayı, yüzde dağılımları, ortalama ve standart sapma kullanıldı. Normal dağılım, Shapiro-Wilk-W testi ile değerlendirildi. Ölçek puan ortalamalarının varyans homojenliği sonuçlarına göre non-parametrik testler kullanıldı. Tanımlayıcı özelliklerle ölçek skorları arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Mann Whitney U testi, Kruskal-Wallis H testi, Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Spearman korelasyon analizinde; 0.00-0.25=çok zayıf, 0.26-0.49=zayıf, 0.50-0.69=orta, 0.70-0.89=yüksek, 0.90-1.00=çok yüksek ilişki korelasyon katsayıları esas alındı.

Sonuçlar %95’lik güven aralığında ve anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen çocukların yaş ortalaması 10.86 ± 2.24 ve %59.1’i erkek idi. Çocukların %76.2’si çekirdek aile yapısında ve %80.5’inin aile gelir düzeyi “gelir gidere denk” idi. Annelerin %79.9’u, babaların ise %11.6’sı çalışmıyordu. Annelerin %49.4’ü ilkököl mezunu, babaların %38.3’ü lise mezunuydu (Tablo 1).

Tablo 1. Çocukların tanımlayıcı özellikleri (n=164)

Değişkenler	Ort ± SS	
Çocuk Yaş	10.86 ± 2.25	
Cinsiyet	n	%
Kız	67	40.9
Erkek	97	59.1
Aile yapısı		
Çekirdek	125	76.2
Geniş	39	23.8
Aile Geliri		
Gelir giderden az	12	7.3
Gelir gidere denk	132	80.5
Gelir giderden çok	20	12.2
Anne çalışma durumu		
Çalışıyor	33	20.1
Çalışmıyor	131	79.9
Annenin eğitim düzeyi		
Okuma yazma bilmiyor	9	5.5
İlkokul	81	49.4
Ortaokul	31	18.9
Lise	38	23.2
Üniversite ve üstü	5	3.0
Baba çalışma durumu		
Çalışıyor	145	88.4
Çalışmıyor	19	11.6
Babannin eğitim düzeyi		
Okumaya yazma bilmiyor	13	7.9
İlkokul	55	33.5
Ortaokul	17	10.4
Lise	62	38.3
Üniversite ve üstü	17	9.9

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

Çocukların hastalık/hastaneye yatma ile ilişkili tanımlayıcı özelliklerine Tablo 2’de yer verilmiştir. Çocukların %40.2’si “Çocuk Hastalıkları Servisinde”, %35.4’ü “Çocuk Cerrahi Servisinde” ve %24.4’ü “Çocuk Hematoloji/Onkoloji Servisinde” tedavi almaktaydı. Çocukların %33.5’inin kronik bir hastalığı vardı ve %79.9’u daha önce hastaneye yatmıştı. Çocukların hastane yatış süreleri ortalama 6.17 ± 8.89 (Min: 2 Max: 58), hastane yatış sayısı ise ortalama 4.53 ± 4.00 (Min:1-Max:20) idi.

Tablo 2. Çocukların hastalık/hastaneye yatma ile ilgili tanımlayıcı özellikler (n=164)

Değişkenler	Ort ± SS	
Hastane yatış süresi (gün)	6.17 ± 8.89 (Min: 2 Max: 58)	
Hastaneye yatış sayısı	4.53 ± 4.00 (Min: 1 Max: 20)	
Yattığı Servis	n	%
Çocuk	40	24.4
Hematoloji/Onkoloji	58	35.4
Çocuk Cerrahi	66	40.2
Kronik hastalık durumu		
Var	55	33.5
Yok	109	66.5
Hastane deneyimi		
Var	131	79.9
Yok	33	20.1

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Min: Minimum, Max: Maximum

Çocukların ‘Çocuk Gözü ile Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği’ toplam puan ortalaması 47.81 ± 16.96 , ‘Psikososyal Bakım’ alt boyut 14.21 ± 8.03 ; ‘Fiziksel Bakım’ alt boyut 19.95 ± 6.16 ve ‘Bilgilendirme’ alt boyut puan ortalaması 13.64 ± 5.10 ’dur. (Tablo 3).

Tablo 3. Çocukların ‘Çocuk Gözü ile Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği’ toplam puan ortalaması ile alt boyut puan ortalamaları

Ölçek ve Alt Boyutlar	Ort ± SS	Min - Max
Psikososyal Bakım	14.21 ± 8.03	6.00 - 30.00
Fiziksel Bakım	19.95 ± 6.16	5.00 - 25.00
Bilgilendirme	13.64 ± 5.10	4.00 - 20.00
TOPLAM	47.81 ± 16.96	15.00 - 75.00

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Min: Minimum, Max: Maximum

Çocukların hastalık/hastaneye yatma ile ilgili özelliklerine göre “Çocukların Gözü ile Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeğinin” toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımına Tablo 4’de yer verilmektedir. Çocukların yattığı servis ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0.05$) Çocuk hematoloji/onkoloji servisindeki çocukların bildirdikleri ölçek toplam puan ortalaması, ‘Psikososyal Bakım’ ve ‘Fiziksel Bakım’ alt boyut

puan ortalamaları diğer servisteki çocukların bildirdiklerinden daha yüksek idi.

Çocukların kronik hastalık durumu ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Kronik hastalığı olan çocukların bildirdikleri ölçek toplam ve alt boyut puan ortalaması kronik hastalığı olmayan çocukların bildirdiklerinden daha yüksek idi (Tablo 4).

Çocukların hastane deneyimine sahip olma durumları ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Hastane deneyimi olan çocukların bildirdikleri ölçek toplam ve 'Psikososyal Bakım' alt boyut puan ortalaması hastane deneyimi olmayan çocukların bildirdiklerinden daha yüksek idi (Tablo 4).

Tablo 4. Çocukların hastalık/hastaneye yatma ile ilgili özelliklerine göre ölçek puan ortalamalarının dağılımı (n = 164)

Değişken	Ölçek Toplam Median (Q1-Q3)	Psikososyal Bakım Alt Boyutu Median (Q1-Q3)	Fiziksel Bakım Alt Boyutu Median (Q1-Q3)	Bilgilendirme Alt boyutu Median (Q1-Q3)
Yattığı Servis				
Çocuk Hematoloji/Onkoloji ^a	56.00(45.00-63.00)	16.50(13.00-24.00)	23.00(19.00-25.00)	15.50(13.00-17.00)
Çocuk Cerrahi ^b	45.00(37.00-59.00)	10.00(6.00-15.00)	21.50(20.00-25.00)	14.00(10.00-19.00)
Çocuk Hastalıkları ^c	45.00(31.00-60.00)	12.00(6.00-18.00)	20.50(17.00-25.00)	14.00(8.00-18.00)
MWU* , p	a-b = 823.50, p = .015 a-c = 913.50, p = .008 b-c = 1884.50, p = .882	a-b = 628.50, p < .001 a-c = 880.50, p = .004 b-c = 1767.00, p = .450	a-b = 1068.50, p = .496 a-c = 989.50, p = .028 b-c = 1635.50, p = .156	a-b = 1052.50, p = .434 a-c = 1023.00, p = .052 b-c = 1778.50, p = .495
Kronik hastalığa sahip olma				
Evet	58.00(46.00-69.00)	15.00(13.00-26.00)	23.00(19.00-25.00)	16.00(13.00-19.00)
Hayır	45.00(35.00-54.00)	10.00(6.00-16.00)	21.00(15.00-25.00)	13.00(10.00-19.00)
MWU**, p	1624.50 < .001	2271.00 .010	2197.00 .005	1804.00 < .001
Hastane deneyimine sahip olma				
Evet	49.00(41.00-64.00)	13.00(6.00-22.00)	23.00(17.00-25.00)	14.00(11.00-18.00)
Hayır	43.00(35.00-51.00)	10.00(6.50-14.00)	21.00(17.00-24.50)	12.00(8.00-18.00)
MWU**, p	1626.50 .028	1672.50 .042	1812.00 .144	1921.50 .323

MWU*: Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney Testi; MWU**: Mann Whitney U testi, Q1-Q3: Çeyrekler arası aralık (İnterquartile range -IQR)

Çocukların hastane yatış süreleri ve hastaneye yatış sayıları ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkiye Tablo 5' de yer verilmiştir. Çocukların hastaneye yatış süreleri ile 'Psikososyal Bakım' alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde çok zayıf ilişki olduğu belirlendi ($r=0.180$ $p=0.021$). Çocukların hastaneye yatış sayısı ile ölçek toplam puan ortalamaları

arasında pozitif yönde zayıf ilişki olduğu ($r=0.251$; $p < 0.001$) belirlendi. Çocukların hastaneye yatış sayısı ile 'Psikososyal Bakım' alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf ilişki olduğu ($r=0.286$; $p < 0.001$); 'Fiziksel Bakım' alt boyut puan ortalamaları arasında ise pozitif yönde çok zayıf ilişki olduğu ($r=0.200$; $p=0.009$) saptandı.

Tablo 5. Çocukların bazı özellikleri ile ölçek puan ortalamaları arasındaki korelasyon katsayıları ve anlamlılık düzeyi (n = 164)

Değişkenler	Ölçek Toplam	Psikososyal Bakım Alt Boyutu	Fiziksel Bakım Alt Boyutu	Bilgilendirme Alt boyutu
Hastane yatış süresi (gün)	r_s .139 p .075	.180 .021	.005 .945	.116 .140
Hastaneye yatış sayısı	r_s .251 p <.001	.286 <.001	.200 .009	.142 .100

r_s = Serman Korelasyon Analizi

Tartışma

Çocuklar hastaneye yattıkları andan itibaren bir bilinmezlik ve kaos yaşamaktadırlar. Çocukları bu bilinmezlikten kurtarmak için hastaneye yatıştan itibaren, hemşireler tarafından bakıma/tedaviye dahil edilmeleri, süreç hakkında bilgilendirilmeleri ve destekleyici ortamın oluşturulması gerekmektedir (Burns-Nader 2017; Comparcini ve ark., 2018). Pediatri hemşirelerinin, çocuğu desteklemesi ve çocuğun bakıma yönelik memnuniyetlerini arttırmaları önemlidir (Taşdemir Akkavak ve Karabudak, 2019). Bu kapsamda, çocuğun hemşirelik bakım kalitesinden memnun kalma durumunun sorgulanması önemlilik arz etmektedir. Çocuğun öz bildirimine dayalı çalışmaların somut bir veri oluşturacağı düşüncesiyle bu çalışmada çocuk perspektifinden hemşirelik bakım kalitesinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırma sonucunda, çocukların tedavi aldığı servis, kronik hastalığa sahip olma durumları, hastane deneyimleri, hastane yatış sayıları gibi özelliklerinin hemşirelik bakım kalitesine yönelik değerlendirmelerini etkilediği belirlendi.

Bu çalışmada, çocuk hematoloji/onkoloji servisinde yatan çocukların bildirdiği genel hemşirelik bakım kalitesi, psikososyal ve fiziksel bakım kalitesi diğer çocuklardan daha yüksek idi. Çalışma bulgularımız literatürdeki sonuçlara benzerlik göstermekte idi. Literatürde, çocukların hemşirelik algısını ve hemşirelik bakımına yönelik tutumlarını yatış yapılan klinik türünün etkili olduğu bildirilmektedir (Comparcini ve ark., 2018; İnal Emiroğlu ve Akay, 2008). Çocuk hematoloji/onkoloji servisinde yatan çocukların kronik hastalığa sahip oldukları düşünülürse, akut hastalığı olan çocuklardan daha fazla hastane yatış yaptıkları söylenebilir. Sıklıkla hastaneye yatırılan bu çocuklar hastane ortamına, tedavi ve bakım prosedürlerine, sağlık profesyonellerine aşinadır. Bu aşinalık, çocukların hastaneden neler beklediğini ve alacakları bakım konusunda fikir sahibi olmalarını sağlamaktadır. (Bolat 2018). Bu durumun çocuğun bakım memnuniyetini de etkileyebileceği düşünülebilir. Hastaneye yatma çocuklar için anksiyeteye neden olan bir durumdur. Yapılan çalışmalarda/literatürde kronik hastalıkları olan çocukların akut hastalıkları olan çocuklara göre anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (Gerçeker ve ark., 2018; Şen Beytut ve ark., 2019). Kronik hastalığı olan çocukların hastane deneyimine sahip olmaları nedeni ile anksiyetenin düzeylerinin düşük olduğu, aynı şekilde tekrarlı yatışlarda çocuk ve hemşire arasındaki ilişkinin

gelişmesi ile hemşirelerin çocukların beklentilerini karşıladığı, bu durumun çocuğun hemşirelik bakımına yönelik memnuniyetini arttırdığı söylenebilir.

Çocukların hastaneye yatış deneyimlerine ilişkin görüş ve algıları sağlık hizmetlerinin etkinliğinin kalitesinin izlenmesinde ve değerlendirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Comparcini ve ark., 2018; Temel ve ark., 2018). Bu çalışmada, hastane deneyiminin çocukların hemşirelik bakım kalitesine yönelik değerlendirmelerini etkilediği, hastaneye yatış deneyimi olan çocukların genel hemşirelik bakımını ve psikososyal bakım kalitesini daha yüksek değerlendirdikleri belirlendi. Pelander ve arkadaşları (2007) Finlandiya'da çocuklar ile yürüttükleri çalışmada, hastane deneyimi olan çocukların hemşirelik bakım kalitesini daha iyi değerlendikleri belirtilmiştir (Pelander ve ark., 2007). Literatürde, hemşire ve çocuk arasındaki iletişim ve etkileşimin çocuğun servise kabulü ile başladığı belirtilmektedir (Taşdemir Akkavak ve Sarıkaya Karabudak, 2019). Çocuk ve hemşire arasındaki bu ilişki çocuğun tedavi ve hastalığa olan uyumunu kolaylaştırırken, hemşireye güven duymasını da sağlamaktadır (İnal ve Akgün, 2003). Bu bilgiler ışığında çocukların hastane yatış deneyiminin olması, çocuk ve hemşire arasındaki ilişkinin gelişmesi ile hemşirelerin çocukların beklentilerini karşıladığı, bu durumun çocuğun hemşirelik bakımına yönelik memnuniyetini arttırdığı söylenebilir.

Çocuklarda hastaneye yatışa bağlı oluşan anksiyete ve stresi azaltmanın en etkili çözümlerinden biri de yatıştan itibaren çocuğun bilgilendirilmesi ve bakımına dahil edilmesidir. Bu çalışmada, kronik hastalığa sahip olan çocuklar hemşirelerin bilgilendirmeye yönelik bakım kalitelerini daha iyi değerlendirirken, kronik hastalığa sahip olmayan çocuklar daha düşük olarak belirttiler. Teksoz ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan deneysel çalışmada, hemşireler tarafından yaratıcı oyunlar ile çocuklara tedavi ve hastalık süreci hakkında bilgi verilen ve bakıma dahil edilen çocukların hemşirelik bakım memnuniyetinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Teksoz ve ark., 2017). Boztepe ve arkadaşları (2017), hastane ve tedavi süreci ile ilgili bilgilendirilmeyen çocukların kaygı düzeylerinin fazla olduğu bildirilmiştir (Boztepe ve ark., 2017). Bu bilgiler ışığında, süreç hakkında bilgilendirilen çocuklarda hastane/hastalığa yönelik bilinmezlik, stres, kaygı ve korku duygularının azaldığı ve hemşirelik bakım memnuniyetlerinin arttığı söylenebilir. Olumsuz duyguları azalan çocuk

bakımına aktif olarak katılabilir, kendi duygu, düşünce ve gereksinimlerini kolaylıkla bildirebilir. Bu kapsamda çocuğun hastaneye yatıştan itibaren hemşireler tarafından desteklenmesi ve süreç hakkında bilgilendirilmesi önemlidir.

Bu çalışmada, çocukların hastaneye yatış sayısı arttıkça hemşirelik bakım kalitesini, psikososyal bakımı ve fiziksel bakımı daha iyi değerlendirdikleri belirlendi. Çalışma sonucunda, ilk kez hastaneye yatan çocukların hemşirelik bakım kalitesini düşük değerlendirdikleri, hastane yatış sayısı ve hastanede kalma süresinin artması ile çocukların bildirdikleri hemşirelik bakım kalitesinin de arttığı görülmektedir. Çocukların hastane ortamına uyumları gelişimsel özelliklerinden dolayı zordur. Bu nedenle pediatri hemşireleri, çocukların yetişkinlerden farklı ihtiyaçları olduğunu bilmelidir. Kişilerarası ilişkiler ve hastalarla etkili iletişim hemşirelik bakım kalitesinin önemli bir belirleyicisidir. Hemşireler çocuklar ile iletişimi başlatmak ve çocukların kendilerini ifade edebilmelerini sağlamak amacıyla kliniklerde etkinlikler düzenlemelidir (Noreña Peña ve Cibanal Juan, 2011). Bu kapsamda hemşirelerin çocukların psikososyal bakım ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla eğlence faaliyetlerini planlaması, çocuklara zaman ayırarak sohbet etmeleri, çocukları serviste yatan diğer çocuklar ile tanıştırmaları vb. etkinlikleri yapması gerekmektedir. Hemşirelerin fiziksel bakım ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla çocukların ağrılarını yönetmeleri, yaptıkları ilaç hakkında bilgi vermeleri, ilaç uygulamaları sırasında çocuk ile iletişime geçmeleri; bilgilendirme ile ilgili bakım ihtiyaçlarını karşılamak için tedavi ve hastalık hakkında, yattığı servis ve odası hakkında bilgi vermesi gerekmektedir (Yılmaz 2018). Literatürde, okul çağı çocuklarıyla yapılmış olan birçok kalitatif çalışmada, çocukların hemşirelerden beklentileri ve çocukların hemşirelere yönelik algıları çizim yöntemleriyle değerlendirilmiş ve çocukların hemşirelerden süreç hakkında bilgilendirme, oyun etkinlikleri, bakıma dahil edilme, güler yüz ve iletişim kurma gibi beklentilerinin olduğu belirlenmiştir (Loureiro ve ark., 2019; Pelander ve Leino-Kilpi, 2004). Bu sonuçlar kapsamında pediatri hemşirelerinin tedavi ve bakım odaklı girişimlerde bulunduğu, çocukların psikososyal ihtiyaçlarını geri planda bıraktıkları söylenebilir.

Sonuç ve Öneriler

Kronik bir hastalığı olan, daha önce hastane deneyimi olan ve hematoloji/onkoloji kliniklerinde tedavi gören çocukların hemşirelik bakım kalitesini

daha iyi bildirdikleri belirlendi. Çocukların hastane yatış sayısı ve hastanede kalış süreleri arttıkça hemşirelik bakım kalitesi için bildirdikleri puanların arttığı görüldü. Çocuklar tarafından yapılan değerlendirmede, hemşirelerin, 'Çocukların Gözü ile Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi Ölçeği' toplam puan, 'Psikososyal Bakım' ve 'Bilgilendirme' alt boyutlarında ortalama puanın altında puan aldıkları, 'Fiziksel Bakım' alt boyutunda ise ortalamanın üzerinde puan aldıkları belirlendi. Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin yatıştan itibaren çocuklara servis, hastalığı ve tedavisi ile ilgili bilgilendirme yapmaları, çocukların hastanede eğlenceli vakit geçirmeleri için etkinlikler düzenlemeleri ve fiziksel bakım dışında da çocuklarla zaman geçirerek çocukların gereksinimlerini bütüncül değerlendirmeleri önerilebilir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın, Türkiye'nin Trakya Bölgesinde yer alan bir üniversite hastanesinde yapılması ve araştırmanın yürütüldüğü 'Çocuk Hastalıkları Servisinin' karma bir servis (nefroloji, endokrin, nöroloji, enfeksiyon, immünoloji anabilim dalı) olması çocukların sonuçlarının servislere göre karşılaştırılmasını sınırlamaktadır. Bu nedenle araştırma sonuçları çalışmanın yürütüldüğü hastanede yatarak tedavi alan çocuklara genellenebilir.

Teşekkür

Çalışmaya katkı sağlayan ve değerli zamanlarını ayıran tüm ebeveynlere ve çocuklara katkılarından dolayı teşekkür ederiz.

Araştırmanın Etik Yönü/ Ethics Committee

Approval: Araştırma için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan (TÜTF-BAEK 2019/76) ve Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bilim Dalından gerekli yazılı izinler alındı. Araştırmaya katılan çocuklara ve ebeveynlere araştırmanın amacı açıklandı. Ebeveynlerden sözel ve yazılı onamları alınırken, çocuklarda sözel onamları alındı.

Hakem/Peer-review: Dış hakem değerlendirmesi.

Yazar Katkısı/Author Contributions: Fikir/kavram: RS; Tasarım: RS, MAK; Danışmanlık: MAK; Veri Toplama: RS, İÇ, ENK; Veri İşleme: RS, İÇ, ENK; Analiz ve/veya Yorum: RS; Kaynak tarama; RS; Makalenin Yazımı: RS; Eleştirel inceleme: MAK.

Çıkar çatışması/Conflict of interest: Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Yazarların

araştırmada herhangi bir firma ile çıkar ilişkisi de bulunmamaktadır.

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

Çalışma Literatüre Ne Kattı?

- Çocukların hemşirelerden aldıkları fiziksel bakım alt boyut puan ortalamaları, psikososyal bakım ve bilgilendirme alt boyut puan ortalamalarına göre daha yüksek düzeydedir.

- Hastane deneyimi ve kronik bir hastalığa sahip olan çocuklar, hemşirelik bakım kalitesini daha iyi değerlendirmektedir.

- Hastanede kalış süresi ve hastaneye yatış süresi arttan çocuklar, hemşirelik bakım kalitesini daha iyi değerlendirmektedir.

Kaynaklar

- Açıkgöz A, Ezen M, Söngüt S, Ulukuş A, Emir B. (2019). Çocuğu hastanede yatan annelerde anksiyete ve depresif belirtilerin değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 373-382.
- Avan H. (2020). Hastane öncesi bakımda çocukla terapötik iletişim ve oyun. *Hastane Öncesi Dergisi*, 5(2), 109-118.
- Başbakkal Z, Sönmez S, Celasin NŞ, Esenay F. (2010). 3-6 yaş grubu çocuğun akut bir hastalık nedeniyle hastaneye yatışa karşı davranışsal tepkilerinin belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7(1), 456-468.
- Şen Beytut D, Bolışık B, Solak U, Seyfioğlu U. (2009). Çocuklarda hastaneye yatma etkilerinin projektif yöntem olan resim çizme yoluyla incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 36-44.
- Bolat EY. (2018). Süreğen hastalığı olan çocuklar ve hastane okulları. *Milli Eğitim Dergisi*, 47(218), 163-186.
- Boztepe H, Cınar S, Ay A. (2017). School-age children's perception of the hospital experience. *Journal of Child Health Care*, 21(2), 162-170.
- Burns-Nader S. (2017). Examining children's healthcare experiences through drawings. *Early Child Development and Care*, 187(11), 1809-1818.
- Comparcini D, Simonetti V, Tomietto M, Leino- Kilpi H, Pelander T, Cicolini G. (2018). Children's perceptions about the quality of pediatric nursing care: A large multicenter cross-sectional study. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(3), 287-295.
- Çakirer Çalbayram N, Altundağ S, Aydın B. (2018). Investigating children's perception of nurses through their drawings. *Clinical Nursing Research*, 27(8), 984-1001.
- Gerçeker G, Ayar D, Özdemir Z, Bektaş M. (2018). Çocuk anksiyete skalası-durumluluk ve çocuk Korku ölçeğinin Türk diline kazandırılması. *Dokuz Eylül*

Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 11(1), 9-13.

Gönener D. (2009). Okul yaş grubu çocukların hastane ve hastalığı ile ilgili bilgilendirme durumlarının endişe kaynakları ile etkileşimi. *Gaziantep Medical Journal*, 15(1), 41-48.

Gündüz S, Yüksel S, Aydeniz GE, Aydoğan RN, Türksoy H, Dikme İB ve ark. (2016). Çocuklarda hastane korkusunu etkileyen faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 59, 161-168.

Harder M, Söderbäck M, Ranheim A. (2018). Health care professionals' perspective on children's participation in health care situations: encounters in mutuality and alienation. *International Journal of Qualitative Studies on Health And Well-Being*, 13(1), 1555421.

İnal Emiroğlu FN, Akay AP. (2008). Kronik hastalıklar, hastaneye yatış ve çocuk. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 22(2), 99-105.

İnal S, Akgün M. (2003). Hastanede yatan çocukta terapötik iletişim. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 67-76.

Loureiro F, Figueiredo MH, Charepe Z. (2019). Nursing care satisfaction from school-aged children's perspective: An integrative review. *International Journal of Nursing Practice*, 25(6), e12764.

Kapkin G, Manav G, Muslu GK. (2020). Effect of therapeutic play methods on hospitalized children in Turkey: A Systematic Review. *Erciyes Medical Journal*, 42(2), 127-142.

Melnyk BM. (2000). Intervention studies involving parents of hospitalized young children: an analysis of the past and future recommendations. *Journal of Pediatric Nursing*, 15(1), 4-13.

Noreña Peña AL, Cibanal Juan L. (2011). The experience of hospitalized children regarding their interactions with nursing professionals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(6), 1429-1436.

Öztürk ÖŞ, Topan A. (2018). Investigation of the fear of 7-18-year-old hospitalized children for illness and hospital. *Journal of Religion and Health*, 58(3), 1011-1023.

Pelander T, Leino-Kilpi H. (2004). Quality in pediatric nursing care: Children's expectations. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 27(3), 139-151.

Pelander T, Leino-Kilpi H, Katajisto J. (2007). Quality of pediatric nursing care in Finland: Children's perspective. *Journal of Nursing Care Quality*, 22(2), 185-194.

Ryan-Wenger NA, Gardner W. (2012). Hospitalized children's perspectives on the quality and equity of their nursing care. *Journal of Nursing Care Quality*, 27(1), 35-42.

Silva RDMD, Austregésilo SC, Ithamar L, Lima LSD. (2017). Therapeutic play to prepare children for invasive procedures: a systematic review. *Jornal de Pediatria*, 93(1), 6-16.

Şener DK, Karaca A. (2017). Mutual expectations of mothers of hospitalized children and pediatric nurses

- who provided care: qualitative study. *Journal of Pediatric Nursing*, 34, e22-e28.
- Taşdemir Akkavak D, Sarıkaya Karabudak S. (2019). Hastanede yatan okul çağı çocukların hemşireyi ve hastaneyi algılama durumlarının incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12(1), 46-56
- Teksoz E, Bilgin I, Madzwamuse SE, Ocakci AF. (2017). The impact of a creative play intervention on satisfaction with nursing care: A mixed- methods study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 22(1), e12169.
- Temel ZF, Kanat K, Kaynak Ekici KB, Canberi F. (2018). Hastaneye yatma deneyimi olan ve olmayan 5-6 yaş çocuklarının doktor, hemşire ve hastane algılarının incelenmesi. *Turkish Journal of Social Research*, 22, 251-278.
- Vessey JA. (2003). Children's psychological responses to hospitalization. *Annual Review of Nursing Research*, 21(1), 173-201.
- Wilson ME, Megel ME, Enenbach L, Carlson KL. (2010). The voices of children: stories about hospitalization. *Journal of Pediatric Health Care*, 24(2), 95-102.
- Yagil D, Luria G, Admi H, Moshe- Eilon Y, Linn S. (2010). Parents, spouses, and children of hospitalized patients: evaluation of nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 66(8), 1793-1801.
- Yati M, Wahyuni S, Islaeli I. (2017). The effect of storytelling in a play therapy on anxiety level in pre-school children during hospitalization in the general hospital of buton. *Public Health of Indonesia*, 3(3), 2477-1570.
- Yayan EH, Zengin M. (2018). Çocuk kliniklerinde terapötik oyun. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 226-233.
- Yılmaz M. (2018). Çocukların gözü ile bakım kalitesinin değerlendirilmesi: Bir ölçek geliştirme çalışması. 5. Ulusal 1. Uluslararası Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Kongresi; 15-17 Kasım 2018; Sakarya.

Yaşlıların Kişisel Anlam Profili ve Psikolojik İyi Oluşlarının Değerlendirilmesi

Evaluation of Personal Meaning Profile and Psychological Well-being in the Older People

Ayşe İnel Manav¹  Adile Bozkurt¹  Ejidane Coşkun¹ 

¹ Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Osmaniye, TÜRKİYE

Geliş tarihi/ Date of receipt: 26/10/2020 **Kabul tarihi/ Date of acceptance:** 16/03/2021

© Ordu University Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Turkey, **Published online:** 18/04/2021

ÖZ

Amaç: Araştırma yaşlılarda kişisel anlam profili ve psikolojik iyi oluş düzeylerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Bu çalışma, kesitsel olarak 27.07.2020-30.09.2020 tarihlerinde, Osmaniye merkez ilçesinde yürütülmüştür. Evrenin temsili için %95 güven aralığı ve %3 hata marjini ile minimum 353 kişinin örnekleme alınması uygun bulunmuştur. 440 yaşlı birey çalışmaya alınmıştır. Veriler; Kişisel Bilgi Formu, Kişisel Anlam Profili Ölçeği ve Psikolojik İyi Oluş Ölçeği ile toplanmıştır. Veriler; Student's t test, Tek Yönlü Varyans Analizi, Pearson korelasyon katsayısı, Çoklu Lineer Regresyon Analizi ile değerlendirilmiştir. İstatistik anlamlılık seviyesi $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

Bulgular: Yaşlıların Kişisel Anlam Profili Ölçeği İlişkiler, Din, Kendini aşma, Kendini kabul ve Yakınlık alt boyutu puan ortalamaları ile Psikolojik İyi Oluş Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır ($p < 0.05$). Yaşlılardan geliri giderinden az olanlarda, sigara kullananlarda, mental bozukluğu olan ve fiziksel engeli olanlarda Kişisel Anlam Profili Ölçeği toplam puan ortalaması anlamlı düzeyde azalmaktadır ($p < 0.05$). Lise mezunu olan ve kronik hastalığı olan yaşlıların Kişisel Anlam Profili Ölçeği toplam puan ortalaması anlamlı düzeyde artmaktadır ($p < 0.05$).

Sonuç: Çalışmanın sonuçlarına göre; yaşlıların kişisel anlam profilleri ve kaynaklarının psikolojik iyi oluşlarını geliştirdiği bulunmuştur. Yaşlıların bazı sosyo-demografik özelliklerinin de kişisel anlam profillerini etkilediği görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı bireyler, kişisel anlam profili, psikolojik iyi oluş

ABSTRACT

Objective: The research was conducted to determine the personal meaning profile and psychological well-being levels of the older people.

Methods: This descriptive-cross-sectional study was conducted on 27.07.2020-30.09.2020 in the central district of Osmaniye. Sampling of a minimum of 353 individuals with a 95% confidence interval and 3% margin of error was deemed appropriate to represent the population. 440 elderly individuals were included in the study. The data were collected by Personal Information Form, Personal Meaning Profile Scale and Psychological Well-being Scale. Data; Student's t test, One Way Analysis of Variance, Pearson correlation coefficient, Multiple Linear Regression Analysis has been evaluated by tests. Statistical significance level was taken as 0.05.

Results: It was determined that there is a significant positive correlation between the mean scores of the Personal Meaning Profile, Relationships, Religion, Self-transcendence, Self-acceptance and Closeness sub-dimension and the Psychological Well-being Scale total score averages of the older people ($p < 0.05$). The total average score of the Personal Meaning Profile decreases significantly in those with lower income, smokers, mental disorders and physical disabilities ($p < 0.05$). The Personal Meaning Profile total score average of the older participants who graduated from high school and those with chronic diseases increased significantly ($p < 0.05$).

Conclusion: It was found that the personal meaning profiles and resources of the older people improve their psychological well-being. It was found that some sociodemographic characteristics of the older people also affect their personal meaning profile.

Keywords: Older people, personal meaning profile, psychological well-being

ORCID IDs of the authors: AİM: 0000-0002-0173-0000, AB: 0000-0002-2431-2821, EC: 0000-0002-1989-5671

Sorumlu yazar/Corresponding author: Doktor Öğretim Üyesi Ayşe İnel Manav
Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Osmaniye, TÜRKİYE
e-posta/e-mail: ayseinel@gmail.com

Atıf/Citation: İnel Manav A, Bozkurt A, Coşkun E. (2021). Yaşlıların Kişisel Anlam Profili ve Psikolojik İyi Oluşlarının Değerlendirilmesi. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 4(1), 48-55. DOI:10.38108/ouhcd.816449

Giriş

Dünya’da yaşlı nüfus oranı hızla artmakta ve son yıllarda bu bireylerin sağlık ve iyi oluşlarının geliştirilmesi ile ilgili konuların sıklıkla araştırıldığı görülmektedir (WHO, 2020). Ericson’ın (1968a) Psikososyal Gelişim Kuramı’nda yaşlılık dönemi, “Benlik bütünlüğüne karşı umutsuzluk evresi.” olarak ifade edilmekte ve geçmiş yaşamdaki kayıp ve kazançların değerlendirildiği dönem olarak gösterilmektedir. Bu evrede, kazanılmış benlik özelliklerinin olgunlaşması ve bütünleştirilmesi benliğin en önemli görevidir (Erikson, 1968a; Erikson, 1968b). Hayatın anlamının sorgulanması, insanlığın varoluşuna dayanmaktadır. Bireylerin ölümün yaklaşması ile yaşam deneyimlerini sürekli sorgulayıp yoğun bir anlam arayışı içine girmeleri kaçınılmazdır (Öz, 2002).

Frankl (1963) Varoluşçu yaklaşımla, anlamın motivasyonel boyutunu vurgulamaktadır. O “anlam arzusu” nun önemli ve evrensel bir insan güdüsü olduğunu savunmaktadır (Frankl, 1963). Mc Donald ve ark. belirttiğine göre, Reker ve Wong kişisel anlamı “Her bireyin varlığının amacı, uyumu ve bu konudaki düzeni keşfetmesi ile birlikte değerli amaçların peşinden koşması, onlara ulaşması, içindeki potansiyeli iyi kullanması ve bu iyi kullanımdan doğan memnuniyet hissinin tüm bunlara eşlik etmesi.” şeklinde tanımlamaktadır (McDonald ve ark., 2012). Wong ise (1997) kişisel anlamı, yaşama anlam kazandıran bireysel olarak oluşturulmuş bir bilişsel sistem şeklinde tanımlamaktadır (Wong, 1997). Bu anlam sistemi, Wong’un (1997) örtük teori araştırmasına göre duygusal, motivasyonel, bilişsel, ilişkisel ve kişisel olmak üzere beş bileşenden oluşmaktadır (McDonald ve ark., 2012). Din, kültür, değerler, inançlar, ilişkiler, idealler, varoluşsal temalar vb. gibi yaşamı anlamlı yapan kaynaklar bireyler için farklılaşmaktadır (McDonald ve ark., 2012; Delle Fave ve ark., 2013; Hupkens ve ark., 2018).

Bireylerin kişisel anlam ve kaynaklarının sağlık ve iyi oluşlarında destekleyici önemli bir araç ya da kaynak olduğu çeşitli çalışmalarla gösterilmektedir (Delle Fave, 2020; Krok, 2015). Kişisel anlam ve kaynakları, esenlik ve iyi oluş alanında önemli yeri olan psikolojik iyi oluşla da pozitif ilişkilidir (Reyes ve ark., 2020; Hoeyberghs ve ark., 2019). Psikolojik iyi oluş, yaşamdaki anlamlı amaçları devam ettirme, kişisel gelişim ve nitelikli ilişkiler kurabilme gibi varoluşsal mücadeleleri yönetme olarak ifade edilmektedir (Keyes ve ark., 2002). Ryff’in (1989) psikolojik iyi oluş modelinde öz-kabul, diğer bireyler ile pozitif ilişkiler, özerklik, çevresel

kontrolün sağlanması, yaşam amacı ve kişisel gelişimi içeren alt boyutlar bulunmaktadır (Ryff, 1989).

Yaşlılar yaşlılıkta yaşam deneyimlerinin çoğunu yeniden anlamlandırmaktadır. Yaşlılarda yaşamın anlamı ile psikolojik iyi oluşun ilişkili olduğu, anlam kaynaklarının psikolojik iyi oluş için önemli olduğu söylenmektedir (Reyes ve ark., 2020; Hoeyberghs ve ark., 2019). Din, spirüelite ve yaşamdaki kişisel anlamın yaşlı bireylerin psikolojik iyi oluşlarını çok daha fazla geliştirdiği belirtilmektedir (Kibret ve ark., 2017).

Artan yaşlı nüfusta yaşlıların esenlik ve iyi olma düzeyinin geliştirilmesi açısından bu konu ile ilgili bazı çalışmalar olmasına karşın, kültürden etkilenen bu konularla ilgili farklı kültürlerdeki çalışmaların kısıtlı olduğu görülmektedir. Ulusların yaşlıların refahına ilişkin politika ve hizmetleri geliştirebilmesinde, rehberlik edebilecek bu bilgiler önemlidir. Bu nedenle bu çalışmada yaşlıların kişisel anlam profili ve psikolojik iyi oluşlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, yaşlıların kişisel anlam profili ve psikolojik iyi oluşlarının değerlendirilmesi amacıyla kesitsel olarak gerçekleştirilmiştir

Araştırmanın Yeri

Bu çalışma 27.07.2020-30.09.2020 tarihlerinde, Osmaniye merkez ilçesinde yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Osmaniye ilinde yaşayan 65 üstü bireyler oluşturmaktadır. Osmaniye merkez nüfusu 254.116 kişi, Türkiye 65 yaş üstü prevalansı ise %9,1’dir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2019). Bu bilgiler doğrultusunda, popülasyonun temsili için %95 güven aralığı ve %3 hata marjini ile minimum 353 kişinin örnekleme alınması uygun bulunmuştur (Schaeffer ve ark., 1990). Türkçe okuma yazması olan, 65 yaş üstü olan, akıllı telefon kullanabilen/anket doldurabilen yaşlılar çalışmaya alınırken, herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olanlar alınmamıştır. Çalışmada 440 yaşlıya ulaşılmıştır.

Veri Toplama Form ve Araçları

Araştırmanın verileri aşağıdaki veri toplama formları ile toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu

Çalışmada konu ile ilgili literatür taranarak araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu; her bireye ilişkin kişisel özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, aile tipi, eğitim durumu, aktif çalışma durumu, gelir

durumu algısı, sosyal güvence durumu) ve tedavi ile ilişkili özellikleri (kronik hastalık durumu, fiziksel engel durumu, ruhsal bozukluk durumu, sigara ve alkol kullanma durumu) sorgulayan toplam 14 sorudan oluşmaktadır (Reyes ve ark., 2020; Hoeyberghs ve ark., 2019; Irving ve ark., 2017; Delle Fave ve ark., 2013).

Kişisel Anlam Profili Ölçeği (KAPÖ)

MacDonald ve ark. (2012) tarafından kişilerde yaşamın anlamını nelerin oluşturduğunu öğrenmek ve ortaya koymak amacıyla geliştirilmiştir. Kişisel Anlam Profili Ölçeği kısa formu 7 alt boyutlu ve 21 maddeli bir ölçektir. Kişisel Anlam Profili Ölçeği (KAPÖ) kısa formunun tümü için toplam değeri üzerinden Cronbach alfa güvenirlik katsayı değeri 0.84 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe formu geçerlik ve güvenirlik çalışmasını Ekşi ve ark. (2017) yapmıştır ve tüm ölçek için Cronbach alfa güvenirlik katsayı değeri 0.83 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutları Kendini-aşma, Yakınlık, Din, Başarı, İlişki, Adil muamele ve Kendini-kabul için bulunan Cronbach alfa güvenirlik katsayı değerleri sırasıyla 0.74, 0.75, 0.74, 0.75, 0.75, 0.74, ve 0.74 olarak bulunmuştur. Yedili Likert tipi olan bir ölçektir (McDonald ve ark., 2012; Ekşi ve ark., 2018).

Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİOÖ)

Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİOÖ) Diener ve ark. ile 2010 yılında geliştirilmiş olup, varolan diğer iyi oluş ölçümlerine ek olarak geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe formunu Telef 2013 yılında oluşturmuştur. Bu ölçekte oluşturulan güvenirlik çalışması sonucunda Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının değeri 0.80 olarak çıkmıştır. Tekrar test sonucunda ise ölçekteki ilk ve ikinci uygulama arasında yüksek oranda, pozitif yönde ve anlamlı olarak bir ilişki saptanmıştır ($r=0.86$, $p<0.001$). Psikolojik İyi Oluş Ölçeği'nin madde toplam korelasyonları incelendiğinde ise 0.41 ile 0.63 arasında değiştiği görülmektedir ve t değerlerinin anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Psikolojik İyi Oluş Ölçeği'nin maddeleri 7 maddeden oluşan şıklarla cevaplandırılmaktadır. Birinci madde kesinlikle katılmıyorum ve son madde (7) kesinlikle katılıyorum şeklindedir. Bütün maddeler olumlu şekilde ifade edilmektedir. En düşük puan 8 ve en yüksek puan 56 olarak değerlendirilmektedir. Yüksek puan alan bireylerin psikolojik kaynaklardan çoğuna ve çoğu güce sahip olduğunu göstermektedir (Diener ve ark., 2010; Telef, 2013).

Verilerin Toplanması

Çalışmanın verileri COVID-19 pandemisi nedeniyle yüz yüze görüşme tekniği ile

toplanamamıştır. Bu nedenle online anket formları ile toplanmıştır.

Osmaniye ilindeki merkez ilçede, ilçeyi temsil edebilecek dört mahallenin muhtarları ile görüşülerek 65 yaş üstü bireylerin listesine ulaşılmıştır. Daha sonra kişilere ulaşılarak online onamları alınmış ve kabul edenlere anket formları gönderilmiştir. Yaşlıların bazıları formları kendileri doldururken bazıları ise yakınlarından yardım almışlardır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS 21 paket programında yapılmıştır. Ölçek puanlarının tanımlayıcı değişkenlerle ilişkileri tek değişkenli analizler ile değerlendirilirken, iki grup için Student's t test, ikiden fazla grup için Tek Yönlü Varyans Analizi, post hoc testlerden Tukey kullanılmış, iki sürekli değişken için ise Pearson korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı bulunan değişkenler Çoklu Lineer Regresyon Analizine dahil edilmiştir. Regresyonda anlamlı model elde edilebilmesi için geriye doğru eleme yöntemi kullanılmıştır. İstatistik anlamlılık seviyesi 0.05 olarak alınmıştır.

Etik Açıklamalar

Uygulamaya başlamadan önce "Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu" onayı alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan bireylere araştırmamızın amacı ve gizlilik, mahremiyet gibi unsurların korunması ve çalışmadan istedikleri zaman ayrılacakları ile ilgili bilgi verildikten sonra online Bilgilendirilmiş Onam Formu ile onamları alınmıştır.

Bulgular

Tablo 1'de yaşlıların sosyo-demografik ve sağlıkla ilgili özellikleri görülmektedir. Yaşlıların yaş ortalaması 69.47 ± 5.79 yıl, %51.4'ü kadın, %85.5'i evli ve %61.6'sı çekirdek ailede yaşamaktadır. Yaşlıların %20.5'i herhangi bir işte çalışmakta, %65.7'si gelirinin giderine denk olduğunu düşünmekte ve yaklaşık yarısının kronik bir hastalığı vardır. Tablo 2'de tüm ölçek toplam ve alt boyutlarının oldukça yüksek güvenirlikte olduğu görülmektedir.

Tablo 3'e göre, PİOÖ toplam puan ortalamaları ile KAPÖ Adil muamele alt boyut puan ortalamaları arasında zayıf düzey, Başarı, Din, Kendini aşma, Kendini kabul ve Yakınlık alt boyut puan ortalamaları arasında orta düzey, İlişkiler alt boyut puan ortalamaları arasında yüksek düzeyde doğrusal ilişkili olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$). Buna göre

KAPÖ ve alt boyutları toplam puanı arttıkça PİÖÖ toplam puanında artış gözlenmektedir.

Tablo 4’de risk faktörlerinin PİÖÖ ve KAPÖ sonuçlarına etkisi ile ilgili regresyon analiz sonuçları görülmektedir. Yaşlıların yaşı arttıkça, KAPÖ ve Başarı, İlişkiler, Kendini aşma, Kendini kabul alt boyutlarının puan ortalamaları azalmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 4).

Yaşlıların geliri giderinden az olanlarda, sigara kullananlarda, mental bozukluğu olan ve fiziksel engeli olanlarda KAPÖ toplam puan ortalaması anlamlı düzeyde azalmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 4).

Yaşlı katılımcılardan lise mezunu olanlar ve kronik hastalığı olanların KAPÖ toplam puan ortalaması anlamlı düzeyde artmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 4).

Yaşlıların Kişisel Anlam Profili Ölçeği İlişkiler, Din, Kendini aşma, Kendini kabul ve Yakınlık alt boyutu puan ortalamaları ile PİÖÖ toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$) (Tablo 4). Yaşlıların cinsiyeti ile PİÖÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4).

Tablo 1. Yaşlıların sosyo-demografik ve sağlıkla ilgili özellikleri

Özellikler		Ort±SS	Min-Maks
Yaş		69.47±5.79	65-91
		n	%
Cinsiyet	Kadın	226	51.4
	Erkek	214	48.6
Medeni durum	Evli	376	85.5
	Bekar	64	14.5
Çocuk durumu	Var	356	80.9
	Yok	84	19.1
Aile tipi	Geniş aile	113	25.7
	Çekirdek Aile	271	61.6
	Yalnız	56	12.7
Eğitim durumu	Okuryazar	80	18.2
	Okuryazar değil	86	19.5
	İlkokul mezunu	116	26.4
	Ortaokul mezunu	45	10.2
	Lise mezunu	71	16.1
	Yüksekokul ve üstü mezunu	42	9.5
Şu an çalışma durumu	Çalışıyor	90	20.5
	Çalışmıyor	350	79.5
Gelir durumu algısı	Gelirim giderimden az	86	19.5
	Gelirim giderime denk	289	65.7
	Gelirim giderimden fazla	65	14.8
Sosyal güvence	Var	377	85.7
	Yok	63	14.3
Sigara kullanımı	Kullanıyor	87	19.8
	Kullanmıyor	353	80.2
Alkol kullanımı	Kullanıyor	20	4.5
	Kullanmıyor	420	95.5
Kronik hastalık	Var	202	45.9
	Yok	238	54.1
Mental bozukluk	Var	49	11.1
	Yok	391	88.9
Fiziksel engel durumu	Var	88	20.0
	Yok	352	80.0

Tablo 2. Yaşlıların PİOÖ, KAPÖ ve alt ölçeklerine ilişkin puanları ve güvenilirliği

	Ort±SS	Min-Maks	Cronbach's Alpha
Başarı	15.32±3.46	3-21	0.694
İlişkiler	16.61±3.37	6-21	0.725
Din	17.51±3.76	3-21	0.657
Kendini aşma	14.6±3.63	4-21	0.727
Kendini kabul	15.84±3.32	3-21	0.712
Yakınlık	16.15±3.45	4-21	0.698
Adil muamele	14.17±3.76	3-21	0.749
Kişisel Anlam Profili Ölçeği (<i>toplamlar</i>)	110.21±18.33	46-147	0.911
Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (<i>toplamlar</i>)	38.58±13.18	8-56	0.968

Tablo 3. Yaşlıların PİOÖ ile KAPÖ ve alt boyut korelasyon sonuçları

	Başarı	İlişkiler	Din	Kendini aşma	Kendini kabul	Yakınlık	Adil muamele	Kişisel Anlam Profili Ölçeği (<i>toplamlar</i>)
Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (<i>toplamlar</i>)	r 0.443	0.606	0.444	0.405	0.530	0.555	0.393	0.647
	p <0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

Tartışma

Yaşlılık ve yaşlı nüfustaki bütün dünyadaki artış, onların iyi oluşu ve bunun geliştirilmesini gündeme getirmektedir. Yaşlıların psikolojik iyi oluşu, iyi oluşlarının önemli bir parçasıdır. Bu çalışmada yaşlıların kişisel anlam profillerinin psikolojik iyi oluşlarına etkisi incelenmiştir.

Bu çalışmada yaşlıların KAPÖ ve alt boyutları toplam puan ortalamaları arttıkça PİOÖ toplam puan ortalamalarında artış olduğu gözlenmektedir. Buna göre yaşlıların kişisel anlam profili ve kaynakları, psikolojik iyi oluşu pozitif yönde etkilemektedir. Literatürde bazı kültürlerdeki yaşlıların kişisel anlam ve kaynaklarının psikolojik iyi oluşlarıyla pozitif ilişkili olduğu belirtilmektedir (Reyes ve ark., 2020; Hoeyberghs ve ark., 2019, Krok, 2015; Haugan, 2014). Mantovani ve ark. (2016)

çalışmalarında, yaşlılıkta kişisel anlam deneyiminin yaşlılığın pozitif yönlerini geliştirdiği ve onların psikolojik iyi oluşlarını arttırdığı söylenmektedir (Mantovani ve ark., 2016). Windsor ve ark. (2015) çalışmalarında, daha yüksek amaç duygusuna sahip olan yaşlıların daha iyi sağlık, daha fazla iyi oluş gösterdikleri ve daha az depresif belirti bildirdikleri gösterilmektedir (Windsor ve ark., 2015). Benzer çalışmalar bunu desteklemektedir (Guse ve ark., 2018; Irving ve ark., 2017; Wong, 2016). Kibret ve ark. (2017) göre, din, spirüelite ve yaşamdaki kişisel anlam yaşlı bireylerin psikolojik iyi oluşlarını çok daha fazla geliştirmektedir (Kibret ve ark., 2017). Bu çalışmada, daha iyi kişisel anlam profili ve kaynaklarına sahip yaşlıların, psikolojik iyi oluşlarının da daha iyi olduğu görülmektedir. Bu sonuç literatüre benzemekte ve bu kültürdeki yaşlılardaki sonucu ile katkı sağlamaktadır.

Tablo 4. Yaşlıların sosyo-demografik ve sağlıkla ilgili özellikleri, PİÖÖ ve KAPÖ puanlarının karşılaştırılması

Model		Standardize olmayan		Standardize	t	p
		B	Standart.Hata	Beta		
Başarı	Sabit	21.193	1.981		10.701	<0.001
	Yaş	-0.092	0.028	-0.154	-3.253	0.001
	Okuryazar değil	-0.721	0.418	-0.083	-1.727	0.085
	Yüksekokul ve üstü mezunu	1.070	0.548	0.091	1.954	0.051
	Gelirim giderime denk	0.853	0.418	0.117	2.042	0.042
	Gelirim giderimden fazla	1.193	0.562	0.123	2.124	0.034
	Fiziksel problem (var)	-0.889	0.410	-0.103	-2.166	0.031
İlişkiler	Sabit	19.749	1.946		10.148	<0.001
	Yaş	-0.064	0.027	-0.110	-2.356	0.019
	Lise mezunu	1.426	0.423	0.156	3.370	0.001
	Gelirim giderime denk	0.595	0.324	0.084	1.839	0.067
	Sosyal güvence (var)	1.343	0.441	0.140	3.042	0.002
	Sigara kullanımı	-1.038	0.389	-0.123	-2.669	0.008
	Fiziksel problem (var)	-0.694	0.394	-0.082	-1.761	0.079
	Psikiyatrik problem (var)	-1.141	0.490	-0.107	-2.331	0.020
Din	Sabit	16.831	0.464		36.295	<0.001
	Yüksekokul ve üstü mezunu	-1.792	0.582	-0.140	-3.077	0.002
	Şu an çalışma durumu (evet)	-0.908	0.430	-0.097	-2.113	0.035
	Sosyal güvence (var)	1.700	0.482	0.158	3.529	<0.001
	Sigara kullanımı	-1.483	0.441	-0.157	-3.359	0.001
	Alkol kullanımı	-2.736	0.837	-0.152	-3.268	0.001
Kendini aşma	Sabit	17.709	2.030		8.723	<0.001
	Yaş	-0.064	0.029	-0.102	-2.222	0.027
	Lise mezunu	1.507	0.450	0.153	3.350	0.001
	Yüksekokul ve üstü mezunu	1.739	0.566	0.141	3.076	0.002
	Gelirim giderime denk	0.887	0.428	0.116	2.071	0.039
	Gelirim giderimden fazla	1.635	0.570	0.160	2.870	0.004
	Kronik hastalık (var)	0.637	0.335	0.088	1.902	0.058
	Fiziksel problem (var)	-1.378	0.424	-0.152	-3.250	0.001
Alkol kullanımı	1.505	0.795	0.087	1.893	0.059	
Kendini kabul	Sabit	22.784	1.907		11.948	<0.001
	Yaş	-0.082	0.027	-0.143	-3.070	0.002
	Çocuk durumu (var)	-0.991	0.391	-0.118	-2.535	0.012
	Gelirim giderimden az	-1.211	0.387	-0.145	-3.127	0.002
	Sigara kullanımı	-1.136	0.386	-0.137	-2.946	0.003
Yakınlık	Sabit	15.310	0.491		31.163	<0.001
	Lise mezunu	1.230	0.441	0.131	2.792	0.005
	Yüksekokul ve üstü mezunu	1.094	0.549	0.093	1.992	0.047
	Gelirim giderimden az	-0.841	0.417	-0.097	-2.019	0.044
	Sosyal güvence (var)	0.812	0.462	0.083	1.759	0.079
	Kronik hastalık (var)	0.546	0.331	0.079	1.649	0.100
	Psikiyatrik problem (var)	-0.854	0.512	-0.078	-1.669	0.096
	Fiziksel problem (var)	-0.725	0.412	-0.084	-1.759	0.079
Adil muamele	Sabit	14.193	0.292		48.576	<0.001
	Gelirim giderimden az	-1.761	0.443	-0.186	-3.972	<0.001
	Gelirim giderimden fazla	0.977	0.484	0.092	2.020	0.044
	Sigara kullanımı	-1.220	0.423	-0.129	-2.885	0.004
	Kronik hastalık (var)	1.257	0.346	0.167	3.636	<0.001
	Psikiyatrik problem (var)	-1.442	0.540	-0.121	-2.672	0.008
Kişisel anlam profili (toplam)	Sabit	136.386	10.235		13.326	<0.001
	Yaş	-0.363	0.146	-0.115	-2.478	0.014
	Lise mezunu	6.681	2.278	0.134	2.932	0.004
	Gelirim giderimden az	-5.416	2.155	-0.117	-2.513	0.012
	Sigara kullanımı	-6.588	2.100	-0.143	-3.137	0.002
	Kronik hastalık (var)	3.975	1.718	0.108	2.313	0.021
	Psikiyatrik problem (var)	-5.585	2.661	-0.096	-2.099	0.036
	Fiziksel problem (var)	-4.525	2.169	-0.099	-2.086	0.038
Psikolojik iyi oluş	Sabit	-14.127	2.930		-4.822	<0.001
	Cinsiyet	1.966	0.960	0.075	2.049	0.041
	İlişkiler	1.173	0.220	0.300	5.329	<0.001
	Din	0.476	0.154	0.136	3.090	0.002
	Kendini aşma	0.531	0.155	0.146	3.415	0.001
	Kendini kabul	0.548	0.199	0.138	2.751	0.006
	Yakınlık	0.461	0.215	0.121	2.148	0.032

Bu çalışmada, yaşlıların yaşları arttıkça kişisel anlam profillerinin olumsuz etkilendiği görülmektedir. Irving ve ark. (2017) derleme çalışmalarında, yaşamda amaç duygusunun birkaç istisna dışında yaş ilerledikçe azaldığı savunulmaktadır (Irving ve ark., 2017). Hupkens ve ark. (2018) da benzer olarak yaşlılarda yaşamda anlamla ilgili derleme çalışmalarında, farklı sonuçlar olmakla birlikte yaşla birlikte yaşamda anlam deneyiminin azaldığı belirtilmektedir (Hupkens ve ark., 2018). Bu çalışmanın sonuçları literatürü desteklemektedir. Yaşlılık döneminde bireylerin ölümün yaklaşması ile yaşam deneyimlerini sürekli sorgulayıp yoğun bir anlam arayışı içine girmeleri beklenmesine karşın (Öz, 2002), literatürde yaş arttıkça kişisel anlam deneyiminin olumsuz etkilendiği görülmektedir.

Bu çalışmada, yaşlıların geliri giderinden az olanlarda, sigara kullananlarda, mental bozukluğu olan ve fiziksel engeli olanlarda kişisel anlam profilleri anlamlı düzeyde azalmaktadır. Yaşlı katılımcılardan lise mezunu olanlar ve kronik hastalığı olanların kişisel anlam deneyimleri anlamlı düzeyde artmaktadır. Niu ve ark. (2016) çalışmasında, yaşlıların eğitim düzeyi ve algılanan sağlık durumunun yaşamın anlamı ile pozitif yönde anlamlı ilişkili olduğu söylenmektedir (Niu ve ark., 2016). Shao ve ark. (2014) göre, yüksek fiziksel sağlık ve iyimserlik yaşlılarda kişisel anlam deneyimini geliştirmektedir (Shao ve ark., 2014). Krause ve Hayward da (2012) kişisel anlam ve fiziksel sağlığın doğrusal anlamlı ilişkili olduğunu, vurgulamaktadır (Krause ve ark., 2012). Fiziksel sağlık göstergeleri kötüleştikçe, kişisel anlam profili de olumsuz etkilenmektedir (Haugan, 2014). Hoeyberghs ve ark. (2019), çalışmalarında yaşlıların ekonomik kaynaklarının onların yaşamı anlamlandırma deneyimlerini olumlu etkilediği bildirilmektedir (Hoeyberghs ve ark., 2019). Hupkens ve ark. (2018) derleme çalışmalarında, yaşamda anlamın kişinin kendisi ve başkalarıyla ilişkili olduğu söylenmektedir. Sağlık, yüksek sosyo-ekonomik durum, sosyal ilişkiler ve dinin, yaşlılarda kişisel anlamı olumlu yordadığı ifade edilmektedir. Yaşlı bireylerin hayatındaki ana anlam kaynağı insan ilişkileridir. Kişisel anlamı etkileyen diğer değişkenlerin yaşa ve kültüre göre değiştiği bildirilmektedir (Hupkens ve ark., 2018). Bu çalışmanın bu sonuçları genel olarak literatüre benzemekte ve literatürü desteklemektedir.

Yaşlıların kişisel anlam deneyimlerinin pozitif psikolojik girişimlerle geliştirilebileceği belirtilmektedir. Bu girişimlerden yaşamı yeniden

değerlendirme ve anımsama terapisi sıklıkla kullanılmaktadır (Haugan, 2014).

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, pandemi koşulları nedeniyle yüz yüze görüşme yapılamadığından, yaşlı bireyler rastgele biçimde seçilememiştir. Bu örneklem ile sınırlı olduğundan araştırma sonuçları bu gruba genellenebilir. Ayrıca yaşlıların akıllı telefon kullanma ile ilgili zorluk yaşamaları nedeniyle yakınlarından da destek alınmıştır.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmanın sonucunda; yaşlıların kişisel anlam profilleri ve kaynaklarının psikolojik iyi oluşlarını geliştirdiği bulunmuştur. Yaşlıların yaşı, sağlık durumları, sosyoekonomik durumları ve eğitim düzeyleri kişisel anlam profillerini etkilemektedir. Buna göre, yaşlıların iyi oluş düzeylerini geliştirmek için kişisel anlam profiline yönelik pozitif psikolojik girişimlerin kullanıldığı ileri çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Araştırmanın Etik Yönü/ Ethics Committee

Approval: Bu çalışmanın yapılabilmesi için Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu tarafından verilen 10.07.2020 tarihli, 2020/25/2 karar sayılı etik kurul onayı ile gerekli izinler alınmıştır.

Hakem/Peer-review: Dış hakem değerlendirmesi.

Yazar Katkısı/Author Contributions: Fikir/kavram: A.İ.M.; Tasarım: A.B., E.C.; Danışmanlık: A.İ.M.; Veri toplama ve/veya Veri İşleme: E.C.; Analiz ve/veya Yorum: A.İ.M.; Kaynak tarama: A.İ.M., A.B.; Makalenin Yazım: A.İ.M.; Eleştirel inceleme: A.İ.M., E.C., A.B.

Çıkar çatışması/Conflict of interest: Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

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

Çalışma Literatüre Ne Kattı?

• Yaşlıların kişisel anlam profili ve kaynakları ile psikolojik iyi oluş düzeylerinin ilişkili olduğu bulunmuştur.

• Yaşlılarda kişisel anlam deneyimi geliştikçe psikolojik iyi oluş düzeyleri artmaktadır.

• Yaş, eğitim durumu, sağlık ve sosyo-ekonomik durum, yaşlıların kişisel anlam profilini etkilemektedir.

Kaynaklar

Açıköz A, Ezen M, Söngüt S, Ulukuş A, Emir B. Delle Fave A, Brdar I, Wissing MP, Vella-Brodrick DA. (2013). Sources and motives for personal meaning in adulthood. *The Journal of Positive Psychology*, 8(6), 517-529.

- Delle Fave A. (2020). Meaning in life: structure, sources and relations with mental and physical health. *Acta Philosophica*, 29(1), 19-32.
- Diener E, Wirtz D, Tov W, Kim-Prieto C, Choi D, Oishi S, Biswas-Diener R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 97, 143–156.
- Ekşi H, Okan N, amp; Mert HŞ. (2018). Kişisel anlam profili ölçeği kısa formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 47(47), 157-168.
- Erikson EH. (1968a). The human life cycle. In *International Encyclopedia of the Social Sciences*. Crowell-Collier, 9, 286-292.
- Erikson, E. H. (1968b). *Identity: Youth and Crisis*. W. W. Norton, New York. Cilt 14, Sayı 2, 154-159.
- Frankl VE. (1963). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy* (I. Lasch, Trans.). New York, NY: Pocket.
- Guse T, Shaw M. (2018). Hope, Meaning in Life and Well-Being Among a Group of Young Adults. In: Krafft A., Perrig-Chiello P., Walker A. (eds) *Hope for a Good Life*. Social Indicators Research Series, vol 72. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-78470-0_3.
- Haugan G. (2014). Meaning- in- life in nursing- home patients: a valuable approach for enhancing psychological and physical well- being?. *Journal of Clinical Nursing*, 23(13-14), 1830-1844.
- Hoeyberghs LJ, Verté E, Verté D, Schols JM, De Witte N. (2019). The importance of sources of meaning in life of community dwelling psychologically frail older people. *Working with Older People*, 23(2), 65-76.
- Hupkens S, Machiels A, Goumans M, Derks P. (2018). Meaning in life of older persons: An integrative literature review. *Nursing Ethics*, 25(8) 973–991.
- Irving J, Davis S, Collier A. (2017). Aging With Purpose: Systematic Search and Review of Literature Pertaining to Older Adults and Purpose. *The International Journal of Aging and Human Development*, 85(4), 403–437. <https://doi.org/10.1177/0091415017702908>.
- Keyes CLM, Shmotkin D, Ryff CD. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007–1022.
- Kibret BT, Tareke G. (2017). Psychological Wellbeing of Elders as a Function of Religious Involvement, Spirituality and Personal Meaning in Life. *Clin Exp Psychol*, 3, 153. doi: 10.4172/2471-2701.1000153.
- Krause N, Hayward RD. (2012). Religion, meaning in life, and change in physical functioning during late adulthood. *Journal of Adult Development*, 19(3), 158-169.
- Krok D. (2015). The Role of Meaning in Life Within the Relations of Religious Coping and Psychological Well-Being. *J Relig Health*, 54,2292–2308. doi 10.1007/s10943-014-9983-3.
- Mantovani EP, Lucca SR, Neri AL. (2016). Associations between meanings of old age and subjective well-being indicated by satisfaction among the elderly. *Rev Bras Geriatr Gerontol.*, 19(2), 203-22.
- McDonald MJ, Wong PTP, amp; Gingras DT. (2012). Meaning-in-life measures and development of a brief version of the Personal Meaning Profile. In P. T. P. Wong (Ed.), *The human quest for meaning: Theories, research, and applications* NewYork: NY: Routledge, 2nd ed., p. 357-382.
- Niu CC, Huang HM, Hung YY, Lee HL. (2016). A study of interpersonal intimacy and meaning of life among elderly institutionalized veterans. *Journal of Nursing Research*, 24(4), 311-320.
- Öz F. Yaşamın Son Evresi: Yaşlılık Psikososyal Açıdan Gözden Geçirme Kriz Dergisi 2002;10(2): 17-28.
- Reyes MF, Satorres E, Meléndez JC. (2020). Resilience and socioeconomic status as predictors of life satisfaction and psychological well-being in Colombian older adults. *Journal of Applied Gerontology*, 39(3), 269-276.
- Ryff CD. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069–1081.
- Shao J, Zhang Q, Lin T, Shen J, Li D. (2014). Well-being of elderly stroke survivors in Chinese communities: mediating effects of meaning in life. *Aging & mental health*, 18(4), 435-443.
- Schaeffer RL, Mendenhall W, Ott L. *Elementary Survey Sampling*, 4. ed. California: Belmont: Duxbury Press; 1990.
- Telef BB. (2013). Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİOO): Türkçeye Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Hacettepe Eğitim Fakültesi Dergisi*, 28(3), 374-384.
- Türkiye İstatistik Kurumu 2019. İstatistiklerle Yaşlılar, Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Yaşlılar, Erişim tarihi:08.10.2020, www.tuik.gov.tr
- Windsor TD, Curtis RG, Luszcz MA. (2015). Sense of purpose as a psychological resource for aging well. *Developmental Psychology*, 51(7), 975–986. <https://doi.org/10.1037/dev0000023>.
- Wong PTP. (1997). Meaning-centered counseling: A cognitive-behavioral approach to logotherapy. *International forum for logotherapy*, 20, 85-94.
- Wong, PT. (2016). Meaning-seeking, self-transcendence, and well-being. In *Logotherapy and existential analysis* (pp. 311-321). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-29424-7_27.
- World Health Organization (WHO) *Healthy ageing and and functional ability 2020*. Erişim tarihi:05.10.2020, <https://www.who.int/ageing/healthy-ageing/en/>.

Domestic Violence Against Women: The Views and Practices of Medical Faculty Nurses

Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet: Tıp Fakültesi Hemşirelerinin Görüş ve Uygulamaları

Yasemin Durduran¹  Berrin Okka²  Nazan Karaoğlu³  Elif Nur Yıldırım Öztürk⁴ 

¹ Necmettin Erbakan University Meram Faculty of Medicine, Department of Public Health, Konya, TURKEY

² Necmettin Erbakan University Meram Faculty of Medicine, Department of History of Medicine and Ethics, Konya, TURKEY

³ Necmettin Erbakan University Meram Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Konya, TURKEY

⁴ Konya Akşehir District Health Directorate, Konya, TURKEY

Geliş tarihi/ Date of receipt: 15/10/2020

Kabul tarihi/ Date of acceptance: 30/12/2020

© Ordu University Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Turkey, **Published online:** 18/04/2021

ÖZ

Amaç: Bu çalışma bir tıp fakültesi hastanesi hemşirelerinin kadına yönelik şiddete bakış açılarını ve bu konudaki uygulamalarını ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı türdedir. Konya'da bir tıp fakültesinde çalışan 392 hemşire ile yapılmıştır. Araştırmada 36 soruluk bir veri toplama formu kullanılmıştır. Araştırma verilerinin özetlenmesinde sayı ve yüzdeler, kategorik veriler arası ilişkilerin belirlenmesinde Ki-kare (χ^2) testi kullanılmıştır. İstatistiksel olarak $p < 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların yarısından fazlası (%60.2) şiddet mağdurlarının sorunlarıyla başa çıkabilmek için eğitime ihtiyaç duyduklarını ve yaklaşık üçte biri (%30.6) şiddetle ilgili yapılandırılmış, profesyonel bir eğitim almak istediklerini belirtti. Hemşirelerin %44.1'i şüpheli bir şiddet olayıyla karşılaşmalarını ifade ederken; yalnız beşte biri (%20.9) şiddetin olası nedenleriyle ilgili soruya yanıt verdi ve düşük eğitim düzeyine sahip olma en sık kaydedilen yanıtı ($n=31$, %7.9). Vücutta morluk, şişlik ve yaralar (%66.8) ile kadınların açıklanamayan psikolojik yakınmaları (%52.8) katılımcılar için şiddet şüphesinin ana ipuçlarıydı. Ekonomik ve sözlü şiddet hemşireler tarafından en çok tanık olunan şiddet türleriydi (%36.7). Kadına yönelik şiddetten kuşku duyma 18-27 yaş grubunda diğer yaş gruplarına kıyasla daha düşüktü ($p < 0.001$), evli hemşirelerde bekarlara kıyasla daha yüksekti ($p=0.001$) ve şiddetle ilgili bir seminare veya kursa katılmış hemşirelerde daha yüksekti ($p=0.03$).

Sonuç: Araştırmaya katılan hemşirelerin beşte birinin kadına yönelik şiddet konusunda eğitim aldığı belirlenmiştir. Katılan hemşirelerin yarısı kariyeri boyunca şiddete maruz kalan en az bir kadınla karşılaştığını, beşte biri de tanıdığı bir kadının şiddet gördüğünü bildirmiştir. Genç ve bekar hemşirelerin şiddetten şüphelenmesi, yaşça daha büyük ve evli hemşirelere göre düşük bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Kadına yönelik şiddet, aile içi şiddet, hemşire

ABSTRACT

Objective: This study aimed to determine the views and practices of a medical faculty nurses about violence against women.

Methods: The research is descriptive. It was conducted with 392 nurses working in a medical faculty in Konya. A 36-question data collection form was used in the study. Numbers and percentages were used to summarize the research data, and Chi-square (χ^2) test was used to determine the relationships between categorical data.

Results: More than a half of participants (60.2%) noted their need for an education about how to manage problems of a violence victim and approximately one third (30.6%) specified a structured, professional education need about violence. Although 44.1% reported an suspicion of violence they experienced, interestingly, just one of five (20.9%) answered the questions asking the probable reasons of violence and low education level of violent was at the top of answers ($n=31$; 7.9%). Bruise, swelling, and wounds on the body (66.8%) and unexplained psychological complaints of women (52.8%) were the main cues for violence suspicion for participants. Economic and verbal violence were the types of violence nurses noted mostly (36.7%). Suspicion of violence against women was lower in the 18-27 age group than older age groups ($p < 0.001$), it was higher in married than singles ($p=0.001$) and it was significantly higher in the nurses who went to a seminar or course on violence ($p=0.03$).

Conclusion: It was determined that one fifth of the nurses participating in the study received training on approach to violence against women. Half of the participating nurses reported that they encountered at least one woman who was subjected to violence during their career, and one fifth reported that a woman they knew experienced violence. The suspicion of violence by young and single nurses was found to be lower than older and married nurses.

Keywords: Violence against woman, domestic violence, nurse

ORCID IDs of the authors: YD: 0000-0003-0455-0627, BO: 0000-0002-9442-4706, NK: 0000-0002-3057-2988, ENYÖ: 0000-0003-1447-9756

Sorumlu yazar/Corresponding author: Elif Nur Yıldırım Öztürk, Specialist Medicine Doctor

Konya Akşehir District Health Directorate, Konya, TURKEY

e-posta/e-mail: elifnyildirim@hotmail.com

Atf/Citation: Durduran Y, Okka B, Karaoğlu N, Yıldırım Öztürk EN. (2021). Domestic violence against women: the views and practices of medical faculty nurses. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 4(1), 56-63. DOI:10.38108/ouhcd.810421

Introduction

Violence is growing in Turkey as it is all over the world and specifically to the vulnerable ones. Unfortunately, women are among these vulnerable groups (Brown 2004; Ergöçmen et al., 2013). The World Health Organization (WHO) described violence as "the intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment, or deprivation (Krug et al., 2002a).

Violence is often more easily and frequently used against those who are weak or defenseless (Brown 2004; Hıdıroğlu et al., 2006). Although women are not defined as the "in need of protection group", they are often exposed to violence in some societies, especially by male spouses and family members (RT 2009; GNAT 2015). In this respect, violence against women is seen as a public health problem that concerns the entire society, and efforts to prevent violence against women should be a public health priority (Dişsiz and Hotun Şahin, 2008; Garcia-Moreno and Charlotte, 2011).

There are studies on the importance of the public health sector in preventing violence, and these studies investigate the global scope and magnitude of violence against women (Krug et al., 2002b; Watts and Zimmerman, 2002). According to the "Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women," the frequency rate of husband-on-wife violence ranges from 13–61%, and the frequency of sexual violence ranges from 6–59% (WHO 2005). In Turkey, a study found that the rate of women who have been exposed to violence in any period is 39.3%, sexual violence 15.3%, and both 41.9% (RT 2015). In a study conducted in Konya, 20.7% of the women stated that they were exposed to violence, and 83.3% of the violence came from males, of whom 77.4% were the women's husbands (Karaoğlu et al., 2006). In a study conducted with 287 people in Manisa, the rate of being subjected to violence from their spouses or ex-spouses at least once in their lives and in the last year was 27.2% and 13.6%, respectively. Of the women, 39.4% were subjected to emotional violence, 24.4% to economic violence, 23.3% to physical violence, and 9.8% to sexual violence (Bilgin Şahin and Erbay Dünder, 2017).

WHO emphasized that the healthcare sector plays a key role in the prevention of violence and increasing the sensitivity of healthcare professionals to this issue and providing training is an important

strategy (WHO 2014). The perspectives and approaches of healthcare professionals working as nurses and midwives, which are mostly roles filled by women, are important in terms of preventing violence against women (Bozkurt et al., 2013; Kıyak and Akın, 2010).

The aim of this study is to determine the medical faculty nurses' views and practices in cases of suspected violence.

Methods

Study Design and Participants

This descriptive study was conducted at the Hospital of Meram Medical Faculty in Konya in 2013. The target population consisted of 514 nurses working at the hospital. For the research, with G-power version 3.1.9.4, the minimum sample size was calculated as 295 with 5% type 1 error, 95% power and 13 degrees of freedom based on the Chi-square test (χ^2) (Faul et al., 2009). A total of 392 nurses who completed the data collection form completely or almost completely were included in the study.

Data Collection and Data Collection Tools

The data related to the research were collected between the dates of 01.06.2013-01.07.2013. A data collection form consisting of 36 questions was created by the researchers by scanning similar studies in the general literature (Kaynar Tuncel et al., 2007; Kanbay et al., 2012; Sarıbiyık 2012). The form consists of open-ended and multiple-choice questions. The survey questions were about the sociodemographic characteristics of the nurses, their education such as courses, seminars on violence against women, their level of knowledge on issues such as risk groups for violence, suspected violence situations and possible causes of violence.

A pilot study was conducted with 10 nurses to test the comprehensibility of the data collection form. These nurses were excluded from the study. The nurses were contacted in their working environment and informed about the purpose of the study, and questionnaires were left for the volunteers to fill out. Each form was filled in approximately 20 minutes. On the next day, the nurses were visited again, and completed questionnaires were collected. The responses to open-ended questions were categorized during the analysis.

Statistical Analysis

The data were analyzed using SPSS program (SPSS for Windows, Version 16.0. Chicago, SPSS Inc.) The data were summarized as percent and mean±standard deviation. Chi-square (χ^2) test was

used to compare categorical data. Significance level was set as $p < 0.05$.

Results

Nurses' Sociodemographic Characteristics

The mean age of the 392 nurses participating in the study was 28.3 ± 7.3 years. The nurses' other sociodemographic characteristics are shown in Table 1.

Table 1. The nurses' sociodemographic characteristics

Charecteristics	n(%)	
Age groups	18-27	211(53.8)
	28-37	141(36.0)
	38 and higher	40(10.2)
Marital status	Married	193(49.2)
	Single	199(50.8)
Family type	Nuclear family	305(77.8)
	Extended family	87(22.2)
Education graduates	High school	193(49.2)
	University	199(50.8)
Working unit	Clinical sciences	264(67.3)
	Surgical sciences	128(32.7)
Working way	Staffed	204(52.0)
	Contracted	188(48.0)
Working shifts	Daytime shifts	113(28.8)
	Night shifts	36(9.2)
	Day and night shifts	243(62.0)

Nurses' Knowledge of Violence Against Women

Among the nurses who participated in the study, 18.4% (n=72) stated that they had taken courses and seminars related to how to approach women who experienced violence. Of those who had taken courses, 60.2% (n=236) and 30.6% (n=120), respectively, thought that healthcare professionals should be educated about how to intervene for women who experienced violence in absolute terms and that they need to get professionally informed about the issue. When they were asked about their knowledge of violence against women, the nurses gave the answers in Table 2.

Economic and verbal acts of violence were the most common answers given to the question "What is the most common type of violence that women are exposed to?" Here, the participants noted nearly this two types in equal percentages (36.7%; n=144) (Figure 1).

Table 2. Opinions of the nurses about violence against women in medical faculty

Opinions	n (%)
The most important reason for violence against women	
Respondents	82(20.9)
Low education level	31(7.9)
Psychological reasons, communication problems, jealousy	27(6.9)
Male dominance, upbringing	14(3.6)
Economic problems, unemployment, alcohol consumption	6(1.5)
Social status of the women	4(1.0)
Participants who answer 'I don't know'	310(79.1)
Factors supporting violence against women	
Respondents*	365(93.1)
Low education/socio-economic level	199(50.8)
Considering women as having a lower status	181(46.2)
Lack of legislation/law	145(37.0)
The idea of what happens in family stays in family	87(22.2)
Upbringing of the male, lack of respect/tolerance	54(13.8)
Participants who answer 'I don't know'	27(6.9)
Violence against women should be accepted as a health problem	
Yes	309(78.8)
No	83(22.2)
It would be true to ask a violence victim questions about her experiences	
Yes	342(87.2)
No	50 (12.8)
It would be true to interfere with the situations of violence as a health professional	
Yes	324(82.7)
No	68(17.3)

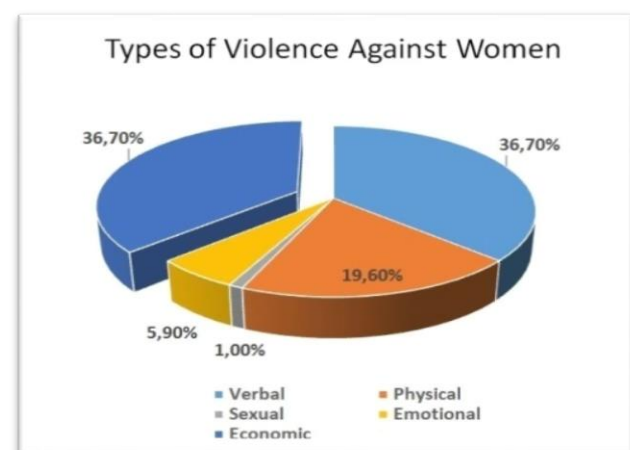


Figure 1. Types of violence that women are most exposed to for nurses

When "risk groups in terms of violence" were asked, 40.1% (n=157) of the participants stated that

discrimination was not possible while some of the respondents claimed more than one risk. Respectively, bad habits of the husband (61.7%; n=242), psychological problems of the husband (60.7%; n=238), low education level of the women (42.3%; n=166), living in a low-income family (40.3%; n=158), unemployed husband (39.5%; n=155), low education level of the husband (32.9%; n=129), educated and employed women (24.0%; n=94), handicapped women (22.7%; n=89), high education level of the husband (18.4%; n=72), and older women (18.1%; n=71) were given as risks.

Of the nurses, 6.9% (n=27) stated that the victims of violence had asked for help from them, and 66.8% (n=262) answered the question “which symptoms make you suspicious of violence in a violence victim if she does not share” by giving a bruise, swell or wound in any part of the body as an answer. The reasons for suspicion of violence and the responses to the situations considered violent are displayed in Table 3.

Table 3. Situations suspected and considered as violence according to the nurses

Opinions	n (%)
Situations suspected as violence*	
Bruise, swelling, and wounds on the body	262(66.8)
Psychological complaints	207(52.8)
Avoiding eye contact	130(33.2)
Contradictory information in the history	26 (6.6)
Situations considered as violence*	
Injurious physical actions	345(88.0)
Injurious psychological actions	310(79.1)
Injurious sexual actions	305(77.8)
Forcing women to do something	302(77.0)
Insulting behavior against women	295(75.3)
Behavior that cause women to suffer	294(75.0)
Sexist behavior against women	250(63.8)
Economic limitation of women	226(57.7)

*More than one response is given by the participants.

Although suspicion of violence against women was lower in the 18–27 age group than older age groups (p<0.001), it was higher in married than singles (p=0.001), in higher education graduates than high school graduates (p=0.007), and in staffed than contracted employees (p=0.002). Also, it was significantly higher in the nurses who went to a seminar or course on violence (p=0.03), and these nurses stated they had violence victims around them (p<0.001), were asked for help by a violence victim before (p=0.002) and were exposed to domestic

violence (p=0.001).

Nurses’ Practices About Violence Against Women

While 44.1% (n=173) of the nurses in the study stated that they had suspected violence against woman at least once in their professional life, 23.0% (n=90) stated that they had familiar women who are exposed to violence. Of the nurses, %44.1 encountered situations in which they suspected violence in their professional life (Table 4).

Table 4. Suspicion of violence against women, what nurses do in this case, and their knowledge of the relevant foundations/phone numbers

Practices	n (%)
Suspicion of violence throughout their professional life	
Yes	173(44.1)
No	219(55.9)
Learning about the reason for violence against women	
Yes	64(16.3)
No	328(83.7)
What is done in case of suspicion of violence against women	
Talk and relieve	61(15.6)
Asking questions to understand	59(15.1)
Guidance about consulting to the police	51(13.0)
Making an official report	1 (0.3)
Participants who answer 'I don't know'	220(56.0)
Known formal and non-governmental organizations working on women’s problems	
Women’s shelters-Mor çati	42(10.7)
Directorate of family and social policies	12 (3.1)
Police	6 (1.6)
department/governorate/municipality	
Participants who answer 'I don't know'	332(84.6)
Knowledge of a woman who is exposed to violence about hotlines that must be dialed	
155 Police Help	197(50.3)
112 Emergency	30 (7.7)
183 Family-Women-Children and	29 (7.4)
Disability Social Services Consultancy	
Hotline	
Participants who answer 'I don't know'	136(34.6)

Nurses’ Views about Prevention Violence Against Woman

Of the participants, 16.1% (n=63) answered the question “What actions do you think can be taken to prevent violence against women?”. Eleven percent (n=43) of the respondents stated that education and the socio-economic levels should be increased,

domestic education should be given, and women should be protected immediately in the light of legal regulations. Other participants suggested psychological support, raising awareness, and studies giving social messages to help women. Of the participants, 12.2% (n=48) who answered the question about what actions women can take to prevent violence claimed that communication should be taken seriously, women should know their rights, and women should not get married before they become financially independent.

Discussion

In our study, less than one-fifth of the participating nurses indicated that they had received a course, training, or seminar related to how to approach women who had suffered from violence. In a study conducted with a total of 1389 midwifery and nursing students, the rate of students receiving education on violence against women was 57.2% (Dağlar et al., 2017). In another study conducted with 255 health workers, the rate of getting education was 31.4% (Duman Büyükkayacı et al., 2016). However, the training given to the health professionals working in the healthcare organization, which violence victims consult with, and the content of the training are important in providing support to these women (NHS 2007; Garcia-Moreno et al., 2015). For this reason, health professionals should be more effective in secondary protection, including “identifying violence victim women, the solution to health problems, providing security, and meeting their needs” (Garcia-Moreno et al., 2015; Kandemirci and Kağnıcı, 2014). Because a healthcare worker is the first professional contact with a violence victim and healthcare organizations are the first places victims consult, healthcare professionals need to be trained to identify and stop the violence; this can be done by emphasizing the importance of strengthening secure healthcare services without intruding on nurses' autonomy.

When risk groups were asked regarding violence, there were several answers, and they were diversified, for example, that the husband was highly educated or not, or that the violence victim was educated or uneducated. In another study, unemployment, polygamous marriage, husbands' social habits and infertility were found as the causes of violence. However, no relationship was found with education level (Aduloju et al., 2015). In this context, we believe that education about violence should be reconsidered. In other words, when it

comes to domestic violence against women, it is obvious that the risk group should not be discriminated against, and everybody should be emphasized as a victim. Likewise, half of the participants gave the answer "no discrimination, everyone is at risk." Only a few participants responded to the question concerning the most important reason for violence, and the first two answers on the list were a low education level and psychological reasons, communication problems and jealousy while almost all the participants responded to the question concerning factors supporting risk of violence against women; it was remarkable that most participants gave low education and socio-economic level as an answer. This indicates that health professionals are close in their thinking, awareness, perspective, and approach to the causes of violence, but they cannot clarify it.

One-third of the nurses in the study believed that it would not be a good idea to ask a familiar violence victim questions or to intervene for them. In a study conducted with health professionals consisting of 77% nurses in Istanbul, 73% of the participants did not do anything against violence, and 28.3% answered that "It would not be appropriate to be involved in domestic violence as a stranger" (Hotun Şahin et al., 2008). This result is similar to the findings in our study. However, healthcare professionals need to provide available and secure environment for asking questions that can reveal the existence of violence; they should also respect and listen the victim without judging (Lundell et al., 2018). The fact that some health professionals hesitate about asking questions or intervening can be explained by the cultural perspectives of health workers' and their approaches to violence, as well as their lack of training.

It is even more striking that almost half of the nurses who participated in the study stated that during their career, they suspected of at least one woman who had been exposed to violence, and that even one in every five nurses has a familiar woman who was exposed to violence. In another study, the suspicion of health professionals regarding domestic violence against women was slightly higher (54.6%) but not very different (Orhan and Gölbaşı, 2011). Considering that consulting with a healthcare organization in the case of violence against a woman is 4% in Turkey (RT 2015), it may be important for health professionals to be more sensitive about the issue in terms of suspicion and awareness of the issue.

In our study, the fact that the participants had

learned about the reason for the violence when they suspected it parallels the idea of finding it insignificant to ask questions about the issue. Suspicion of violence against a woman was low in the younger group and in single nurses. Perhaps, this may explain the situation that marriage and age causes an increase in awareness and experience of violence. However, it is interesting that considering the media, education, and communication possibilities, the young population (singles are usually in this age group) falls behind when it comes to domestic violence. The high awareness of the staff may be because the contracted nurses do not pay much attention to their surroundings. However, this situation is limited only to the opinions of the researchers because no explanatory question was asked. Positively, to have a high rate of suspicion of violent symptoms in higher education graduates is important.

In the case of suspected violence, the first thing that comes to mind is the consequences of physical violence (if they are visible) (Gömbül and Buldukoğlu, 1997). In another study, the most common types of violence observed by healthcare professionals are verbal, physical and psychological violence, respectively (Duman Büyükkayacı et al., 2016). However, as the results of our study have shown, most of the violence is economic and verbal violence. In third place is physical violence. Although the types of violence observed are similar, it may also be affected by different working areas of the participants such as emergency services, outpatient clinics and inpatient services.

Participating nurses answered the question of what they did when they suspected a woman coming to the hospital for a different reason as they talked and relieved the victim, asked questions to understand the situation, informed about consulting to the police and only one nurse said that she made an official report. The percentage of the answers is less than 50% for this question. This indicates that coping skills for domestic violence against women is not enough. In another study, when asking what health professionals do in case of a suspicion, it was seen that more than half of the participants said they asked questions to understand the situation, relieved the patient, and made official reports (Orhan and Gölbaşı, 2011). A similar point of interest in studies is that the question about what has been applied remains unanswered and the approach is still not enough.

Two-thirds of the participants stated that women exposed to violence must receive professional help.

Because women exposed to violence generally return to the same environment after the hospital, one-third of the participants believed that it would be difficult for health professionals to help in cases of violence. Officials or non-governmental organizations working on women studies were not well-known to the participants. Some organizations the participants knew are women's shelters, most famously Morcati women's shelter foundation in Turkey, established in 1990, which is considered a significant step in the initiative against violence against women Turkey (Page and Ince, 2008). Likewise, these women's shelters have been founded in developing countries since the 1980s, and these shelters dominate the programs aimed at fighting domestic violence victims in developed countries (Krug et al., 2002 a).

Conclusions and recommendations

It was determined that one fifth of the nurses participating in the study received training on approach to violence against women. When asked about risk groups for violence, responses were varied, such as whether the husband was educated or not, and the woman was educated or uneducated. One third of the nurses think that it would not be appropriate to ask questions to a familiar person who has experienced violence. Half of the participating nurses reported that they encountered at least one woman who was subjected to violence during their career, and one fifth reported that a woman they knew experienced violence. The suspicion of violence by young and single nurses was found to be lower than older and married nurses. According to the nurses, women are most frequently exposed to economic and verbal violence.

In Turkey, national action plans for domestic violence against women are being carried out, enabling cooperation between sectors. However, the need for information and training of nurse shows the importance of supporting nurses in getting training to draw attention to domestic violence against women and raise awareness. Because, when serving domestic violence victims, health professionals are expected to be at the forefront in preventing violence. Also, guidance from health professionals while following their ethical and professional codes in identifying a victim of violence, providing privacy and security, and giving support are important. We believe that training nurses periodically on how to approach and guide the women exposed to violence would be useful to increase awareness in the field.

Limitations of the Study

The research is a study conducted in a single center. In order to limit the subject, questions such as nurses' own experiences of violence were not included in the study. These are the limitations of the study.

Ethics Committee Approval: Permission was obtained from Necmettin Erbakan University non-pharmaceutical and non-medical device Ethics Committee for the research (2013/399). Institutional permission was obtained from the chief physician of the hospital to conduct the study.

Peer-review: External referee evaluation.

Author Contributions: Concept: YD, BO, NK, ENYÖ; Design: YD, BO, NK; Supervision: YD, BO, NK, ENYÖ; Data Collection: YD, BO; Data Processing: YD, BO; Analysis and Interpretation: YD, NK, ENYÖ; Literature Search: YD, BO, NK, ENYÖ; Preparation of the manuscript: YD, BO, NK, ENYÖ; Critical Reviews: YD, BO, NK.

Conflict of interest: The authors declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Financial Disclosure: The authors did not receive any financial support in conducting this study.

What did the study add to the literature?

- The study revealed the perspectives of nurses working in a university hospital on domestic violence against women.
- Nurses participating in the research need training on violence against women.
- It has been determined that nurses have always encountered women who were exposed to violence throughout their careers.

References

Aduloju PO, Olagbuji NB, Olofinbiyi AB, Awoleke JO. (2015). Prevalence and predictors of intimate partner violence among women attending infertility clinic in south-western Nigeria. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 188, 66-69.

Bilgin Şahin B, Erbay Dünder P. (2017). Violence against women and life quality. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 18(3), 203-210.

Bozkurt ÖD, Daşkan Z, Kavlak O, Şirin A. (2013). Determination of knowledge, opinions and professional attitudes of midwives on violence in

pregnancy. *Balıkesir Health Sciences Journal*, 2, 99-107.

Brown H. (2004). Violence against vulnerable groups. Council of Europe Publishing, 1-69.

Dağlar G, Bilgiç D, Demirel G. (2017). Midwifery and Nursing Students' Attitudes towards Violence Against Women. *E-Journal of Dokuz Eylül University Nursing Faculty*, 10(4), 220-228

Dişsiz M, Hotun Şahin N. (2008). A universal problem of women's health: violence against women. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 1, 50-58.

Duman Büyükkayacı N, Büyükgönenç L, Güngör T, Yılmazel G, Topuz Ş, Koçak Yüksel D. (2016). Perceptions of violence against women and factors affecting health care workers. *The Journal of Gynecology- Obstetrics and Neonatology*, 13(4), 154-159.

Ergöçmen BA, Yüksel-Kaptanoğlu İ, Jansen HA. (2013). Intimate partner violence and the relation between help-seeking behavior and the severity and frequency of physical violence among women in Turkey. *Violence Against Women*, 19(9), 1151-1174.

Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160.

Garcia-Moreno C, Charlotte W. (2011). Violence against women: an urgent public health priority. *Bulletin of the World Health Organization*, 89, 2-2.

Garcia-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. (2015). The health-systems response to violence against women. *Lancet*, 385, 1567-1579.

Gömbül Ö, Buldukoğlu K. (1997). Opinions of nurses regarding women and women's equal violence. *The Journal of Crisis*, 5(2), 103-114.

Hidroğlu S, Topuzoğlu A, Ay P, Karavuş M. (2006). Assessing the factors affecting physical violence against women and children: A healthcare based study in Istanbul. *New Symposium Journal*, 44(4), 196-202.

Hotun Şahin N, Dişsiz M, Sömek A, Dinç H. (2008). Determining the healthcare workers' experiences and attitudes towards domestic violence. *Journal of Research and Development in Nursing*, 2, 17-31.

Kanbay Y, Işık E, Yavuzaslan M, Keleş S. (2012). Determination of nursing students' views and attitudes about domestic violence against women. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, 1(2), 107-119.

Kandemirci D, Kağnıcı DY. (2014). Handling domestic violence against women: A multi-dimensional study. *Turkish Psychological Articles*, 17, 1-12.

Karaoğlu N, Çivi S, Kutlu R, Marakoğlu K. (2006). Evaluation of the socio-demographic characteristics of persecutors according to female victims: A

- community-based study in Konya. *T Clin J Med Sci*, 26, 522-526.
- Kaynar Tuncel E, Dündar C, Peşken Y. (2007). Assessment of midwifery and nursing students' knowledge and attitudes about domestic violence. *General Medical Journal*, 17(2), 105-110.
- Kıyak S, Akın B. (2010). Knowledge and attitudes of nurses and midwives towards domestic violence against women. *Journal of Research and Development in Nursing*, 2, 5-16.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. (2002 a). World report on violence and health. World Health Organization Geneva.
- Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. (2002 b). The world report on violence and health. *Lancet*, 360, 1083-1088.
- Lundell IW, Eulau L, Bjarneby F, Westerbotn M. (2018). Women's Experiences with Healthcare Professionals after Suffering from Gender-Based Violence: An Interview Study. *J Clin Nurs*, 27, 949-957.
- National Health System (NHS). (2007). Common Informative Indicators and Quality Criteria In Basic Training For Dealing With Gender Violence. NHS Interterritorial Council. Erişim tarihi: 15.06.2020. <http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/CommonInformativeIndicators.pdf>
- Orhan AS, Gölbaşı Z. (2011). Opinions and practices of domestic violence against women for health care workers working in primary health care institutions. *Turkish Journal of Research and Development in Nursing*, 2, 21-32.
- Page AZ, İnce M. (2008). A Review on domestic violence. *Turkish Psychological Articles*, 11(22), 81-94.
- Republic of Turkey (RT). (2009). Prime Ministry Directorate General on the status of women. Domestic violence research for women in Turkey. Apple Technical Publishing. Erişim tarihi: 15.05.2020. <https://www.ailevecalisma.gov.tr/uploads/ksgm/uploads/pages/dagitimda-olan-yayinlar/turkiye-de-kadina-yonelik-aile-ici-siddet-arastirmasi-ozet-rapor.pdf>
- Republic of Turkey (RT). (2015). Prime Ministry Directorate General on the status of women. Domestic violence against women in Turkey. Hacettepe University Institute of Population Studies. Apple Technical Publishing. Erişim tarihi: 20.06.2020. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/KKSA-TRAnaRaporKitap26Mart.pdf>
- Sarıbıyık M. (2012). Violence experiences and attitudes and behavior levels of physicians, nurses and midwives working in Malatya central health centers. Inonu University, Health Sciences Institute, Public Health Department Master Programme.
- The Grand National Assembly of Turkey (GNAT). (2015). Investigation of Victims of Women for The Determination of Precautions Required to be Recovered Report of The Instituted Parliament Research Committee. Ankara.
- Watts C, Zimmerman C. (2002). Violence against women: Global scope and magnitude. *Lancet*, 359, 1232-1237.
- World Health Organization (WHO). (2005). Multi-country study on Women's Health and Domestic Violence against Women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva. Erişim Tarihi: 10.05.2020. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43310/9241593512_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization (WHO). (2014). Violence against women. Intimate partner and sexual violence against women Fact sheet. Geneva. Erişim Tarihi: 20.05.2020. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112325/WHO_RHR_14.11_eng.pdf?sequence=1

Araştırma Makalesi/ Research Article

Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç ve Tutum İlişkisinde Psikiyatri Hemşireliği Eğitiminin Etkisi

The Effect of Psychiatric Nursing Education on the Relationship between Belief and Attitude towards Mental Diseases

Mahmut Evli¹ 

¹ Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı ve Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Kayseri, TÜRKİYE

Geliş tarihi/ Date of receipt: 10/10/2020

Kabul tarihi/ Date of acceptance: 05/03/2021

© Ordu University Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Turkey, Published online: 18/04/2021

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada, hemşirelik öğrencilerinde ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutum ilişkisinde psikiyatri hemşireliği eğitiminin etkisini araştırmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışma tanımlayıcı ilişkisel bir çalışmadır. Veriler hemşirelik bölümü son sınıf psikiyatri hemşireliği klinik uygulamasını tamamlamış 201 öğrenciden elde edilmiştir. Veriler tanıtıcı bilgi formu, Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği, Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği ve Psikiyatri Hemşireliği Eğitiminin Değerlendirme Formu ile toplanmıştır. Analiz işlemine tanımlayıcı istatistikler ve yapısal eşitlik modellemesi kullanılmıştır.

Bulgular: Psikiyatri hemşireliği eğitimi ile psikolojik problemleri bulunan kişilere yönelik tutumlar arasında negatif yönlü ve zayıf bir korelasyon saptanmıştır ($p < 0,01$). Psikolojik problemleri yönelik inançlar ile psikolojik problemleri bulunan kişilere yönelik tutumlar pozitif yönlü ve zayıf ilişkilidir ($p < 0,01$). Test edilen model ile veriler arasında uyum belirlenmiştir. Psikolojik problemlere yönelik inançlar, psikolojik problemleri bulunan kişilere yönelik tutumları etkilemiştir ($p < 0,05$). Ayrıca psikiyatri hemşireliği eğitiminin psikolojik problemleri bulunan kişilere yönelik tutumları etkilediği saptanmıştır ($p < 0,05$). Son olarak psikolojik problemlere yönelik inançlar ile psikolojik problemleri bulunan kişilere yönelik tutum etkileşiminde psikiyatri hemşireliği eğitimi aracı değildir ($p > 0,05$).

Sonuç: Psikolojik problemlere yönelik inançlar ve psikiyatri hemşireliği eğitimi psikolojik problemleri bulunan kişilere yönelik tutumları etkilemektedir. Psikolojik problemlere yönelik inançlar ile psikolojik problemleri bulunan kişilere yönelik tutum etkileşiminde psikiyatri hemşireliği eğitiminin aracı rolü bulunmamaktadır.

Anahtar kelimeler: Ruhsal hastalığa yönelik inanç, tutum, psikiyatri hemşireliği eğitimi

ABSTRACT

Objective: In this study, it has been aimed to investigate the effect of psychiatric nursing education on the relationship between beliefs and attitudes towards mental illnesses in nursing students.

Methods: This study is a descriptive relational study. The data have been obtained from 201 senior students from nursing department who have completed psychiatric nursing clinical practice. The data have been collected by using introductory information form, Scale of Beliefs Towards Mental Illness, Social Attitudes Scale for People with Mental Problems and Psychiatric Nursing Education Evaluation Form. Descriptive statistics and structural equality modeling have been used in the analysis process.

Results: A negative and weak correlation has been found between psychiatric nursing education and attitudes towards people with psychological problems ($p < 0.01$). Beliefs towards psychological problems and attitudes towards people with psychological problems are positively and weakly related. ($p < 0.01$). The compatibility between the tested model and the data has been determined. Beliefs about psychological illnesses have influenced attitudes towards individuals with psychological problems ($p < 0.05$). Furthermore, psychiatric nursing education has been found to affect attitudes towards individuals with psychological problems ($p < 0.05$). Finally, psychiatric nursing education is not a mediator in the interaction of beliefs about psychological illness and attitudes towards individuals with psychological problems ($p > 0.05$).

Conclusion: Beliefs towards psychological illness and psychiatric nursing education affect attitudes towards individuals with psychological problems. Psychiatric nursing education has no mediating role in the interaction between beliefs about psychological illness and attitudes towards individuals with psychological problems.

Keywords: Beliefs toward mental illness, attitude, psychiatric nursing education

ORCID IDs of the authors: ME: 0000-0002-5113-7619

Sorumlu yazar/Corresponding author: Dr. Öğr. Üyesi Mahmut Evli

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı ve Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Kayseri, TÜRKİYE

e-posta/e-mail: mahmutedli38@gmail.com

Atıf/Citation: Evli M. (2021). Ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutum ilişkisinde psikiyatri hemşireliği eğitiminin etkisi. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 4(1), 64-74. DOI: 10.38108/ouhcd.823895

Giriş

Ruhsal hastalıklar, bireyin duygu, düşünce, inanç ve davranışlarında farklı yoğunluklarda, anormal sapma, bozulma ve tutarsızlıkların olması şeklinde tanımlanmaktadır (Çam 2019; WHO 2001). Ruhsal, davranışsal ve psikososyal hastalıkların dünya genelinde pek çok bireyi etkilediği ve küresel hastalık yükünde ön sıralarda olduğu bildirilmektedir (Prince ve ark. 2007). İnsanlar yaşamlarının herhangi bir evresinde ruhsal hastalıklardan etkilenebilir. 2020 yılı itibari ile bir milyara yakın insan ruhsal bir bozuklukla yaşamakta ve her 40 saniyede bir kişi intihar nedeniyle ölmektedir (WHO 2020). Ruhsal hastalığı olan bireyin olumsuz olarak değerlendirilmesinin ve dışlanmasının nedeni toplumun normal olarak benimsediği düşünce ve davranış kalıplarının dışına çıkması olabilir (Totic ve ark., 2012). Dışlanma ve damgalama ruhsal hastalıklarda yaygın olarak görülen ve ruhsal hastalığı olan bireyin tedavisini, kendisini ve ailesini olumsuz etkileyen bir durumdur (Akdede ve ark., 2004; Corrigan 2004; Tsang ve ark., 2007). Damgalamanın altında yatan temel yapı ruhsal hastalığı olan bireyin çevresine zarar verebileceği düşüncesi ve buna bağlı olarak ortaya çıkan zarar görme korkusudur (Üçok 2003; Taşkın 2007). Korku dışında ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin sorumsuz oldukları düşüncesi ve bundan dolayı kararlarının başkaları tarafından verilmesi gerektiği inancıdır. Damgalama ile ilgili son olarak ise şiddetli ruhsal rahatsızlığa sahip olan bireylerin çocuk gibi olduklarına yönelik düşünce ve her türlü bakıma ihtiyaçlarının varolduğuna yönelik inançlar, ruhsal hastalıklı bireyler için ayrımcı davranışların öncülleridir (Çam ve Çuhadar, 2011).

Ruhsal hastalıklara yönelik damgalamanın yaygınlığı, hem psikiyatrik hastalıkların çoğu insan tarafından anlaşılmasını engellemekte hem de ruhsal hastalıklara karşı bir önyargı oluşmasında etkili olmaktadır (Malas 2019). Ruhsal hastalıklara yönelik korku ve hoşgörüsüzlük şeklinde ortaya çıkan önyargılar bireylerin kişilik özelliklerine yerleşmekte, negatif inanç ve tutumlara neden olmaktadır. Bu durum bireylerin tedavi sürecinde iyilik haline ulaşmalarını engellemekte, psikiyatrik yardım almaktan kaçınmaya neden olmakta ve hastalık belirtilerinin kötüleşmesine sebebiyet vererek ruhsal hastalığı olan bireylerin kendilerine zarar vermelerine neden olmaktadır. Ek olarak benlik saygısını düşürmekte, moral bozukluğu, sosyal uyumda bozulma, suçluluk ve utanç duygularını yükseltmektedir (Çam ve Çuhadar, 2011). Damgalanma algısına bağlı olarak ruhsal

rahatsızlığı olan bireyler kendilerini içinde yaşadıkları topluma ait görememekte ve dışlanmışlık duygusu yaşamaktadırlar (Çam ve Çuhadar, 2011; Taşkın 2007). Bunun nedeni ruhsal rahatsızlığı olan bireyin yakın çevresinin bireyden duydukları utanç ve saklama eğilimlerine ek olarak toplumun genel olarak tutumları ve damgalama eğilimleridir (Taşkın 2007). Damgalamada altta yatan en önemli neden kalıplaşmış düşünce ve davranış şeklinde kendini gösteren ruhsal hastalıkla ilgili olumlu ya da olumsuz inanç ve tutumlardır (Çam ve Bilge, 2013).

Ruhsal hastalıklara yönelik toplumsal tutumların olumsuz olduğu bilinmektedir (Çam ve Bilge, 2011; Yamawaki ve ark., 2011). Toplumun bir parçası olan hemşirelik öğrencilerinin de bu önyargılardan etkileneceği düşünülmektedir (Günay ve ark., 2016). Hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumları, geldikleri sosyokültürel yapıdan izler taşımaktadır (Çam ve Bilge, 2011; Schafer ve ark., 2011). Bu durum hemşirelik eğitimi sırasında göz ardı edilirse, ileriki dönemlerde hasta bakımına yönelik olumsuz sonuçlar ortaya çıkabilir. Bu nedenle geleceğin hemşireleri olacak olan hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumları, bu hastalıklara sahip bireylere verilecek hemşirelik bakımının kalitesi açısından önemlidir. Yapılan çalışmaların çoğunluğu ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumları belirlemeye yöneliktir (Akdede ve ark., 2004; Günay ve ark., 2016; Çam ve Bilge, 2013). Ruhsal hastalıklara yönelik tutumların sosyo-ekonomik düzeyden, cinsiyetten, yaştan, etnik kökenden ve eğitimden etkilendiği bilinmektedir (Schafer ve ark., 2011; Yuan ve ark., 2016).

Hemşirelik öğrencilerinin eğitimleri boyunca aldıkları psikiyatri hemşireliği dersinin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarına (Günay ve ark., 2016), tutumlarına (Öz ve İnci, 2009; Şahin ve ark., 2019) ve damgalamaya ilişkin görüşlerine (Büyükbayram ve ark., 2020) etkisini inceleyen pek çok çalışmaya rastlanmıştır. Ancak bu değişkenlerin birlikte değerlendirildiği, gizli ve örtük değişkenlerin dahil edildiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın amacı hemşirelik öğrencilerinde psikiyatri hemşireliği eğitimi, ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutum kavramlarını birlikte değerlendirmektir. Bir diğer amaç, bağımsız değişkenlerin birbirlerine olan etki düzeylerini ve ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlar arasında varsayılan ilişkide psikiyatri hemşireliğinin aracı rolünü yapısal eşitlik modellemesi kurarak derinlemesine incelemektir. Bu sayede hemşirelik

öğrencilerinde psikiyatrik hastalıklara yönelik inanç ve tutumlar üzerine psikiyatri hemşireliği derslerinin etki düzeyi belirlenecek, psikiyatri hemşireliği eğitimi sırasında eğitim müfredatına yönelik yapılabilecek değişikliklerin planlaması konusunda izlenecek bir yol haritası çizilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın Amacı

Araştırma hemşirelik öğrencilerinde ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutum ilişkisinde psikiyatri hemşireliği eğitiminin etkisini araştırmak amacı ile tanımlayıcı ilişkisel olarak yapılmıştır.

Bu doğrultuda yapılan çalışmada aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

Soru 1: Hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançları, ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarını etkiler mi?

Soru 2: Psikiyatri hemşireliği eğitimi hemşirelik öğrencilerinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarını etkiler mi?

Soru 3: Hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançları psikiyatri hemşireliği eğitimine yönelik görüşlerini etkiler mi?

Soru 4: Hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançları ile ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumları arasındaki etkileşimde psikiyatri hemşireliği eğitiminin aracı rolü var mıdır?

Yöntem

Araştırma Grubu

Araştırmanın evrenini 2019-2020 eğitim-öğretim döneminde İç Anadolu bölgesinde eğitim veren bir sağlık bilimleri fakültesinin hemşirelik bölümünün son sınıfında öğrenim gören 211 intörn öğrenci oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem hesaplamasına gidilmemiş evrenin tamamına ulaşmak amaçlanmıştır. Fakat araştırmaya katılmayı kabul etmeyen ve formları eksik dolduran 10 öğrenci çalışmaya dahil edilmemiştir. Yapısal eşitlik modellemesi diğer çok değişkenli istatistiksel yöntemlerden (çoklu regresyon, keşfedici faktör analizi vb.) ayıran güçlü tarafları bulunmaktadır. Bunlar; kuramsal alt yapısı olan bir ilişki örüntüsünün doğrulanmasını sağlaması, uygulanan analizlerde ölçüm hatalarının dikkate alınarak modellerin test edilmesi, gözlenen ve örtük değişkenlerin birlikte analiz edilebilmesi, en iyi çalışma modelinin bulunmasını sağlaması, karmaşık modellerin test edilmesini kolaylaştırması ve bütüncül bir model sağlayarak karmaşık yapıların açıklığa kavuşturulması olarak sıralayabiliriz (Gürbüz ve Şahin, 2018). Yapısal eşitlik modellemesinde çalışmaya alınacak örneklem

büyüklüğü konusunda netlik olmaması (Waltz ve ark., 2010) ve literatürün önerisi doğrultusunda (Andrew ve ark., 2011; Kline 2011) araştırmanın örnekleminin kurulan yapısal eşitlik modellemesindeki değişken parametrelerinin 10-20 katı arasında olmasına ve 200 gönüllüden eksik olmamasına özen gösterilmiştir. Araştırma 201 öğrenci ile tamamlanmıştır.

Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

Araştırmaya hemşirelik bölümünde okuyan, son sınıf psikiyatri hemşireliği uygulamasını tamamlayan, devamsızlığı olmayan, dersten geçen ve bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu (BGOF) onaylayan bireyler dahil edilmiştir.

Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Çalışma yapılan sağlık bilimleri fakültesinde modüler sistem uygulanmaktadır. Bu nedenle çalışmanın yapıldığı güz dönemi için her beş haftalık psikiyatri hemşireliği modül uygulamasının bitiminde veri formları öğrencilere verilerek kendilerinin doldurmaları istenmiştir. Bahar döneminde ise ilk beş haftalık psikiyatri hemşireliği modül uygulamasının bitiminde veri formları öğrencilere verilerek kendilerinin doldurmaları istenmiş, son iki beş haftalık modülde Covid-19 salgının ortaya çıkması nedeniyle veri formları öğrencilere psikiyatri hemşireliği modül uygulamasının bitiminde online olarak ulaştırılmıştır. Online öğretim sürecinde psikiyatrye ait vaka örnekleri online olarak sisteme yüklenmiş ve haftalık olarak vakalar üzerinden teorik ve uygulamaya yönelik analizler yapılmıştır. Verilerin %66.9'u yüz yüze, %33.1'i online olarak toplanmıştır. Araştırmanın verilerinin toplanmasında tanıtıcı bilgi formu, Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ), Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (RSTTÖ) ve Psikiyatri Hemşireliği Eğitimi Değerlendirme Formu (PHEDF) kullanılmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu: Tanıtıcı bilgi formu bireylerin cinsiyet, yaş, psikiyatri hemşireliğine yönelik bilgi durumu, psikiyatrik hastalığın varlığı, psikiyatrik hastalığı olan biri ile yaşama durumu ve psikiyatrik hastalarla karşılaştığında ne hissettiğini belirlemeye yönelik sorulardan oluşmuştur.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ): Hirai ve Clum (2000) tarafından geliştirilen ölçek, ruhsal hastalığa yönelik bireysel ve toplumsal inançları değerlendirmektedir. Türkçe geçerlilik güvenilirliği Bilge ve Çam (2008) tarafından yapılmıştır. Altılı likert tipinde olan ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçek çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma (ÇKİB), tehlikeli

(T), utanma (U) olmak üzere üç alt boyut içermektedir. Cronbach alpha katsayı değerleri ölçeğin toplamı, için 0.82, alt boyutları için ise sırasıyla 0.80, 0.71 ve 0.69 bulunmuştur. Ölçekten toplamda 0-105 puan alınabilirken, alınan yüksek puanlar olumsuz inancı ifade etmektedir. Ölçeğin alt boyutlarından T boyutu, ruhsal hastalıkların ve bu hastalıklara sahip olan bireylerin tehlikeli olduğuna yönelik inançları değerlendirmekte ve 0-40 arasında puan alınmaktadır. ÇKİB boyutu bu hastalıkların kişilerarası bağlantının etkilenme durumunu ve buna bağlı ortaya çıkan çaresizlik durumunu değerlendirmekte ve 0-55 arasında puan alınmaktadır. U boyutu bu tip hastalıklarla ilgili utanılacak bir durum olup olmadığını değerlendirmekte ve 0-10 arasında puan alınmaktadır (Bilge ve Çam, 2008). Çalışmamızda ölçeğin Cronbach alpha katsayı değerleri ölçeğin toplamı için 0.73, ÇKİB boyutu için 0.72, T boyutu için 0.61 ve U boyutu içinse 0.71 bulunmuştur.

Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (RSTTÖ): Taylor ve Dear (1981) tarafından geliştirilen ölçek, ruhsal hastalığı olan bireylere ilişkin toplum tutumlarını değerlendirmektedir. Bağ ve Ekinci (2006) tarafından Türkçe geçerlilik güvenilirliği yapılan ölçek 21 madde ve iyi niyet (İN), toplum ruh sağlığı ideolojileri (TRSİ), korku/dışlama (KD) olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayı değerleri ölçeğin toplamı için 0.72, alt boyutları için sırasıyla 0.78, 0.76 ve 0.75 saptanmıştır. Beşli likert tipinde olan ölçek 1 (kesinlikle katılıyorum), ..., 5 (kesinlikle katılmıyorum) şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten toplamda 21-105 puan alınabilirken, alınan yüksek puanlar olumsuz tutumu ifade etmektedir. Alt ölçeklerden alınan toplam puanın yüksekliği olumsuz tutumu ifade etmektedir (Bağ ve Ekinci, 2006). Çalışmamızda ölçeğin Cronbach Alfa katsayı değerleri ölçeğin toplamı için 0.86, İN boyutu için 0.73, TRSİ boyutu için 0.86 ve KD boyutu için ise 0.60 bulunmuştur.

Psikiyatri Hemşireliği Eğitimi Değerlendirme Formu (PHEDF): Wynaden ve Popescu (1999) tarafından geliştirilen form, öğrencilerin ruhsal hastalığı olan bireylerle çalışmak için hazırlık durumlarını ve aldıkları eğitime ilişkin görüşlerini değerlendirmektedir. Arabacı ve Çam (2009) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan form 15 madde ve önemlilik ve değerlilik (ÖD, yeterlilik ve güven (YG) ve eşitlik (E) olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır. Form, bireyin verilen ifadelere katılıp katılmama durumlarına göre 1

(kesinlikle katılıyorum), ile 5 (kesinlikle katılmıyorum) arasında değerlendirilmektedir. Formdan toplamda 18-90 arasında puan alınmaktadır. Alınan puanın yüksekliği, öğrencilerin psikiyatri hemşireliği eğitimine yönelik olumlu görüşlerini bildirmektedir. Formun Cronbach Alfa değeri 0.82 olup, kullanım güvenilirliğine sahiptir (Arabacı ve Çam, 2009). Çalışmamızda ölçeğin Cronbach Alfa katsayı değerleri ölçeğin toplamı için 0.88, ÖD boyutu için 0.85, YG boyutu için 0.83 ve E boyutu için ise 0.62 bulunmuştur.

Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Shapiro-Wilk testi verilerin normal dağılıma uygunluk değerlendirmesi için uygulanmış ve verilerin normal dağılmadığı görülmüştür ($p < 0.05$). Bu nedenle Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis ve Spearman korelasyon testi kullanılmıştır.

Değişkenler arasında ilişki, etki ve aracılık düzeyini derinlemesine araştırmak için yapısal eşitlik modellemesi kurulmuştur. Yapısal eşitlik modellemesinin uygunluğunu test etmek için, aşağıdaki endeksler değerlendirildi: CMIN/DF (< 5); RMSEA (< 0.08); GFI, İyi Index uygun Endeks (> 0.90); AGFI, Düzeltilmiş İyi Index Ayarı Endeks (> 0.90); ve CFI, Karşılaştırmalı Fit Endeksi (> 0.90) uygulanmıştır (Kline, 2011; Gürbüz ve Şahin, 2018). Veriler normal dağılmadığı için Asymptotically Distribution Free (ADF) yöntemi uygulanmıştır (Gürbüz ve Şahin, 2018). Karşılaştırmalarda $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Katılımcıların %83,4'ü kadın, %92,3'ü hemşire olarak çalışmak istemekte, %50,3'ü psikiyatri hemşiresi olarak çalışmayı düşünmemekte, %77,9'u psikiyatri hemşireliğine yönelik bilgi düzeyinin yetersiz olduğunu ifade etmektedir. Öğrencilerin %78,5'inin herhangi bir ruhsal hastalığı olan yakını bulunmamakta, %66,3'ü ruhsal hastalığı olan bireyle karşılaştığında kaygı ve korku hissetmekte, %66,3'ü ruhsal sıkıntı durumunda ilk yardım alacağı kişinin psikiyatr olacağını ve %63,5'i ruhsal hastalıkların temel nedeninin travmatik olay, aile içi çatışmalar, kalıtsal yatkınlık gibi birçok nedenin bir araya gelmesi olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların yaş aralığı 20-28, yaş ortalaması $22,10 \pm 1,19$, genel akademik not ortalaması (GANO) $2,68 \pm 0,33$ 'tür.

Tablo 1. Demografik değişkenlere göre ruhsal hastalığa yönelik inançlar, ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumları ve psikiyatri hemşireliği eğitimini değerlendirme ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Demografik değişkenler	Ölçekler											
	ÖD	YG	E	PHED	ÇKİB	T	U	RHYİ	İN	TRSI	KD	RSBTT
	Cinsiyet											
Kadın	32.92± 4.82 (33.00)	16.15± 3.78 (16.00)	7.29± 1.71 (7.00)	56.37± 8.41 (56.00)	26.65± 8.76 (27.00)	21.18± 4.78 (21.00)	3.05± 1.46 (2.00)	48.90± 12.87 (50.00)	19.86± 5.03 (19.00)	21.05± 6.76 (19.00)	6.54± 1.72 (7.00)	47.47± 10.81 (45.00)
Erkek	30.53± 5.09 (31.00)	14.96± 4.12 (15.00)	7.03± 1.69 (7.00)	52.53± 8.98 (53.50)	25.53± 8.69 (26.50)	21.36± 4.86 (21.00)	3.60± 1.55 (2.00)	48.50± 12.73 (48.50)	23.73± 8.39 (20.50)	25.50± 9.44 (21.00)	5.70± 1.76 (6.00)	54.93± 16.32 (48.50)
<i>p</i>	0.017	0.149	0.467	0.023	0.478	0.892	0.968	0.746	0.025	0.018	0.015	0.027
	Hemşire olarak çalışmayı düşünme durumu											
Düşünüyor	32.91± 4.63 (33.00)	16.13± 3.83 (16.00)	7.29± 1.73 (7.00)	56.34± 8.26 (56.00)	25.98± 8.69 (27.00)	21.10± 4.77 (21.00)	3.10± 1.66 (2.00)	48.19± 12.87 (49.00)	20.47± 5.94 (19.00)	21.61± 7.47 (20.00)	6.37± 1.73 (6.00)	48.46± 12.37 (45.00)
Düşünmüyor	27.92± 6.12 (27.50)	13.85± 3.61 (15.00)	6.64± 1.21 (7.00)	48.42± 9.58 (50.00)	32.28± 7.18 (32.00)	22.50± 4.91 (21.00)	3.71± 1.65 (2.50)	56.50±9.38 (56.50)	20.85± 5.12 (21.00)	24.00± 6.69 (24.50)	6.71± 2.05 (7.00)	51.57± 9.29 (50.50)
<i>p</i>	0.001	0.039	0.167	0.001	0.009	0.464	0.211	0.015	0.495	0.111	0.403	0.085
	Psikiyatri hemşiresi olarak çalışmayı düşünme durumu											
Düşünüyor	33.10± 4.17 (33.00)	16.92± 3.26 (17.00)	7.23± 1.78 (7.50)	57.25± 7.46 (57.00)	25.76± 9.11 (27.00)	20.93± 4.92 (21.00)	3.18± 1.59 (2.00)	47.88± 13.53 (49.00)	20.85± 6.22 (19.00)	22.12± 7.90 (21.00)	6.35± 1.69 (6.00)	49.33± 13.34 (46.50)
Düşünmüyor	31.95± 5.54 (32.00)	15.01± 4.16 (15.00)	7.26± 1.63 (7.00)	54.23± 9.40 (54.00)	27.16± 8.33 (27.00)	21.49±4.65 (21.00)	3.10± 1.80 (2.00)	49.76± 12.06 (50.00)	20.16± 5.52 (19.00)	21.47± 6.96 (20.00)	6.45± 1.81 (7.00)	48.08± 10.93 (45.00)
<i>p</i>	0.192	0.002	0.942	0.017	0.307	0.531	0.400	0.418	0.599	0.848	0.635	0.764
	Psikiyatri hemşireliğine ilişkin teorik bilgi yeterlilik düzeyi											
Yeterli	34.17± 3.95 (34.00)	18.40± 3.63 (19.00)	7.92± 1.62 (8.00)	60.05± 7.78 (60.50)	26.62± 9.60 (27.50)	20.82± 4.92 (21.00)	2.25± 1.01 (2.00)	48.70± 13.79 (50.50)	20.47± 6.49 (19.50)	21.22± 8.66 (19.00)	6.55± 1.82 (6.00)	48.25± 14.00 (45.50)
Yeterli değil	32.05± 5.09 (32.00)	15.26± 3.63 (15.00)	7.05± 1.68 (7.00)	54.38± 8.36 (54.00)	26.42± 8.50 (27.00)	21.32± 4.76 (21.00)	2.12± 1.09 (2.00)	48.87± 12.57 (50.50)	20.51± 5.71 (19.00)	21.95± 7.06 (21.00)	6.36± 1.73 (6.00)	48.83± 11.65 (46.00)
<i>p</i>	0.034	0.001	0.005	0.001	0.920	0.515	0.674	0.802	0.666	0.263	0.664	0.314
	Ruhsal hastalığı olan bir yakının varlığı											
Var	32.43± 5.30 (33.00)	14.66± 3.81 (15.00)	7.00± 1.87 (7.00)	54.10± 8.34 (54.00)	23.76± 7.21 (25.00)	19.48± 5.00 (20.00)	3.00± 1.07 (2.00)	44.25± 11.52 (46.00)	20.43± 6.18 (19.00)	20.48± 5.96 (19.00)	6.41± 2.03 (6.00)	47.33± 10.82 (45.00)
Yok	32.54± 4.84 (32.00)	16.31± 3.80 (16.00)	7.31± 1.65 (7.00)	56.18± 8.65 (56.00)	27.21± 8.99 (28.00)	21.69± 4.63 (22.00)	3.19± 1.04 (2.00)	50.09± 12.90 (51.00)	20.52± 5.81 (19.00)	22.15± 7.76 (21.00)	6.40± 1.67 (6.00)	49.08± 12.52 (46.00)
<i>p</i>	0.948	0.026	0.331	0.174	0.022	0.010	0.121	0.015	0.840	0.294	0.836	0.421
	Öğretim şekli											
Yüz yüze	31.90± 4.59 (32.00)	15.76± 3.62 (16.00)	6.98± 1.53 (7.00)	54.65± 7.71 (54.00)	26.53± 8.60 (27.00)	21.69± 4.70 (21.00)	2.33± 1.35 (2.00)	49.56± 12.74 (50.00)	21.07± 5.53 (20.00)	22.43± 7.02 (21.00)	6.27± 1.74 (6.00)	49.78± 11.46 (47.00)
Uzaktan (Online)	33.76± 5.38 (35.00)	16.36± 4.29 (16.50)	7.78± 1.90 (8.00)	57.91± 9.89 (58.50)	26.33± 9.06 (28.00)	20.25± 4.83 (20.00)	1.78± 1.01 (2.00)	47.36± 12.95 (48.50)	19.36± 6.40 (18.00)	20.50± 8.08 (18.00)	6.66± 1.75 (7.00)	46.53± 13.31 (43.00)
<i>p</i>	0.017	0.371	0.003	0.016	0.885	0.059	0.051	0.279	0.066	0.099	0.155	0.109

*PHED: Psikiyatri Hemşireliği Eğitimini Değerlendirme; ÖD: Önemlilik/Değerlilik; YG: Yeterlilik/Güven; E: Eşitlik; RHYİ: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar; ÇKİB: Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma; T: Tehlikelilik; U: Utanma; RSBTT: Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları; İN: İyi Niyet; TRSI: Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi; KD: Korku/Dışlanma; **p<0.05 düzeyinde anlamlıdır

Tablo 1’de hemşirelik öğrencilerinde demografik değişkenler göre ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği, ruhsal sorunlu bireylere yönelik toplum tutumları ölçeği ve psikiyatri hemşireliği eğitimi değerlendirme formu ve alt boyutları arasındaki puan elığı eğitimi değerlendirme puan ortalamalarının kadın cinsiyetinde, hemşire ve psikiyatri hemşiresi olarak çalışmayı düşünenlerde ve psikiyatri hemşireliğine yönelik bilgi düzeyini yeterli bulanlarda ve öğrortalamaları görülmektedir. Psikiyatri

hemşiretim şekli online olanlarda yüksek olduğu ve bu yüksekliğin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ruhsal hastalıklara yönelik inanç puan ortalamalarının hemşire olarak çalışmayı düşünmeyen ve ruhsal hastalığa sahip bir yakını olmayan katılımcılarda yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutum puan ortalamalarının ise sadece erkek cinsiyetinde olan katılımcılarda istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

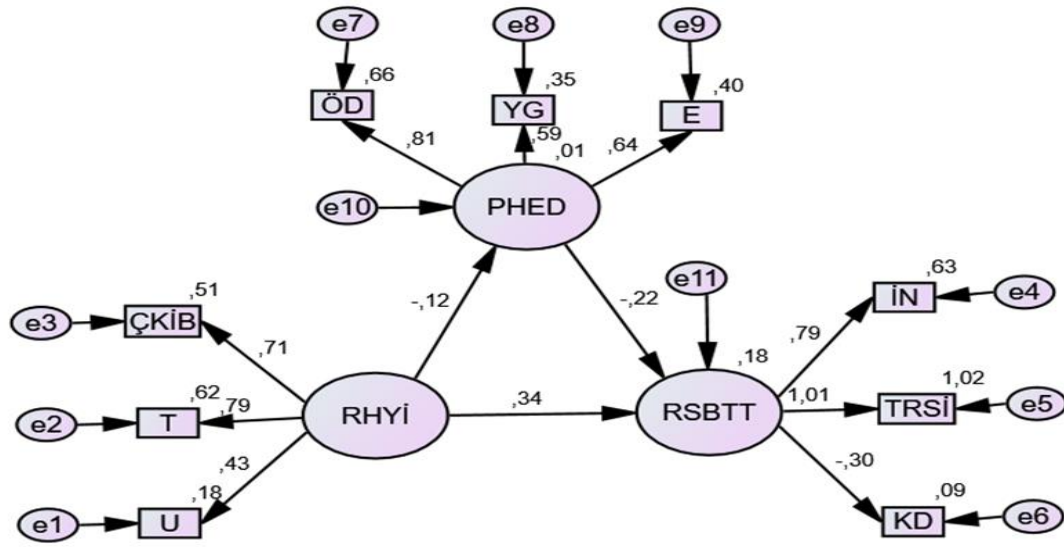
Tablo 2. Öğrencilerin ölçek puanlarına ait ortalama, standart sapma ve korelasyon değerleri

Değişkenler	X± SS	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
YG ÖD	32.52± 4.93	-											
	15.96± 3.85	.455**	-										
E	7.24± 1.70	.528**	.475**	-									
PHED	55.73± 8.60	.843**	.818**	.707**	-								
ÇKİB	26.46± 8.73	-.137	-.072	.043	-.078	-							
T	21.21± 4.78	-.103	.014	.014	-.027	.573**	-						
U	3.14± 1.69	-.254**	-.017	-.170*	-.158*	.318**	.314**	-					
RHYİ	48.83± 12.81	-.165*	-.066	.006	-.092	.936**	.790**	.449**	-				
İN	20.50± 5.87	-.317**	.057	-.083	-.138	.138	.255**	.327**	.220**	-			
TRSİ	21.79± 7.42	-.334**	-.051	-.160*	-.213**	.317**	.366**	.421**	.395**	.691**	-		
KD	6.40± 1.75	.138	-.040	.032	.056	-.046	-.127	-.046	-.083	-.269**	-.258**	-	
RSBTT	48.70± 12.17	-.346**	-.032	-.163*	-.209**	.257**	.331**	.417**	.341**	.851**	.937**	.118	-

Spearman’a rho (** $p<0,01$, * $p<0,05$); *PHED: Psikiyatri Hemşireliği Eğitimi Değerlendirme; ÖD: Önemlilik/Değerlilik; YG: Yeterlilik/Güven; E: Eşitlik; RHYİ: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar; ÇKİB: Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma; T: Tehlikelilik; U: Utanma; RSBTT: Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları; İN: İyi Niyet; TRSİ: Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi; KD: Korku/Dışlanma

Elde edilen bulgulara göre psikiyatri hemşireliği eğitimi değerlendirmesi, ruhsal hastalığa yönelik inançlar, ruhsal sorunları olan bireylere yönelik toplum tutumları ölçeklerinin kendi alt boyutları arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$). Öğrencilerin psikiyatri hemşireliği eğitimine yönelik değerlendirmeleri ile diğer değişkenler arasındaki ilişkiye bakıldığında;

ruhsal hastalığa yönelik inançlar ($r_{(201)}=-0,092$, $p>0,05$) ile anlamlı bir ilişkinin olmadığı, ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlar ($r_{(201)}=-0,209$, $p<0,01$) ile negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu görülmektedir. Öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inançları ile ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumları arasında ise pozitif yönlü ve zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r_{(201)}=0,341$; $p<0,01$).



Şekil 1. Ruhsal hastalığa yönelik inançlar, ruhsal sorunları olan bireylere yönelik toplum tutumları ve psikiyatri hemşireliği eğitimi değerlendirme arasında kurulan yapısal eşitlik modellemesi
*PHED: Psikiyatri Hemşireliği Eğitimini Değerlendirme; ÖD: Önemlilik/Değerlilik; YG: Yeterlilik/Güven; E: Eşitlik; RHYİ: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar; ÇKİB: Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma; T: Tehlikelilik; U: Utanma; RSBTT: Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları; İN: İyi Niyet; TRSİ: Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi; KD: Korku/Dışlanma

Kurulan ilk yapısal eşitlik modelinin test sonuçları modele uygun istatistikleri karşıladığı saptanmıştır. Şekil 1'deki yapısal eşitlik modellemesinin uyum istatistikleri incelendiğinde $df=24$, $p<0,05$ 'ten küçük olduğu tespit edilmiştir. $df>0$ olması nedeniyle modelin tam doymuş bir model olduğu görülmekte iken $p<0,05$ küçük olması nedeniyle model uyum indekslerine bakmak gerekmektedir. Model uyum indeks değerleri

$\chi^2/df=2,90<5$, $GFI=0,92$, $AGFI=0,86$, $CFI=0,90$, $RMSEA=0,079$ olarak belirlenmiştir. Bu değerler verilerin modeli desteklediği ve uyum indekslerinin kabul edilebilir olduğunu göstermektedir (Kline 2011; Gürbüz ve Şahin, 2018). Her değişkenin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik toplum tutum değerleri üzerindeki etkisi Tablo 3 ve 4'te özetlenmiştir.

Tablo 3. Modele ait regresyon ağırlıkları, standardize regresyon ağırlıkları ve kareli çoklu korelasyonları

Değişkenler	Estimate					
	Unstandardized β	Standardized β	S.E.	t	P	
PHED <-- RHYİ	-0.673	-0.122	0.559	-1.204	0.229	
RSBTT <-- RHYİ	2.189	0.341	0.706	3.101	0.002	
RSBTT <-- PHED	-0.252	-0,216	0.102	-2.472	0.013	
PHED	0.015					
RSBTT	0.181					

* PHED: Psikiyatri Hemşireliği Eğitimini Değerlendirme; RHYİ: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar; RSBTT: Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları; S.E.:Standard Error; SMC: Squared Multiple Correlations

Şekil 1 ve Tablo 3'te psikiyatri hemşireliği intörn uygulamasını tamamlamış hemşirelik öğrencilerinde ruhsal hastalığa yönelik inançların ve

psikiyatri hemşireliği eğitimi değerlendirmenin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumları ne kadar yordadığını belirlemek üzere kurulmuş

yapısal eşitlik model analiz sonuçları görülmektedir. Hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının, psikiyatri hemşireliği eğitimine yönelik algılarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği görülmektedir ($p>0,05$). Ancak öğrencilerin psikiyatri hemşireliği eğitimine yönelik değerlendirmelerinin ve ruhsal hastalığa yönelik inançlarının, ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumları üzerine anlamlı etkisinin olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Psikiyatri hemşireliği eğitimi değerlendirmesindeki bir birimlik artış öğrencilerin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarında 0,252 birimlik bir azalmaya neden olmaktadır. Ancak ruhsal hastalığa yönelik inançlardaki bir birimlik artış ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarda 2,189 birimlik bir artmayla sonuçlanmaktadır. Benzer şekilde ruhsal hastalığa yönelik inançlardaki bir standart sapmalılık değişim öğrencilerin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarında 0,341'lik bir standart sapmaya neden olmaktadır. Ek olarak psikiyatri hemşireliği eğitimi değerlendirmesindeki bir standart sapmalılık değişim ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarda -0,216 bir standart sapma oluşturmaktadır. Ayrıca öğrencilerin psikiyatri hemşireliği eğitimine yönelik değerlendirmelerindeki değişimlerin %1,5'inin, ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarındaki değişimlerin de %18,1'inin bu model tarafından açıklandığı görülmektedir (Tablo 3).

Tablo 4. Ruhsal sorunları olan bireylere yönelik toplum tutumları üzerine doğrudan ve dolaylı etkilerin standartlaştırılmış tahminleri

		Bias- corrected 95% Effect Value (Lower/Upper)	
		RHYİ	PHED
Direct Effects	PHED	-0.122 (-0.320/0.110)	-
	RSBTT	0.341** (0.155/-0.513)	-0.216* (-0.432/0.000)
Indirect Effects	PHED	-	-
	RSBTT	0.026 (-0.015/-0.096)	-

PHED: Psikiyatri Hemşireliği Eğitimi Değerlendirme; RHYİ: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar; RSBTT: Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları; * $p<0.05$ anlamlıdır, ** $p<0.01$ anlamlıdır.

Ruhsal hastalığa yönelik inançların, öğrencilerin psikiyatri hemşireliği eğitimi algıları (etki değeri= -0,12) üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi yokken ($p>0,05$), ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumları (etki değeri=0,34) üzerinde önemli ve istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi

olduğu görülmektedir ($p<0,01$). Ruhsal hastalığa yönelik inançların ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumları üzerine direkt etkisinin olduğu ancak bu iki değişken arasında psikiyatri hemşireliği eğitiminin aracılık etkisinin olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Dolayısıyla psikiyatri hemşireliği eğitimi, ruhsal hastalığa yönelik inançlar ile ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumları arasında anlamlı bir mediatör değildir (Tablo 4).

Tartışma

Geçmiş çağlardan günümüze kadar gelen ve etkisini devam ettiren ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumların olumsuzluğu, ruhsal hastalığı olan bireyleri de olumsuz etkilemektedir. Bundan dolayı ruhsal hastalıklara ve ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik toplumsal inanç ve tutumların belirlenmesi bu konuda yapılacak bilimsel araştırmalara ve uygulanacak tedavilere yön gösterici olacağı ifade edilmektedir (Malas 2019).

Bu bağlamda yapılan bu çalışmada hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının, ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarını etkilediği saptanmıştır. Bu sonuç literatürle uyumlu ve beklendiği bir sonuçtur. Çünkü bireylerin inançları, bütüncül bir düşünce yapısını ortaya çıkararak belirli bir davranış kalıbının oluşmasını yani tutumu belirlemektedir (Deryakulu 2004). Ruhsal hastalığa yönelik inançlar, ruhsal hastalığı olan bireyle temas, iletişim, etkileşim ve gerektiğinde onlara yardımda bulunma gibi durumlara bağlı olarak değişmekte ve tutumları da değiştirmektedir. Değişmeyen yani kalıplaşmış düşünce ve davranışlar, bireylerde ruhsal hastalıklara yönelik totaliter bir düşünce sistemini daha da derinleştirerek tutum sistemleri haline gelmesine, bireysel ve toplumsal damgalamaya dönüşmesine neden olmaktadır (Centers for Disease Control and Prevention, 2012; Çam ve Bilge, 2013). Ruhsal hastalıklara ilişkin tutumlar karmaşık bir yapıya sahip olup bireysel özelliklerden etkilendiği gibi toplumsal değişkenlerden de olumlu ya da olumsuz olarak etkilenebilmektedir (Mukherjee ve ark., 2002). İnançların, kişinin dünyaya bakışını ve ona karşı verdiği tepkiyi şekillendirdiği ve tutumun bilişsel birleşenini oluşturduğu dikkate alındığında katılımcıların ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarının etkilenmesi doğaldır.

Çalışmamızda hemşirelik öğrencilerinde psikiyatri hemşireliği eğitiminin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik toplum tutumlarını etkilediği belirlenmiştir. Bu sonucun literatürle uyumlu olduğunu söyleyebiliriz (Balhara ve Mathur, 2013).

Öz ve İnci'nin (2009) yaptıkları çalışmada psikiyatri hemşireliği eğitiminin hem pratik kısmı hem de uygulama kısmının ruhsal sorunu olan bireye yönelik tutumları olumlu etkilediği bildirilmiştir. Benzer sonuçlar Çetinkaya Duman ve Partlak Günüşen'in 2017 yılında yaptıkları çalışma bulgularında da görülmektedir. Şahin ve arkadaşlarının (2019) yaptıkları çalışmada da ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği dersi alma durumunun başta iyi niyet boyutu olmak üzere ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı tutumları olumlu etkilediği saptanmıştır. Literatür dikkate alındığında ve araştırma bulgularına göre ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumların olumlu değişim göstermesinde psikiyatri hemşireliği eğitiminin önemli bir yere sahip olduğu yadsınamaz. Çalışmanın yapıldığı sağlık bilimleri fakültesinde modüler eğitim sistemi uygulanmakta ve psikiyatri hemşireliği ders konuları birinci sınıftan başlayarak modüller içerisinde işlenmekte, dördüncü sınıfta bütün intörn hemşirelik öğrencileri psikiyatri servisi başta olmak üzere servislerde klinik uygulama yapmaktadırlar. Hemşirelik eğitiminde ruhsal sorunu olan bireylere yönelik tutumların değiştirilmesinde ana ders olan ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği dersinde ruhsal bozukluğu olan birey ve aileye yönelik gözlem, görüşme, başetme, empati, bakım, eğitim gibi geniş çerçevede konular anlatılmaktadır. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği eğitiminin hem teorik kısmı hem de uygulamalar vasıtasıyla ruhsal sorunları olan bireylere karşı hemşirelik öğrencilerinde olumlu tutum oluşmasına katkı sağladığı düşünülmektedir.

Ayrıca çalışmamızda hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının psikiyatri hemşireliği eğitimine yönelik algılarını etkilemediği ve ruhsal hastalığa yönelik inançlar ile ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlar arasındaki etkileşimde psikiyatri hemşireliği eğitiminin aracı etkisinin (mediatör) olmadığı belirlenmiştir. İnanç eğitim etkileşimi üzerine yapılan çalışmaların çoğunluğunda eğitimin inanç üzerine etkisinin irdelendiği görülmektedir. Hemşirelik öğrencilerinde yapılan bir çalışmada okunan sınıfın ve uygulamaya çıkma durumunun ruhsal hastalığa yönelik inançlar üzerine etkisinin olmadığı bildirilmektedir (Günay ve ark., 2016). Benzer durum Duman ve arkadaşlarının (2019) tıp fakültesi öğrencileri ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin eğitim dönemlerinin artmasına rağmen ruhsal hastalığa yönelik inanç puan ortalamaların farklılaşmadığı saptanmıştır. Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ile ruhsal sorunları olan bireylere

yönelik tutumlar arasındaki etkileşimde psikiyatri hemşireliği eğitiminin mediatör rolüne ilişkin literatürde herhangi bir bilgiye rastlanmamıştır. Literatüre bakıldığında eğitimin inançları etkilemediği görülmektedir. Bununla birlikte çalışmamızda eğitimin inançlar üzerine etkisinin olmadığı görülmektedir. Bu durumu öğrencilerin son on hafta klinik uygulama yapmamış olmaları etkilemiş olabilir. Çalışmamızda bu sonucun bütün hemşirelik öğrencilerinin psikiyatri servislerinde uygulama fırsatı bulamaması nedeniyle olabileceği düşünülmektedir. Bu yönü ve diğer bulguları ile bu çalışmanın hemşirelik ve özellikle de psikiyatri hemşireliği alanına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Çalışmanın hipotezleri doğrultusunda hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarını etkilediği, ancak psikiyatri hemşireliği eğitimi görüşlerine etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca hemşirelik öğrencilerinde psikiyatri hemşireliği eğitiminin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarını olumlu yönde etkilediği saptanmıştır. Son olarak hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançları ile ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumları arasındaki etkileşimde psikiyatri hemşireliği eğitiminin aracı etkisinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bireylerin inançlarının tutumlarını etkilediği gibi toplumun bir parçası olan hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin de toplumun inanç, değer ve tutumlarından etkilenmesi doğaldır. Ruhsal hastalığı olan bireylerin daha fazla olumsuz tutumla karşılaştığı bilinmektedir. Bu durumun değiştirilmesinde öncü rol model olacak olan geleceğin hemşireleri, şimdinin ise hemşirelik öğrencisi olan intörn hemşirelerin bu olumsuz inanç ve tutumlarını fark etmeleri gerekmektedir. Bu duruma yönelik öğrencilerin farkındalık düzeylerini ve baş etme becerilerini artırmak için lisans eğitim sürecindeki Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ders müfredatının içeriğinde bu becerilerin geliştirilmesini sağlayacak konulara yer verilmesi düşünülebilir. Ayrıca psikiyatri hemşireliği eğitiminde, yaşantı temelli yaklaşımın artırılması amacıyla mümkün olduğunca bütün hemşirelik öğrencilerinin psikiyatri servislerinde uygulama yaparak ruhsal hastalığı olan bir bireyle tanışması ve bakım vermesi sağlanabilir. Psikiyatri servislerinde uygulama yapamayan öğrencilere yönelik öğrenme teorileri rehber alınarak hazırlanmış hemşirelik

simülasyonlarının oluşturulması öğrencilerin bilgi, beceri ve deneyimlerini destekleyebilir. Son olarak hemşirelik alanındaki akademisyenlerin bu konuda daha net sonuçlara ulaşabilmek amacıyla iyi tasarlanmış, daha geniş örneklem grubu olan ve prospektif kohort tipi çalışmalar yapması önerilebilir.

Teşekkür

Katkılarından dolayı Dr. Öğr. Üyesi Nuray Şimşek'e teşekkür ederim.

Araştırmannın Etik Yönü/ Ethics Committee Approval: Erciyes Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurul'undan onay (Tarih: 22.10.2019/Onay no:103), Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığından kurum izni ve öğrencilerden "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" alınmıştır.

Hakem/Peer-review: Dış hakem değerlendirmesi.

Yazar Katkısı/Author Contributions: Fikir/kavram: ME; Tasarım: ME; Danışmanlık: ME; Veri Toplama: ME; Veri İşleme: ME; Analiz ve/veya Yorum: ME; Kaynak tarama: ME; Makalenin Yazımı: ME; Eleştirel inceleme: ME.

Çıkar çatışması/Conflict of interest: Herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal Destek/Financial Disclosure: Bu çalışma için herhangi bir kişi ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çalışma Literatüre Ne Kattı?

• Birey, aile ve toplumun ruh sağlığının geliştirilmesi, iyileştirilmesi ve yaşantılardan anlam bulunmasında öncü rol model olacak olan geleceğin hemşireleri, şimdinin ise hemşirelik öğrencisi olan intörn hemşirelerin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarını etkilediği ortaya çıkarılmıştır.

• Ayrıca intörn öğrencilerde psikiyatri hemşireliği eğitiminin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarını etkilediği belirlenmiştir. Bu durum Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ders müfredatında yapılacak iyileştirmelerin, ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlara da olumlu yansımalarının olacağını düşündürmektedir.

Kaynaklar

Akdede BBA, Alptekin K, Topkaya ŞÖ, Belkız B, Nazlı E, Özsin E, ve ark. (2004). Gençlerde şizofreniyi damgalama düzeyi. Yeni Symposium, 42(3),113-117.
Andrew DPS, Pedersen PM, McEvoy CD. (2011). Research Methods in Sport Management. Champaign: Human Kinetics, 203-207.

- Arabacı L, Çam O. (2009). Psikiyatri hemşireliği eğitimini değerlendirme formunun Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 25 (1), 1-12.
- Bağ B, Ekinci M. (2006). Examining of scale of the community attitudes towards the mentally ill in Turkish sample. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 3(82), 63-83.
- Balhara YP, Mathur S. (2013). A comparative study of attitudes toward psychiatry among nursing students across successive training years. Indian Journal of Psychological Medicine, 35, 159-166. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.116246>
- Bilge A, Çam O. (2008). Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği'nin geçerliliği ve güvenilirliği. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 9, 91-96.
- Büyükbayram A, Baysan Arabacı L, Taş G, Kurt A. (2020). Psikiyatri hemşireliği dersi alan ve almayan öğrenci hemşirelerin psikiyatrik damgalamaya ilişkin görüşleri. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 5(3), 263-275.
- Attitudes Toward Mental Illness: Results from the Behavioral Risk Factor Surveillance System. Atlanta (GA); Centers for Disease Control and Prevention; 2012. Erişim tarihi: 10.10.2020, https://www.cdc.gov/hrqol/Mental_Health_Reports/pdf/BRFSS_Full%20Report.pdf
- Corrigan P. (2004). How stigma interferes with mental health care. American Psychologist, 59(7), 614-625. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.59.7.614>
- Çam O, Bilge A. (2011). Determination of beliefs and attitudes toward mental illness and patients of public who live in western part of Turkey. New Symposium, 49(3), 131-140.
- Çam O, Bilge A. (2013). The process of stigmatization and attitude, belief about mental illness and patient in Turkey: A systematic review. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 4, 91-101. <https://doi.org/10.5505/phd.2013.92300>
- Çam O (2014). Ruh sağlığı ve hastalıklarına genel bakış. Çam O, Engin E, Editörler. Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı, İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, 5-19.
- Çam O, Çuhadar D. (2011). Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalama. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2(3), 136-140.
- Çetinkaya Duman Z, Partlak Günüşen N. (2017). Effects of the psychiatric nursing course on students' attitudes towards mental illnesses, perceptions of psychiatric nursing and career choices. Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences, 9(4), 255-264. <https://doi.org/10.5336/nurses.2016-52788>
- Deryakulu D. (2004). Epistemolojik inançlar. Kuzgun Y. ve Deryakulu D. Editörler, Eğitimde Bireysel Farklılıklar. Ankara: Nobel Yayın-Dağıtım. s. 259-287.

- Duman B, Çolak B, Özdem NS, Özkasap SN, Sabahi Sİ, Şahinoğlu BM, ve ark. (2019). Tıp eğitiminin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlara etkisi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 23 (4), 141-149. <https://doi.org/10.15511/tahd.19.00441>
- Günay S, Bekitkol T, Ekitli BG, Yıldırım S. (2016). Determination of the mental disorder beliefs of students in a nursing faculty. *Journal of Psychiatric Nursing*, 7(3), 129-134. <https://doi.org/10.5505/phd.2016.43534>
- Gürbüz S, Şahin F. (2018). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri: Felsefe-Yöntem-Analiz. 5. Baskı, Seçkin Yayıncılık; 322-342.
- Hirai M, Clum GA. (2000). Development, reliability, and validity of the beliefs toward mental illness scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 22 (3), 221-236. <https://doi.org/10.1023/A:1007548432472>
- Kline RB. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. New York: Guilford Press, 154-186.
- Malas, EM. (2019). Ruhsal bozukluklara karşı stigma-derleme. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(Ek Sayı 1), 1203-1221.
- Mukherjee R, Fialho A, Wijetunge A, Checinski K, Surgenor T. (2002). The stigmatisation of psychiatric illness: the attitudes of medical students and doctors in a London teaching hospital. *Psychiatric Bulletin*, 26(5), 178-181. <https://doi.org/10.1192/pb.26.5.178>
- Öz F, İnci F. (2009). Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği dersinin hemşirelik öğrencilerinin ruhsal sorunu olan bireye yönelik tutumlarına etkisi. *Kriz Dergisi*, 17(2), 39-47. https://doi.org/10.1501/Kriz_0000000298
- Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips RM, ve ark. (2007). No health without mental health. *The Lancet*, 370, 859-877. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0)
- Schafer T, Wood S, Williams R. (2011). A survey into student nurses' attitudes towards mental illness: implications for nurse training. *Nurse Education Today*, 31(4), 328-332. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2010.06.010>.
- Şahin G, Amancalı M, Sayın SA, Yakar A, Buzlu S. (2019). Bir hemşirelik bölümündeki öğrencilerin ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı tutumları ve ilişkili faktörler. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 218-224. <https://doi.org/10.31067/0.2019.144>
- Taşkın EO. (2007). Ruhsal hastalıklarda damgalama ve ayrımcılık. Taşkın EO, Editör. *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*. İzmir: Meta Basım ve Matbaacılık, 17-30.
- Taylor SM, Dear MJ. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 225-240. <https://doi.org/10.1093/schbul/7.2.225>
- Totic S, Pavlovic Z, Zaric N, et al., (2012). Stigmatization of psychiatric label by medical and non-medical students. *International Journal of Social Psychiatry*, 58, 455-462. <https://doi.org/10.1177/0020764011408542>
- Tsang HW, Angell B, Corrigan PW, Lee YT, Shi K, Lam CS, ve ark. (2007). A cross-cultural study of employers' concerns about hiring people with psychotic disorder: Implications for recovery. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 42(9), 723-733. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0208-x>
- Üçok A. (2003). Şizofreni hastası neden damgalanır?. *Klinik Psikiyatri*, 6(1), 3-8.
- Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. (2010). *Measurement in nursing and health research*. Publishing Company, New York: Springer, 176-178.
- World Health Organization (WHO) World Mental Health Day: an opportunity to kick-start a massive scale-up in investment in mental health. Erişim Tarihi: 25.01.2021, <https://www.who.int/news/item/27-08-2020-world-mental-health-day-an-opportunity-to-kick-start-a-massive-scale-up-in-investment-in-mental-health>
- Wynaden D, Popescu A. Graduate nurse study. Perth: Mental Health Division of the Health Department of Western Australia. 1999.
- Yamawaki N, Pulsipher G, Moses JD, Rasmuse RK, Ringger AK. (2011). Predictors of negative attitudes toward mental health services: a general population study in Japan. *The European Journal of Psychiatry*, 25, 101-110. <http://dx.doi.org/10.4321/S0213-61632011000200005>
- Yuan Q, Abidin E, Picco L, et al. (2016). Attitudes to mental illness and its demographic correlates among general population in Singapore. *PLoS ONE*, 11(11), 1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167297>

Araştırma Makalesi / Research Article

Hekim Dışı Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarına Verilen Acil Obstetrik Bakım Eğitiminin Etkinliğinin Değerlendirilmesi: Ön Test Son Test Araştırma

Evaluation of the Effectiveness of Emergency Obstetric Care Training Given to Non-Physician Emergency Health Care Personnel: Pre-Test Post-Test Study

Yeter Şener ¹  Evrim Bayraktar ² 

¹ Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yozgat, TÜRKİYE

² Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kayseri, TÜRKİYE

Geliş tarihi/ Date of receipt: 26/09/2020

Kabul tarihi/ Date of acceptance: 09/01/2021

© Ordu University Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Turkey, **Published online:** 18/04/2021

ÖZ

Amaç: Bu araştırma hekim dışı acil sağlık hizmetleri çalışanlarına verilen Acil Obstetrik Bakım (AOB) eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

Yöntem: Ön test son test yarı deneysel desende gerçekleştirildi. Araştırmanın örneklemini 30 hekim dışı acil sağlık hizmetleri çalışanı oluşturdu. Verilerin değerlendirilmesinde McNemar testi kullanıldı.

Bulgular: Hekim dışı acil sağlık hizmetleri çalışanlarının eğitim öncesine göre eğitim sonrasında AOB bilgi sorularını doğru cevaplama oranlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış olduğu saptandı ($p<0.05$).

Sonuç: Hekim dışı acil sağlık hizmetleri çalışanlarının anne ve bebek ölümlerinin azaltılması amacıyla AOB konusunda bilgi düzeylerini güncellemeye yönelik hizmet içi eğitimlerle desteklenmeleri önerilir.

Anahtar kelimeler: Acil obstetrik bakım, sağlık çalışanları, eğitim

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of Emergency Obstetric Care (EOC) training given to non-physician emergency healthcare personnel.

Methods: The pre-tests post-tests were carried out in a semi-experimental pattern. The study sample consisted of 30 non-physician emergency healthcare workers. McNemar test was used in evaluating the data.

Results: It has been found out that there was a statistically meaningful increase in the rates of correct answers to EOC knowledge questions by non-physician emergency healthcare personnel following the training, in comparison with prior to the training.

Conclusion: Supporting non-physician emergency healthcare personnel with on the job training courses is recommended to update their level of knowledge on EOC in order to reduce mother and infant deaths ($p<0.05$).

Keywords: Emergency obstetric care, healthcare personnel, education

ORCID IDs of the authors: YŞ: 0000-0002-8919-4395; EB: 0000-0002-2914-197X

Sorumlu yazar/Corresponding author: Öğr. Gör. Yeter Şener
Yozgat Bozok Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yozgat, TÜRKİYE

e-posta/e-mail: hem_yetersener@hotmail.com

Atıf/Citation: Şener Y, Bayraktar E. (2021). Hekim dışı acil sağlık hizmetleri çalışanlarına verilen acil obstetrik bakım eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi: ön test son test araştırma. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 4(1), 75-82. DOI: 10.38108/ouhcd.800632

Giriş

Dünya genelinde anne ve yenidoğan ölüm ve sakatlanmalarının azaltılması amacı sürdürülebilir kalkınma hedefleri içerisinde öncelikli olmaya devam etmektedir (WHO 2015). Çoğu anne/yenidoğan ölümleri ve ölü doğumlar doğum sırasında veya doğumdan hemen sonra ortaya çıkmaktadır (Ameh ve ark., 2019). Gebelik ve doğumla ilgili sorunlar, dünya çapında günde 830 annenin ölümüne neden olmaktadır (WHO 2018). Türkiye’de ise, anne ölüm oranı 100.000 canlı doğumda 13.6’dır (TÜİK 2020). Birçok anne ölümü, gebelikte, doğum sırasında ve doğumdan hemen sonra şiddetli kanama, enfeksiyonlar, gebelikte hipertansif bozukluklar, doğum komplikasyonları gibi önlenemez nedenlerle meydana gelmektedir (Devine ve Taylor, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), obstetrik komplikasyonların önlenmesi ile anne ve yenidoğan ölümlerinin azaltılmasında Acil obstetrik bakımın (AOB) önemli bir yeri olduğunu vurgulamaktadır (WHO 2016). AOB gebelik, doğum ve doğumdan sonraki ilk 42 gün içerisinde oluşan, anne ve bebek hayatını tehdit eden, acil müdahale yapılması gereken durumlarda verilen hizmetlerin bütünü olarak tanımlanmaktadır. AOB hizmetlerinin iyileştirilmesi için sağlık kuruluşlarının yeterli araç ve gereçler ile donatılması, süratli müdahale edilmesi ve sağlık çalışanlarının konu ile ilgili bilgi ve hazır bulunuşluğunun artırılması gerekmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2007). Yapılan araştırmalarda verilen AOB eğitimlerinin sağlık çalışanlarının bilgi seviyelerinde iyileştirmeler sağladığı ve verilen bakımın kalitesini artırdığı bildirilmektedir (Ameh ve ark., 2012; Moran ve ark., 2015; Partamin ve ark., 2012; Van Lonkhuijzen ve ark., 2010). Anne ve fetus sağlığının korunması, komplikasyonların, ölüm ve sakatlanmaların önlenmesi için sağlık hizmetleri çalışanlarının AOB ile ilgili bilgi düzeylerinin yeterli olması gerekmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2007).

Yapılan literatür taramasında Türkiye’de hekim dışı acil sağlık hizmetleri çalışanlarının AOB’ya ilişkin bilgi düzeylerini belirleyen ve bilgi eksikliklerini gidermeye yönelik bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu araştırma hekim dışı acil sağlık hizmetleri çalışanlarına verilen AOB eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın tipi

Araştırma ön test-son test tek gruplu yarı deneysel bir araştırmadır.

Araştırmanın yapıldığı yer

Araştırma Türkiye’de bulunan bir ilçede yer alan bir hastanenin acil servisinde ve 112 acil çağrı merkezinde yapıldı.

Araştırmanın evreni ve örneklemi

Araştırma 01.04.2017-11.04.2017 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırmanın evrenini bir ilçede bulunan hastanenin acil servis ve 112 acil çağrı merkezinde çalışan hekim dışı acil sağlık hizmetleri çalışanları oluşturdu. Araştırmada örneklem seçimine gidilmedi. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde acil serviste ve 112 acil çağrı merkezinde çalışan tüm hekim dışı acil sağlık hizmetleri çalışanları (n=30) örneklem kapsamına alındı.

Verileri toplama araçları

Araştırmada verilerin toplanmasında Tanıtıcı Özellikler Formu ve AOB Soru Formu kullanıldı.

Tanıtıcı Özellikler Formu; tanıtıcı ve AOB ile ilgili özellikleri içeren (yaş, cinsiyet, AOB’la ilgili yayın/dergi takip etme durumu, vs.) sorulardan oluşturuldu.

Acil Obstetrik Bakım Soru Formu; literatür (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2009; Van den Broek, 2014; Coutin, 2015) ve 5 uzman görüşü doğrultusunda hekim dışı acil sağlık hizmetleri çalışanlarının AOB’nin tanımı ve kapsamı, AOB ile ilgili doğum öncesi, sırası ve sonrası doğru cevaplama oranını belirleyen 4 bölümden ve çoktan seçmeli beş şıklı tek doğru cevabı olan 34 sorudan oluşturuldu. Bu anket ölçeklendirme veya puanlama sistemi olarak kullanılmadı.

Acil Obstetrik Bakım Eğitimi

Araştırmacılar tarafından literatür (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2009; Van den Broek, 2014; Coutin, 2015) ve 5 uzman görüşü doğrultusunda eğitim planı ve broşürü hazırlandı. Eğitim broşürü hekim dışı acil servis ve 112 acil çağrı merkezi çalışanlarına tanıtıcı özellikler ve AOB soru formu ön testinin uygulanmasından sonra aynı gün bir hafta boyunca incelemeleri için verildi. Eğitim planı ve broşürü obstetrik acil durumlarda gerekli temel bilgi ve becerilerin yanı sıra acil servise başvuru yapılan ya da 112 acil çağrı merkezinin aranmasına neden olan obstetrik aciller ve bu acillere müdahalede kullanılacak uygun girişimleri içerecek şekilde tasarlandı. Eğitimin içeriğinde; AOB tanımı, kapsamı ve obstetrik acilleri çözme yaklaşımı konuları yer aldı. Acil serviste görev alan hekim dışı acil sağlık hizmetleri çalışanları acil servisin çalışma düzeninin etkilenmemesi açısından iki grup şeklinde öğleden önce ve sonra olacak şekilde eğitim odasında toplandı. Eğitim planına ve broşürüne uygun bir şekilde eğitim sunum şeklinde

gerçekleştirildi. Eğitim sırasında soru-cevap, vaka analizi, beyin fırtınası ve tartışma yöntemleri kullanıldı. Eğitim sunumu 45-60 dk. sürdü. Sunumdan sonra hekim dışı acil sağlık hizmetleri çalışanlarının bütün soruları cevaplandırıldı. Bütün sorulara yanıt verildikten sonra uygun geri bildirimle birlikte eğitim sonlandırıldı ve eğitmen hemen sonra AOB Soru Formu son testi uygulandı. 112 acil çağrı merkezinde ise eğitimin aynısı ve yapılan işlemler ertesi gün tekrarlandı.

Verilerin toplanması

Tanıtıcı Özellikler Formu ve AOB Soru Formunun ön testi eğitim gruplarında aynı gün uygulandı. AOB Soru Formunun son testi hekim dışı acil servis çalışanlarına eğitimden hemen sonra aynı gün, hekim dışı 112 acil çağrı merkezi çalışanlarına ise ertesi gün eğitim verildikten hemen sonra uygulanarak toplandı. Hekim dışı acil sağlık hizmetleri çalışanlarının birbirinden etkilenmesinin önlenmesi açısından; formların doldurulması

araştırmacı gözetiminde gerçekleştirildi ve oturma düzenine dikkat edildi.

Verilerin değerlendirilmesi

Veriler IBM SPSS 22.0 (IBM Corp., Armonk, New York, ABD) paket programında değerlendirildi. Eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırmalar McNemar testi ile gerçekleştirildi. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Araştırmaya katılan hekim dışı acil sağlık hizmetleri çalışanlarının %63.3'ünün kadın ve %63.4'ünün 21-30 yaş grubunda, %53.3'ünün ön lisans, %23.3'ünün ise lisans mezunu olduğu saptandı. Çalışanların %53.3'ünün hemşire ve ebeden olduğu, %60'ının meslekte görev yapma süresinin 6 yıl ve üzeri, %90'ının bu kurumda görev yapma süresinin ve %70'inin acil servis/112 acil çağrı merkezinde çalışma süresinin 0-6 yıl olduğu belirlendi (Tablo 1).

Tablo 1. Hekim dışı acil sağlık hizmetleri çalışanlarının tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (N=30)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	19	63.3
Erkek	11	36.7
Yaş Grubu		
21-30	19	63.4
31-40	7	23.3
41>	4	13.3
Yaş Ortalama (x±sd)	29.7±7.2	
Eğitim Durumu		
Sağlık Meslek Lisesi	5	16.7
Ön lisans	16	53.3
Lisans	7	23.3
Yüksek Lisans	2	6.7
Meslek		
Hemşire	9	30.0
Ebe	7	23.3
ATT	6	20.0
Paramedik	5	16.7
Anestezi Teknisyeni	3	10.0
Bu meslekte görev yapma süresi		
0-6 yıl	12	40.0
6 yıl ve üzeri	18	60.0
Bu kurumda görev yapma süresi		
0-6 yıl	27	90.0
6 yıl ve üzeri	3	10.0
Acil servis/112 acil çağrı merkezinde çalışma süresi		
0-6 yıl	21	70.0
6 yıl ve üzeri	9	30.0
Toplam	30	100.0

Hekim dışı acil sağlık hizmetleri çalışanlarının %100.0'ünün kurum içi düzenli eğitim almadığı, %56.7'sinin daha önce AOB eğitimi almadığı, daha önce AOB eğitimi alanların %61.5'inin AOB'a yönelik sertifikasının olduğu, %76.7'sinin son bir ayda obstetrik acillerle 2-5 kez karşılaştığı belirlendi. Çalışanların %100.0'ünün obstetrik acillere müdahalede sorun yaşamadığı, %56.7'sinin kendini AOB ekibi içerisinde hissettiği, %36.7'sinin obstetrik acillere müdahalede kendini yeterli bulduğu, %96.7'sinin ise AOB ile ilgili yayın/dergi takip etmediği saptandı (Tablo 2).

Tablo 2. Hekim dışı acil sağlık hizmetleri çalışanlarının AOB ile ilgili özelliklerinin dağılımı (N=30)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kurum içi düzenli eğitim alma durumu		
Evet	-	-
Hayır	30	100
Daha önce AOB eğitimi alma durumları		
Alan	13	43.3
Almayan	17	56.7
AOB'a yönelik sertifikası olma durumu (n=13)		
Var	8	61.5
Yok	5	38.5
Son bir ayda obstetrik acillerle karşılaşma durumu		
0-1 kez	6	20.0
2-5 kez	23	76.7
6-9 kez	1	3.3
Obstetrik acillere müdahalede sorun yaşama durumu		
Yaşayan	-	-
Yaşamayan	30	100.0
Kendini AOB ekibi içerisinde hissetme durumu		
Evet	17	56.7
Hayır	7	23.3
Emin değil	6	20.0
Obstetrik acillere müdahalede kendini yeterli bulma durumu		
Yeterli	11	36.7
Yetersiz	10	33.3
Emin değil	9	30.0
AOB ile ilgili yayın/dergi takip etme durumu		
Takip eden	1	3.3
Takip etmeyen	29	96.7

Hekim dışı acil sağlık hizmetleri çalışanlarının AOB' in tanımı ve kapsamı, doğum öncesi, doğum

sırası, doğum sonrası dönemde gelişebilecek ve AOB gerektiren durumlara ilişkin soruları doğru cevaplama oranlarının eğitim sonrasında daha yüksek olduğu tespit edildi. Amacını açıklayabilme ve amniyotik sıvı embolisini belirleyebilme sorularına verilen cevaplar dışında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p < 0.05$; Tablo 3).

Tartışma

Bu araştırma hekim dışı acil sağlık hizmetleri çalışanlarına verilen AOB eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirildi. Bu çalışmada hekim dışı acil sağlık hizmetleri çalışanlarının tamamının AOB ile ilgili kurum içi düzenli eğitim almadığı ve yarısından fazlasının daha önce AOB eğitimi almadığı belirlendi. Daha önce eğitim alanların yarısından fazlasının AOB'a yönelik sertifikası olduğu tespit edildi. Dörtte üçünden fazlasının son bir ayda obstetrik acillerle 2-5 kez karşılaştığı, tamamının obstetrik acillere müdahalede sorun yaşamadığı saptandı. Yarısından fazlasının kendini AOB ekibi içerisinde hissettiği, üçte birinden fazlasının obstetrik acillere müdahalede kendini yeterli bulduğu, tamamına yakınının ise AOB ile ilgili yayın/dergi takip etmediği belirlendi (Tablo 2). Hekim dışı acil sağlık hizmetleri çalışanlarının eğitim öncesi AOB'nin tanımı, kapsamı, doğum öncesi, sırası ve sonrasına ilişkin soruları doğru cevaplama oranlarının düşük olduğu saptandı (Tablo 3). Çalışanlarda obstetrik acillere müdahalede kendilerini yeterli bulmaların ve müdahalede sorun yaşamadığını ifade edenlerin AOB eğitimi öncesi doğru cevaplama oranlarının düşük olduğu gözlemlendi. Bunun nedeninin acil servise gelen hastaların yeterli kapasitede kadın doğum/ yoğun bakım servisleri ya da yeterli sayıda kadın hastalıkları ve doğum uzmanının olmamasından kaynaklı hızlı bir şekilde sevk edilmiş olabileceklere düşünüldü. Bununla beraber sevk sırasında müdahale gerektirecek herhangi bir durumun yaşanmamış olmasından da kaynaklanmış olabileceği düşünüldü. Çalışanların çoğunluğunun obstetrik acillerle karşılaşmasına rağmen AOB eğitimi öncesi doğru cevaplama oranlarının düşük olması obstetrik acillerin, zamanında müdahale edilememesi ve sevk sırasında gecikmeler yaşanmasına neden olabilmesi bakımından önemlidir. Çalışanlar arasında daha önce AOB eğitimi aldığını belirten ve alanlarında çoğunluğunun sertifikası olduğunu ifade etmesine rağmen doğru cevaplama oranlarının düşük olduğu gözlemlendi. Araştırmanın bu bulgusu hizmet içi

eğitimlerin belirli aralıklarla tekrarlanması gerektiğini göstermektedir. Mirkuzie ve arkadaşlarının (2014) Etiyopya’da temel acil obstetrik ve yenidoğan bakım hizmetleri halk sağlığı merkezlerinde yaptıkları araştırmalarında son beş yılda sağlık çalışanlarının konu ile ilgili bilgi ve yetkinliklerinin belirlenmesinde hizmet içi AOB eğitimi alıp almadıkları sorgulanmaktadır. Bu araştırma kapsamında 2008 yılında 25 çalışandan dördünün ve 2013 yılında 24 çalışandan sadece üçünün eğitim aldığı ve bilgi/yetkinlik olarak aralarında fark olmadığı bildirilmektedir (Mirkuzie ve ark., 2014). Yapılan bu araştırma sonucu da aradan belirli bir

zaman geçtikten sonra sağlık çalışanlarının konu ile ilgili bilgi ve yetkinliklerinin belirlenmesi yönüyle aralarında fark olmadığını bildirilmesi, bu nedenle hizmet içi eğitimlerin belirli aralıklarla tekrarlanması gerektiğini göstermesi yönüyle araştırma sonucunu destekler niteliktedir. Okonofua ve arkadaşlarının (2019) Nijerya’daki sağlık personellerinin AOB konusundaki bilgi ve becerilerinin değerlendirildiği araştırmasında sağlık personellerinin AOB hakkında bilgi ve becerilerinin ortalamasının altında olduğu bildirilmektedir (Okonofua ve ark., 2019).

Tablo 3. Acil obstetrik bakım eğitimi öncesi ve sonrası doğru cevaplama oranlarının dağılımı (N=30)

Özellikler	AOB bilgi düzeyi				p
	Ön test		Son test		
	Doğru		Doğru		
	n	(%)	n	(%)	
AOB tanım ve kapsamı					
Tanımını yapabilme	11	36.7	28	93.3	<0.001
Amacını açıklayabilme	23	76.7	28	93.3	0.063
Üç gecikme modelini belirleyebilme	6	20.0	25	83.3	<0.001
Sevk gerekmeden koşulu belirleyebilme	10	33.3	26	86.7	<0.001
Kan nakli gerekmeden koşulu belirleyebilme	20	66.7	29	96.7	0.004
Doğum öncesi dönemde gelişebilecek ve AOB gerektiren durumlar					
Fetal distres için uygun olmayan girişimi belirleyebilme	15	50.0	28	93.3	<0.001
Gün aşımı gebelik bulgusunu belirleyebilme	12	40.0	27	90.0	<0.001
Preeklampsi tanısını belirleyebilme	22	73.3	30	100.0	-
Eklampsi tanısını belirleyebilme	24	80.0	30	100.0	-
Ciddi kronik anemi bulgusunu belirleyebilme	25	83.3	30	100.0	-
Dehidratasyon tanısını belirleyebilme	26	86.7	30	100.0	-
Dış gebelik olmayan durumu belirleyebilme	9	30.0	26	86.7	<0.001
Molar gebelik olmayan durumu belirleyebilme	14	46.7	28	93.4	<0.001
Plasenta previa olmayan durumu belirleyebilme	12	40.0	26	86.7	<0.001
Yüksek ateş durumunda gerekli girişimi belirleyebilme	15	50.0	27	90.0	0.002
Fetal ölüm olmayan durumu belirleyebilme	1	3.3	23	76.7	<0.001
Düşük tehdidi durumunda gerekli girişimi belirleyebilme	6	20.0	28	93.3	<0.001
Sepsis durumunda gerekli girişimi belirleyebilme	7	23.3	23	76.7	<0.001
Akut batın için uygun olmayan girişimi belirleyebilme	21	70.0	30	100.0	-
Batın içi travma için uygun olmayan girişimi belirleyebilme	17	56.7	30	100.0	-
Amniyotik sıvı embolisini belirleyebilme	23	76.7	28	93.4	0.063
Eklampsi konvülsiyonları için uygun girişimi belirleyebilme	7	23.3	26	86.7	<0.001
Şiddetli preeklampside uygun olmayan girişimi belirleyebilme	16	53.3	28	93.3	<0.001
Fetal hareket/kalp sesi yokluğunda gerekli girişimi belirleyebilme	22	73.3	28	93.3	0.031
Servikal os dilate/aktif kanama olması durumunda uygun olmayan girişimi belirleyebilme	7	23.3	23	76.7	<0.001
Hızlı değerlendirme koşulunu belirleyebilme	12	40.0	23	76.7	0.003
Doğum sırasında gelişebilecek ve AOB gerektiren durumlar					
Anormal doğum komplikasyonunu belirleyebilme	22	73.3	30	100.0	-
Uterus rüptürü belirtisini belirleyebilme	16	53.3	30	100.0	-
Doğum eylemi başladı/kaçınılmazlığı durumunda uygun olmayan girişimi belirleyebilme	27	90.0	30	100.0	-

Tablo 3. (Devam) Acil obstetrik bakım eğitimi öncesi ve sonrası doğru cevaplama oranlarının dağılımı (N=30)

Doğum sonrası dönemde gelişebilecek ve AOB gerektiren durumlar					
Postpartum hemorajinin nedeni olmayan koşulu belirleyebilme	13	43.3	27	90.0	<0.001
Doğum sonrası aktif kanama durumunda uygun girişimi belirleyebilme	15	50.0	29	96.7	<0.001
Enfeksiyon açısından antibiyotik tedavisi gerektirmeyen koşulu belirleyebilme	15	50.0	30	100.0	-
Düşük sonrası yönetimde uygun olmayan girişimi belirleyebilme	6	20.0	23	76.7	<0.001
Postpartum kanama durumunda uygun olmayan girişimi belirleyebilme	11	36.7	28	93.3	<0.001

Puri ve arkadaşlarının (2012) Bugesera Bölgesi'nde yapılan obstetrik bakım veren sağlık çalışanlarının güvenli annelik bakımı konusundaki bilgi, tutum ve uygulamaları ile ilgili araştırmasında, sağlık çalışanlarının sorulan soruların yarısından azını doğru cevapladığı bildirilmektedir. Aynı çalışmada sağlık çalışanlarının en zayıf alanlarının obstetrik komplikasyonlar ve normal doğum eylemi olduğu ve bu konuda bilgi düzeylerinin düşük olduğu belirtilmektedir. Sağlık çalışanlarının bu değerlerden dolayı AOB konusunda geliştirilmeleri gerektiği ifade edilmektedir (Puri ve ark., 2012). Bu bulgular bu araştırmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada hekim dışı acil sağlık hizmetleri çalışanlarının AOB'nın tanımı, kapsamı, doğum öncesi, sırası ve sonrasına ilişkin soruların eğitim sonrasında doğru cevaplama oranlarının daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 3). Verilen eğitimin yapılan değerlendirmeler sonucunda etkili olduğu kararı verildi. Ameh ve arkadaşlarının (2016) Sahra-altı Afrika ve Asya'da acil obstetrik ve erken yenidoğan bakımında yeterlilik bazlı sağlık çalışanlarının eğitim öncesi ve sonrası bilgi ve becerilerini konu alan araştırmasında sağlık çalışanlarının acil obstetrik ve yenidoğan bakımına ilişkin bilgi ve becerilerinin geliştirilmesinde eğitimin etkili olduğu bildirilmektedir (Ameh ve ark., 2016). Itote Wanjugu ve arkadaşlarının (2019) Kenya'nın kırsalındaki obstetrik bakım veren sağlık çalışanlarının intrapartum bakım bilgisini araştırdıkları çalışmalarında, sağlık çalışanlarının toplam ortalama bilgi puanlarının düşük olduğu belirtilmektedir. Bu durumun sağlık çalışanlarına verilen eğitim fırsatları ile obstetrik bakımın kalitesinin artırılacağı ve anne sağlığı için Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri hedefine ulaşma yolunda ilerlemeyi sağlayabileceği belirtilmektedir (Itote Wanjugu ve ark., 2019). Diğer bazı yapılan çalışmalarda ise sağlık çalışanlarının genel olarak bilgi puanlarının temel obstetrik bakımda yetkinliği göstermek için gereken kabul edilebilir seviyenin oldukça altında olduğu bildirilmektedir. Sağlık

çalışanlarının AOB için önerilerini doğru bir şekilde belirleseler bile sürekli olarak kanıta dayalı bakım sağlayamadıkları belirtilmektedir. AOB eğitiminin sağlık çalışanlarının AOB konusundaki bilgi ve uygulamalarını geliştirdiği ifade edilmektedir (Ameh ve Van den Broek, 2015; Green ve ark., 2015). Bu bulgular bu araştırmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada hekim dışı acil sağlık hizmetleri çalışanlarının eğitim öncesine göre eğitim sonrasında AOB bilgi sorularını doğru cevaplama oranlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış olduğu saptandı. Çalışılan alana özgü yapılan eğitimlerin, sağlık çalışanlarının bilgi düzeyini artırdığı ve farkındalık sağladığı söylenebilir.

AOB'da kaliteli ve güvenilir hizmet verilebilmesi için sağlık çalışanlarının hizmet içi eğitimlerle bilgilerinin belirli zaman aralıklarla güncellenmesi, verilen eğitim içeriğinin sık karşılaşılan komplikasyonlar, bakım, tedavi ve müdahale gibi konuları içermesi önerilmektedir. Bunların yanı sıra verilen eğitimlerin simülasyon uygulamaları şeklinde oluşturulması ve örneklem büyüklüğünün artırılarak benzer çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın acil serviste ve 112 acil çağrı merkezinde çalışan hekim dışı acil sağlık hizmetleri çalışanları ile yapılması nedeniyle anketlerin uygulanması ve toplu olarak eğitim verilmesi için zaman bulunmasında güçlük yaşandı. Bu nedenle eğitimden önce ve sonra uygulanan anket formlarının toplanması gruplar halinde gerçekleştirildi.

Araştırmanın Etik Yönü/ Ethics Committee

Approval: Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yapıldığı kurum ve etik kuruldan (Karar No:2017/66, Tarih: 03.02.2017) gerekli izinler alındı. Anketler uygulanmadan önce hekim dışı acil sağlık hizmetleri çalışanlarına araştırmanın amacı ve elde edilen verilerin bilimsel amaçlı kullanılacağına dair gerekli açıklamalar yapılarak Bilgilendirilmiş Gönüllü Oluru alındı.

Hakem/Peer-review: Dış hakem değerlendirmesi.

Yazar Katkısı/Author Contributions: Fikir/kavram: YŞ, EB; Tasarım: YŞ, EB; Danışmanlık: EB; Veri toplama: YŞ; Veri işleme: YŞ; Analiz ve/veya Yorum: YŞ, EB; Kaynak tarama: YŞ; Makalenin Yazımı: YŞ, EB; Eleştirel inceleme: YŞ, EB.

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

Finansal Destek/Financial Disclosure: Bu çalışma herhangi bir kurum yada kuruluş tarafından desteklenmemiştir.

Çalışma Literatüre Ne Kattı?

- Hekim dışı acil sağlık hizmetleri çalışanlarının acil obstetrik bakım konusundaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi yönüyle literatüre katkıda bulunulmuştur.
- Hekim dışı acil sağlık hizmetleri çalışanlarının acil obstetrik bakım konusundaki görüşleri bu alanda yapılacak olan araştırmalara kaynak oluşturmuştur.

Kaynaklar

Ameh CA, Mdegela M, White S, Van den Broek N. (2019). The effectiveness of training in emergency obstetric care: A systematic literature review. *Health Policy and Planning*, 34(4), 257–270. DOI: 10.1093/heapol/czz028.

Ameh C, Adegoke A, Hofman J, Ismail FM, Ahmed FM, Van den Broek N. (2012). The impact of emergency obstetric care training in Somaliland, Somalia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 117(3), 283-287. DOI: 10.1016/j.ijgo.2012.01.015.

Ameh CA, Kerr R, Madaj B, Mdegela M, Kana T, Jones S ve ark. (2016). Knowledge and skills of healthcare providers in Sub-Saharan Africa and Asia before and after competency-based training in emergency obstetric and early newborn care. *PLoS One*, 11(12), e0167270. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167270>.

Ameh CA, Van den Broek N. (2015). Making it happen: Training health-care providers in emergency obstetric and newborn care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 29(8), 1077–1091. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2015.03.019.

Okonofua F, Ntoimo LFC, Ogu R, Galadanci H, Gana M, Adetoye D ve ark. (2019). Assessing the knowledge and skills on emergency obstetric care among health providers: Implications for health systems strengthening in Nigeria. *PLoS One*, 14(4), e0213719. DOI: 10.1371/journal.pone.0213719.

Coutin AS. (2015). *Essential Obstetric and Newborn Care: Practical Guide for Midwives, Doctors with Obstetrics Training and Health Care Personnel who Deal with Obstetric Emergencies*. Médecins Sans Frontières, p. 17-243. ISBN 2-906498-98-X.

Devine S, Taylor G. (2018). Every child alive: The urgent need to end newborn deaths. *United Nations Children's Fund (UNICEF)*, 1-22.

Green M, Rider C, Ratcliff D, Woodring BC. (2015). Developing a systematic approach to obstetric emergencies. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 44(5), 677–682. DOI: 10.1111/1552-6909.12729.

Itote Wanjugu E, Fleming LC, Mallinson RK, Gaffney KF, Jacobsen KH. (2019). Knowledge of intrapartum care among obstetric care providers in rural Kenya. *International Health*, 11(4), 258–264. DOI:10.1093/inthealth/ihy078.

Mirkuzie AH, Sisay MM, Reta AT, Bedane MM. (2014). Current evidence on basic emergency obstetric and newborn care services in Addis Ababa, Ethiopia; A cross sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 354. DOI: 10.1186/1471-2393-14-354.

Moran NF, Naidoo M, Moodley J. (2015). Reducing maternal mortality on a countrywide scale: The role of emergency obstetric training. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 29(8), 1102-1118. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2015.08.002.

Partamin, Kim YM, Mungia J, Faqir M, Ansari N, Evans C. (2012). Patterns in training, knowledge, and performance of skilled birth attendants providing emergency obstetric and newborn care in Afghanistan. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 119(2), 125-129. DOI: 10.1016/j.ijgo.2012.05.030.

Puri R, Rulisa S, Joharifard S, Wilkinson J, Kyamanywa P, Thielman N. (2012). Knowledge, attitudes, and practices in safe motherhood care among obstetric providers in Bugesera, Rwanda. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 116(2), 124-127. DOI: 10.1016/j.ijgo.2011.09.025.

TC. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (2009). *Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi*, Ankara, Damla Matbaacılık, s. 7-61.

TC. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (2007). *Türkiye Üreme Sağlığı Programı No: 3-A. Acil Obstetrik Bakım Klinisyen Eğitimi Katılımcı Rehberi*, Ankara, s. 3-130. ISBN 978-975-590-211-1.

- TÜİK (2020). Sürdürülebilir Kalkınma Göstergeleri, 2010-2018, Sayı: 33847, Erişim tarihi:06.07.2020, <https://tuikweb.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33847>
- Van den Broek N. (2014). Life Saving Skills Manual: Essential Obstetric and Newborn Care. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 1st edition, ISBN-10: 1904752284, ISBN-13: 9781904752288.
- Van Lonkhuijzen L, Dijkman A, Van Roosmalen J, Zeeman G, Scherpbier A. (2010). A systematic review of the effectiveness of training in emergency obstetric care in low-resource environments. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 117(7), 777-787. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2010.02561.x.
- World Health Organization (2015). Health in 2015: From MDGs to SDGs. Geneva: World Health Organization. Erişim tarihi: 15. 05. 2020, <http://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/en/>.
- World Health Organization (2016). Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2018). Maternal Mortality Key Facts. Erişim tarihi: 15.05.2020, <https://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/maternal-mortality>

İnfertilite ile İlgili Hemşirelik Alanında Yürütülen Lisansüstü Tezler

Postgraduate Theses in Nursing Related to Infertility

Nurcan Kırca¹  Meryem Öngen¹ 

¹ Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Antalya, TÜRKİYE

Geliş tarihi/ Date of receipt: 26/06/2020 **Kabul tarihi/ Date of acceptance:** 31/01/2021

© Ordu University Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Turkey, **Published online:** 20/04/2021

ÖZ

Amaç: Bu tanımlayıcı çalışmanın amacı, 2000-2019 yılları arasında infertilite ile ilgili yapılmış hemşirelik lisansüstü tezlerinin içeriklerini değerlendirmektir.

Yöntem: Bu çalışma, retrospektif tanımlayıcı tipte bir araştırma olarak yapılmıştır. Çalışmaya 2000-2019 yılları arasında infertilite alanında yapılmış 56 adet hemşirelik lisansüstü tezi dâhil edilmiştir.

Bulgular: İnfertilite alanında yapılmış lisansüstü hemşirelik tezlerinin, %78.6'sı yüksek lisans, %21.4'ü doktora tezidir. Hemşirelik yüksek lisans tezlerinin %95.4'ü ve doktora tezlerinin ise %91.7'si Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği alanında yapılmıştır. Yüksek lisans tezlerinin %54.5'i 2015-2019 yılları arasında, doktora tezlerinin ise %58.3'ü 2010-2014 yılları arasında yapılmıştır. İnfertilite alanında yapılmış hemşirelik yüksek lisans tezlerinin; %29.5'i bilimsel bir dergide yayınlanmış ve %6.8'i kongrede sunulmuştur. Doktora tezlerinin ise %83.3'ü yayına dönüştürülmüştür. Yüksek lisans tezlerinin %2.3'ünü hemşirelerin yaşadığı güçlükler, %2.3'ünü mesleki roller/tutumlar/görüşler ve %95.4'ünü hasta merkezli çalışmalar oluştururken, doktora tezlerinin ise tamamını hasta merkezli çalışmalar oluşturmaktadır. Hemşirelik yüksek lisans tezlerinin %84.1'inde ve doktora tezlerinin %58.3'ünde ölçek kullanılmıştır.

Sonuç: İnfertilite alanında sınırlı sayıda hemşirelik lisansüstü tez çalışmasına ulaşılmıştır. Ayrıca bu tezlerin çok az bir kısmı akademik yayına dönüştürülmüştür. İnfertilite hemşireliği alanında hemşirelik bakımının ve infertilite hemşirelerinin rollerinin ön planda olduğu daha çok lisansüstü tez çalışmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, infertilite, tez çalışması, lisansüstü

ABSTRACT

Objective: The aim of this descriptive study is to evaluate the content of the nursing postgraduate theses on infertility between 2000-2019.

Method: This study was conducted as a retrospective descriptive study. 56 graduate nursing theses in the field of infertility between 2000 and 2019 were included in the study.

Results: Of the postgraduate nursing theses made in the field of infertility, 78.6% is master's thesis, 21.4% is doctoral thesis. 95.4% of nursing master theses and 91.7% of doctoral theses have been done in the field of Obstetrics and Gynecology Nursing. 54.5% of master's theses were done between 2015-2019, and 58.3% of doctoral theses were done between 2010-2014. Nursing master theses in the field of infertility; 29.5% was published in a scientific journal and 6.8% was presented at the congress. 83.3% of doctoral theses have been translated into publication. While 2.3% of master's theses consist of difficulties experienced by nurses, 2.3% are professional roles/attitudes/opinions and 95.4% are patient-centered studies, all doctoral dissertations are patient-centered studies. The scale was used in 84.1% of nursing master theses and 58.3% of doctoral theses.

Conclusion: A limited number of nursing postgraduate thesis studies in the field of infertility have been reached. In addition, few of thesis have been converted into academic publications. In the field of infertility nursing, there is a need for more postgraduate thesis studies where nursing care and the roles of infertility nurses are at the forefront.

Keywords: Nursing, infertility, thesis, postgraduate

ORCID IDs of the authors: NK: 0000-0003-1856-4026, MÖ: 0000-0001-8708-3336

Sorumlu yazar/Corresponding author: Arş. Gör. Meryem Öngen

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Antalya, TÜRKİYE

e-posta/e-mail: ongenmeryem@gmail.com

Atıf/Citation: Kırca N, Öngen M. (2021). İnfertilite ile ilgili hemşirelik alanında yürütülen lisansüstü tezler. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 4(1), 83-95. DOI: 10.38108/ouhcd.758439

Giriş

İnfertilite, bir yıl ya da daha uzun bir süre korunmasız ve düzenli cinsel ilişkiye rağmen gebeliğin elde edilememesidir (Zegers Hochschild ve ark., 2017). İnfertilite Dünya Sağlık Örgütü tarafından üreme sistemi fonksiyonlarının bozulması ve belirgin bir sakatlık durumu olarak tanımlanmıştır (WHO 2011). Primer infertilitede gebelik hiç oluşmaz iken, sekonder infertilitede önceden ölü veya canlı doğumla sonuçlanan en az bir gebelik öyküsü bulunmaktadır (Zegers Hochschild ve ark., 2017). Üreme çağındaki çiftlerin %8-12'sinin infertiliteden etkilendiği belirtilmektedir (Inhorn ve Patrizio, 2015). İnfertilite oranları ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Bu oranların %5-30 arasında değiştiği belirtilmektedir (Anokye ve ark., 2017). Sahra altı Afrika, Kuzey Afrika/Orta Doğu, Orta/Doğu Avrupa ve Güney/Orta Asya'da infertilite oranlarının diğer bölgelere kıyasla oldukça yüksek olduğu rapor edilmiştir (Mascarenhas ve ark., 2012). Bu durum gelişmekte olan ülkelerde erken yaşta evliliklere bağlı cinsel yolla bulaşan hastalıklara maruz kalma ve buna bağlı olarak gelişen pelvik ve genitoüriner sistem enfeksiyonlarından kaynaklanabilmektedir. Benzer şekilde, çok eşli evliliklerin bu ülkelerde daha yaygın olması sebebiyle HIV-1 enfeksiyonu gibi fertilitede azalma ile ilişkilendirilen enfeksiyonlarında etkili olabileceğine işaret edilmektedir (Agarwal ve ark., 2015). Ayrıca bu ülkelerde infertil çiftlerin önemli bir bölümü üreme tedavisi hizmetlerinden maddi imkânsızlıklar nedeniyle yararlanamamaktadır (Ombelet 2011). Dünya genelinde ise 48,5 milyon çiftin infertilite sorunu yaşadığı tahmin edilmektedir (Mascarenhas ve ark., 2012).

İnfertilite sorunu, kadın, erkek veya her iki cinsiyete bağlı olarak ortaya çıkabilir. Kadına ait faktörler arasında; üreme organlarına ait anatomik sorunlar (konjenital anomaliler, deformiteler), menstruel siklus düzensizlikleri, enfeksiyonlara bağlı fizyolojik değişimler, hipo/hipertiroidizm, diyabetes mellitus, obezite ve hipertansiyon gibi birçok durum yer almaktadır (Altamimi ve ark., 2019). Erkeğe ait faktörlerde, hipotalamus, hipofiz veya diğer organlardaki sorunlara bağlı olarak hipotalamik pitüiter aksinin fonksiyonlarında bozukluklar, genetik faktörler, spermilerin taşınmasını engelleyen duktal sisteme yönelik sorunlar yer almaktadır (Altamimi ve ark., 2019). İleri yaş, sigara veya madde kullanımı, toksinlere maruziyet, yetersiz beslenme gibi çevresel ve

mesleki diğer faktörlerde fertilitede azalmaya ve infertilite gelişmesine neden olabilir. Ayrıca bazı durumlarda infertilite nedeni belirlenememektedir. Bu durumda ise nedeni açıklanamayan infertiliteden söz edilir (Altamimi ve ark., 2019). Ek olarak, infertilite nedeninin sadece tıbbi faktörlere bağlı olmadığı, psikolojik faktörler ile de ilişkili olabileceği belirtilmektedir. Psikolojik olarak kişilerin gebeliğe bağlı vücut şeklinin bozulacağı endişesi, doğumda kendisinin veya bebeğinin öleceği korkusu veya iyi bir anne olamayacağı düşüncelerinin psikolojik olarak infertiliteye neden olabileceği belirtilmiştir. Bu durumlarda kadınların duygularını ifade edebilmesine olanak tanınması ve eşler arasında daha şefkatli bir bağ kurulmasının gebeliğin sağlanmasına yardımcı olabileceği düşünülmektedir (Hocaoglu 2019).

Fertilite, insan yaşamının önemli parçalarından biridir. Bu sebeple fertilitenin kaybı evlilik, özsaygı ve cinsel yaşamla ilgili sorunların ortaya çıkmasına ve gelecekle ilgili kaygıların oluşmasına neden olmaktadır (Hocaoglu 2019). Bazı toplumlarda çocuk sahibi olmak veya çok sayıda çocuğa sahip olmak toplumsal bir statü sembolü olarak görülebilmektedir. Bu nedenle infertil çiftler kültürel ve toplumsal baskılara maruz kalabilmektedirler (Anokye ve ark., 2017). Bu yönüyle infertilite, bireylerin yaşamlarını fiziksel, cinsel ve sosyal yönlerden etkileyerek psikososyal ve psikoseksüel açıdan birçok sorunun gelişmesine neden olan önemli bir sağlık sorunudur (Gameior ve ark., 2014; Luk ve Loke, 2015). İnfertilitenin bireylerin kişiliğini, kimliğini, yaşamını, işini ve yaşam kalitesini etkilediği belirtilmektedir (Sathiyarayanan ve ark., 2014). İnfertilite nedeni ile infertil kadın ve/veya erkeklerin sosyal izolasyona, stigmaya, sözlü ve fiziksel istismara maruz kaldıkları ve yüksek düzeyde umutsuzluk yaşadıkları vurgulanmıştır (Anokye ve ark., 2017). İnfertil kadınlarda anksiyete, depresyon, stres, sosyal izolasyon, stigma, cinsel sorunlar ve intihar riski gibi psikososyal ve psikoseksüel sorunların ortaya çıkabileceği bildirilmiştir (Kjaer ve ark.; 2011; Lakatos ve ark., 2017; Maroufzadeh ve ark., 2017; Sis Çelik ve Kırcı, 2018; Oztürk ve ark., 2019). İnfertil erkeklerde de stres, anksiyete, depresyon ve intihar düşünceleri gibi psikolojik sıkıntıların ve erektil disfonksiyon gibi cinsel sorunların gelişebildiği belirtilmiştir (Gao ve ark., 2013; Ozkan ve ark., 2015; Yang ve ark., 2017). İnfertilitenin bütün bu psikolojik etkilerine rağmen bireyler bu sorunu paylaşmaktan çekinebilir ve sorunlarını gizli tutmak isteyebilirler. Bu durum ise

bireylerin destek sistemlerinden mahrum kalmasına neden olmaktadır (Sezgin ve Hocaoglu, 2014). İnfertilite tanısının yanı sıra infertilite tedavi süreci de oldukça sıkıntılı bir süreçtir ve bireyleri fiziksel, sosyal, zihinsel ve cinsel olmak üzere birçok yönden olumsuz etkileyebilmektedir (Goker ve ark., 2018; Obeidat ve ark., 2014). İnfertilite tedavilerinde uygulanan tıbbi müdahalelerin çeşitliliği, infertilitenin bireyler üzerindeki olumsuz etkilerini daha da şiddetlendirebilmektedir (Kroemeke ve Kubicka, 2018). Bu olumsuz etkilere bağlı olarak da infertil çiftlerin tedavilerini yarıda bırakabildikleri belirtilmiştir (Brandes ve ark., 2009; Shin ve ark., 2020).

Hemşirelik eğitiminde, lisans eğitimini takiben yüksek lisans ve doktora eğitimi aşamaları yer almaktadır (Büyükkaya Besen 2016). Yüksek lisans eğitimi, öğrencilerin belli bir konuda uzmanlaştığı ve bu süreçte problem çözme, akademik yazı yazma ve sözlü sunum yapabilme becerilerini kazandıkları bir süreçtir (Büyükkaya Besen 2016). Hemşirelik yüksek lisans eğitimlerinin bir diğer amacı da ileri hemşirelik uygulamalarının kazanımı ile hemşireleri doktora eğitimine hazırlamaktır (Boore 1996). Doktora eğitiminde de, teorik bilgilerin kapsamlı ve derinlemesine öğrenilmesi, kanıta dayalı uygulamaların kullanımının sağlanması, analitik düşünme becerisinin kazandırılması, hemşirelik araştırmalarının önemini kavranması ve mesleğe yönelik değerlerin oluşumunun sağlanması amaçlanmaktadır (Ergöl 2011). Hemşirelik lisansüstü eğitiminin sonunda bir tez çalışması yapılmaktadır. Hemşirelik alanında daha çok tanımlayıcı, karma, deneysel ve yarı deneysel türde tez çalışmalarının bulunduğu belirtilmektedir (Büyükkaya Besen 2016).

İnfertilite, araştırmacılar ve akademisyenlerin fertilitate ile ilgili mevcut durumu iyileştirmeye çalıştıkları uzmanlık alanları arasında yer alan önemli bir konudur (Makkizadeh ve Sa'adat, 2017). Yapılan çalışmalarda infertilitenin sosyal, kültürel, fiziksel, psikolojik ve ekonomik olmak üzere birçok alanda önemli etkilerinin olduğu belirlenmiştir (Anokye ve ark., 2017; Bakhtiari ve ark., 2016; Dong ve ark., 2013; Gao ve ark., 2013; Lakatos ve ark., 2017; Sezgin ve Hocaoglu, 2014). Bu noktada infertilite alanının hassas, üzerinde dikkatle durulması gereken, yeniliklere ve gelişmelere ihtiyaç duyulan bir alan olduğu görülmektedir. Bu sebeple, bilimsel ve kültürel anlamda ilerlemelerin sağlanabilmesi için bu alanın farklı yönleriyle ele alınması ve ilgili verilere ulaşılabilmesi kritik önem taşımaktadır (Makkizadeh ve Sa'adat, 2017). Bu

doğrultuda infertiliteyi ve infertil bireyleri farklı yönlerden ele alan birçok yüksek lisans ve doktora tez çalışması bulunmaktadır. Bu retrospektif tanımlayıcı çalışmanın amacı, 2000-2019 yılları arasında infertilite ile ilgili yapılmış hemşirelik lisansüstü tezlerini genel boyutları ile değerlendirmektir.

Yöntem

Çalışmanın Türü ve Örneklemi

Bu çalışma, retrospektif tanımlayıcı bir çalışma olarak yapılmıştır. Bu çalışmanın örnekleme, online tarama sonucunda ulaşabilen infertilite alanında yapılmış 44 hemşirelik yüksek lisans ve 12 doktora tezi dâhil edilmiştir.

Çalışma Stratejisi ve Verilerin Toplanması

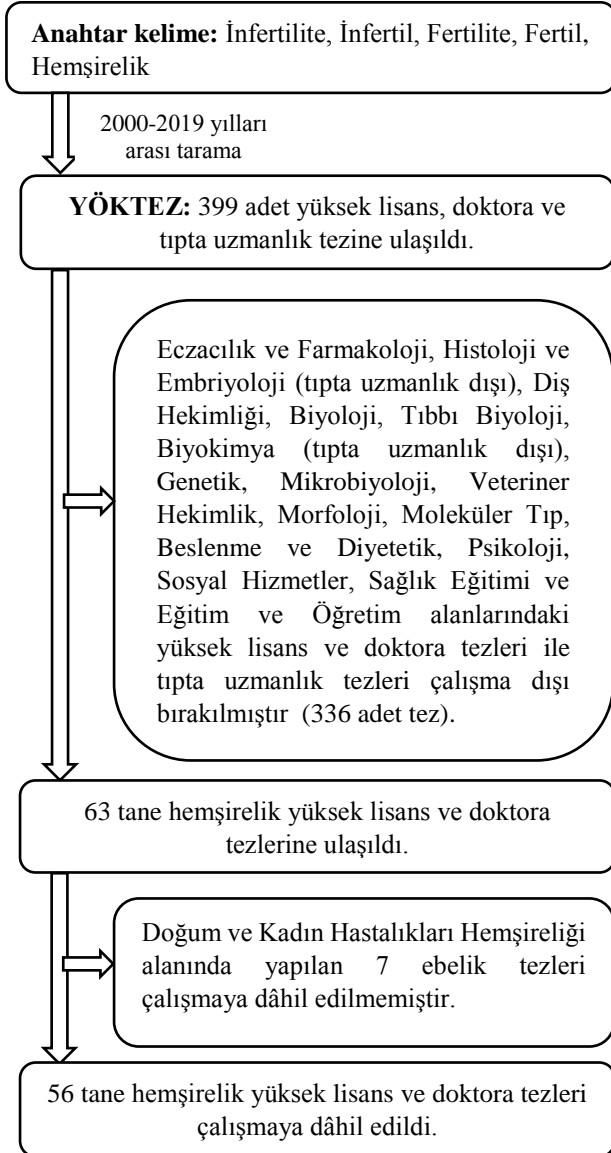
Yükseköğretim Kurumu (YÖK) sisteminde “infertilite”, “infertil”, “fertilitate”, “fertil” ve “hemşirelik” anahtar kelimeleri ile yapılan online tarama sonucunda, 2000-2019 yılları arasında yapılmış 399 adet yüksek lisans, doktora ve tıpta uzmanlık tezine ulaşılmıştır.

Tezlerin incelenmesi üç aşamada gerçekleştirilmiştir. İlk aşamada; hemşirelik alanı dışında infertilite ile ilgili yapılmış yüksek lisans, doktora tezleri ve tıpta uzmanlık tezleri (336 tez) çalışma dışı bırakılmıştır. İkinci aşamada; hemşirelik alanında yer alan 63 hemşirelik yüksek lisans ve doktora tezinden Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği alanında yapılan yedi ebelik yüksek lisans tezi çalışma dışı bırakılmıştır. Üçüncü aşamada ise geriye kalan hemşirelikte 44 yüksek lisans ve 12 doktora tezi olmak üzere 56 lisansüstü tez çalışması değerlendirmeye alınmıştır (Şekil 1).

Çalışma Verilerinin İncelenmesi

Tezlerin incelenmesi sürecinde bir tez ortalama 15 dakika süresince araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir. Tezlerin incelenme süreci de iki adımlı olarak gerçekleşmiştir. İlk olarak tez sahibinin cinsiyeti, tezin yapıldığı anabilim dalı, tez çalışmasının yılı, tezin yapıldığı coğrafi bölge ve çalışmanın türü değerlendirilmiştir. İkinci aşamada hemşirelik yüksek lisans ve doktora tezleri araştırmacılar tarafından oluşturulan başlıklar altında; çalışmanın amacı, çalışılan bireyin cinsiyeti ve grubun özelliği, konu başlığı, hastalarda veya hemşirelerde değerlendirilen alanlar ve tez çalışmasında ölçek kullanılma durumu olarak değerlendirilmiştir. Tezlerin yayın olma durumları tez ile ilgili genel bilgiler (tez sahibi ve danışmanın adı ve soyadı, tez çalışmasının adı ve anahtar sözcükler) yazılarak, Google Scholar ve Google

arama motorunda hem Türkçe hem de İngilizce olarak, Pubmed, Science Direct, Medline, Springer Link veri tabanlarında İngilizce olarak taranmıştır.



Şekil 1. Araştırmanın Akış Şeması

Çalışmada Elde Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen sayısal veriler SPSS 25.0 programında sayı ve yüzdelik olarak değerlendirilmiştir. Kategorize edilen değişkenler için frekans tabloları oluşturulmuştur.

Bulgular

Tablo 1 incelendiğinde; çalışmaya dâhil edilen infertilite alanından yapılmış hemşirelik tezlerinin %78.6'sı yüksek lisans, %21.4'ü doktora tezidir. Hemşirelik yüksek lisans tezlerinin %95.4'ü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, %2.3'ü Halk Sağlığı Hemşireliği ve %2.3'ü Psikiyatri

Hemşireliği alanında yapılmıştır. Doktora tezlerinin %91.7'si Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ve %8.3'ü Psikiyatri Hemşireliği alanında yapılmıştır.

Tablo 1. İnfertilite Alanında Yapılmış Hemşirelik Yüksek Lisans ve Doktora Tezleri ve Araştırmacılar İle İlgili Tanıtıcı Bilgiler

Lisansüstü tezler/ araştırmacıların tanıtıcı özellikleri	Hemşirelik (Yüksek Lisans)		Hemşirelik (Doktora)	
	n	%	n	%
Araştırmacının Cinsiyeti				
Kadın	42	95.5	12	100
Erkek	2	4.5	0	0
Tezin Yapıldığı Anabilim Dalı				
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği	42	95.4	11	91.7
Halk Sağlığı Hemşireliği	1	2.3	0	0
Psikiyatri Hemşireliği	1	2.3	1	8.3
Tezin Yılı				
2000-2004	2	4.5	0	0
2005-2009	11	25	1	8.3
2010-2014	7	15.9	7	58.3
2015-2019	24	54.5	4	33.3
Tez Çalışmasının Türü				
Tanımlayıcı yöntem	26	59.1	0	0
Kesitsel	6	13.6	0	0
Vaka-kontrol	1	2.3	1	8.3
Randomize kontrollü çalışma	0	0	5	41.7
Nitel çalışma	1	2.3	3	25
2 veya daha fazla çalışma yönteminin birlikte kullanıldığı çalışmalar	10	22.7	3	25
Lisansüstü Eğitimin Alındığı Bölge				
Akdeniz	4	9.1	0	0
Ege	7	15.9	6	50
Marmara	15	34.1	5	41.7
Karadeniz	1	2.3	0	0
İç Anadolu	8	18.2	0	0
Doğu ve Güneydoğu Anadolu	9	20.4	1	8.3
Tezin Yayın Olma Durumu				
Dergide yayınlanan	13	29.5	10	83.3
Kongrede bildiri olarak sunulan	3	6.8	0	0
Yayınlanmayan/ Ulaşılamayan	28	63.6	2	16.7

İnfertilite alanında yapılmış hemşirelik yüksek lisans tezlerinde araştırmacıların %95.5'i kadın ve %4.5'i erkektir. İnfertilite ile ilgili hemşirelik yüksek lisans tezlerinin; %54.5'i 2015-2019, %25'i 2005-2009, %15.9'u 2010-2014 ve %4.5'i 2000-2004 yılları arasında yapılmıştır. Hemşirelik yüksek lisans eğitimlerinin; %34.1'i Marmara, %20.4'ü Doğu ve Güneydoğu Anadolu, %18.2'si İç Anadolu, %15.9'u Ege, %9.1'i Akdeniz ve %2.3'ü Karadeniz bölgelerinde yer alan illerde alınmıştır. Hemşirelik doktora tezlerinde ise araştırmacıların tamamı kadındır. İnfertilite ile ilgili hemşirelik doktora tezlerinin; %58.3'ü 2010-2014, %33.3'ü 2015-2019 ve %8.3'ü 2005-2009 yılları arasında yapılmıştır. Hemşirelik doktora eğitimlerinin; %50'si Ege, %41.7'si Marmara ve %8.3'ü Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde yer alan illerde alınmıştır. Hemşirelik yüksek lisans tezlerinin; %59.1'i tanımlayıcı, %22.7'si iki veya daha fazla yöntemin birlikte kullanıldığı çalışma tipinde, %13.6'sı kesitsel, %2.3'ü vaka kontrol ve %2.3'ü nitel deseni ile yapılmıştır. Hemşirelik doktora tezlerinin; %41.7'si randomize kontrollü, %25'i nitel, %25'i de iki veya daha fazla yöntemin birlikte kullanıldığı çalışma tipinde ve %8.3'ü vaka-kontrol araştırma

türünde yapılmıştır. İnfertilite alanında yapılmış hemşirelik yüksek lisans tezlerinin %63.6'sı yayınlanmamış/ulaşılamamış, %29.5'i bilimsel bir dergide yayınlanmış ve %6.8'i kongrede sunulmuştur. Doktora tezlerinin ise %83.3'ü yayına dönüştürülmüş ve %16.7'si yayınlanmamış/ulaşılamamıştır (Tablo 1).

Yapılan tezlerde çalışmaların amacı; yüksek lisans tezlerinin %95.4'ü hasta merkezli iken, doktora tezlerinin tamamı hasta merkezlidir. Ayrıca yüksek lisans tezlerinin %2.3'ü hemşirelerin yaşadığı güçlükler ve %2.3'ü hemşirelerin mesleki rolleri/tutumları/görüşleri ile ilgilidir. Hemşirelik yüksek lisans tez çalışmalarında çalışmaya dâhil edilen bireylerin %61.4'ü kadın, %31.8'i karma ve %6.8'i erkektir. Çalışılan grubun %77.3'ü infertil, %18.2'si hem fertil hem de infertil kadın ve/veya erkeklerden ve %4.5'i hemşire/sağlık profesyoneli olarak oluşmaktadır. Doktora tezlerinde çalışmaya dâhil edilen bireylerin %83.3'ü kadın ve %16.7'si karmadır (erkek ve kadınlardır) ve çalışılan grubun %91.7'si infertil, %8.3'ü hem fertil hem de infertil kadın ve/veya erkeklerden oluşmuştur (Tablo 2).

Tablo 2. İnfertilite Alanında Yapılmış Hemşirelik Yüksek Lisans ve Doktora Tezleri İle İlgili Genel Bilgiler

Tezler İle İlgili Genel Bilgiler	Yüksek Lisans		Doktora	
	n	%	n	%
Çalışmanın Amacı				
Hemşirelerin yaşadıkları güçlükler	1	2.3	0	0
Mesleki roller, tutumlar, görüşler	1	2.3	0	0
Hasta merkezli				
▪ Belirteçleri, düzeyleri, uyumları, deneyimleri, algıları, baş etme yöntemlerini, gereksinimleri, sonuçlara etkisini belirleme ve/veya karşılaştırma	20	45.4	2	16.7
▪ İlişkileri/etkileri veya etkileyen faktörleri inceleme	21	47.7	4	33.3
▪ Hemşirelik bakımı uygulama (Kurama yönelik bakım, temel hemşirelik bakımı, yoga, ... vb.) ve sonuçları değerlendirme ve/veya karşılaştırma	0	0	3	25
▪ Eğitimi/danışmanlık hizmetini değerlendirme ve/veya karşılaştırma	1	2.3	3	25
Çalışılan Bireylerin Cinsiyeti				
▪ Kadın	27	61.4	10	83.3
▪ Erkek	3	6.8	0	0
▪ Her iki cinsiyet	14	31.8	2	16.7
Çalışılan Grubun Özelliği				
▪ Fertil kadın ve/veya erkek	0	0	0	0
▪ İnfertilite tanısı almış kadın ve/veya erkek	34	77.3	11	91.7
▪ Hem fertil hem infertil kadın ve/veya erkek	8	18.2	1	8.3
▪ Hemşireler/Sağlık Profesyoneli	2	4.5	0	0
Konu Başlıklarının Dağılımı				
▪ Algı düzeylerini belirleme ve/veya karşılaştırma	4	8.3	0	0
▪ Eğitim/danışmanlık verme ve sonuçlarını değerlendirme	1	2.1	3	20
▪ Hemşirelerin yaşadıkları güçlükler/tutum ve görüşleri	2	4.2	0	0

Tablo 2. (Devam) İnfertilite Alanında Yapılmış Hemşirelik Yüksek Lisans ve Doktora Tezleri İle İlgili Genel Bilgiler

Tezler İle İlgili Genel Bilgiler	Yüksek Lisans		Doktora	
	n	%	n	%
Konu Başlıklarının Dağılımı				
▪ İlişkiyi değerlendirme, etkileyen faktörleri/etkilenme düzeyini belirleme, yaşam kalitesini, deneyimleri ve baş etme yöntemlerini belirleme	26	54.2	7	46.7
▪ İnfertilite ile ilgili geleneksel inançlar/uygulamalar	2	4.2	0	0
▪ Hemşirelik bakımı uygulama ve sonuçlarını değerlendirme	0	0	3	20
▪ Psikososyal/emosyonel sorunları ve/veya bakım gereksinimlerini belirleme	5	10.4	1	6.7
▪ Uyum düzeylerini ve/veya etkilerini belirleme ve/veya karşılaştırma	8	16.6	1	6.7
Hastalarda Değerlendirilen Alanlar				
▪ Algılanan aile desteği	1	1.3	0	0
▪ Algılanan sosyal destek düzeyi	5	6.5	0	0
▪ Anksiyete düzeyi	4	5.2	1	3.8
▪ Baş etme durumu (İnfertilite, stres, depresyon, ... vb.)	4	5.2	4	15.4
▪ Benlik saygısı	1	1.3	0	0
▪ Bilgi düzeyi	1	1.3	0	0
▪ Cinsel uyum/Cinsel tutumlar/Cinsel sorunlar/Cinsel yaşam	10	12.9	1	3.8
▪ Çift Uyum	3	3.9	1	3.8
▪ Damgalama/Stigmadan etkilenme	5	6.5	1	3.8
▪ Depresyon düzeyi	9	11.7	0	0
▪ Duygusal okuryazarlık	1	1.3	0	0
▪ Evlilik uyumu	4	5.2	1	3.8
▪ Eğitim/danışmanlık sonuçlarını değerlendirme	0	0	3	11.5
▪ Fertiliteye uyum düzeyi	2	2.6	0	0
▪ Geleneksel inançlar/uygulamalar	2	2.6	0	0
▪ Hemşirelik bakımı (Bakımın kalitesi, hasta memnuniyeti, ... vb.)	0	0	2	7.7
▪ İnfertiliteden etkilenme durumu	0	0	2	7.7
▪ İş yaşamı/Çalışma hayatı	1	1.3	0	0
▪ Mutluluk düzeyi	1	1.3	0	0
▪ Öz-Yeterlik durumu	0	0	1	3.8
▪ Psikososyal/emosyonel etkilenme düzeyi	6	7.8	1	3.8
▪ Stres düzeyi	3	3.9	5	19.2
▪ Tanı ve tedavi süreci ile ilgili deneyimler/beklentiler	1	1.3	0	0
▪ Umutsuzluk düzeyi	3	3.9	1	3.8
▪ Yalnızlık düzeyi	2	2.6	0	0
▪ Yaşam biçimi davranışı	2	2.6	1	3.8
▪ Yaşam kalitesi	6	7.8	1	3.8
Hemşirelerde Değerlendirilen Alanlar				
▪ Hemşirelik rolleri	1	25	0	0
▪ İnfertiliteye yönelik tutumlar	1	25	0	0
▪ Yardımcı üreme tedavilerine yönelik görüşler	1	25	0	0
▪ Yaşadıkları güçlükler	1	25	0	0

Hemşirelik yüksek lisans tezlerinin; %54.2'si ilişki, etkilenme düzeyi, yaşam kalitesi ve baş etme yöntemlerini, %16.6'sı uyum düzeylerini, %10.4'ü psikososyal/emosyonel sorunları veya bakım gereksinimini, %8.3'ü algı düzeylerini, %4.2'si geleneksel inanç ve uygulamaları, %4.2'si hemşirelerin yaşadıkları güçlükler ve tutumları ve %2.1'i hasta eğitimini incelemişlerdir. Yüksek lisans tezlerinde çoğunlukla değerlendirilen alanlar;

cinsellik (%12.9), depresyon düzeyi (%11.7), psikososyal/emosyonel etkilenme düzeyi (%7.8), yaşam kalitesi (%7.8), algılanan sosyal destek (%6.5), damgalanma (%6.5), anksiyete düzeyi (%5.2) ve baş etme durumudur (%5.2). Hemşirelerde değerlendirilen alanlar ise; hemşirelik rolleri (%25), infertiliteye yönelik tutumlar (%25), yardımcı üreme tekniklerine yönelik görüşler (%25) ve hemşirelerin yaşadıkları güçlüklerdir (%25).

Doktora tezlerinin %46.7'si ilişki, etkilenme düzeyi, yaşam kalitesi ve baş etme yöntemlerini, %20'si hasta eğitimi, %20'si hemşirelik bakımı ve sonuçlarını, %6.7'si psikososyal/emosyonel sorunları ve bakım gereksinimlerini ve %6.7'si uyum düzeyleri ile ilgili konuları araştırmışlardır. Doktora tezlerinde çoğunlukla değerlendirilen alanlar; stres düzeyi (%19.2), baş etme durumu (%15.4) ve eğitim/danışmanlık sonuçlarını değerlendirmedir (%11.5) (Tablo 2).

Hemşirelik yüksek lisans tezlerinin %84.1'inde ve doktora tezlerinin ise %58.3'ünde ölçek kullanılmıştır. Hemşirelik doktora tezlerinin %8.3'ünde ölçek geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır (Tablo 2). Hemşirelik yüksek lisans tezlerinde en sık kullanılan ölçekler: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler için Hayat Kalitesi Ölçeği, Evlilikte Uyum Ölçeği, İnfertilite Etkilenme Ölçeği ve SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'dir. Hemşirelik doktora tezlerinde en sık kullanılan ölçekler: Beck Depresyon Ölçeği, Çiftler Uyum Ölçeği, Fertiliteye Uyum Ölçeği, İnfertilite Etkilenme Ölçeği, İnfertilite Öz-Yeterlik Ölçeği-Kısa Formu, İnfertilite Stresi Ölçeği, İnfertilite Stresi ile Başa Çıkma Ölçeği, Spielberger'in Durumluk ve Süreklilik Anksiyete Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ve WHOQOL-BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği'dir (Tabloda gösterilmemiştir).

Tartışma

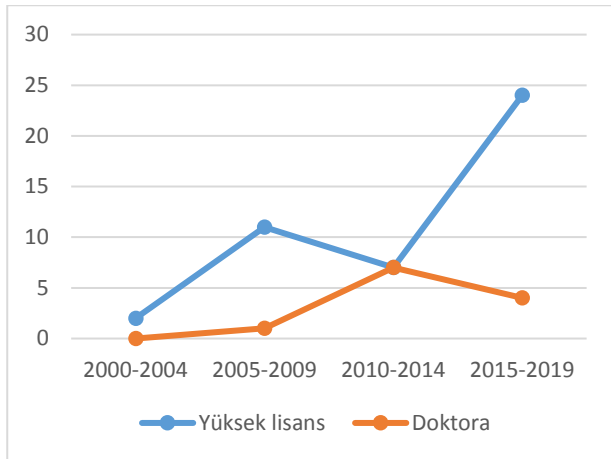
Fertilite, insan yaşamı üzerinde çok yönlü etkileri olan, insan bedeninin sahip olduğu fizyolojik özelliklerinden birisidir (Goli ve ark., 2012). Üreme yeteneği ve soyun devamı tüm canlı varlıklar için doğuştan gelen önemli içgüdülerden biridir (Hocaoglu 2019). İnfertilite ise, gebeliğin hiç oluşmadığı ya da en az bir kez gebelik meydana geldikten sonra tekrar gebeliğin oluşmadığı patolojik bir durumdur (Zeger Hochschild ve ark., 2017). Hem kadın hem de erkekler için infertilite durumu, stresli, psikolojik ve ekonomik yönden zorlayıcı ve fiziksel olarak da acı verebilen karmaşık, durumsal bir kriz durumudur (Hocaoglu 2019). İnfertil bireylere yaklaşım, infertil bireyin cinsiyetine, infertilitenin nedenine, süresine ve bireylerin kişisel özelliklerine bağlı olarak farklılık göstermektedir (Anwar ve Anwar, 2016).

Bu retrospektif tanımlayıcı çalışmada, infertilite konusunda hemşirelik alanında yapılmış tezlerin büyük çoğunluğunun yüksek lisans tezlerinden

oluştugu görülmektedir. İnfertilite alanında yapılmış hemşirelik tezlerinin %78.6'sı yüksek lisans, %21.4'ü ise doktora tezidir. Yüksel Koçak ve Büyükkayacı Duman (2019)'ın üreme sağlığı-cinsel sağlık alanında yapılmış hemşirelik tezlerini inceledikleri bir çalışmada; üreme sağlığı-cinsel sağlık alanındaki tezlerin %93.3'ünün yüksek lisans ve %6.6'sının doktora tezi olduğu tespit edilmiştir. Üreme sağlığı, fertilite ve infertilite ile ilgili yapılan hemşirelik lisansüstü tezlerinin büyük çoğunluğu yüksek lisans tezlerinden oluşmaktadır. Üreme sağlığı ve fertilite alanında yapılmış az sayıda doktora tezi bulunmaktadır.

İnfertilite ve fertilite konularında 1950'lerden önce yeteri kadar araştırma yapılmadığı belirtilmektedir. İkinci Dünya Savaşı'nın ardından, ekonomik gelişmeleri takiben, fertilite ve infertilite alanlarına yönelik ilginin artmaya başladığı ifade edilmiştir (Szreter 1993). İn vitro fertilizasyon (IVF) ve yumurta bağışısı gibi konuların 1980'lerden itibaren gündeme gelmesiyle birlikte infertilite alanında yapılan çalışmalar hız kazanmış ve 2002 yılı itibari ile bu alana yönelik yapılan çalışmalar büyük oranda artış göstermiştir (Johnson ve ark., 2018). Bu çalışmada, infertilite alanında yapılmış hemşirelik lisansüstü tezlerinde 2010 yılı itibari ile artışın meydana geldiği görülmektedir. İnfertilite ile ilgili hemşirelik yüksek lisans tezlerinin çoğunluğu (%54.5) 2015-2019 yılları arasında yapılırken, doktora tezlerinin çoğunluğu (%58.3) 2010-2014 yılları arasında yapılmıştır (Şekil 2). Hemşirelik alanında infertilite konusunda yapılmış yüksek lisans tezlerinin %95.5'i kadın ve %4.5'i erkek araştırmacılar tarafından yapılmıştır. Doktora tezlerinin ise tamamı kadın araştırmacılar tarafından yapılmıştır (Tablo 1). Benzer şekilde Dağcı ve ark. (2019)'nın çalışmasında da 2011-2015 yılları arasında hemşirelik yüksek lisans ve doktora alanında yapılan tezler daha fazladır (sırasıyla %25 ve %34) ve araştırmacıların %96.6'sı kadın, %3.4'ü erkektir (Dağcı ve ark., 2019). Hemşirelik mesleği, kadın nüfusunun fazla olduğu ve toplum tarafından belli bir cinsiyete özgü olduğuna yönelik algılara sahip bir meslektir (Meadus ve Twomey, 2011). Geçmişte hemşirelik alanında erkek hemşirelerin de hemşirelik mesleğinin gelişimine önemli katkıları olmuş olsa da zamanla, özellikle Florence Nightingale ile modern hemşireliğin başlamasından sonra, erkeklerin meslekte yeri tanınmamaya başlamış, hemşirelik mesleği kadına yakışan bir meslek olarak algılanmış ve erkekler meslek seçiminde hemşireliği tercih etmekten uzaklaşmışlardır (Hollup 2014; Meadus ve

Twomey, 2011; O'Lynn 2013). Bu sebeple, mesleği tercih eden erkek hemşirelerin özellikle jinekoloji ve obstetri alanında çalışırken ve hemşirelik eğitimi sırasında bu birimlerde uygulama eğitimi almada sıkıntılar yaşadıkları belirtilmiştir (Meadus ve Twomey, 2011; Smith 2006). Hemşirelik mesleği geçmişten günümüze hem erkek hem de kadın bireyler tarafından sürdürülen bir meslektir. Her bireyin farklı dünya görüşleri ve farklı fikirleri bulunmaktadır.



Şekil 2. Yüksek Lisans ve Doktora Tezlerinin Yıllara Göre Dağılımı

İnfertilite alanında yapılmış hemşirelik yüksek lisans eğitimlerinin %34.1'i Marmara bölgesinde, doktora eğitimlerinin ise %50'si Ege ve %41.7'si Marmara bölgelerinde yer alan illerde gerçekleştirilmiştir (Tablo 1). Yüksel-Koçak ve Büyükkayacı-Duman (2019)'ın çalışmasında, hemşirelik lisansüstü tezlerinin %46.6'sının İç Anadolu, %33.3'ünün Marmara ve %13.3'ünün Ege bölgesinde yürütüldüğü tespit edilmiştir. Ardahan ve Özsoy (2015)'un çalışmasında da hemşirelik yüksek lisans tezlerinin çoğunluğu Marmara (%37.4), Ege (%25.1) ve İç Anadolu (%24.5) bölgelerinde, doktora tezlerinin ise büyük çoğunluğu Ege (%38.9) ve Marmara (%36.3) bölgelerinde yapılmıştır (Ardahan ve Özsoy, 2015). Marmara ve İç Anadolu bölgesinde yer alan illerde hemşirelikte lisansüstü eğitim veren devlet ve özel üniversitelerin fazla olması ve bu alanda uzmanlaşmış öğretim üyelerinin genellikle büyük şehirlerde bulunması sebebiyle hemşirelik lisansüstü çalışmalarının bu bölgelerde çoğunlukta olduğu yorumu yapılabilir.

Bu çalışmada, infertilite alanında yapılan hemşirelik yüksek lisans tezlerinin %95.4'ünün, doktora tezlerinin ise %91.7'sinin Doğum ve Kadın

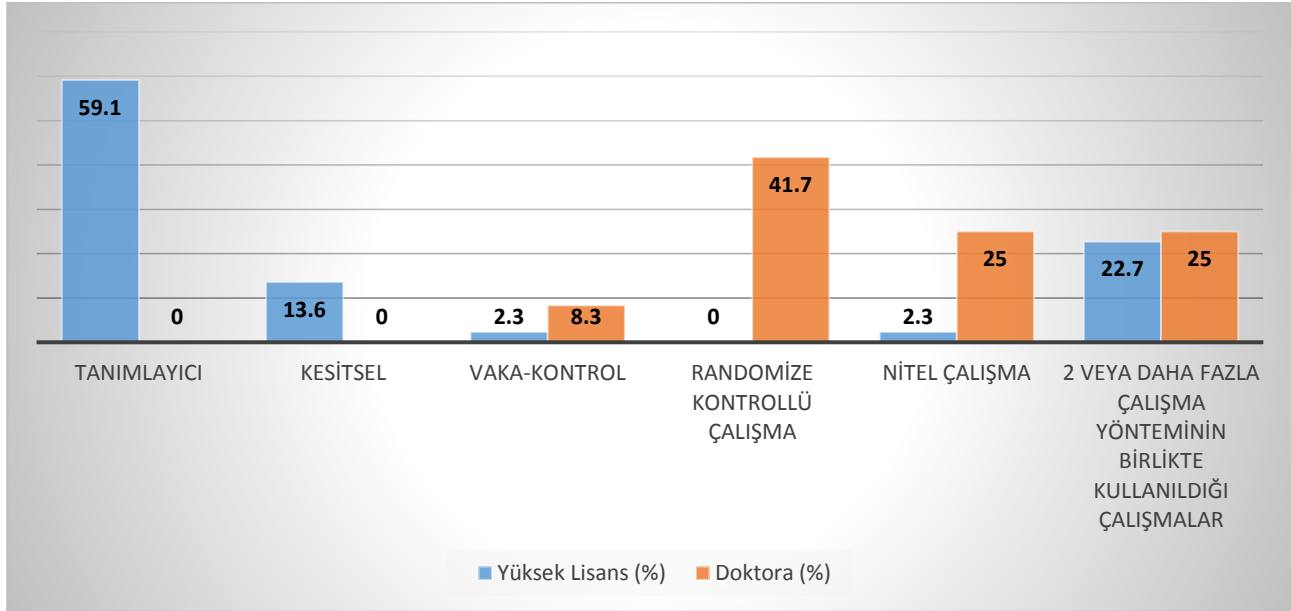
Hastalıkları Hemşireliği alanında yapıldığı belirlenmiştir (Tablo 1). İnfertilite üreme sağlığı alanının önemli bir parçasıdır. Bu nedenle Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği alanında lisansüstü eğitim gören hemşireler bu alanda da tez çalışması yapabilmektedir. Ancak infertilite psikolojik ve toplumsal yönden de çok boyutlu etkilere sahip bir alandır (Hocaoglu 2019). Bu sebeple Psikiyatri Hemşireliği ve Halk Sağlığı Hemşireliği alanlarında da yapılan tez çalışmaları bulunmaktadır.

İnfertilite alanında yapılmış hemşirelik yüksek lisans tezlerinin çoğu tanımlayıcı tipte (%59.1/26 çalışma) iken, en az vaka kontrol (%2.3/1 çalışma) ve nitel çalışma (%2.3/1 çalışma) yöntemi kullanılmıştır. Doktora tezlerinin ise %41.7'si randomize kontrollü (5 çalışma), %25'i nitel (3 çalışma) ve %25'i iki veya daha fazla çalışma yönteminin birlikte kullanıldığı çalışma (3 çalışma) yöntemleri ile yapılmıştır (Tablo 1, Şekil 3). Ardahan ve Özsoy (2015)'un çalışmasında; hemşirelik yüksek lisans tezlerinin %47.6'sının tanımlayıcı, %34'ünün metodolojik, %15.2'sinin deneysel ve %3.4'ünün kayıt araştırmaları, doktora tezlerinin ise %45.6'sının tanımlayıcı, %36.3'ünün metodolojik, %16.8'inin deneysel ve %1.3'ünün kayıt araştırmaları olduğu saptanmıştır. Dağcı ve ark. (2019)'nın çalışmasında ise cerrahi hemşireliği yüksek lisans tezlerinin büyük çoğunluğunu tanımlayıcı türdeki (%43.9), doktora tezlerinin çoğunluğunu ise deneysel (%6.6) ve yarı deneysel (%4.6) türdeki çalışmaların oluşturduğu görülmüştür. Hemşirelik yüksek lisans tez çalışmaları daha çok tanımlayıcı çalışmaları içermektedir. Doktora tez çalışmaları ise çoğunlukla randomize kontrollü türde deneysel çalışmaları içermektedir. Hemşirelik lisansüstü eğitimi bir hemşirenin mesleki anlamda gelişimini adım adım sağlamaktadır. Bireylere temel olarak bir araştırmayı tasarlama ve yürütebilme becerisi kazandırılmakta ve hemşirelere araştırmacı yönlerini ve ilgi alanlarına keşfetme imkânı da tanımaktadır. İlerleyen süreçlerde ise mesleki anlamda daha yetkin ve yeterli konuma erişen hemşireler daha kapsamlı çalışmalar yapmaktadırlar.

Bu çalışmada; infertilite alanında yapılmış hemşirelik yüksek lisans tezlerinin %29.5'i, doktora tezlerinin ise %83.3'ü bilimsel bir dergide yayınlanmıştır (Tablo 1). Hemşirelik yüksek lisans ve doktora tezlerinin yayın olma durumu ile ilgili yapılan bibliyometrik bir çalışmada; yüksek lisans tezlerinin %14.4'ünün, doktora tezlerinin ise

%7.7'sinin yayına dönüştürüldüğü belirlenmiştir (Yılmaz ve ark., 2017). Yapılan çalışmanın sonuçları bizim çalışmamız ile farklılık göstermektedir. İnfertilite alanında yapılan doktora tezlerinin büyük çoğunluğu yayına

dönüştürülmüştür. Ancak bu durum, infertilite alanında yapılmış az sayıda (12 adet) doktora tezine ulaşılması ve bu tezlerin araştırmacılarının çoğunluğunun akademisyen olması ile açıklanabilir.



Şekil 3. Hemşirelik Yüksek Lisans ve Doktora Tezlerinde Kullanılan Çalışma Türleri

İnfertilite alanında yapılmış hemşirelik yüksek lisans tezlerinin büyük bir bölümünü (%95.4), doktora tezlerinin tamamını hasta merkezli olan çalışmalar oluşturmuştur. Yüksek lisans tezlerinin %4.6'sında hemşireler/sağlık profesyonelinin yaşadıkları güçlükler, mesleki roller, tutumlar ve görüşler ile infertilite alanında ilgili çalışmalar yapılmıştır. Doktora tezlerinde sağlık profesyoneli ile yapılan çalışma bulunmamaktadır. Hemşirelik yüksek lisans tezlerinin büyük çoğunluğunda, belirteçler, düzeyler, uyumlar, algılar, baş etme yöntemleri ve gereksinimleri belirlemek ve/veya karşılaştırmak (%45.4) ve ilişkileri/etkileri veya etkileyen faktörler (%47.7) gibi konular araştırılmıştır. Hemşirelik doktora tezlerinde ilişkileri/etkileri veya etkileyen faktörler (%33.3), hemşirelik bakımı (%25) ve eğitim/danışmanlık (%25) konuları ele alınmıştır. İnfertilite alanında yapılan lisansüstü hemşirelik tezlerinde mesleki roller/tutumlar/görüşler ile ilgili çalışmalar sınırlı sayıdadır. Hemşirelerin değerlendirildiği alanda; hemşirenin rolleri, infertiliteye yönelik tutumlar, yardımcı üreme tedavilerine yönelik görüşler ve yaşanan güçlükler eşit düzeyde incelenmiştir (Tablo 2). Ardahan ve Özsoy (2015)'un çalışmasında; yüksek lisans tezlerinin %35.3'ünde

bilgi düzeyini belirleme, %32.1'inde temel hemşirelik girişimi, %26.6'sında kalite çalışmaları ve %15.6'sında hemşirenin rolleri çoğunluk olarak çalışma konularını oluşturmuştur. Doktora tezlerinde genellikle, kalite çalışmaları (%34), bilgi düzeyini belirleme (%32.7) ve hemşirelik girişimi (%27) konuları incelenmiştir. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği lisansüstü tezleri ile ilgili yapılan bir çalışmada; yüksek lisans tezlerinin büyük çoğunluğunun bilgi toplama amacıyla yapıldığı, mesleki roller/tutumlar/görüşlere yönelik yapılan çalışmaların çok az olduğu belirlenmiştir. Doktora tezlerinin büyük çoğunluğunun bakım kalitesini arttırmak ve bilgi toplamak amacıyla yapıldığı, mesleki roller/tutumlar/görüşlere yönelik yapılan çalışmaların benzer şekilde çok az olduğu görülmüştür (Dağcı ve ark., 2019).

İnfertilite alanında yapılmış hemşirelik yüksek lisans tezlerinde daha çok cinsellik (%12.9), yaşam kalitesi (%7.8), depresyon düzeyi (%11.7) ve psikososyal/emosyonel etkilenme düzeyi (%7.8) ele alınırken, doktora tezlerinde baş etme durumu (%15.4), eğitim/danışmanlık sonuçlarını değerlendirme (%11.5) ve stres düzeyi (%19.2) değerlendirilmiştir. İnfertilite alanında yapılmış hemşirelik yüksek lisans tezlerinde hemşirelik

bakımı (kuram, temel uygulamalar, vb.) ve infertiliteden etkilenme hiç değerlendirilmemiştir. Hemşirelik yüksek lisans tezlerinde hemşirelerin değerlendirildiği alandaki alt boyutlarda; hemşirenin rolleri, infertiliteye yönelik tutumlar, yardımcı üreme tedavilerine yönelik görüşler ve yaşanan güçlükler eşit düzeyde incelenmiştir (Tablo 2).

İnfertilite sorunu hem kadın hem de erkeklerin deneyimlediği, psikososyal ve psikoseksüel boyutları olan evrensel bir sorundur (Luk ve Loke, 2015). Üreme çağındaki çiftlerin %8-12'si infertiliteden etkilenmektedir (Inhorn ve Patrizio, 2015). Kadınların %12.5'inin, erkeklerin ise %10'unun infertiliteyi deneyimlediği belirtilmektedir (Datta ve ark., 2016). Ancak, infertilite hala sadece kadının yaşayabileceği bir sorun olarak algılanmakta ve bu süreçte erkeklerin duygu ve düşünceleri, deneyimleri ve yaşadığı sorunlar yeteri kadar ele alınmamaktadır. Oysaki erkek kaynaklı infertilitenin bulunduğu durumlarda çiftlerde cinsel işlev bozukluğunun daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (Bakhtiari ve ark., 2016; Lotti ve ark., 2016; Lotti ve Maggi, 2018; Punab ve ark., 2017). Bunun yanı sıra infertil erkeklerde anksiyete, stres ve depresyon riskinin fertil erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Ahmadi ve ark., 2011; Mikkelsen ve ark., 2013; Yang ve ark., 2017). Ayrıca infertilite tedavi sürecinin infertil erkeklerde etkilerinin yeteri kadar değerlendirilmediği ifade edilmiştir (Dong ve ark., 2013). Hemşirelik yüksek lisans tezlerinin çoğunda çalışmaya kadınlar (%61.4) dâhil edilmiş ve çalışma grubu olarak çoğunlukla infertilite tanısı almış kadın ve/veya erkekler (%77.3) değerlendirilmiştir. Doktora tezlerinde çalışmaya kadın veya her iki cinsiyet dâhil edilmiş ve çoğunlukla infertilite tanısı almış kadın ve/veya erkekler üzerinde çalışılmıştır. Hemşirelik yüksek lisans tezlerinin %18.2'sinin ve doktora tezlerinin %8.3'ünün örneklemini hem fertil hem de infertil bireylerden oluşan karma bir grup oluşturmuştur (Tablo 2).

İnfertilite alanında yapılmış hemşirelik yüksek lisans tezlerinin %84.1'inde ve doktora tezlerinin %58.3'ünde ölçek kullanılmıştır. Doktora tezlerinin %8.3'ünde ise ölçek geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır (Tablo 2). İnfertilite alanında yapılmış hemşirelik lisansüstü tezlerinde ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları en az orana sahiptir ve ölçek geliştirmeye yönelik bir çalışmaya ulaşılmamıştır. Dağcı ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında; Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans tezlerinde ölçek kullanılan çalışmaların daha az

olduğu, doktora tezlerinde ölçek kullanımının daha fazla olduğu belirtilmiştir. Genel itibariyle lisansüstü tezlerde ölçek geliştirme çalışmalarının çok az olduğu tespit edilmiştir. Öncel ve Sümen (2017)'in Halk Sağlığı Hemşireliği lisansüstü tezleri ile ilgili çalışmasında; yüksek lisans tezlerinin %66.5'inde, doktora tezlerinin %86.2'sinde ölçek kullanıldığı bildirilmiştir. Yüksek lisans tezlerinin %15.5'inin, doktora tezlerinin %30.9'unun ölçek geliştirme veya uyarlanması ile ilgili çalışmalar olduğu belirtilmiştir. Ardahan ve Özsoy (2015)'un çalışmasında; hemşirelik yüksek lisans tezlerinin %87.7'sinde ölçek kullanıldığı, %12.3'ünde ölçek geliştirildiği, doktora tezlerinin %91.5'inde ölçek kullanıldığı, %8.5'inde ölçek geliştirildiği tespit edilmiştir.

Sonuç

Hemşirelik lisansüstü tezlerinin çoğunluğunu yüksek lisans tezleri oluşturmaktadır. Benzer şekilde infertilite alanında yapılmış hemşirelik lisansüstü tezlerinin büyük çoğunluğu da yüksek lisans tezleridir. Doktora eğitiminde infertilite alanında yapılan çalışma oldukça sınırlıdır. Doktora eğitimi, hemşirelik eğitiminin önemli bir parçasıdır. Bu sebeple doktora tez çalışmalarında da infertilite ve infertil bireylere yönelik çalışmaların yapılmasının alana daha çok katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca infertilite alanında yapılan hemşirelik lisansüstü tezlerinin büyük çoğunluğu kadın araştırmacılar tarafından yapılmıştır. Hemşirelik mesleği her iki cinsiyetten bireyin de yapabildiği bir meslek olmasına rağmen lisansüstü eğitim yapan hemşirelerin büyük çoğunluğu kadın hemşirelerdir. İnfertilite gibi yeniliğe ve gelişime ihtiyaç duyulan bir alanda hemşirelik adına bakıma yönelik gelişmelerin sağlanması için farklı fikirlere sahip olan kadın ve erkek her bireye ihtiyaç vardır. Ayrıca diğer çalışmalar ile benzer şekilde bu çalışmada da yayın haline getirilen tezlerin sayısının oldukça sınırlı olduğu görülmektedir. Hemşirelerin zaman ve emek harcayarak hazırladıkları tezlerini bilimsel yayınlara dönüştürmeleri, hem literatüre hem de meslektaşlarının farkındalığının artmasına ve hemşirelik mesleğinin gelişimine katkı sağlayacaktır. İnfertilite alanında yapılan lisansüstü tezlerde çoğunlukla belirteçler, uyum düzeyleri, algılar ve ilişkili faktörler gibi konulara değinilmiştir. İnfertilite hemşirelik bakımına ihtiyacın çok fazla olduğu ve infertilite hemşirelerinin kendisini geliştirmesi gereken bir alandır. Bu sebeple hemşirelik bakım felsefeleri ve kuramları doğrultusunda bakım temelli çalışmalara

ve hemşirelerin duygu, düşünce ve mesleki gelişimleri için yapabileceklerine odaklanan daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca çalışılan bireylerin büyük çoğunluğu infertil kadınlardan oluşmuştur. İnfertilite sıklığı kadın ve erkeklerde birbirine çok yakın bir değere sahiptir ve eşler bu süreci birlikte deneyimlemektedirler. İnfertilite nedeninin erkek olduğu durumlarda bile kadına birçok tedavi prosedürünün uygulanması, içinde yaşanan toplumun sosyal, kültürel özellikleri ve ataerkil bir toplum yapısının bulunması gibi faktörlere bağlı olarak kadınlar infertiliteden psikolojik olarak ciddi boyutlarda etkilenmektedirler. Bu sebeple de yapılan araştırmalar çoğunlukla kadın merkezli olarak yapıyor olabilir. Ancak bu süreçte erkeğin duygu ve deneyimlerinin de göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Çünkü toplumun kültürel ve sosyal yapısı infertil erkekleri de psikososyal yönden etkileyebilmektedir. Bu noktada içinde yaşanan kültürün çocuk sahibi olmaya yüklediği anlam, bunu sembolize etme durumu ve çocuğun ebeveynler için toplumsal bir statü anlamına gelip gelmediği iyi bir şekilde değerlendirilmelidir. Bu anlamda yapılacak hemşirelik araştırmalarının, toplumun infertiliteye yönelik algılarını ortaya çıkaracak, bireylerin ve meslektaşlarının farkındalığını arttıracak ve etkili çözüm yollarını üretebilecek veya gelişimine zemin hazırlayacak nitelikte olması gerekmektedir. Ayrıca infertilite alanında çalışan hemşirelerin fertilitenin korunmasına yönelik çalışmalar yapması ve fertil bireylerde de infertilite riski, eğitim ve farkındalık ile ilgili araştırmalarda bulunması gerekmektedir. Bu sayede risklere erken dönemde müdahale edilmesi ile kadın ve erkeklerde fertiliteye yönelik rahatsızlıkların getirebileceği bireysel, toplumsal ve ekonomik sorunların azaltılmasına veya önlenmesine yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Çalışmanın Sınırlılıkları

Tez çalışmalarının yürütüldüğü iller yapılan her tez çalışmasında açıkça belirtilmediği için, tezlerin ait oldukları iller “bölgeler” başlığı altında gruplandırılmıştır. Ayrıca tezlerin yayın olma durumlarında arama hem Türkçe hem de İngilizce olarak yapılırsa da, yayının başlığının tez çalışması başlığından farklı bir başlığa sahip olabilmesi veya kadın araştırmacıların soyadlarının evlilik durumunda değişebilmesi gibi nedenlere bağlı olarak bazı tezlerin dergilerdeki yayınlarına ulaşılmasında yaşanan güçlükler de araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

Araştırmanın Etik Yönü/ Ethics Committee

Approval: Araştırmanın verileri YÖKTEZ'in sayfasından elde edilmiştir. Ayrıca literatür incelemesi yapılarak atf yapılan yayınlar kaynaklar bölümünde gösterilmiştir. Etik soruna yol açacak herhangi bir unsur bulunmamaktadır.

Hakem/Peer-review: Dış hakem değerlendirmesi.

Yazar Katkısı/Author Contributions: Fikir/kavram: MÖ, NK; Tasarım: MÖ, NK; Kaynak tarama: MÖ, NK; Verilerin İşlenmesi: MÖ, NK; Analiz ve Yorum: MÖ, NK; Danışmanlık: NK; Eleştirel inceleme: NK.

Çıkar çatışması/Conflict of interest: Bu çalışmada herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal Destek/Financial Disclosure: Bu çalışmada herhangi bir kurum veya kuruluşun destek alınmamıştır.

Çalışma Literatüre Ne Kattı?

- İnfertilite alanında yapılmış olan lisansüstü tezlerinin genel özelliklerinin belirlenmesi,
- İnfertilite alanında hangi konuların sıklıkla araştırıldığı ve hangi gruplar üzerinde çalışıldığı,
- İnfertilite alanında, hemşirelik boyutunda, araştırılmaya ihtiyaç duyulan alanların belirlenmesine katkı sağlaması beklenmektedir.

Kaynaklar

- Agarwal A, Mulgund A, Hamada A, Chyatte MR. (2015). A unique view on male infertility around the globe. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 13, 37.e1-9.
- Ahmadi H, Montaser Kouhsari L, Nowroozi MR, Bazargan Hejazi S. (2011). Male infertility and depression: a neglected problem in the Middle East. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(3), 824-830.
- Altamimi SI, Snobar RO, Al-Fraihat AA, Albuarki H, Rizk DEE. (2019). Causes of infertility. *Bahrain Medical Bulletin*, 41(2), 93-96.
- Anokye R, Acheampong E, Mprah WK, Ope JO, Barivure TN. (2017). Psychosocial effects of infertility among couples attending St. Michael's Hospital, Jachie-Pramso in the Ashanti Region of Ghana. *BMC Research Notes*, 10, 690. e1-5.
- Anwar S, Anwar A. (2016). Infertility: a Review on causes, treatment and management. *Women's Health & Gynecology*, 2(6), 1-6.
- Ardahan M, Özsoy S. (2015). Türkiye'de hemşirelik araştırmalarındaki eğilimler: Yüksek lisans ve doktora tezleri üzerine bir çalışma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(4), 516-534.
- Bakhtiari A, Basirat Z, Nasiri-Amiri F. (2016). Sexual dysfunction in women undergoing fertility treatment in Iran: prevalence and associated risk factors. *Journal of Reproductive & Infertility*, 17(1), 26-33.

- Boore JRP. (1996). Postgraduate education in nursing: a case study. *Journal of Advanced Nursing*, 23(3), 620-629.
- Brandes M, Van der Steen JO, Bokdam SB, Hamilton CJ, de Bruin JP, Nelen WL, ve ark. (2009). When and why do subfertile couples discontinue their fertility care? A longitudinal cohort study in a secondary care subfertility population. *Human Reproduction*, 24(12), 3127-3135.
- Büyükkaya Besen D. (2016). Examining post graduate theses in nursing in Turkey between 1980-2015. *The Journal of Health Services Research & Policy*, 1(2), 46-51.
- Dağcı M, Baydur G, Kaynak K, Minigül L, Polat Ş. (2019). Türkiye’de 1991-2019 yılları arasında yapılan cerrahi hastalıkları hemşireliği lisansüstü tezleri. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 2(3), 159-169.
- Datta J, Palmer MJ, Tanton C, Gibson LJ, Jones KG, Macdowall W, ve ark. (2016). Prevalence of infertility and help seeking among 15 000 women and men. *Human Reproduction*, 31(9), 2108-2118.
- Dong YZ, Yang XX, Sun YP. (2013). Correlative analysis of social support with anxiety and depression in men undergoing in vitro fertilization embryo transfer for the first time. *Journal of International Medical Research*, 41(4), 1258-1265.
- Ergöl, Ş. (2011). Türkiye’de yükseköğretimde hemşirelik eğitimi. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 1(3), 152-155.
- Gameiro S, van den Belt Dusebout AW, Bleiker E, Braat D, van Leeuwen FE, Verhaak CM. (2014). Do children make you happier? Sustained child-wish and mental health in women 11-17 years after fertility treatment. *Human Reproduction*, 29(10), 2238-2246.
- Gao J, Zhang X, Su P, Liu J, Shi K, Hao Z, ve ark. (2013). Relationship between sexual dysfunction and psychological burden in men with infertility: a large observational study in China. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(8), 1935-1942.
- Goker A, Yanikkerem E, Birge O, Kuscu NK. (2018). Quality of life in Turkish infertile couples and related factors. *Human Fertility*, 21(3), 195-203.
- Goli M, Ahmedi SM, Goli S. (2012). Irrational perception of parenthood in infertile women. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 10(324), 213-220.
- Hocaoglu C. (2019). The Psychosocial Aspect of Infertility. Sheriff DS, editor. *Infertility, Assisted Reproductive Technologies and Hormone Assays*. London, UK: IntechOpen, s. 65-78.
- Hollup O. (2014). The impact of gender, culture, and sexuality on Mauritian nursing: nursing as a nongendered occupational identity or masculine field? Qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(5), 752-760.
- Inhorn MC, Patrizio P. (2015). Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century. *Human Reproduction Update*, 21(4), 411-426.
- Johnson KM, Greil AL, Shreffler KM, McQuillan J. (2018). Fertility and infertility: toward an integrative research agenda. *Population Research and Policy Review*, 37(5), 641-666.
- Kjaer TK, Jensen A, Dalton SO, Johansen C, Schmiedel S, Kjaer SK. (2011). Suicide in Danish women evaluated for fertility problems. *Human Reproduction*, 26(9), 2401-2407.
- Kroemeke A, Kubicka E. (2018). Positive and negative adjustment in couples undergoing infertility treatment: the impact of support exchange. *PloS One*, 13(6), e0200124.
- Lakatos E, Szigeti JF, Ujma PP, Sexty R, Balog P. (2017). Anxiety and depression among infertile women: a cross-sectional survey from Hungary. *BMC Women's Health*, 17(1), 48.
- Lotti F, Corona G, Castellini G, Maseroli E, Fino MG, Cozzolino M, ve ark. (2016). Semen quality impairment is associated with sexual dysfunction according to its severity. *Human Reproduction*, 31(12), 2668-2680.
- Lotti F, Maggi M. (2018). Sexual dysfunction and male infertility. *Nature Reviews Urology*, 15(5), 287-307.
- Luk BH, Loke AY. (2015). The impact of infertility on the psychological well-being, marital relationships, sexual relationships, and quality of life of couples: a systematic review. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(6), 610-625.
- Maroufizadeh S, Ghaheri A, Almasi Hashian A, Mohammadi M, Navid B, Ezabadi Z, ve ark. (2017). The prevalence of anxiety and depression among people with infertility referring to Royan Institute in Tehran, Iran: a cross-sectional questionnaire study. *Middle East Fertility Society Journal*, 23(2), 103-106.
- Makkizadeh F, Sa’adat F. (2017). Bibliometric and thematic analysis of articles in the field of infertility (2011-2015). *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 15(11), 719-728.
- Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerma T, Vanderpoel S, Stevens GA. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS Med*, 9(12), e1001356.
- Meadus RJ, Twomey JC. (2011). Men student nurses: the nursing education experience. *Nursing Forum*, 46(4), 269-279.
- Mikkelsen AT, Madsen SA, Humaidan P. (2013). Psychological aspects of male fertility treatment. *Journal of Advanced Nursing*, 69(9), 1977-1986.
- Obeidat HM, Hamlan AM, Callister LC. (2014). Missing motherhood: Jordanian women's experiences with infertility. *Advances in Psychiatry*, 1-7.

- O'Lynn C. (2013). A man's guide to a nursing career. New York: Springer Publishing Company.
- Ombelet W. (2011). Global access to infertility care in developing countries: a case of human rights, equity and social justice. *Facts, Views & Vision Issues in Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Health*, 3(4), 257-266.
- Ozkan B, Orhan E, Aktas N, Coskuner ER. (2015). Depression and sexual dysfunction in Turkish men diagnosed with infertility. *Urology*, 85(6), 1389-1393.
- Ozturk S, Sut Kahyaoglu H, Kucuk L. (2019). Examination of sexual functions and depressive symptoms among infertile and fertile women. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 35(5), 1355-1360.
- Öncel S, Sümen A. (2017). Türkiye'de halk sağlığı hemşireliği alanında yürütülen lisansüstü tezlerin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı Hemşireliği-Özel Konular*, 3(1), 20-28.
- Punab M, (2017). Causes of male infertility: a 9-year prospective monocentre study on 1737 patients with reduced total sperm counts. *Human Reproduction*, 32(1), 18-31.
- Sathianarayanan S, Sundar JS, Madhankumar EK, Praneetha A, Kalaiselvi S, Gopinath PM, ve ark. (2014). A study on significant biochemical changes in the serum of infertile women. *International Journal of Current Research and Academic Review*, 2(2), 96-115.
- Sezgin H, Hocaoglu C. (2014). Psychiatric aspects of infertility. *Current Approaches in Psychiatry*, 6(2), 165-184.
- Shin J, Lee SG, Park EC, Nam JY. (2020). Socioeconomic status and successful delivery after an infertility diagnosis: a nationwide health insurance cohort study in Korea conducted from 2005 to 2013. *Journal of Korean Medical Science*, 35(39), e341.
- Sis Çelik A, Kırca N. (2018). Primer inferil kadınların infertilitieye bağlı yaşadıkları stres düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(2), 104-114.
- Smith JS. (2006). Exploring the challenges for nontraditional male students transitioning into a nursing program. *The Journal of Nursing Education*, 45(7), 263-267.
- Szreter, S. (1993). The idea of demographic transition and the study of fertility change: a critical intellectual history. *Population and Development Review*, 19(4), 659-701.
- World Health Organization (WHO). (2011). World report on disability. Erişim tarihi: 16.11.2020, https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf
- Yang B, Zhang J, Qi Y, Wang P, Jiang R, Li H. (2017). Assessment on occurrences of depression and anxiety and associated risk factors in the infertile Chinese men. *American Journal of Men's Health*, 11(3), 767-774.
- Yılmaz A, Yazgan EÖ, Dur B, Salman F, Demir A. (2017). Türkiye'de hemşirelik lisansüstü tezlerinin yayın olma durumu: Bibliyometrik Çalışma (1977-2016). *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 19(3), 34-44.
- Yüksel Koçak D, Büyükkayacı Duman N. (2019). Türkiye'de hemşirelik alanında üreme sağlığı-cinsel sağlık konularında yapılmış olan tezlerin içerik açısından incelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 265-270.
- Zegers-Hochschild F, Adamson GD, Dyer S, Racowsky C, de Mouzon J, Sokol R, ve ark. (2017). The international glossary on infertility and fertility care, 2017. *Fertility and Sterility*, 108(3), 393-406.

COVID-19 Küresel Salgınının Yaşlı Bireyler Bağlamında Değerlendirilmesi

Evaluation of the COVID-19 Global Epidemic in the Context of the Elderly Individuals

Merve Ayşe Şahin¹ 

¹ Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Reşadiye Meslek Yüksekokulu, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, Yaşlı Bakım Programı, Tokat, TÜRKİYE

Geliş tarihi/ Date of receipt: 22/05/2020

Kabul tarihi/ Date of acceptance: 31/01/2021

© Ordu University Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Turkey, **Published online:** 18/04/2021

ÖZ

Bulaşıcı hastalıkların ortaya çıktığı dönemlerde tüm insanlar fiziksel, sosyal, ruhsal, ekonomik ve kültürel olarak etkilenmektedir. Hastalığın tam olarak bilinmemesi, tedavi ve bakım konusunda belirsizlikler yaşanması, durumu daha da ciddileştirmektedir. Yeni (Novel) COVID-19 virüsü, ilk kez Çin'in Hubei eyaletinin Wuhan şehrinde 2019 yılı Aralık ayında ortaya çıkmıştır. Çin'de başlayan bu salgın hızlıca birçok ülkeye yayılmış ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından da 11 Mart 2020'de pandemi olarak ilan edilmiştir.

Yetişkin bireylerde gözlenen non-spesifik belirtiler ateş, öksürük, halsizlik gibi üst solunum yolu hastalıklarına ait belirtiler olup, tablo ağırlaşıkça pnömoni, ağır solunum yetmezliği tarzında bulgular gelişmektedir. Çocuklarda bulgular genellikle asemptomatik veya çok hafif düzeyde bir üst solunum yolu enfeksiyonu şeklinde ortaya çıkmasına rağmen yetişkin ve özellikle de yaşlı bireylerde daha ağır bulgularla hastalık kendini göstermektedir. Çocuklarda pnömoni olgusu nadir görülürken yaşlılarda çoğunlukla rastlanan ve mortaliteye neden olan en önemli bir semptomdur.

Yaşın ilerlemesiyle ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler, yaşlının bir kronik hastalığının ya da komorbid hastalıklarının olması, çoklu ilaç kullanımı gibi durumlar, yaşlıları bu hastalığa daha yatkın hale getirmektedir. Görüldüğü gibi bu hastalığın yaşlılarda ağır semptomlara ve fataliteye neden olması gerekçesiyle yaşlılarda tedbirlerin daha dikkatli ve emin adımlarla alınması gerekmektedir. Hastalıktan korunmada el hijyeni, damlacık ve sosyal izolasyon önlemleri önemlidir. Bu önlemlerin dikkatli ve aksatılmadan uygulanmasının pandemiyi azaltacağı umulmaktadır. COVID-19 virüsünün yaşlı bireyleri daha çok etkilemesi ve yaşlılarda ölümlü sonuçlanan bir virüs olması nedeniyle, bu süreçte yaşlı bireyler virüsle mücadele konusunda önemli bir konuma sahip hale gelmiştir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, virüs, pandemi, salgın, yaşlı

ABSTRACT

In the period when infectious diseases occur, all people are physically, socially, spiritually, economically and culturally affected. The fact that the disease is not fully known, and the uncertainties about treatment and care make the situation more serious. The COVID-19 virus first appeared in Wuhan, China's Hubei province, in December 2019. This epidemic that started in China spread rapidly to many countries and was declared as a pandemic by the World Health Organization on March 11, 2020. Non-specific symptoms observed in adult individuals are symptoms of upper respiratory diseases such as fever, cough, and weakness, and symptoms develop in the form of pneumonia and severe respiratory failure as the condition becomes serious. Although the findings usually appear as an asymptomatic or very mild upper respiratory tract infection in children, the disease manifests with more severe findings in adults and especially elderly individuals. While pneumonia is rare in children, it is the most common symptom that causes mortality in the elderly. Physiological, psychological and social changes that occur with the advancement of age, the presence of a chronic disease or co morbid diseases of the elderly, and multiple drug use make the elderly more prone to this disease. As can be seen, precautions should be taken with more careful and confident steps in the elderly, as this disease causes severe symptoms and fatality in the elderly. Hand hygiene, droplet and social isolation measures are important in preventing disease. Careful and uninterrupted implementation of these measures is expected to reduce pandemics. Because the COVID-19 virus affects older individuals more and is a death-causing virus in the elderly, older individuals have gained an important position in the fight against the virus in this process.

Keywords: COVID-19, virus, pandemic, epidemic, elderly

ORCID IDs of the authors: MAŞ: 0000-0003-3169-2911

Sorumlu yazar/Corresponding author: Öğr. Gör. Merve Ayşe ŞAHİN

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Reşadiye Meslek Yüksekokulu, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, Yaşlı Bakım Programı, Tokat, TÜRKİYE

e-posta/e-mail: merve.keskin@gop.edu.tr

Atf/Citation: Şahin MA. (2021). COVID-19 küresel salgınının yaşlı bireyler bağlamında değerlendirilmesi. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 4(1), 96-104. DOI:10.38108/ouhcd.741640

Giriş

COVID-19 virüsü adıyla tanımlanan SARS-CoV-2 kaynaklı Yeni Tip Koronavirüs, Aralık 2019 sonlarında Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkmış olup, başta Avrupa olmak üzere kısa sürede Dünya'nın birçok ülkesinde etkili olmuştur. Zarflı bir RNA virüs olan COVID-19; SARS-CoV ve MERS-CoV gibi korana virüs ailesinden olup, virüsün ciddi solunum yetmezliği oluşturduğu bilinmektedir (TÜBA 2020). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 10 Ocak 2020'de ise 2019-nCoV adıyla bir rehber yayınlamış ve ülkelerin önlem alması gerektiğini duyurmuştur (Dünya Sağlık Örgütü (WHO 2020a).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından COVID-19'un bir pandemi olduğu 11 Mart 2020 tarihinde ilan edilmiş olup (WHO 2020b), COVID-19'un çok önemli ve çok acil kontrol altına alınması gereken bir halk sağlığı sorunu olduğu bildirilmiştir (WHO 2020c). COVID-19 korona virüslerin sebep olduğu ilk pandemi olarak tarihe geçmiştir. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından da 11 Mart 2020 tarihinde Türkiye'de de ilk vaka olgusuna rastlandığı belirtilmiştir. Hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olunmadığı için hastalığın tedavisinde ve salgının yayılımının kontrol altında alınmasında zorluklar yaşanmış, bu nedenle hastalık hızla yayılmıştır.

1. COVID-19 İle İlgili Genel Bilgiler

Hastalığa neden olan etken tam anlamıyla tespit edilmemiş olup, araştırmalar devam etmekte ve var olan söylemler kaynağın Çin'in Wuhan kentindeki Deniz Ürünleri Pazarında yasaya uygun olmayan yöntemlerle satılan hayvanların olduğuna işaret etmektedir (T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2020a). Hastalığın kaynağı ile ilgili belirsizlikler yaşansa da hastalığın ne şekilde bulaştığının bilinmesi, hastalıktan korunma ve alınması gereken önlemlerin belirlenmesinin önemini ortaya çıkarmaktadır.

Olguların Çin'de başladığı düşünüldüğünde virüsün inkübasyon süresinin diğer bir ifade ile hastalık belirtilerinin ortaya çıkması için gereken sürenin, ortalama 5-6 gün ya da minimum 2 gün–maksimum 14 gün olduğu görülmüştür. Bulaştırıcılık süresi ile ilgili kesin bir bilgi olmamakla birlikte, kişiden kişiye bulaşın, belirtiler başlamadan 1-2 gün önce başladığı, belirtilerin kaybolmasıyla bulaştırıcılığın sonlandığı düşünülmektedir (Til 2020). COVID-19 enfeksiyonu için kanıtlanmış bir antiviral ilaç tedavisi yoktur (T.C Sağlık Bakanlığı Rehberi Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2020b; WHO, 2020d). Bu

nedenen ötürü tedavi semptomlara yönelik olarak yapılmaktadır.

Bu çalışmada yeni bir halk sağlığı sorunu olan COVID-19 ile ilgili genel bilgiler, COVID-19'un bulaşma yolları, belirtileri, korunma yolları, tedavisi, bakımı ve yaşlılar üzerindeki etkileri açıklanmaktadır.

1.1 COVID-19 Virüsünün Bulaşma Yolları

Bulaş yolu çoğunlukla enfekte insandan sağlam başka bir insana solunum yoluyla şeklindedir. Fakat korona virüs ile enfekte olmuş kişiler sadece inkübasyon döneminde değil aynı zamanda asemptomatik dönemde diğer bir ifade ile hastalık belirtileri göstermeyen kişiler yoluyla da bulaştırıcı olabilirler (Rothe ve ark., 2020). COVID-19 virüsü insandan insana damlacık ve temas yoluyla bulaştığından, bulaşma yoluna yönelik olarak alınması gereken en önemli önlemin ellerin en az 20 saniye olacak şekilde su ve sabun kullanılarak sık sık yıkanmasıdır (T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2020a).

Elde bulunan, virüslerin öldürülmesinde çok etkili bir yol olan (WHO 2020e) ve bulaşma yolu dikkate alındığında başka insanlarla yakın temasta bulunulduğunda virüsün yayılımını engelleyen bir yöntem olan el yıkamak, çok önemli olup; su ve sabun yokluğunda da yani diğer bir ifade ile ellerin yıkanmadığı durumlarda da %60-70'lik alkol içeriği olan dezenfektanların kullanılabilmesi de önerilmektedir (CDS 2020a; CDS 2020b). Sadece el hijyenine dikkat etmek yeterli olmayıp ellerin yüz, göz, ağız, burun ya da başka bir vücut bölgesine dokunulmamasına da dikkat edilmelidir. Bulaş riski olan yerlere girme mecburiyetinde kalındığında eldiven takmak yeterli bir önlem olmayıp; aksine eldiven takarken hissedilen rahatlığın etkisiyle yüze ve vücuda dokunulması hastalığın bulaşmasına sebebiyet verebilir. Halka açık alanlarda eldiven kullanımı bireylerde el yıkama sıklığının azalmasına ve hijyen algısının ortaya çıkmasına sebebiyet verip bireylerin ruh sağlığını da olumsuz etkileyebilir (WHO 2020e). Bu bakımdan eldiven kullanımı bireylerin her yere rahatça dokunabilmesine (virüsün eline bulaşmayacağı hissi ile) ve sık sık eldivenin değiştirilmesi gerçeğinin unutulup virüsün bulaştırıcılığının daha da artmasına neden olabilir.

1.2 COVID-19 Virüsünün Belirtileri

COVID-19 virüsüne bağlı enfeksiyon hastalığında ortaya çıkabilecek en yaygın belirtiler son 14 gün içinde ortaya çıkan ateş, kuru öksürük, dispne, myalji ve yorgunluk olup daha az sıklıkta görülebilecek belirtilerin ise baş ağrısı, balgam, hemoptizi, diyare, tat ve koku almada değişiklik,

titreme, bulantı, kusma, burun tıkanıklığı gibi belirtiler olduğu görülmektedir (Gattinoni ve ark., 2020; Huang ve ark., 2020).

COVID-19 hastalarının %80'inde hafif semptomlar ortaya çıkarken, %20'sinde ise ciddi hastalık semptomları görülmektedir. Ciddi hastalık semptomları gösteren bireylerde pnömoni, ağır solunum yolu enfeksiyonu, çoklu organ yetmezlikleri gelişmekte ve hatta hastalık ölümle sonuçlanmaktadır. Özellikle 60 yaş üzerinde olan ve beraberinde hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık, kronik akciğer hastalığı, diyabet, ve kanser hastalığı gibi kronik bir ya da daha fazla hastalığı olan bireylerde hastalık daha ağır seyretmektedir (T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2020a).

1.3 COVID-19 Virüsünden Korunma Yolları

Korona virüse karşı geliştirilmiş bir aşı olmadığı için hastalıktan korunmadaki en etkili yol virüse yakalanmamaktır (CDC 2020a). Mevcut bilgiler ışığında SARS-CoV-2 virüsünün iklimden etkilendiği, ultraviyole (UV) radyasyonun virüsü yok edebileceği, burnun ve boğazın tuzlu su ve sirke ile yıkanmasının virüsü öldürebileceği, sarımsağın antimikrobiyal olması gerekçesiyle tüketilmesinin hastalıktan koruyabileceğine dair kanıtlanmış bir bilgi yoktur (WHO 2020f). Bağışıklık sistemini güçlendirmek ve hastalıktan korunmada alınabilecek en etkili önlem olduğu için dikkat edilmesi gerekenlerin başında dengeli beslenmek, fiziksel aktivite yapmak, yeterli oranda istirahat etmek ve düzenli uyumak gelmektedir (Sun ve ark., 2020).

Bir diğer önemli korunma yöntemi de sosyal mesafeyi korumaktır (WHO 2020g). Korona virüs damlacık yolu ile 1-2 metre uzağa kadar yayılabildiğinden bu mesafenin bireyin günlük yaşamında bir alışkanlığa dönüştürülmesi ve toplum içerisinde de bireylerle yakın temastan kaçınması önem arz etmektedir (CDC 2020a). Mümkün olduğunca kalabalık ve toplu bulunulan alanlardan uzak durulmalı ve gerekmedikçe seyahat edilmemelidir (UpToDate 2020).

Dikkat edilmesi gereken diğer nokta ise bireylerin yaşam alanlarında sıkça temas ettikleri yüzeylerin düzenli olarak temizlenmesi ve dezenfekte edilmesidir. Bu doğrultuda kapı kolları, masalar, aydınlatma düğmeleri, kumandalar ve daha birçok dokunulan alanların temizliğine özen gösterilmesi gerekmektedir. Bu alanların temizliğinde alkol oranı en az %70 olan solüsyonlar kullanılabilir gibi sulandırılmış çamaşır suları da (oda sıcaklığında bulunan 5 yemek kaşığı suya

%5,25–8,25 çamaşır suyu veya 4 çay kaşığı oda sıcaklığındaki suyun dörtte biri başına %5,25–8,25 çamaşır suyu) kullanılabilir (CDC 2020a). Yaşam alanları da sık sık havalandırılmalıdır. Korunmada çevre temizliğine de önem verilmeli, toplu kullanım alanı olan ulaşım araçları sık sık havalandırılarak ortak kullanılan yüzeyler de sık sık dezenfekte edilmelidir (CDC 2020c).

Gerek ülkemizde gerekse de Dünya'da sosyal izolasyona yönelik; kalabalık ortam oluşturacak toplantı ve etkinliklerin ertelenmesi, iş yerinden ziyade evde çalışmaya yönelik uygulamaya geçilmesi, okulların kapatılarak eğitimin okul dışında ve evde uzaktan eğitimle devamı vb. şeklinde önlemler alınmıştır (ECDC 2020). Özellikle bu süreçten önce ve bu süreçte hastalığın görüldüğü ülkelere seyahat eden bireylerin kendi ülkelerine döndükten sonra 14 gün boyunca evde kendilerini izolasyona almaları ve hastalığa ait semptomların ortaya çıkması ile de maske takarak mutlaka en yakın sağlık kuruluşuna başvurmaları gerekmektedir (T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2020a). Maske takmak virüsün başka insanlara yayılımını sınırlandırmasına rağmen tek başına yeterli bir önlem de değildir (WHO 2020h).

Tam bir koruyuculuk için maske takılmalı, el hijyenine uyulmalı, sosyal izolasyona ve diğer önlemlere dikkat edilmelidir. Eğer yaşanılan alanda COVID-19 tanısı almış bir birey varsa mutlaka onu ayrı bir odaya izole edip, ayrı odalarda farklı yaşam alanları oluşturulmalı, mutlaka maske takılmalı, hijyen şartları ve temizlik kurallarına uyulmalıdır (CDC 2020a). Maskelerin tek kullanımlık olduğu unutulmamalı ve nemiyle birlikte mutlaka maskeler değiştirilmelidir (WHO 2020k). Nemlenen, kirlenen ve hasar gören maske koruyuculuk sağlamamakta olup, yeni maske takılmadan önce el hijyeninin yapılması gerektiği unutulmamalıdır (WHO 2020h). Bunlara ilaveten korona virüs hastası olan bireyin çamaşırını 60-90 C derece sıcaklıkta ve ayrı olarak yıkanmalıdır (T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2020c).

2.COVID-19 Virüsü ve Yaşlı Bireylerin Durumu

Yaşlanma intrauterin dönemde başlayan ve yaşamın sonuna kadar devam eden bir süreç olup; anatomik yapı, biyolojik ve fiziksel işlev değişiklikleri ile birlikte duygusal ve sosyal değişimlerin yaşandığı bir süreçtir. Bu sürecin içinde yaşlılığın başlangıcı 65 yaş olarak kabul edilmektedir (Sayın 2012). Yaşlılık aynı zamanda üretkenliğin azaldığı, kişilerarası ilişkilerin

zayıfladığı ve sağlığın bozulması gibi birçok sorunun da beraberinde yaşandığı bir dönemdir (Şener 2018). Doğum sayısı ve doğurganlığın azalması, yaşamdan beklentinin artması, tıptaki gelişmeler, ortalama insan ömrünün uzaması yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranını artırmıştır (Korkmaz Aslan 2017). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2019 yılı verilerine göre 65 yaş ve üzeri nüfus oranının %9.1'e ulaştığı bildirilmiştir. Yaşlı nüfusun 2023'de %10.2'ye, 2040'da ise %16.3'e ve 2080'de ise %25,6'ya yükselmesi öngörülmektedir (Çalkaya ve Gökkoyun, 2020).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 3 Mart 2020 de yapılan açıklamada COVID-19 pandemisi nedeniyle ölüm oranının %3,4 olduğu, ölümlerin 2/3'sinin erkeklerde, 1/3'ünün ise kadınlarda görüldüğü ve ölümlerin %80'inden fazlasının 60 yaş üstünde ortaya çıktığı, %75'inin ise hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık, kronik akciğer hastalığı, diyabet ve kanser başta olmak üzere diğer immünsüpresif durumlara sahip bireyler olduğu görülmüştür (WHO 2020I). DSÖ'nün açıkladığı COVID-19 raporuna göre ölümlerin çoğunlukla ileri yaştaki bireylerde ve buna ek olarak hipertansiyon, kronik akciğer hastalığı, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanser, immünsüpresif durumlar başta olmak üzere bunun gibi eşlik eden sistemik hastalığı olan bireylerde ortaya çıktığı bildirilmiştir (WHO 2020b). COVID-19 tanısı ile hastaneye yatırılan hastalarda hipertansiyon, diyabetes mellitus, kronik kalp hastalığı, böbrek hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, kanserler ve obezite gibi çeşitli komorbiditeler saptanmıştır. Hastalığın şiddetli olduğu ve mortalitenin en yüksek olduğu grup 60 yaş üstü ve kronik bir ya da daha fazla hastalığı olan bireylerdir (WHO 2020d). Sağlık Bakanlığı'nın Türkiye verilerine göre hastalığın daha çok 60 yaş ve üzerindeki kişileri etkilediği bildirilmiştir (T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2020a). Washington Eyaletine ait birçok yaşlı bakım tesisinde yapılan bir araştırmada, 101 kişinin salgından etkilendiği, etkilenen tesis sakinlerinin ortalama yaşının 83 olduğu ve %94'ünde altta yatan kronik bir hastalığın olduğu saptanmıştır (McMichael ve ark., 2020). Çin'de COVID-19 ile enfekte olan 46 248 hastada yapılan 8 çalışmanın bir meta analiz sonucunda ise, hastaların bir komorbiditesinin bulunduğu bildirilmiştir (Yang ve ark., 2020).

Sağlık Bakanlığı ileri yaş ve eşlik eden hastalığı (kalp hastalıkları, astım, diyabet gibi) olanlarda virüsün hastalık oluşturma riskinin daha ağır olduğunu ve hastalığın yaklaşık olarak %2 olguda

ölümle sonuçlandığını ilan etmiştir (T.C Sağlık Bakanlığı Halk sağlığı Müdürlüğü 2020b). Yüksek mortalite oranına sahip olan İspanya ve Amerika Birleşik Devletleri'nde de mortalite oranları 65 yaş üstü hastalarda %70-80 düzeyindedir. İngiltere'de COVID-19'lu hastalarda yapılan bir çalışmada ek komorbiditesi olan 60-79 yaş arası bireyde görülen ölüm oranı %5.1 iken 80 yaş üstünde % 9.3 mortalite oranı saptanmıştır (Ferguson ve ark., 2020). COVID-19 hastası olan 1527 kişinin içinde olduğu altı çalışmalı bir meta analizde ise hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık ve diyabetes mellitus sıklığı sırasıyla %17.1, %16.4, %9.7 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada yoğun bakım hizmeti almaya ihtiyaç duyan hastalarda ihtiyacı olmayanlara göre, kardiyovasküler hastalık görülme oranı daha fazla bulunmuştur (Li ve ark., 2020).

COVID-19 enfeksiyonunun akut dönemde solunum sistemini etkilediği bilinmektedir. Buna ek olarak solunum sistemi dışında kalp, dolaşım, müsküler, metabolik ve nörolojik sistemi de etkilemekte ve komorbid hastalıkların da olmasıyla ileri yaştaki hastalarda daha ağır seyretmektedir (T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2020a).

Fizyolojik olarak kaçınılmaz bir olgu olan yaşlanma, yaşın ilerlemesiyle birlikte bireylerde fizyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı ve buna bağlı olarak yaşam kalitesinin de bozulduğu bir dönemdir (Bilir ve Paksoy Erbaydar, 2015). Evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışmada kronik hastalıkların varlığı ve depresif semptomlarının olmasının, yaşlıların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (Altuğ ve ark, 2009).

Yaşlılıktaki fizyolojik değişikliklerden en fazla etkilenen sistem kardiyovasküler sistem olup, bu sistemde ortaya çıkan kas ve ileti sistemindeki hücre kayıpları, yaşlılıktaki mortalite ve morbiditeyi etkileyen en önemli sistemdir. Yaşa ve genetik faktörlere bağlı olarak da kan pompalama yeteneğindeki azalma, kalp kapaklarında ortaya çıkan değişikliklere bağlı olarak bireylerde hipertansiyon, kalp yetmezliği, kronik arter hastalıkları, trombüsler ve kapak hastalıkları görülme riski artar (Aldemir ve Adalı, 2013; Priebe 2000). COVID-19 miyokard hasarına neden olup, var olan bu durumların alevlenmesine, akut ve kronik komplikasyonların ortaya çıkmasına sebebiyet verebilir.

Yaşlanma ile vücutta önemli değişikliklerin görüldüğü sistemlerden biri de solunum sistemi ve bu sistemin en hayati organı olan akciğerlerdir.

Yaşın ilerlemesine bağlı olarak solunum kasları zayıflar, solunum sisteminde görevli olan organlarda değişimler ortaya çıkar ve gribal enfeksiyonlar, pnömoni, tüberküloz, astım, koah, akciğer kanseri gibi solunum sistemi hastalıkları gelişir (Aslan 2019; Özkayar ve Arıoğlu, 2007). COVID-19 bir solunum sistemi hastalığı olduğundan, ortaya çıkan bu değişikliklerle birlikte yaşlıların bu enfeksiyonla daha kolay karşılaşması ve yaşlılarda bu hastalığın daha ağır geçmesi kaçınılmaz olabilir.

İmmün sistem yaş, genetik faktörler, beslenme durumu, sigara içme alışkanlığı, fiziksel aktivite düzeyi, alkol tüketimi, enfeksiyonlar, stres, hormonlar, aşı öyküsü gibi birçok faktör tarafından etkilenir. Bu faktörler arasında immün sistemi güçlendiren en önemli belirleyici dengeli beslenmedir (TÜBA 2020). Yaşın ilerlemesine bağlı olarak immün sistem baskılanıp, enfeksiyonlara karşı hassasiyet artmakta ve yaşlı bireylerde enfeksiyonlar daha ciddi seyretmektedir (Soyuer ve Soyuer, 2008). Yaşlı bireylerdeki kronik ve komorbid hastalıkların varlığı da yaşlı bireylerde enfeksiyon hastalıklarının görülme sıklığını artırmaktadır (Karadakovan 2014). Görülmektedir ki kardiyovasküler, solunum ve immün sistemdeki değişiklikler ile bağışıklık sisteminin fonksiyonunda azalmanın ortaya çıkması, yaşlıların enfeksiyonlara karşı daha hassas olmasına ve enfeksiyon hastalıklarının yaşlılarda daha ciddi seyretmesine neden olabilir.

Yaşlı bireylerin bu dönemde hissettiği yalnızlık, bireylerin uyku kalitesinin düşmesine, fiziksel aktivitelerinin azalmasına, (Buchman ve ark., 2010; Hawkey ve ark., 2008), hastalık ve ölüm oranlarının artmasına (Luo ve ark., 2012) ve depresyona (Peerenboom ve ark., 2015) neden olmaktadır. Yalnızlık olduğu gibi sosyal izolasyonda da sağlıkla ilgili olumsuz durumlar gözlenmekte, hastalık ve ölüm oranlarındaki artış (Holt Lunstad 2010) ile birlikte bilişsel fonksiyonlarda bozulmalar ortaya çıkmaktadır (Barnes ve ark., 2004).

Yaşanan bu küresel salgın bireylerin hayatlarını fizyolojik olarak etkilemekle kalmayıp aynı zamanda psikolojik etkiler de gösteren bireylere sıkıntı veren bir durumdur. Bu süreç bireylerde travmatik sonuçlar ortaya çıkarabilmekte fakat bireylerin yaşı, bireysel özellikleri, sınıfsal yapısı, kültürel durumu, dini inancı, sosyo-ekonomik durumu, sosyal destek düzeyi ve ruhsal yapısı değişiklik göstereceğinden bu sürecin yaşanmasında ve atlatılmasında bireylerde görülen travmatik etkilerde farklılıklar ortaya

çıkabilmektedir. Bu süreçte yaşanan belirsizlikler, hastalığın kendisine ve ailesine bulaşacağı endişesi, yaşadığı yerin güvenilir olmadığı düşüncesi, ne kadar süre bu durumun devam edeceği gibi değerlendirmeler bireylerde yoğun bir kaygı duygusunun yaşanmasına sebebiyet verecektir. Daha da önemlisi bu sorunların artış göstereceği dönem izolasyon ve karantina sürecidir (CSTS 2020; Türkiye Psikiyatri Derneği Ruhsal Travma ve Afet Çalışma Birimi 2020).

İzolasyon ve karantina süresince sevdiklerinden ayrı kalma, özgürlüğün kaybı, hastalığın kendisinde de ortaya çıkacağı endişesi, hastalığın seyri gibi konularda yaşanan belirsizlikler bireylerin ruhsal yapısı üzerinde dramatik etkiler yapabilir. Bireylerde buna bağlı stres, öfke sorunları, paralelinde davranış sorunları, iletişim güçlükleri, depresyon, anksiyete, uyum güçlükleri gibi sorunlar yaşanabilir. Karantina süresi uzadıkça, hastalık ve ölüm oranları arttıkça da bireylerin ruhsal durumu daha da kötüleşecektir (CSTS 2020; Türkiye Psikiyatri Derneği Ruhsal Travma ve Afet Çalışma Birimi 2020). Yapılan bir çalışma COVID-19 pandemisinin kronik hastalığı olan ve sağlık durumu iyi olmayan bireylerde stres, anksiyete ve depresyonu artırdığı saptanmıştır (Wang ve ark., 2020).

Yaşlı bireylerde COVID-19'a ait görülebilecek en yaygın belirti ateş olmasına rağmen bu belirti immün sistemi zayıflamış ve kaşektik bireylerde fark edilemeyebilir. Bu belirtiyeye ek olarak, öksürük ve nefes darlığı, hareket bozukluğu ve fonksiyon kaybı ortaya çıkabilir. Demans ve Alzheimer'ı olan yaşlı COVID-19 hastalarında semptom değerlendirmesi ve izolasyon stratejilerinde zorluklar yaşanabileceği unutulmamalıdır. Hastanelerde COVID-19 nedeniyle takip edilen 65 yaş ve üzeri hastalardaki tedavi protokolü ile genç hastalardaki tedavi protokolü aynı olmasına rağmen özellikle yoğun bakım ünitelerinde tedavi altına alınan ve mekanik ventilasyon uygulanan hastalarda venöz tromboemboli, katetere bağlı ortaya çıkan enfeksiyonlar, dekübit (bası) ülserleri ve deliryum insidansı gibi komplikasyonların görülme oranı yüksektir (CDC 2020d; WHO 2020h).

Sonuç ve Öneriler

Türkiye'de yaşanan gelişmeler ve COVID-19 ile ilgili yaşanan belirsizlikler neticesinde, dünya genelinde özellikle 65 yaş ve üstünde ortaya çıkan vakaların ölümle sonuçlanması paniğe neden olup, yaşlıyı toplumda odak noktası yapmıştır. Bireylerin ve özellikle en riskli grup olan, morbidite ve mortalite oranının en yüksek görüldüğü yaşlıları,

diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de virüsten korumak amacıyla gerekli tedbirler alınmalı, özellikle el hijyeni, sosyal mesafe ve maske kullanımının önemi anlatılıp bu süreçten fiziksel ve ruhsal olarak en az etkilenmeleri için,

➤ Bu sürecin yaşlı bireylerin yaşamında travmalara neden olması engellenip (yanlış bilgilenmeyi ve paniği önlemek amacıyla ekran maruziyeti önlenmeli ve psikolojik destek sağlanmalı), yaşamını iyi ve kaliteli bir şekilde sürdürmesi için bireylere olanaklar sağlanmalıdır.

➤ Bireylerde bu süreç ile ilgili farkındalık oluşturulmalı ve kendi kendine önlem alması gerektiği anlatılmalıdır.

➤ Yaşlı bireylerin özellikle ruhsal rahatsızlıklardan korunmaları amacıyla yakınları ile sağlıklı bir iletişim ortamı oluşturulmalıdır.

➤ Bu süreçte hastalıklardan korunmada ve salgınlarla mücadeledeki en önemli adımın yanlış, güvenilir olmayan bilgilere itibar edilmemesidir. Bu durum özellikle de yaşlılarda gereksiz endişe yaşanmasına sebebiyet verebileceğinden, bu konuda en doğru bilginin konuya hakim alanında uzman olan kişiler tarafından verileceği ve hastalıklara karşı alınması ve uygulanması gereken en doğru önlemlerin uygulanmasının da gerekliliği göz önünde bulundurulmalıdır.

➤ Her ne kadar 65 yaş ve üzeri nüfus için sokağa çıkma yasağı getirilse de onların da bu durumdan muaf tutulmadan günün belirli saatlerini, korunma ilkelerine dikkat ederek dışarda geçirmeleri sağlanmalıdır.

➤ Haftalık ya da aylık sınırlı sayıda da olsa gerekli ve acil durumlarda kullanmak üzere maske kullanımı sağlamak amacıyla dağıtımın sürekliliği sağlanmalıdır.

➤ Yaşlı bireylerin bu virüsten korunması için sosyal izolasyona uymasının önemi anlatılmalıdır.

➤ Yaşanılan alanların temizlenerek dezenfekte edilmesi ve sık sık havalandırılmasının bu süreçte önemli olduğu, ellerin sabun ve su kullanılarak yıkanması gerektiği yaşlı bireylere açıklanmalıdır.

➤ Evde takip edilmesi gereken COVID-19 hastası olan bir bireyle aynı evi paylaşan COVID-19’un ağır seyretmesine neden olabilecek risk etkeni olan bireyler ve/veya aynı evde kalan 65 yaş ve üstü grup mümkün olduğunca aynı ortamlarda bulunmamalı ya da temas riski en aza indirilmelidir.

➤ Yaşlı bireylerin dengeli ve düzenli beslenmesinin önemi açıklanmalıdır. Tuz, yağ ve kolesterol oranı düşük, lif, sebze-meyve ağırlıklı ve protein miktarı dengeli bir beslenme önerilmelidir.

➤ Sigara ve alkol gibi zararlı alışkanlıkları varsa bırakmasının gerekliliği ve önemi anlatılıp, bırakması için destek olunmalıdır.

➤ Bu süreçte izolasyon nedeniyle ortaya çıkan sosyal destek kaynaklarının eksikliği bireylerde anksiyeteye neden olacağından psikolojik olarak ta yaşlı bireylerin desteklenmeleri önerilmektedir.

➤ Kronik hastalığı olan ve çoklu ilaç kullanan bireylerin önerilen ilaç tedavisinin sürdürülmesi sağlanmalı ve ilaçları düzenli almaları konusunda bilgilendirilmelidir.

➤ Bu süreçte yaşlı bireylere stres ile nasıl başa çıkacağı öğretilmeli, stresi nasıl kontrol altına alacağına dair aktivite ve öneriler sunulmalıdır.

➤ COVID-19 hastalığında alınması gereken önlemlerin basit uygulanabilir önlemler olduğu ve bunun uygulanmasının da gerekli olduğu yaşlı bireylere anlatılmalıdır.

Araştırmanın Etik Yönü/ Ethics Committee

Approval: Literatür taraması yapıldı, derlemede kullanılan kaynaklara atıf yapıp ilgili bölümde gösterildi.

Hakem/Peer-review: Dış hakem değerlendirmesi.

Yazar Katkısı/Author Contributions: Fikir/kavram: MAŞ; Tasarım: MAŞ; Kaynak tarama: MAŞ; Makalenin Yazımı: MAŞ; Eleştirel inceleme: MAŞ.

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

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

Çalışma Literatüre Ne Kattı?

- COVID-19 virüsü hakkında bilgi verilmiştir.
- COVID-19’un belirtileri ve korunma yolları hakkında açıklamalarda bulunulmuştur.
- Yaşlı bireylerin COVID-19 virüsüne karşı korunması gerektiği ve yaşlı bireylerin tedbirli olmasının önemine değinilmiştir.

Kaynaklar

Aldemir M, Adalı F, (2013). Yaşlılarda Kalp ve Dolaşım Sistemi Hastalıkları. Altındış M, editör, Yaşlılarda Güncel Sağlık Sorunları ve Bakım. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, s. 116-122.

Altuğ F, Yağcı N, Kitiş A, Büker N, Cavlak U. (2009). Evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, (1), 48-60.

Aslan S. (2019). Yaşlanmada Meydana Gelen Fizyolojik, Psikolojik ve Sosyolojik Değişiklikler, Aylaz R, editör. Yaşlı Sağlığı ve Hemşirelik Bakımı. Malatya, İnönü Üniversitesi Yayınları: 49, s. 65-85.




- Barnes LL, Mendes de Leon CF, Wilson RS, Bienias JL, Evans DA. (2004). Social resources and cognitive decline in a population of older African Americans and whites. *Neurology*, 63(12), 2322-2326. DOI:<https://doi.org/10.1212/01.WNL.0000147473.04043.B3>.
- Bilir N, Paksoy Erbaydar N. (2015). Yaşlılık Sorunları ve Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolü. Güler Ç, Akın L, editör. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler 3*. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, s. 1528-1556.
- Buchman AS, Boyle PA, Wilson RS, James BD, Leurgans SE, Arnold SE ve ark. (2010). Loneliness and the rate of motor decline in old age: the Rush Memory and Aging Project, a community-based cohort study. *BMC Geriatrics*, 10(1), 77, 1-8. DOI: 10.1186/1471-2318-10-77.
- Centers for Disease Control and Prevention (2020a). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) How to Protect Yourself. 18 Mart 2020. Erişim tarihi: 21.03.2020, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prepare/prevention.html>.
- Centers for Disease Control and Prevention (2020b). Environmental Cleaning and Disinfection Recommendations. 6 Mart 2020. Erişim tarihi: 20.03.2020, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019ncov/community/organizations/cleaningdisinfection.html>.
- Centers for Disease Control and Prevention (2020c). What every American and community can do now to decrease the spread of the coronavirus. Erişim tarihi: 21.03.2020, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/workplace-school-and-homeguidance.pdf>.
- Centers for Disease Control and Prevention (2020d). 2019-nCoV: Prevention & Treatment. Erişim tarihi: 12.04.2020, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/about/prevention-treatment.html>.
- Center for the Study of Traumatic Stress (2020). Psychological Effects of Quarantine During the Coronavirus Outbreak: What Healthcare Providers Need to Know. Erişim tarihi: 19.04.2020, https://www.cstsonline.org/assets/media/documents/CSTS_FS_Psychological_Effects_Quarantine_During_Coronavirus_Outbreak_Providers.pdf.
- Çalkaya M, Gökkoçun SC. (2020). Türkiye'de yaşlı nüfus 5 yılda yüzde 21,9 arttı. Erişim tarihi: 20.04.2020, <https://www.aa.com.tr/tr/turkiye/turkiyede-yasli-nufus-5-yilda-yuzde-21-9-artti/1770051>.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2020). Novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: increased transmission in the EU/EEA and the UK – sixth update. ECDC. 12 Mart 2020. Erişim tarihi: 31.03.2020, <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/RRA-sixth-update-Outbreak-of-novel-coronavirus-disease-2019-COVID-19.pdf>.
- Ferguson NM, Laydon D, Nedjati-Gilani G, Imai N, Ainslie K, Baguelin M. ve ark. (2020). Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. London. Imperial College of London COVID-19 Response Team, 1-20, DOI: <https://doi.org/10.25561/77482>.
- Gattinoni L, Coppola S, Cressoni M, Busana M, Rossi S, Chiumello D. (2020). COVID-19 does not lead to a “typical” acute respiratory distress syndrome. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 201 (10), 1299-1300. DOI:10.1164/rccm.202003-0817LE.
- Hawkley LC, Hughes ME, Waite LJ, Masi CM, Thisted RA, Cacioppo JT. (2008). From social structural factors to perceptions of relationship quality and loneliness: the Chicago Health Aging, and Social Relations Study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63(6), 375–S384. DOI: 10.1093/geronb/63.6.s375.
- Holt Lunstad J, Smith TB, Layton JB. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), 1-20. e1000316. DOI: 10.1371/journal.pmed.1000316.
- Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y ve ark. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*, 395(10223), 497-506.
- Karadakovan A. (2014). Yaşlılarda Önemli Sağlık Sorunları ve Bakım. *Yaşlı Sağlığı ve Bakım*. Ankara, Akademisyen Kitapevi, s.300-305.
- Korkmaz Aslan G. (2017). Yaşlı Sağlığının Geliştirilmesi. Ayaz Alkaya S, editör. *Sağlığın Geliştirilmesi*. Ankara: Hedef CS Basın Yayın, s. 284-286.
- Li B, Yang J, Zhao F, Zhi L, Wang X, Liu L ve ark. (2020). Prevalence and impact of cardiovascular metabolic diseases on COVID-19 in China. *Clinical Research Cardiology*, 109, 531–538.
- Luo Y, Hawkley LC, Waite LJ, Cacioppo JT. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: a national longitudinal study. *Social Science and Medicine*, 74(6), 907–914. DOI:10.1016/j.socscimed.2011.11.028.
- McMichael TM, Currie DW, Clark S, Pogosjans S, Kay M, Schwartz NG ve ark. (2020). Epidemiology of Covid-19 in a Long-Term Care Facility in King County, Washington. *The New England Journal of Medicine*. 382. 1-7. DOI: 10.1056/NEJMoa2005412.
- Özkayar N, Arıoğlu S. (2007). Yaşlanma ile Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler. *İç Hastalıkları Dergisi*, 14(1), 18-26.

- Peerenboom L, Collard RM, Naarding P, Comijs HC. (2015). The association between depression and emotional and social loneliness in older persons and the influence of social support, cognitive functioning and personality: A cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders*, 182, 26-31. DOI: 10.1016/j.jad.2015.04.033.
- Priebe HJ. (2000). The aged cardiovascular risk patient. *British Journal of Anaesthesia*, 85(5), 763-78.
- Rothe C, Schunk M, Sothmann P, Bretzel G, Froeschl G, Wallrauch C ve ark. (2020). Transmission of 2019-nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany. *The New England Journal of Medicine*, 382(10), 970-971.
- Sayın, Y. (2012). Yaşlılık Süreci ve Etkileri. Durna Z. editör. *Kronik Hastalıklar ve Bakım*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, s. 517-537.
- Soyuer F, Soyuer A. (2008). Yaşlılık ve fiziksel aktivite. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15 (3), 219-224.
- Sun P, Lu X, Xu C, Sun W, Pan B. (2020). Understanding of COVID-19 based on current evidence. *Journal of Medical Virology*, 92, 548-551.
- Şener, A. (2018). Yaşlılık, Yaşam Doyumu ve Boş Zaman Faaliyetleri. Erişim tarihi: 10.11.2018, <http://www.sdergi.hacettepe.edu.tr/yasamdoyumu.pdf>.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2020a). Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, COVID-19 (Yeni Koronavirüs Hastalığı) Nedir?. Erişim tarihi: 21.07.2020, <https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/tr/covid-19-yeni-koronavirus-hastaligi-nedir.html>.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2020b). Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, COVID-19 (Yeni Koronavirüs Hastalığı), COVID-19 Halka Yönelik Sıkça Sorulan Sorular. Erişim tarihi: 21.07.2020, <https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/tr/sss/halka-yonelik.html>.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2020c). Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, COVID-19 (Yeni Koronavirüs Hastalığı), COVID-19 Rehberi, COVID-19 (Sars-Cov-2 Enfeksiyonu), Temaslı Takibi, Salgın Yönetimi, Evde Hasta İzlemi ve Filyasyon. Erişim tarihi: 21.07.2020, https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/depo/rehberler/covid-19-rehberi/COVID-19_REHBERI_TEMASLI_TAKIBI_EVDE_HASTA_IZLEMI_VE_FILYASYON.pdf
- Til A. (2020). Yeni koronavirüs hastalığı (COVID-19) hakkında bilinmesi gerekenler. *Göller Bölgesi Aylık Ekonomi ve Kültür Dergisi Ayrıntı*, 8(85), 53-57.
- Türkiye Bilimler Akademisi (TÜBA). 2020. COVID-19 Pandemi Değerlendirme Raporu, 17 Nisan 2020. Ankara. Erişim tarihi: 10.04.2020, <http://www.tuba.gov.tr/files/images/2020/kovidraporu/Covid-19%20Raporu-Final+.pdf>.
- Türkiye Psikiyatri Derneği Ruhsal Travma ve Afet Çalışma Birimi. Karantinanın ruhsal etkileri ve koruyucu önlemler. Erişim tarihi: 19.04.2020, <https://www.psikiyatri.org.tr/TPDDData/Uploads/files/KarantinaCOVID.pdf>.
- UpToDate (2020). Patient education: Coronavirus disease 2019 (COVID-19) (The Basics). 18 Mart 2020. Erişim tarihi: 01.04.2020, <https://www.uptodate.com/contents/126678#H1787610950>
- Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS ve ark., (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research Public Health*, 17(5):1729.
- World Health Organization (2020a). Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel Coronavirus (2019-nCoV). Erişim tarihi: 03.05.2020, [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-Coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-Coronavirus-(2019-ncov))
- World Health Organization (2020b). Novel coronavirus (2019-nCoV). Situation Report 51. Erişim tarihi: 03.04.2020, <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-open-ing-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-March-2020>.
- World Health Organization (2020c). Novel coronavirus (2019-nCoV). Situation Report 11. 31 January 2020. Erişim tarihi: 01.04.2020, https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-re-ports/20200131-sitrep-11ncov.pdf?sfvrsn=de7c0f7_4.
- World Health Organization (2020d). Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. Interim Guidance. Erişim Tarihi: 12.04.2020, WHO Reference number WHO/2019-nCoV/clinical/2020.4.
- World Health Organization (2020e). Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public. 18 Mart 2020. Erişim tarihi: 10.04.2020, <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>.
- World Health Organization (2020f). Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public: Myth busters. Erişim tarihi: 01.04.2020, <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/mythbusters>.
- World Health Organization (2020g). Rational use of personal protective equipment (PPE) for coronavirus disease (COVID-19). 19 Mart 2020. Erişim tarihi: 01.04.2020, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331498/WHO-2019-nCoV-IPCPPE_use-2020.2-eng.pdf.

- World Health Organization (2020h). Advice on the use of masks in the community, during home care and in healthcare settings in the context of the novel coronavirus (COVID-19) outbreak. 19 Mart 2020. Erişim tarihi: 31.03.2020, [https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-communityduring-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-communityduring-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak).
- World Health Organization (2020k). Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public: When and how to use masks. 2020. Erişim tarihi: 21.03.2020, <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/whenand-how-to-use-masks>.
- World Health Organization (2020l). 3.4% Mortality Rate estimate by the World Health Organization (WHO) as of March 3 (2020). Erişim tarihi: 05.04.2020, <https://www.worldometers.info/coronavirus/coronavirus-death-rate/#correct>. Coronavirus: case fatality rates by age. <https://ourworldindata.org/uploads/2020/03/COVID-CFR-by-age-1536x1190.png>.
- Yang J, Zheng Y, Gou X, Pu K, Chen Z, Guo Q ve ark. (2020). Prevalence of comorbidities in the novel Wuhan coronavirus (COVID-19) infection: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Infectious Diseases*, 12; s:1201-9712(20)30136-3. DOI:10.1016/j.ijid.2020.03.017.

Ülkemizde Kadın Sağlığının Öncelikli Sorunları

The Priority Problems of Women's Health in Turkey

Nezihe Kızılkaya Beji¹  Gizem Kaya¹  Sevim Savaşer¹ 

¹Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, TÜRKİYE

Geliş tarihi/ Date of receipt: 24/11/2020

Kabul tarihi/ Date of acceptance: 24/11/2020

© Ordu University Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Turkey, **Published online:** 18/04/2021

ÖZ

Kadın sağlığı kavramı, kadınların fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak tam iyilik halinde olması durumunu ifade etmektedir. Kadın sağlığını, kadının aile ve toplumdaki yeri, sağlık durumu ve sağlık hizmeti ile ilgili faktörler etkilemektedir. Üreme çağı kadınların en çok sağlık sorunları ile karşılaştığı dönemdir. Bu dönemde anne ölümleri, istenmeyen gebelikler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, toplumsal eşitsizlikler, kadına yönelik şiddet vb. gibi sorunlar sıklıkla görülmektedir. Dünyada olduğu gibi ülkemizde de cinsel sağlık ve üreme sağlığı sorunlarına yönelik yasal düzenlemeler ve eylem planları mevcuttur. Yapılan düzenlemelerde sağlık sektörünün önemli bir parçası olan ve sağlık hizmetinin sunumunda anahtar rol üstlenen hemşire ve ebelerin bu sorunların çözüme ulaşmasında önemli görev ve sorumlulukları bulunmaktadır.

Anahtar kelimeler: Kadın sağlığı, kadın sağlığı sorunları, üreme sağlığı

ABSTRACT

The concept of women's health refers to the state of physical, social and psychological well-being of women. Women's health is affected by women's place in the family and society, health status and factors related to health service affect. Reproductive age is the period when women face health problems the most. In this period, the problems such as maternal deaths, unwanted pregnancies, sexually transmitted diseases, social inequalities, violence against women are seen too often. There are legal arrangements and action plans for sexual and reproductive health problems in our country as well as in the world. Nurses and midwives, who are an important part of the health sector and play a key role in the provision of health services, have important tasks and responsibilities in reaching these solutions.

Keywords: Women's health, women's health issues, reproductive health

ORCID IDs of the authors: NKB: 0000-0002-6254-4412, GK: 0000-0003-1871-3677, SS: 0000-0003-3251-8712

Sorumlu yazar/Corresponding author Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji

Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, TÜRKİYE

e-posta/e-mail: nezihebeji@yahoo.com, nbeji@biruni.edu.tr

Atıf/Citation: Kızılkaya Beji N, Kaya G, Savaşer S. (2021). Ülkemizde kadın sağlığının öncelikli sorunları. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 4(1), 105-112. DOI: 10.38108/ouhcd.830833

Giriş

Ülkelerin gelişmişlik düzeyinin belirlenmesinde; kadınların eğitim durumu, siyasi yaşama ve iş yaşamına aktif katılımı ve kadın sağlığı konusundaki göstergeler etkilidir. Bu göstergeler içinde en önemli parametreler; anne ve bebek ölümlerinin oranı, o ülkedeki kadının statüsü, ekonomik gelişmişlik düzeyi ve sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi olarak belirtilmektedir. Anne ölüm oranı, gebeliğe bağlı ölümler, doğum öncesi bakım, toplam doğurganlık hızı, aile planlaması (AP), doğum ve doğum sonrası bakım vb. anne sağlığı göstergeleridir (Akın ve Türkçelik, 2018). Kadına yönelik şiddet, öncelikli bir sağlık sorunu olarak belirtilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de şiddeti “kadın sağlığı sorunları” adı altında belirtmektedir. Ulusal ve uluslararası düzenlemelere karşın, kadına yönelik şiddet geçmişte olduğu gibi günümüzde de en önemli sorunlar arasında sayılmaktadır (Kızılkaya Beji ve Meram, 2019).

Ne yazık ki gelişmekte olan ülkelerde her yıl anne ölümlerinin yüzdesi artış göstermektedir. Kadınlar en çok gebelik döneminde, doğum anında ve postpartum zamanında görülen komplikasyonlar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu durum gelişmekte olan ülkelerde kadının toplumsal statüsü, toplumsal cinsiyet rolleri, eğitim durumunun düşük olması, yoksulluk ve toplumsal cinsiyet eşitsizliği ile açıklanmaktadır.

Bu derleme ülkemizde görülen kadın sağlığı sorunlarını ve Sağlık Bakanlığı'nın eylem planlarını açıklayarak, hemşire/ebe profesyonellerinin görev ve sorumluluklarını vurgulamak amacıyla yazılmıştır.

Cinsel Sağlık (CS) ve Üreme Sağlığı (ÜS) Sorunları:

Kadın, yaşamının önemli bir bölümünü “doğurganlık çağı” olarak anılan dönemde geçirmektedir. Bu dönem kadınlar için gebelik ve doğum ile ilgili komplikasyonların en çok yaşandığı dönem olarak bilinmekte ve 15-49 yaş arası içerir. Gebelik ve doğumla ilgili istenmeyen sonuçlar, dünyanın gelişmekte olan pek çok ülkesinde doğurgan yaşta kadınlar için en önemli hastalık ve ölüm nedeni olarak sayılmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2020). Kadınlar açısından sağlık sorunları en çok üreme çağı ve üreme sağlığı ile ilgili özelliklerine bağlı olarak gelişmektedir. Tablo 1’de kadınların yaşam dönemlerine göre yaşadıkları cinsel sağlık ve üreme sağlığı sorunları gösterilmiştir (AÇSAP 2009; Kızılkaya Beji ve Meram, 2019).

Tablo 1. Yaşam dönemlerine göre kadınların yaşadığı CS ve ÜS sorunları

Fetal Dönem ve Çocukluk Dönemi (0-9 yaş)	
-	Cinsiyet seçimi, kadın sünneti, hormonal dengesizlikler sonucu erken menarş
-	Ailenin erkek çocuğunu önemsememesinden dolayı kız çocuklarının sağlık durumlarının ihmal edilmesi ve sağlık hizmetlerinden yararlandırılmaması
-	Kız çocuklarında, daha az emzirme ve yeterince beslenememe sonucunda malnutrisyon görülmesi
-	Bağıışıklamada yetersizlik
-	Enfeksiyonlar (Pnömoni, diyare gibi)
-	Özellikle 2-5 yaşlarında kız çocuklarında, erkek çocuklara göre morbidite ve mortalite hızının daha fazla olması
-	Cinsel istismar, taciz (ensest ilişki, çocuk pornografisi gibi)
Adölesan Dönem (10-19 yaş)	
-	Üreme sistemindeki fizyolojik değişim (menarş, telarş ve sekonder seks karakterlerinde gelişim)
-	Cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinden yeterince yararlanamama
-	Toplumsal cinsiyet ayrımcılığı ve baskı
-	Cinsel taciz ve istismar (seks işçiliği, enstest ilişkiler, pornografi gibi)
-	Erken yaşta evlilik
-	Adölesan gebelik
-	Sağlıksız düşük
-	Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) (HIV gibi)
-	Zararlı alışkanlıklar (alkol, sigara ve uyuşturucu gibi)
-	Ruhsal bunalımlar, intihar
-	Şiddet
-	Yetersiz ve dengesiz beslenme sonucu anemi, malnutrisyon
-	Yeme bozuklukları (anoreksiya nevroza ve bulimia nevroza gibi)
-	Kadın sünneti
Erişkinlik Dönemi/Fertil Dönem (15-49 yaş)	
-	Gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin sorunlar
-	İstenmeyen gebelik
-	İsteyerek düşük
-	Gebeliğe bağlı ölümler ve anne ölümleri
-	İnfertilite
-	Sağlığa zararlı geleneksel uygulamalar
-	Cinsel sağlık sorunları (vajinusmus, cinsel istek ve tikslenme bozukluğu, orgazmik bozukluklar, disparoni)
-	Anemi ve malnutrisyon
-	Şiddet
-	Cinsel taciz ve istismar
-	Zararlı alışkanlıklar (alkol, sigara gibi)
-	Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (HIV gibi)
-	Meme kanseri ve servikal kanser

Tablo 1. (Devam) Yaşam dönemlerine göre kadınların yaşadığı CS ve ÜS sorunları

Menopoz ve sonrası dönem (50 yaş ve üzeri)
- Menopozal yakınmalar (ateş basmaları, gece terlemeleri, uykusuzluk ve disparoni gibi)
- Pelvik organ prolapsusları
- İnkontinans
- Vajinal enfeksiyon ve irritasyon
- Cinsel istekte azalma
- Şiddet
- Özellikle meme, akciğer ve kolon kanseri insidansında artış
- Postmenopozal kanamalar
- Kronik hastalıklar (kardiyovasküler sorunlar ve diyabet gibi)
- Postmenopozal sorunlar (genital atrofi, osteoporoz ve vulva kanseri görüleme riskinde artış)
- Ruhsal ve mental sorunlar (yalnızlık, benlik saygısında azalma, depresyon ve demans gibi)

Dünyada cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili uluslararası düzeyde üç önemli stratejik eylem planı bulunmaktadır. Bu eylem planlarının hepsi ülkelerin ulusal eylem planlarını hazırlamalarına yön vermiştir.

1. **DSÖ Üreme Sağlığı Programı:** Bireyler CS ve ÜS konusundaki kararlarını daha güvenli ve daha sağlıklı bir şekilde alarak uygulayabilmektedir.

2. **Birleşmiş Milletler Binyıl Kalkınma Hedefleri:** Tüm insanların Aile Planlaması (AP) ve üreme sağlığı, güvenli annelik hizmetlerine, CYBH (Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar) ile ilgili hizmetlere, kadının statüsünü iyileştirmeye yönelik eğitim ve sağlık hizmetlerine ulaşımı kapsamaktadır (Kızılkaya Beji ve Meram, 2019).

3. **Kahire + 20 (ICPD + 20) Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri:** Tüm bireylerin yaşam boyu cinsel sağlık/üreme sağlığı ve haklarının tam anlamı ile gerçekleşmesini yani cinsel haklar ve üreme sağlığı haklarının, toplumsal cinsiyet eşitliği temelinde savunuculuğunu (Yurdakul ve Ardıç Çobaner, 2015) ve bu hakların Birleşmiş Milletler 2015 sonrası “Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri” içinde yer almasını kapsamaktadır (Kızılkaya Beji ve Meram, 2019).

Ülkemizde CS ve ÜS konusunda öncelikli sorunlar; “Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015” kapsamında Tablo 2’de belirtildiği başlıklarla ele alınmaktadır (AÇSAP 2010; Arı ve ark., 2012; Akın ve Türkçelik, 2018).

Tablo 2. “Cinsel sağlık ve üreme sağlığı ulusal stratejik eylem planı 2005-2015” kapsamında yer alan cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusunda öncelikli sorunları

Anne Ölümlerinin Yüksek Olması
İstenmeyen Gebeliklerin Fazla Olması
CYBH/HIV/AIDS sıklığının artıyor olması
Gençlerin CS / ÜS Düzeylerinin Düşük Olması
CS ve ÜS Açısından Bölgeler ve Yerleşim Birimleri Arasındaki Eşitsizlikler

Öncelikli sorunlardan bir diğeri ise kadına yönelik şiddettir. Dünyada olduğu gibi ülkemizde de kadınlar yaşamlarının bir noktasında şiddetin herhangi bir türüne maruz kalmaktadır.

1. Anne Ölümlerinin Yüksek Olması:

Ülkemizde cinsel sağlık ve üreme sağlığı kapsamında öncelikli sorunların başında anne ölümleri gelmektedir. Birleşmiş Milletler Milenyum Kalkınma Hedeflerine göre; ülkelerin anne ölüm oranının %75 azaltılması hedeflenmiştir. Ülkemiz bu hedefi gerçekleştiren ülkeler arasında sayılmaktadır. DSÖ verilerine göre; ülkemiz anne ölüm oranını %83.5 oranında azaltmayı başarmıştır (Sağlık Bakanlığı 2019).

Anne ölüm oranlarının istendik seviyeye getirmek Sağlık Bakanlığının hedefleri arasında en başta gelmektedir. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı tarafından, gebe ve lohusaları belirleyerek nitelikli sayıda ve uygun kalitede izlemek, gebelik ve süt verme döneminde demir desteği sağlamak, hastane doğumlarını artırmak, Anne-Bebek Dostu Hastanelerde doğumları gerçekleştirmek (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 2018; Sağlık Bakanlığı 2020), gebelere D vitamini desteği sağlamak (Kara Elitok ve ark., 2017), bütün gebelere doğum öncesi bakımda gerekli danışmanlık hizmetini vermek, sezaryen doğum oranını azaltmak, anne ölümlerini azaltmak için riskli gebeleri protokoller kapsamında izlemek, istenmeyen gebelikleri önlemek, modern gebeliği önleyici yöntem kullanımını teşvik etmek, uygun olmayan şartlarda yaşayan gebelerin misafir anne uygulamasından yararlanmasını sağlamak hedefleri belirlenmiştir (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 2018; Sağlık Bakanlığı 2020).

Ülkemizde anne ölümleri açısından durum incelendiğinde; anne ölümlerinin son 47 yılda (1970-2017) önemli düzeyde bir azalma gösterdiği belirlenmiştir. Yapılan birkaç araştırmanın istatistik raporlarına göre anne ölüm oranlarındaki değişimler aşağıdaki şekildedir.

- “Yüz bin canlı doğumda 208 Türkiye Nüfus Araştırması (1974-75)
- Yüz bin canlı doğumda 132 Türkiye Nüfus Araştırması (1989)
- Yüz bin canlı doğumda 49 Anne Ölümleri Nedenleri ve Araştırması (1997-1998)
- Yüz bin canlı doğumda 38.3 Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması (2005)
- Yüz bin canlı doğumda 14.6 Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2017)”

2018 yılında ise anne ölüm oranının yüz bin canlı doğumda 13,6 olduğu bildirilmiştir (Bora Başara ve ark., 2019). DSÖ Avrupa bölgesi ve üst gelir grubu ülkelerdeki anne ölüm hızı ortalamasının yüz bin canlı doğumda 16 ve 17 olduğu bildirilmiştir. Bu durumda ülkemizde anne ölüm oranlarının gelişmiş ülkelerle benzer durumda olduğu görülmektedir (Bora Başara ve ark., 2018). Bu durum artan prenatal ve postnatal dönemdeki bakım hizmetlerinin olumlu etkileri olarak yorumlanmaktadır.

Anne ölümlerinin yaklaşık %70'sinin postpartum dönemde (özellikle postpartum dönemin ilk 48 saati içinde) gerçekleştiği bildirilmektedir (Sağlık Bakanlığı 2020). Postpartum kanama anne ölümlerinin önde gelen nedenlerindedir. Şentürk ve arkadaşlarının (2016) aktardığına göre; Dünya genelinde her yıl 14 milyon kadına postpartum kanama tanısı konmakta ve 127 bin kadın postpartum kanamadan dolayı hayatını kaybetmektedir (Şentürk ve ark., 2016). Bu nedenle postpartum kanama gibi riskli durumların yönetimi oldukça önemlidir. Sağlık bakımında primer rol üstlenen hemşire ve ebeler birçok görev düşmektedir. Doğum sonu bakım yönetimi rehberine göre yapılacak değerlendirmeler ile verilecek bakım uygun ve dikkatli bir şekilde izlenirse hayat kurtarıcı olmaktadır. Ülkemizde doğum sonu bakıma yönelik uygulamalar geçmiş yıllara göre önem kazanmış ve üzerinde durulan bir konu haline gelmiştir. 2008 yılında TNSA raporunda %84,5 olan doğum sonu bakım oranı 2017 yılında % 99,5'e ulaştığı bildirilmiştir (Sağlık Bakanlığı 2020).

Sağlık Bakanlığı tarafından anne ölümlerini önleme programı oluşturulmuştur. Tablo 3'te programın içeriği belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı 2020).

Tablo 3. Sağlık Bakanlığı anne ölümleri önleme programı

15-49 yaş kadın izlemi
Evlilik öncesi danışmanlık
Üreme sağlığı hizmet içi eğitimleri
Doğum öncesi bakım
Gebe bilgilendirme sınıfı
Riskli gebeliklerin izlemi ve yönetimi
Doğum sonrası bakım
Anne dostu hastane (%52 kamu sağlık tesisi)
Doğum ve sezaryen
Anne ölümlerini izleme
Acil obstetrik bakım
Misafir anne uygulaması

2020 Yılı Cumhurbaşkanlığı Yıllık Programı (2020) kapsamında, anne sağlığı yönünden önemli olan antenatal bakım hizmetlerinden faydalanma oranı 2018 yılı itibarıyla %99,5'e ulaştığı bildirilmektedir.

Sağlık Bakanlığı hedefleri arasında yer alan önemli diğer bir sorunda ülkemizdeki sezaryen oranıdır. Sezaryen doğum oranı açısından ülkemiz OECD ülkeleri arasında ilk sırada yer almaktadır (Karahan 2018). Tıbbi endikasyon dışı sezaryen oranlarının azaltılması için Sağlık Bakanlığı'nın 2017 hedefleri;

- Özel hastaneler ve Üniversite hastanelerinde sezaryen oranlarını %25'e
- 2017 sonuna kadar, primer sezaryen oranı %40'ın altına
- 2018 sonuna kadar, primer sezaryen oranı %30'un altına
- 2019 sonuna kadar, primer sezaryen oranı %25'in altına düşürmek şeklindedir.

Ülkemizde 2017 yılında primer sezaryen oranı %25,7 olduğu (Sağlık Bakanlığı 2018) ve 2018 yılında primer sezaryen doğumların canlı doğumlar içindeki payının %26,3 olduğu bildirilmiştir (Bora Başara ve ark., 2019).

Nitelikli ebe bakımı olan gebelerde yapılan randomize kontrollü çalışmalar, spontan doğumun arttığını, maternal ve neonatal sonuçların olumlu etkilendiğini, travayda analjezi/anestezi kullanımı, epizyotomi ve girişimlerin azaldığını, psikososyal sonuçların iyileştiğini (ağrı kontrolü, memnuniyette artma, anne-bebek etkileşimi, doğum sonu depresyon), emzirmenin erken başladığını, doğumda kadının kontrol algısının arttığını, hastanede kalış süresinin kısaldığını ve bakımın maliyetinin azaldığını göstermektedir (Karahan 2018). Ayrıca ebe yönetimindeki doğumlarda sezaryen oranlarının azaldığını gösteren çalışmalar

da mevcuttur (Altay 2017). Bu nedenle, gebelere antenatal eğitim ve danışmanlık sağlanması, sezaryen doğumların güvenli bir şekilde azaltılması, daha doğru ve uygun travay/doğum yönetimi için ebelik ile ilgili düzenlemelerin hayata geçirilmesi gerekmektedir (Karahan 2018). Ülkemizde sezaryen doğumların gerçekleşme oranlarının azaltılması için "Doğum Eylem Planı" hazırlık çalışmalarına devam edileceği bildirilmiştir (Sağlık Bakanlığı 2020).

2. İstenmeyen Gebeliklerin Fazla Olması:

TNSA 2013 (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2014) verilerine göre ülkemizde Karşılanamayan Aile Planlaması Gereksiniminin %32 (Artık çocuk istemiyor, korunmuyor %6, şimdilik istemiyor, geleneksel yöntem %26), TNSA 2018 (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2019) verilerine göre ise Karşılanamayan Aile Planlaması Gereksiniminin %32,9 (Korunmuyor %12, herhangi bir geleneksel yöntem %20,9) olduğu saptanmıştır. Karşılanamayan aile planlaması (AP) gereksinimi, kadının sağlık, sağlık hizmeti ve üreme haklarını ne ölçüde kullanabildiğinin en somut göstergelerinden biridir. Her 3 aileden biri AP hizmeti alamamaktadır (Akın ve Türkçelik, 2018). Ülke genelinde, 2013 yılına kadar karşılanmamış aile planlaması gereksiniminin %100 oranında olması hedeflenmektedir. Bu açıdan planlanan girişimler; herhangi bir nedenle üreme sağlığı hizmetlerine başvuran bireylerde aile planlaması ihtiyacının sorgulanması, yaşanan düşük sonrasında gebeliği önleyici yöntemlerin kadınlara ulaştırılması, birinci basamak sağlık birimlerinde en az üç modern gebeliği önleyici yöntemin sunulması (en az bir yöntemin gebelikten ve CYBH'lardan koruma özelliğinin olması), acil kontraseptif yöntemlerin kullanılabilirliğinin yaygınlaştırılması ve bu hizmetler için gerekli alt yapının (sağlık personeli, malzeme temini gibi) 2015 yılına kadar sağlanması olarak sıralanmaktadır (Kızılkaya Beji ve Meram, 2019). Ayrıca, UNFPA da (The United Nations Population Fund-Birleşmiş Milletler Yardım Fonu) Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinden biri olarak karşılanmamış aile planlaması gereksiniminin 2030 yılına kadar sona ermesini hedeflemektedir (Serhatlıoğlu ve Göncü, 2020).

Hemşire ve ebeler aile planlaması hizmetlerinde önemli rolleri ve sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşire ve ebeler kontraseptif yöntemler ile ilgili danışmanlık vererek, yöntemlerin başarılı bir şekilde uygulanmasına ve istenmeyen gebeliklerin azalmasına katkı sağlamaktadır (Dönmez ve ark., 2016).

3. CYBH/HIV/AIDS Sıklığının Artıyor Olması:

CYBE'dan korunarak ve enfeksiyonları kontrol altına alarak ÜS düzeyini artırılabilir. (AÇSAP 2009). Bu kapsamda planlanan girişimler; birinci basamak sağlık birimlerinde sunulan yöntemlerden en az birinin gebelikten ve CYBH'lardan koruma özelliğinin olması, bu yöntemi sunacak yeterlilikte olan sağlık personelinin ve ihtiyaç duyulan malzemelerin sağlanması, ulusal düzeyde CYBH'lardan HIV/AIDS'ye yönelik bir raporun hazırlanması olarak sıralanmaktadır. Hemşire ve ebeler, CYBH'ların azalması için Sağlık Bakanlığı verilerine göre ülkemizde 1985 yılından 2018 yılı sonuna kadar doğrulama testi pozitif tespit edilerek bildirim yapılan 19.748 HIV(+) kişi ve 1.772 AIDS vakası görülmüştür. Tespit edilen vakaların %79,9'unun erkek, % 20,1'nin kadın olduğu ve en çok 30-34 ile 25-29 yaş grupları arasında olduğu bildirilmiştir (Sağlık Bakanlığı 2020).

Hemşire ve ebeler cinsel yolla bulaşan hastalıklar ile ilgili güncel gelişimleri takip etmelidir (Yakıt Ak 2018). Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE) perinatal sonuçları ve uzun dönemdeki sekeller konusunda bireylerin ve toplumun farkındalığı artırılmalıdır. Hemşire ve ebeler toplumu eğiterek, bilgilendirerek ve danışmanlık hizmeti vererek bireylerin CYBH'lardan korunması ve hastalıkların önlenmesine katkı sağlamaktadır (Hotun Şahin ve Bilgiç, 2019).

4. Gençlerin CS/ÜS Düzeylerinin Düşük Olması:

Adölesan gebelikler, adölesan dönemde kontrasepsiyon, istenmeyen gebelikler, sağlıksız düşükler, cinsel istismar, şiddet, üreme sağlığı ve cinsel sağlık hakkındaki yetersiz bilgi düzeyi vb. durumlar gençlerin CS ve ÜS ile ilgili sorunları arasında sayılmaktadır. Adölesanlar gebelikten korunma yöntemlerini yeterince bilmediklerinden dolayı istenmeyen gebelikler ve sağlıksız düşükler oluşmaktadır. Erken yaşta cinsel ilişki adölesanlarda cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara neden olmaktadır (Bayram Değer ve Balçı, 2018; Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2014). Cinsel davranışlardan oluşan sorunların önlenmesi ve korunmanın sağlanması amacıyla adölesanlara üreme sağlığı ve cinsel sağlık ile ilgili eğitim verilmelidir (Kansu Çelik ve ark., 2018). Bu kapsamda planlanan girişimler; ulusal düzeyde adölesanlarda gebelik ve cinsellikle ilgili mevcut durumu ortaya koyan araştırmaların gerçekleştirilmesi, bu konu hakkında gereken eylem planlarının oluşturulması, adölesanlara yönelik özel

cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmeti sunan birimlerin sayısında artışın sağlanması ve bütün bunlar için gerekli alt yapının (nitelikli ve yeterliliği sağlanmış sağlık personeli, uygun ihtiyacı karşılayacak malzeme temini ve bütçe gibi) sağlanması olarak sıralanmaktadır. Sağlık hizmetleri sunumunda önemli bir yeri olan ebe ve hemşireler, gençlerde istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, CYBH'larla ilgili risklerin azaltılması için "genç dostu" hizmetin sunulmasında anahtar kişiler arasında yer almaktadır (Kızılkaya Beji ve Meram, 2019). CS/ÜS'yi içeren "genç dostu" hizmetlerin sunulmasının gençlerde istenmeyen gebeliklerin azalmasını ve önlenmesini sağlayacağı ve CYBE'lere yakalanma oranını düşüreceği ileri sürülmektedir (Sert 2013).

5. CS ve ÜS Açısından Bölgeler ve Yerleşim Birimleri Arasındaki Eşitsizlikler:

Ülkemizin cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusunda öncelikli sorunları arasında yer alan sorunlardan biri de CS ve ÜS açısından bölgeler ve yerleşim birimleri arasındaki eşitsizliklerdir. Var olan öncelikli sorunların bölgelerdeki dağılımı aynı oranda değildir. Öncelikli sorunların dağılımı bölgeler arasında farklılık göstermektedir. Örneğin; anne ölümlerindeki artış ve istenmeyen gebelik sayısındaki yükseliş gibi sorunlar Doğu Anadolu Bölgesi'nde büyük önem arz etmektedir. Gençlerin üreme sağlığı ve cinsel sağlık durumlarında adölesan gebelikler Doğu Anadolu bölgesinde, güvenli cinsellik Batı Anadolu bölgesinde önem arz eden önceliklerdendir. CYBE/HIV/AIDS hem Kuzey Anadolu bölgesi hem de Batı ve Güney Anadolu bölgelerinde öncelikli sorunlardandır (AÇSAP 2010).

Ülkemizde görülen öncelikli sorunlardan bir diğeri de kadına yönelik şiddettir. Kadına yönelik şiddet, mortalite ve sakatlıklara yol açan, iyileşmeyi geciktiren ve tedaviye uyumu zorlaştıran bir sorundur (Kızılkaya Beji ve Meram, 2019). Sık rastlanan toplumsal bir sorun olan şiddet, kadın sağlığını olumsuz etkileyen etmenler arasında yer almaktadır (Akkaş ve Uyanık, 2016). Kadınların çoğu yaşamlarının bir noktasında şiddetin herhangi bir türüne maruz kalmaktadır. 2013-2014 yıllarında gerçekleştirilen "Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması" verilerine göre; ülkemizde, kadınların yaşamlarının herhangi bir döneminde %36'sının fiziksel şiddete, %44'ünün psikolojik şiddete, %30'unun ekonomik şiddete ve %12'sinin de cinsel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 2014).

Ülkemizde bu soruna yönelik olarak; kadınları korumaya yönelik politikalar oluşturulması, tüm kadınların eşit haklara sahip olması ekonomik ve sosyal yaşama katılımlarının güçlendirilmesi amacıyla hazırlanan "Kadının Güçlenmesi Strateji Belgesi ve Eylem Planı (2018-2023)" ve kadına yönelik şiddetle mücadele politikası kapsamında hazırlanan "Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı (2016-2020)" uygulanmaktadır. Ayrıca "Erken Yaşta ve Zorla Evliliklerle Mücadele Strateji Belgesi"ne ilişkin hazırlık çalışmaları sürdürülmektedir. İstismar ve ihmale maruz kalmış kadınların ve çocukların yaşamlarını idame edebilecekleri konuk evleri kurulmaktadır (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 2016; Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 2018).

Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planının amacı, ülkemizde kadına yönelik her türlü şiddet ve ev içi şiddetin önlenmesi ve şiddet mağdurlarının etkin korunması için tüm taraflarla işbirliği içerisinde gerekli önlemlerin alınması ve uygulanmasıdır. Eylem Planı, toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadına yönelik şiddetle mücadeleye ilişkin 5 temel alanda iyileştirme hedefini içermektedir. Bu alanlar;

- "Mevzuat düzenlemeleri
- Farkındalık yaratma ve zihniyet dönüşümünün sağlanması
- Koruyucu ve önleyici hizmet sunumu ve şiddet mağdurlarının güçlendirilmesi
- Sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ve uygulanması
- Kurum/ kuruluş ile ilgili sektörler arası işbirliği mekanizmasını güçlendirme ve politika geliştirmedir" (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 2016).

Öncelikli sorunlar arasında yer alan "kadına yönelik şiddet" sorununun çözüme ulaştırılmasında sağlık sektörü çalışanları şiddetin ikincil ve üçüncül korunmasında büyük rol üstlenmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşunda ve üreme sağlığı ile ilgili kuruluşlarda şiddetin erken dönemde belirlenmesi ve tekrarının önlenmesi için erken tanısının konulması gerekmektedir. Erken tanı ile şiddetin önüne geçilebilir. Şiddet mağduru bireylere sağlanacak destek ve verilecek danışmanlık hizmetinde profesyonel yaklaşım büyük önem arz etmektedir. Bu aşamada sağlık hizmeti sunumunda anahtar rol üstlenen hemşire ve ebeler yer almaktadır. Hemşire ve ebeler; kadının, ailenin ve toplumun sağlığını koruma, geliştirme, hastalık halinde iyileştirme ve rehabilitasyonu sağlama görevlerine sahiptir.

Sonuç

Sonuç olarak, dünyada ve ülkemizde kadın sağlığı sorunları arasında önemli bir paya sahip olan cinsel sağlık ve üreme sağlığı sorunları yaygın olarak görülmektedir. Cinsel sağlık ve üreme sağlığı sorunlarına yönelik önleme ve azaltma programları kadının, dolayısıyla toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesine katkı sağlamaktadır. Bu bağlamda tüm sağlık profesyonellerinin yanı sıra ebe ve hemşirelere de önemli görev ve sorumluluklar düşmektedir.

Araştırmannın Etik Yönü/ Ethics Committee

Approval: Literatür incelemesi yapılmış ve kaynaklar bölümünde kullanılan literatür gösterilmiştir.

Hakem/Peer-review: Dış hakem değerlendirmesi.

Yazar Katkısı/Author Contributions: Fikir/kavram: NKB, GK, SS; Tasarım: NKB, GK, SS; Kaynak tarama: NKB, GK, SS; Makalenin Yazımı: NKB, GK, SS; Eleştirel inceleme: SS.

Çıkar çatışması/Conflict of interest: Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

Finansal Destek/Financial Disclosure: Derleme hazırlanırken destekleyen kişi, kurum bulunmamaktadır.

Çalışma Literatüre Ne Kattı?

- Kadınların sağlık sorunları, halk sağlığı sorunu olarak yer almaktadır. Böylelikle sadece bireyin değil toplumunda sağlığının korunması gerekmektedir.
- Ülkemizdeki kadınların cinsel sağlık ve üreme sağlığı sorunlarını bilmek ve bunları önlemek toplumun sağlık düzeyine olumlu yönde katkı sağlayacaktır.

Kaynaklar

- Akın A, Türkçelik E. (2018). Sağlık Hizmetlerine Erişimde Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Haritalama ve İzleme Çalışması. Ankara, Elma Teknik Basım Matbacılık, s. 155.
- Akkaş İ, Uyanık Z. (2016). Kadına yönelik şiddet. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi, 6(1), 32-42.
- Altay S. (2017). Cumhuriyet'in ilk on beş yılında ebeler eğitime ve mesleğin dönüşümüne dair kısa bir bakış (1923-1938). Journal of Modern Turkish History Studies/Çağdaş Türkiye Tarihi Araştırmaları Dergisi, 17(35), 167-217.
- Arı S, Öngel K, Kişioğlu AN. (2012). Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi asistanları ve son sınıf öğrencilerinin üreme sağlığı hakkındaki bilgilerinin incelenmesi. Smyrna Tıp Dergisi, 2, 7-11.
- Bayram Değer V, Balçı E. (2018) Adölesan dönemde üreme sağlığı, cinsellik ve cinsel eğitimin önemi. Turkish Studies, 13(4), 1423-48.

- Bora Başara B, Aygün A, Soyutun Çağlar İ, Kulali B. (2019) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 Haber Bülteni. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ankara.
- Bora Başara B, Soyutun Çağlar İ, Aygün A, Özdemir TA. (2018). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ankara.
- Dönmez A, Çoban AÖ, Canbay FÇ. (2016). İstenmeyen gebelik ve güvenli olmayan düşüklerin çözümünde ebeğin rolü. TAF Preventive Medicine Bulletin, 15(5), 450-457.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2014). "2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması". Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK. Ankara.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019) 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK. Ankara.
- Hotun Şahin N, Bilgiç D. (2019). Üreme sistemi enfeksiyonları. Kızılkaya Beji N, editör. Hemşirelere ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. 3. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, s. 118-131.
- Kansu Çelik H, Özel Ş, Engin Üstün Y. (2018). Adölesanlarda cinsel sağlık ve üreme sağlığı. Jinekolojik Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 15(4), 184-188.
- Kara Elitok G, Bülbül L, Evci M, Zübarioğlu U, Toraman T, Besnili Acar D ve ark. (2017). Sağlık çalışanlarının annelere D vitamini desteği ile ilgili bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 51(1), 48-55.
- Karahan N. (2018). Sezaryen oranlarını azaltmada ebelerin rolleri. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst Special Topics, 11(1), 94-8.
- Kızılkaya Beji N, Meram HE. (2019). Kadın sağlığına genel bakış. Kızılkaya Beji N, editör. Hemşirelere ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. 3. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, s. 5-48.
- Serhatlıoğlu SG, Göncü N. (2020). COVID-19 ve aile planlaması hizmetlerine yansımaları. Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, 2(3), 184-191.
- Sert G. (2013). Üreme Haklarının Yasal Temelleri ve Etik Değerlendirme. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. İstanbul: Ege Reklam ve Basım Sanatları, s. 114.
- Şentürk MB, Gürarlan H, Polat M, Durukan ÖB. (2016). İnfirior epigastrik ven yaralanmasına bağlı gelişen postpartum kanama. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 50(1), 90-2.
- T.C. Sağlık Bakanlığı 2019 Yılı Kurumsal Mali Durum ve Beklentiler Raporu. Erişim Tarihi: 27.01.2020, <https://sgb.saglik.gov.tr/>
- T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü. (2016). Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı (2016-2020). Ankara.

- T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. (2018). Kadının Güçlenmesi Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023. Ankara, s.6,37,68.
- T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2014). Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Rapor. Ankara, s.7-11.
- T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı 2020 Yılı Cumhurbaşkanlığı Yıllık Programı. 4 Kasım 2019. 30938 Mükerrer Sayılı Resmi Gazete yayını. Erişim Tarihi: 27.01.2020, <http://www.sbb.gov.tr/yillik-programlar/>
- T.C. Sağlık Bakanlığı 2018 Yılı Faaliyet Raporu. Erişim Tarihi: 27.01.2020, <https://sgb.saglik.gov.tr/>
- T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Genel Müdürlüğü. (2009). Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Kitabı. Ankara. s. 1-104.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Genel Müdürlüğü. (2010). Cinsel sağlık ve üreme sağlığı sağlık sektörü için ulusal stratejik eylem planı 2005-2015. Ankara. s.1-61.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Genel Müdürlüğü. (2009). Cinsel sağlık ve üreme sağlığı cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) katılımcı kitabı. Ankara. s.1-120.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı Resmi Web Sayfası. Erişim Tarihi: 06.11.2019, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kadinureme-haberler/anne-olumleri-merkez-i-nceleme-komisyon-toplantisi.html>.
- Yakıt Ak E. (2018). HIV ile enfekte kadınlarda gebelik süreci ve hemşirelik yaklaşımı. JSHSR, 5(23), 1214-1222.
- Yurdakul M, Ardıç Çobaner A. (2015). Üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinde sağlık eğitimi, iletişim ve danışmanlık. Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics, 1(2), 28-34.

Tümör Lizis Sendromunda Hemşirelik Yaklaşımı Nursing Approach in Tumor Lysis Syndrome

Nazlı Öztürk¹  Fatma Arıkan¹ 

¹ Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya, TÜRKİYE

Geliş tarihi/ Date of receipt: 19/08/2020

Kabul tarihi/ Date of acceptance: 19/08/2020

© Ordu University Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Turkey, **Published online:** 18/04/2021

ÖZ

Tümör lizis sendromu, hızlı hücre ölümünden kaynaklanan onkometabolik acil bir durumdur. Tümör lizis sendromu, tümör hedefli tedavinin bir sonucu olarak veya kendiliğinden ortaya çıkabilmektedir. Bu çalışmanın amacı tümör lizis sendromu ve hemşirelik bakımı ile ilgili literatür bilgisinin derlenmesidir. Tümör lizis sendromunun laboratuvar ve klinik belirti bulguları ile ilgili olarak kanser hastası yakından izlenmeli, yüksek risk grubundaki hastalara yeterli hidrasyon, fosfat bağlayıcıların kullanımı, ürik asit düşürücü tedavi ve hastanın potasyum alımının azaltılması gibi önleyici girişimlerin uygulanması önemlidir. Sağlık profesyoneli olan onkoloji ve yoğun bakım hemşireleri, hastanede yatan her kanser hastasını ve özellikle kemoterapi görenleri tümör lizis sendromu riski açısından sınıflandırarak kanser hastasına destekleyici bakım vermelidir.

Anahtar kelimeler: Tümör lizis sendromu, kanser, hemşirelik

ABSTRACT

Tumor lysis syndrome is an oncometabolic emergency caused by rapid cell death. Tumor lysis syndrome can occur spontaneously or as a result of tumor-targeted therapy. The aim of this study is to review the literature on Tumor Lysis Syndrome and nursing care. The cancer patient should be closely monitored regarding the laboratory and clinical symptoms of tumor lysis syndrome, and preventive interventions such as adequate hydration, use of phosphate binders, uric acid-lowering treatment and reduction of the patient's potassium intake are important in high-risk patients. Oncology and intensive care nurses, who are health professionals, should classify each hospitalized cancer patient and especially those receiving chemotherapy in terms of tumor lysis syndrome risk and provide supportive care to the cancer patient.

Key words: Tumor lysis syndrome, cancer, nursing

ORCID IDs of the authors: NÖ:0000-0003-2108-0735; FA:0000-0003-0481-1903

Sorumlu yazar/Corresponding author: Arş. Gör. Nazlı Öztürk

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya, TÜRKİYE

e-posta/e-mail: ozturknaz@outlook.com

Atf/Citation: Öztürk N, Arıkan F. (2021). Tümör Lizis Sendromunda Hemşirelik Yaklaşımı. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 4(1),115-122. DOI:10.38108/ouhcd.782461

Giriş

Tümör Lizis Sendromu (TLS), çok sayıda hızla bölünen malign tümör hücreleri öldürüldüğünde (veya parçalandığında), elektrolitler de dahil olmak üzere hücre içi bileşenlerin büyük miktarda sistemik dolaşıma salındığında meydana gelen bir sendromdur. İyi yönetilmediğinde elektrolit dengesizlikleri, akut böbrek hasarı, asit-baz dengesizlikleri ve ölüm gibi potansiyel olarak yaşamı tehdit eden komplikasyonlar oluşturabilmektedir (Kaplow ve Iyere, 2016). TLS insidansı oldukça değişkendir ve sıklığı malignite tipine göre değişmektedir (Hüzmeli, 2019). TLS ile ilişkili en yaygın maligniteler arasında non-Hodgkin lenfoma (% 30), katı tümörler (% 20), akut miyeloid lösemi (% 19) ve akut lenfositik lösemi (% 13) yer almaktadır (Adeyinka ve Bashir, 2019). TLS insidansını arttırabilen yüksek proliferasyon hızına sahip tümörler, kemoterapiye duyarlılığı yüksek olan tümörler, böbrek hastalığı öyküsü gibi doğal risk faktörleri bulunmaktadır (Adeyinka ve Bashir, 2019; Hüzmeli, 2019). Bu çalışmanın amacı TLS’de hemşirelik yaklaşımını incelemektir. Özellikle sıvı elektrolit dengesizliklerinin ön planda olduğu bu sendromun yönetiminde sağlık profesyoneli olan hemşireler anahtar rol oynamaktadır. Bu kapsamda; TLS’nin patofizyolojisi, risk faktörleri ve sınıflaması, belirti ve bulguları, tanı, tedavi ve hemşirelik bakımı konusunda bilgiler verilmiştir

Patofizyolojisi

TLS temelinde hücrelerin ve kanser hücrelerinin potasyum, fosfor ve ürik asit açısından zengin olmasından kaynaklanmaktadır (Darmon, Guichard, Vincent, Schlemmer ve Azoulay, 2010). Kanser hücrelerinin kemoterapi, embolizasyon veya radyasyon tedavisi olmaksızın ölmesi ile ya da kanser hedefli tedaviye sekonder gelişebilmektedir (Darmon, Guichard, Vincent, Schlemmer ve Azoulay, 2010; Mirrakhimov, Voore, Khan ve Ali, 2015). Her iki durumda da bahsedilen hücre içi maddelerin salınımı, TLS'nin patofizyolojisine ve komplikasyonlarına aracılık etmektedir (Mirrakhimov, Voore, Khan ve Ali, 2015).

Hiperürisemi: Hiperürisemi, hiperfosfatemi ile birlikte akut böbrek hasarına yol açabilen TLS'nin en ayırt edici özelliğidir (Edeani ve Shirali, 2016). Seruma salınan pürin içeren nükleik asitler (adenozin ve guanin) ürik aside katabolize edilir ve fazla miktarda ise ürik asit atılımı için renal tübül kapasiteyi aşar (Sarno, 2013). Katabolik yolda, nükleik asitler ilk olarak hipoksantin ve ksantine metabolize olurlar ve bunlar daha sonra ksantin oksidazın enzimatik etkisiyle ürik aside

dönüştürülür (Sarno, 2013; Edeani ve Shirali, 2016). Ürik asit suda çok az çözünür dolayısıyla distal ve toplayıcı tübüllerin fizyolojik olarak asit ortamında çözünürlüğü önemli ölçüde azalır (Edeani ve Shirali, 2016; Williams ve Killeen, 2019). Ürik asit kristalleri renal dolaşımda yoğunlaştığında kolayca çökelmeye başlayarak; böbrekte tübül tıkanması, obstrüktif üropati, glomerüler filtrasyon ve idrar çıkışında azalmayla sonuçlanır (Williams ve Killeen, 2019). Ürik asit kristalleri obstrüksiyona neden olarak renal hasara katkıda bulunmasına ek olarak monosit kemoatraktan protein-1 (MCP-1) ve makrofaj göçü inhibisyon faktörü (MIF) aracılı inflamatuvar yanıt klinik tablonun ağırlaşmasına yol açmaktadır (Edeani ve Shirali, 2016).

Hiperkalemi: Potasyum renal atılım yoluyla düzenlenen hücre içi bir elektrolittir ve hiperkalemi, kardiyak disritmilere ve ani ölüme yol açabilen bir durumdur (Strauss, Hamlin ve Dang, 2017). Kalsiyum, potasyumun kardiyomiyositlerin dinlenim membran potansiyeli üzerindeki etkilerini doğrudan bloke ederek kardiyak membranın stabilize edilmesine yardımcı olur (Wilson ve Berns, 2014). Böylece hipokalsemi, hiperkalemiye bağlı kardiyotoksisteyi ve kardiyak disritimleri şiddetlendirir (Wilson ve Berns, 2014; Strauss, Hamlin ve Dang, 2017). Masif tümör hücresi lizisi, potasyumu ekstraselüler ortama salar ve özellikle renal hasar durumunda kas ve karaciğer tarafından alım kapasitesi aşıldığında ciddi hiperkalemiye yol açar (Strauss, Hamlin ve Dang, 2017).

Hiperfosfatemi ve Hipokalsemi: Tümör hücreleri genellikle normal hücrelere göre daha yüksek konsantrasyonlarda fosfat içerir ve salınan fosfat miktarı tümör tipine göre değişir (Mirrakhimov, Voore, Khan ve Ali, 2015). Masif tümör lizisinde, fosfatın renal tübül atılım mekanizmaları doymuş hale gelir (Zafrani, Canet ve Darmon, 2019). Fazla serum fosfat kalsiyuma bağlanır ve tüm vücutta sekonder hipokalsemi ve kalsiyum fosfat birikimi ile sonuçlanır (Mirrakhimov, Voore, Khan ve Ali, 2015; Zafrani, Canet ve Darmon, 2019). Hipokalsemi asemptomatikten yaşamı tehdit eden kalp iletim anormalliklerine kadar değişebilir veya kalpte kalsiyum fosfat birikimi ölümcül disritmilere neden olabilir (Mirrakhimov, Voore, Khan ve Ali, 2015). Nefrokalsinoz, renal tübüllerdeki kalsiyum fosfat kristallerinin çökmesi olarak tanımlanmaktadır ve bu nefrolitiazise neden olup obstrüktif üropati gelişmesine yol açabilmektedir (Mirrakhimov, Voore, Khan ve Ali, 2015; Zafrani, Canet ve Darmon, 2019).

Risk Faktörleri ve Sınıflaması

Laboratuvar ve klinik tümör lizis sendromunun gelişmesi için iyi bilinen bir dizi risk faktörü mevcuttur ve sıklıkla anti-kanser terapisi ile hızlandırılan hücrel bozulmanın hacmi ve hızı ile ilgilidir (Jones, Will, Jackson, Webb ve Rule, 2015). Hematolojik veya solid tümörü olan hastalar arasında, sitoredüktif tedaviye oldukça duyarlı olan tümörler en büyük TLS riskini oluşturmaktadır (Williams ve Killeen, 2019). Genel olarak; TLS için risk faktörleri; hasta ile ilişkili, hastalıkla ilişkili ve tedaviyle ilişkili olmak üzere üç grupta sınıflandırılabilir (Jones, Will, Jackson, Webb ve Rule, 2015) (Tablo 1). Buna ek olarak Cairo-Bishop Klinik TLS'nin Evrelendirmesi Tablo 2'de yer almaktadır.

Klinik Belirti ve Bulgular

TLS'nin klinik görünümü spesifik değildir ve hiperkalemi, hiperfosfatemi, sekonder hipokalsemi ve hiperürisemi ile ilişkili metabolik komplikasyonlarını yansıtır (Cairo ve Bishop, 2004). Klinik belirtiler arasında zayıflık, iştahsızlık, bulantı, kusma ve diyarenin yanı sıra kardiyovasküler ve nöromusküler anormallikler bulunur (Tablo 3).

Tanısı

Cairo ve Bishop'un 2004 yılında yayınladıkları rehberde laboratuvar ve klinik TLS tanımlanmıştır (Cairo ve Bishop, 2004) (Tablo 4).

Tıbbi Yönetimi

Analit izlemi: Sitoredüktif tedaviye başlamadan veya hipourisemik ajanların uygulanmasından önce temel analit değerlerinin elde edilmesi önemlidir (Strauss, Hamlin ve Dang, 2017). Analit testinin sıklığı, TLS risk değerlendirmesine dayanmaktadır (Williams ve Killeen, 2019). TLS tanısı konmuş ya da yüksek risk grubunda olan hastaların 4-6 saatte bir; TLS için orta risk grubunda olan hastaların ise 6-8 saatte bir ürik asit, elektrolit, Laktat dehidrogenaz (LDH) ve kreatinin takibi yapılması önemlidir (Strauss, Hamlin ve Dang, 2017; Williams ve Killeen, 2019). Rasburikaz alan hastalar için, laboratuvarlar, hızlı in vitro ürik asit parçalanmasını önlemek amaçlı cihazda hemen çalıştırılmak üzere, derhal buz üzerine yerleştirilen ve buz üzerinde tutulan önceden soğutulmuş tüplerde ürik asit örnekleri toplamak için protokoller geliştirmelidir (Williams ve Killeen, 2019).

Hidrasyon: TLS'yi yönetmenin ilk adımı, hidrasyon ve sıvı dengesinin dikkatli bir şekilde izlenmesiyle yüksek idrar çıkışı sağlamaktır (Criscuolo, Fianchi, Dragonetti ve Pagano, 2015).

Amaç böbrek tübüllerinde ürik asit kristalleşmesini ve kalsiyum fosfat birikimini önlemektir (Strauss, Hamlin ve Dang, 2017). Yetişkinlerde hidrasyonun; idrar çıkışı 24 saatte 3 l/m² olacak şekilde planlanması önerilmektedir (Jones, Will, Jackson, Webb ve Rule, 2015). Hidrasyon sıvısına potasyum eklenmemesi, dengeli veya izotonik solüsyonlar tercih edilmesi önemlidir (Criscuolo, Fianchi, Dragonetti ve Pagano, 2015). Saatlik idrar ve altı saatte bir aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılmalıdır (Jones, Will, Jackson, Webb ve Rule, 2015). Kusma veya ishal gibi tüm sıvı kayıpları kaydedilmelidir (Strauss, Hamlin ve Dang, 2017; Jones, Will, Jackson, Webb ve Rule, 2015). Bebekler, yaşlılar, kalp ve böbrek hastalığı öyküsü olan hastalar özellikle aşırı sıvı yüklenmesi riski altındadır (Wilson ve Berns, 2014). İdrar çıkışında bir azalma, sıvı dengesinin ve laboratuvar parametrelerinin yeniden değerlendirilmesini gerektirmektedir (Dubbs, 2018). Altta yatan hastalığa bağlı olarak, acil müdahale gerektirebilecek tümör tarafından idrar akışına fiziksel bir engel olup olmadığını değerlendirmek önemlidir (Dubbs, 2018; Wilson ve Berns, 2014). İdrar çıkışında azalma durumunda diüretik kullanırken dikkatli olunmalıdır. 0.5 mg / kg intravenöz (IV) furosemid yararlı bir acil tedavi olabilirken, ilaç tübüler ürik asit birikimini arttırarak renal tübüler blokaj varlığında daha az etkili olabilmektedir (Jones, Will, Jackson, Webb ve Rule, 2015; Strauss, Hamlin ve Dang, 2017).

Hiperürisemi: Allopurinol, renal tübüllerde ürik asit kristallerinin gelişimini engelleyerek etki gösteren bir ksantin oksidaz inhibitörüdür, ancak birikmiş ürik asidin parçalanmasını etkilemez (Williams ve Killeen, 2019). Bu nedenle, allopurinol profilaktik ortamda yararlı olmakla birlikte, yerleşik TLS'de tercih edilen ilaç değildir (Zafrani, Canet ve Darmon, 2019). Allopurinolün aksine, rasburikaz-rekombinant bir urat oksidaz-üratı doğrudan daha çözünür bileşik allantoina metabolize eder (Williams ve Killeen, 2019). Bu nedenle rasburikaz ürik asit birikintilerini parçalayabilir ve urat düzeylerini allopurinolden önemli ölçüde daha hızlı azaltabilmektedir (Williams ve Killeen, 2019; Zafrani, Canet ve Darmon, 2019).

Hiperfosfatemi ve Hipokalsemi: Rasburikazın hidrasyonu ve zamanında uygulanması önemli hiperfosfatemiyi engellemezse, diyaliz dışında fosfat seviyelerini kontrol etmek zor olabilmektedir (Mirrahimov, Voore, Khan ve Ali, 2015)

Tablo 2. Cairo-Bishop Klinik TLS'nin Evrelendirmesi

Hasta ile İlişkili Faktörler	Hastalıkla İlişkili Faktörler	Tedaviyle İlişkili Faktörler
<ul style="list-style-type: none"> Dehidratasyon Oligüri ya da anüri Renal disfonksiyon Lökositoz Yaygın lenf nodu tutulumu Hiperkalemi Hiperfosfatemi Yüksek tümör yükü Hiperürisemi Serum laktat dehidrogenaz yüksekliği Nefrotoksik ajanlar 	<p>Yüksek tümör yükü ya da hızla bölünen hücrelere sahip tümör</p> <ul style="list-style-type: none"> Burkitt lenfoma Akut lenfoblastik lösemi Akut lenfoblastik lösemi Kronik lösemi Meme kanseri T hücreli lenfoma Lenfosarkoma Küçük hücreli akciğer kanseri Mide kanseri Kolorektal kanser Germ hücreli kanser Over kanseri Vulvar kanser Timoma Nöroblastom Metastatik lenfoma Metastatik medullablastom 	<ul style="list-style-type: none"> Kortikosteroidler İntratekal metotreksat Tamoksifen Ritüksimab Gemtuzumab Alemtuzumab Kladribin İmatinib mesilat Sitarabin Etoposid Sispilatin Doksorubisin Paklitaksel Fludarabin

Tablo 2. Cairo-Bishop Klinik TLS'nin Evrelendirmesi

	Grade 0	Grade I	Grade II	Grade III	Grade IV	Grade V
Kreatinin	Yok	Normalin 1.5 katı Kreatinindeki artış kemoterapötik ajana bağlı değildir. Müdahale endikasyonu yok	Normalin >1.5-3 katı Kreatinindeki artış kemoterapötik ajana bağlı değildir.	Normalin >3-6 katı Kreatinindeki artış kemoterapötik ajana bağlı değildir.	Normalin >6 katı Kreatinindeki artış kemoterapötik ajana bağlı değildir.	Ölüm
Kardiyak aritmi	Yok	-	Acil olmayan tıbbi müdahale gereklidir Kemoterapötik ajana bağlı olmayan kardiyak aritmiler.	Semptomatik ve tıbbi müdahale ile kontrol edilen ve kemoterapik ajanlara bağlı olmayan aritmiler	Yaşamı tehdit edici (örneğin, KY ile ilişkili aritmi, hipotansiyon, hipotansiyon, senkop, şok).	Ölüm
Nöbet	Yok	-	Kısa, generalize nöbet; Antikonvülsanlar tarafından iyi kontrol edilen nöbet (ler) veya günlük yaşam aktivitelerine etkilemeyen seyrek fokal motor nöbetler	Bilinç değişikliğinin yaşandığı tıbbi müdahaleye rağmen gelişen nöbetler	Uzun süreli, tekrarlayan veya kontrolü zor olan her türlü nöbet (örn. Status epileptikus, inatçı epilepsi).	Ölüm

Tablo 3. TLS Belirti ve Bulguları

Hiperkalemi	Hiperfosfatemi	Hipokalsemi	Hiperürisemi
Diyare	Anüri	Kas seyirmesi	Bulantı
Bulantı	Oligüri	Karpedal spazm	Kusma
Kusma	Azotemi	Tetani	Diyare
Parezi/paralizi	Hipokalsemi belirti ve bulguları	Nöbetler	Periferik ödem
Parestazi		Laringospazm	Oligüri
Kas krampları		Chvostek bulgusu	Azotemi
Kalp iletim bozuklukları		Trousseau bulgusu	Kristalüri
Kardiyak disritmi		Konfüzyon	
EKG değişiklikleri		Deliryum	
		Hipotansiyon	
		Ventriküler disritmi	
		QT aralığı uzaması	

Tablo 4. TLS Laboratuvar ve Klinik Tanısı

Laboratuvar TLS*	Klinik TLS
<ul style="list-style-type: none"> • Ürik asit ≥ 8 mg/dl veya başlangıca göre% 25 artış • Potasyum ≥ 6.0 mEq/L veya başlangıca göre% 25 artış • Fosfat ≥ 4.5 mg/dl veya başlangıca göre% 25 artış • Calcium ≤ 7 mg/dL veya başlangıca göre% 25 azalma <p><i>*Kanserli veya kanser tedavisi gören bir hastada, tedavinin başlamasından önceki 3 gün ve sonraki 7 güne kadar belirtilen anormalliklerden iki veya daha fazlasının varlığı durumunda laboratuvar TLS tanısı konmaktadır.</i></p>	<p>Laboratuvar TLS'li bir hasta ve aşağıdakilerden en az bir tanesi en az biri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kreatinin ≥ 1.5 X Normal Üst Limit (yaş>12 yıl veya yaşa göre ayarlanmış) • Kardiyak aritmi • Ani ölüm • Nöbet

Asemptomatik hipokalsemi tedavi edilmemelidir, çünkü tedavi böbreklerde kalsiyum fosfat birikimini daha da hızlandırabilmektedir (Zafrani, Canet ve Darmon, 2019; Mirrakhimov, Voore, Khan ve Ali, 2015). Kalsiyum düzeyinin normalin altına düşmesi durumunda kardiyak izlem önerilmektedir (Williams ve Killeen, 2019). TLS'de gelişen hipokalsemide amaç semptomları tedavi etmektir ancak biyokimyasal parametreleri referans aralıklarına döndürmemek gerekmektedir (Jones, Will, Jackson, Webb ve Rule, 2015).

Hiperkalemi: Potasyum ≥ 6.0 mEq/L veya başlangıca göre% 25 artış olması durumunda kardiyak izlem yapılması gereklidir (Puri, Sharma, Gunturu ve Ahmed, 2020). Potasyum düzeyinin ≥ 7.0 mEq/L'nin üzerine çıkması durumunda hastanın diyalize alınması gerekmektedir (Jones, Will, Jackson, Webb ve Rule, 2015). Potasyum düzeylerini düşürmek için standart önlemler

alınabilir ancak etkileri geçicidir ve sıklıkla diyaliz gerekmektedir (Alakel, Middeke, Schetelig ve Bornhouser, 2017). Akut kardiyotoksisite olması durumunda sürekli kardiyak izlem ile kısa bir kalsiyum glukonat infüzyonu ile tedavi edilmelidir (Jones, Will, Jackson, Webb ve Rule, 2015; Alakel, Middeke, Schetelig ve Bornhouser, 2017; Puri, Sharma, Gunturu ve Ahmed, 2020). Nebulize veya intravenöz salbutamol, intravenöz insülin ve glukoz infüzyonu etkili olabilmektedir (Belay, Yirdaw ve Enawgaw, 2017). Her iki strateji de potasyumun ekstraselüler alandan hücre içi boşluğa hareketini arttırır (Jones, Will, Jackson, Webb ve Rule, 2015; Belay, Yirdaw ve Enawgaw, 2017).

Renal diyaliz: Ürat oksidaz tedavisinin kullanımı, TLS riski olan hastalarda diyaliz ihtiyacını azaltmıştır (Mirrakhimov, Voore, Khan ve Ali, 2015). Bununla birlikte uygun profilaktik

önlemler alınmasına rağmen renal bozulma önlenemediğinde ve önemli miktarda sıvı yüklenmesi, hiperkalemi, hiperürisemi, hiperfosfatemi veya hipokalsemi geliştiğinde, böbrek diyalizi endikedir (Alakel, Middeke, Schetelig ve Bornhouser, 2017). Periton diyalizi daha yavaş bir klinik iyileşme sağladığı için önerilmemektedir (Garimella ve ark., 2016; Alakel, Middeke, Schetelig ve Bornhouser, 2017). Literatürde TLS'de metabolitlerin kana sürekli salınımı göz önüne alındığında günlük diyalizin en iyi strateji olabileceğini belirten çalışmalar mevcuttur (Mirrahimov, Voore, Khan ve Ali, 2015; Alakel, Middeke, Schetelig ve Bornhouser, 2017). Böbrek fonksiyonlarında ve idrar çıkışında yeterli iyileşme sağlanana kadar diyalize devam edilmelidir (Garimella ve ark., 2016).

Hemşirelik Bakımı

TLS, hayatı tehdit eden onkolojik bir acil durumdur ve onkolog, nefrolog, dahiliye uzmanı, yoğun bakım uzmanı, yoğun bakım hemşireleri ve onkoloji hemşirelerini içeren disiplinler arası bir ekip tarafından yönetilir (Taho-Tammy ve Winokur, 2019). Kanser hastalarının hayatını tehdit eden bir durum olması nedeniyle, TLS gelişme riski yüksek olan hastaların belirlenmesi ve erken profilaktik tedaviye başlanması zorunludur (Taho-Tammy ve Winokur, 2019; Adeyinka ve Bashir, 2019). TLS gelişme riski yüksek hastalarda öncelikle TLS gelişimini önleme, sıvı elektrolit dengesini sağlamak için beslenme ve boşaltıma yönelik uygulamalar, TLS gelişmiş hastalarda ise komplikasyonları önleme hemşirelik bakımı kapsamında yer almaktadır. Yoğun bakım ve onkoloji hemşireleri bu sendromun yönetiminde anahtar rol oynamaktadır (Adeyinka ve Bashir, 2019). TLS'li hastanın hemşirelik bakımının planlanmasında ele alınabilecek hemşirelik tanıları ve hemşirelik tanılarına yönelik girişimler Tablo 5'de verilmiştir (Özen ve Enç, 2013; Sleutel, Brown ve Wells, 2016; Kaplow ve Iyere, 2016).

Önleme

Kemoterapi alan kanserli hastalara yönelik bakım hedefleri arasında TLS için yüksek riskli hastaların belirlenmesi, önleyici tedavilerin başlatılması; metabolik ve renal komplikasyonların ekip işbirliği ile yönetilmesi ve hasta ve ailesine destekleyici bakım sağlamak yer almaktadır (Sleutel, Brown ve Wells, 2016). TLS'yi önlemek ve tedavi etmek için kemoterapi gören hastalar başlangıçta risk faktörleri açısından değerlendirilmeli, tedavinin başlatılması sırasında ve sonrasında yakından takip edilmelidir (Kaplow

ve Iyere, 2016). Önleyici bakımın temelinde hidrasyon, allopurinol ve rasburikaz yer alır ve bunların hastaya hekim önerisi doğrultusunda düzenli şekilde uygulanması sağlanmalıdır (Held-Warmkessel, 2010).

Beslenme

TLS'li hastalarda potasyum ve fosfordan kısıtlı bir diyet alınması önemlidir. Hasta ve yakınlarına potasyum (portakal, muz, domates, çikolata) ve fosfordan (süt, et, peynir, yumurta, balık ve karbonatlı içecekler) zengin besin grupları ile ilgili eğitim verilir (Brown C.G., 2015).

Boşaltım

Intravenöz hidrasyon mümkün olan en kısa sürede, ideal olarak kemoterapiye başlamadan 2 gün önce, kemoterapi sırasında ve sonrasında 2-3 gün devam etmelidir. Parenteral olarak önerilen günlük sıvı miktarı 3.000 ml / m² 'dir. Hidrasyonun sağlanmasıyla; yüksek idrar çıkışı sağlanarak (100 ml / m²'nin üzerinde her saat), kalsiyum fosfat çökeltisi riski azaltılmaktadır (Held-Warmkessel, 2010; Kaplow ve Iyere, 2016).

Kanser hastası; periferik ödem, boyunda venöz dolgunluk, kilo alımı ve pulmoner ödem gibi sıvı yüklenmesi ve azalmış turgor, susuzluk ve kilo kaybı gibi dehidratasyon belirti ve bulguları yönünden takip edilmelidir (Taho-Tammy ve Winokur, 2019; Held-Warmkessel, 2010). Böbrek fonksiyonlarını izlemek için serum kreatinin, Blood Urea Nitrogen (BUN) seviyeleri, kalsiyum, fosfat, potasyum ve ürik asit düzeyleri de dahil olmak laboratuvar sonuçları ile birlikte aldığı çıkardığı sıvı, günlük kilo değişimi değerlendirilmelidir (Sarno, 2013). Dehidratasyonu ve renal obstrüksiyonu bulunan hastalarda diüretik kullanımından kaçınılmalıdır (Held-Warmkessel, 2010; Sarno, 2013).

Optimal olarak, kemoterapiye başlamadan 1-2 gün önce hastaya allopurinol başlanması gereklidir. Allopurinol alan kanser hastası alerjik reaksiyon (deri döküntüsü, ateş, titreme, bulantı, kusma, eozinofil sayısında artış) ve diğer yan etkiler açısından gözlenmelidir (Beth McGraw, 2008). Allopurinol tedavisi, aşırı ürik asidi önlemeye yardımcı olduğu için kemoterapiden önce başlatılır, ancak halihazırda hiperürisemisi olan hastalarda ürik asit düzeylerini düşürmez (Beth McGraw, 2008; Held-Warmkessel, 2010). Buna ek olarak, yüksek doz metotreksat, siklofosamid, merkaptopürin ve azatioprin gibi kanseri tedavi etmek için kullanılan diğer ilaçların atılımını engeller ve kapesitabinin etkinliğini azaltır (Held-Warmkessel, 2010).

Allopurinolün aksine rasburikaz, hiperürisemiye tedavi eden bir ilaçtır. İntravenöz verilen, rasburikaz ürik asidi, idrarda ürik asitten çok daha fazla çözünür olan allantoina dönüştürür (Mackiewicz, 2012).

Tablo 5. TLS’de Hemşirelik Bakımı

Hemşirelik Tanısı 1. Spontan ya da antikanser tedaviye yanıt olarak tümör hücrelerinin lizisine sekonder serum potasyum düzeyinin yükselmesine bağlı **Hiperkalemi**

Amaç: Hastada serum potasyum düzeyinin normal aralıklarda olması

Hemşirelik Girişimleri:

- Hastanın yaşamsal bulguları takip edilir.
- Hasta hiperkalemi belirti ve bulguları (diyare, mide bulantısı, kusma, disritmi, EKG değişiklikleri) yönünden takip edilir.
- Hastanın serum potasyum değeri düzenli aralıklarla takip edilir.
- Hastada olası EKG değişikliklerini gözlemek için monitörize edilir.
- Hasta ve ailesine potasyumdan zengin gıdalardan kaçınması konusunda eğitim verilir.
- Hastada sıvı volüm fazlalığı varsa ve diüretik kullanılması gerekiyorsa hekimle görüşülüp potasyum tutucu diüretiklerden kaçınılır.
- Potasyumun hücre içine girişini kolaylaştırmak için hekim orderi doğrultusunda hastaya tamponize mayi (Kristalize insülin+ %5 ya da %10 dekstroz içeren mayi) takılır.
- Tamponize mayi infüzyonu sırasında hasta hipoglisemi belirti ve bulguları yönünden takip edilir.
- Tamponize mayi infüzyonu öncesi, sırası ve sonrasında hastanın düzenli olarak plazma glukoz düzeyi ölçülür ve kaydedilir.

Hemşirelik Tanısı 2. Spontan ya da antikanser tedaviye yanıt olarak tümör hücrelerinin lizisine sekonder serum fosfat düzeyinin yükselmesine bağlı **Hiperfosfatemi**

Amaç: Hastada serum fosfat düzeyinin normal aralıklarda olması

Hemşirelik Girişimleri:

- Hastanın yaşamsal bulguları takip edilir.
- Hasta hiperfosfatemi belirti ve bulguları (anüri/oligüri, azotemi belirti ve bulguları, hipokalsemi) yönünden takip edilir.
- Hastanın serum fosfat değeri düzenli aralıklarla takip edilir.
- Hastanın aldığı çıkardığı sıvı takibi takibi yapılır.

- Hasta ve ailesine fosfattan zengin gıdalardan kaçınması konusunda eğitim verilir.
- Hekim istemi doğrultusunda oral fosfat bağlayıcı ilaçlar uygulanır.
- Oral fosfat bağlayıcı ilaçların etkinliğinin sağlanabilmesi için yemekle birlikte ya da yemekten hemen sonra verilir.
- Hekim istemi doğrultusunda rasburikaz uygulanır.
- Rasburikaz alan hastanın hidrasyon durumunu değerlendirir.
- Kalsiyum fosfat bileşikler renal tübüllerde birikerek renal fonksiyonları etkileyeceği için hastanın üre, kreatinin, ürik asit gibi böbrek fonksiyon testlerini takip eder.

Hemşirelik Tanısı 3. Hiperfosfatemiye sekonder kalsiyum fosfat bileşiklerinin oluşması nedeniyle serum kalsiyum düzeyinin düşmesine bağlı **Hipokalsemi**

Amaç: Hastada hipokalsemi belirti ve bulgularının gerilemesi

Hemşirelik Girişimleri:

- Hastanın yaşamsal bulguları takip edilir.
- Hasta hipokalsemi belirti ve bulguları (tetani, nöbet, parestezi, deliryum, ventriküler ritim bozukluğu vb.) yönünden takip edilir.
- Hastanın serum kalsiyum düzeyi düzenli aralıklarla takip edilir.
- Hastaya hekim istemi doğrultusunda intravenöz (IV) kalsiyum glukonat infüzyonu yapılır.
- Kalsiyum glukonat infüzyonunun yavaş yapılması ve ilacın uygun mayi ile dilüe edilmesine özen gösterilir.
- Kalsiyum glukonat infüzyonunun yapılacağı damar yolunun açıklığı kontrol edilir ve infüzyon sırasında damar yolu ekstrevasiyon açısından izlenir.
- Hasta olası EKG değişikliklerini gözlemek için monitörize edilir.

Hemşirelik Tanısı 4. Hiperürisemi, kalsiyum fosfatın renal tübüllerde çökmesi ve renal fonksiyonların bozulmasına bağlı **Sıvı Volüm Fazlalığı**

Amaç: Hastada sıvı volüm dengesinin sağlanması

Hemşirelik Girişimleri:

- Hastanın yaşamsal bulguları düzenli aralıklarla takip edilir.
- Hasta monitörize edilir.
- Hastanın aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılır.
- Hasta her gün aynı kıyafetlerle tartılır ve kilosu kaydedilir.
- Hastada sıvı volüm fazlalığını gösteren boyunda venöz dolgunluk, periferik ödem, kan basıncı yüksekliği vb. takip edilir.

- Hiperürisemiye kontrol altına almak için hekim istemi doğrultusunda allopurinol ya da rasburikaz uygulanır.
- Rasburikaz uygulanacaksa hastanın IV hidrasyonu dikkatli bir şekilde uygulanır.
- Hiperfosfatemiyeye yönelik hemşirelik girişimleri uygulanır.
- Hastanın serum üre, ürik asit, kreatinin değerleri takip edilir.
- Hastaya böbrek koruyucu diyet (proteinden kısıtlı) önerilir.
- Hastaya diyaliz uygulanacaksa işlem öncesi, sırası ve sonrası hasta hazırlanır ve komplikasyonlar yönünden izlenir.

Hemşirelik Tanısı 5. Spontan ya da antikanser tedaviye yanıt olarak tümör hücrelerinin lizisine sekonder laktik asit oluşumu nedeniyle asidoz gelişmesine bağlı **Etkisiz Solunum Örüntüsü**

Amaç: Hastanın solunum fonksiyonunu etkili bir şekilde yerine getirmesi

Hemşirelik Girişimleri:

- Hastanın solunum hızı, ritmi, derinliği değerlendirilir.
- Hasta solunum güçlüğü belirti ve bulguları (dispne, burun kanadı solunumu vb.) yönünden takip edilir.
- Hastanın akciğer sesleri dinlenerek anormal ses varsa kaydedilir.
- Hastanın saturasyonu düzenli aralıklarla takip edilir, gerekirse oksijen verilir.
- Hastanın kan gazı değerleri (PO₂, PCO₂, laktik asit, HCO₃) takip edilir.
- Hastaya hekim istemi doğrultusunda bronkodilatatör ilaçları uygulanır.
- Hastanın solunumu daha rahat yapabilmesi için semi fowler pozisyon verilir.

İlaç, ürik asit seviyelerini düşürmek için hızlı bir şekilde çalışır ve serum potasyum, fosfat, kalsiyum ve kreatinin seviyelerini kontrol etmeye yardımcı olmaktadır (Mackiewicz, 2012; Beth McGraw, 2008). Rasburikaz alan bir kanser hastasında ürik asit analizi için alınan örnekler laboratuvara güvenli bir şekilde gönderilmelidir (Sarno, 2013). Doğru ürik asit sonuçlarını elde edebilmek için kan örneği alındıktan sonra, nakil sırasında ve laboratuvarında işlenmeyi beklerken örnek buz üzerine yerleştirilmelidir (Held-Warmkessel, 2010; Sarno, 2013).

Komplikasyonların Önlenmesi

Rasburikaz alacak hastalarda allopurinol kesilmeli ve iki ilaç asla birlikte kullanılmamalıdır. Rasburikaz tedavisi uygulamadan önce hastanın hidrasyonunun sağlanmış olması önemlidir (Taho-Tammy ve Winokur, 2019).

Aşırı duyarlılık reaksiyonu riski nedeniyle rasburikaz tedavisi başlamadan önce acil ilaçların (oksijen, epinefrin, kortiko steroidler ve difenhidramin gibi) hazır olduğundan emin olunmalıdır (Sarno, 2013; Taho-Tammy ve Winokur, 2019). Rasburikaz tedavisi boyunca yaşamsal bulgular alınmalı ve ilaç uygulaması boyunca hasta yakından izlenmelidir (Coiffier ve Riouffol, 2007). Aşırı duyarlılık reaksiyonlarının belirtileri arasında ürtiker, bronkospazm, göğüs rahatsızlığı, nefes darlığı, hipoksi ve hipotansiyon bulunmaktadır (Hochberg ve Cairo, 2008). Rasburikaz infüzyonunu aşırı duyarlılık reaksiyonunun ilk belirtisinde infüzyon durdurularak hastanın hava yolu, solunum, dolaşımı değerlendirilmeli ve yaşamsal bulgular alınarak hekime bilgi verilip order edildiği şekilde uygun tedavi uygulanmalıdır (Coiffier ve Riouffol, 2007; Hochberg ve Cairo, 2008).

Baş ağrısı, kızarıklık, ateş ve kusma, rasburikaz ile ilişkili en yaygın yan etkilerdir (Coiffier ve Riouffol, 2007). Tekrarlanan dozlarda ek advers reaksiyonlar arasında karaciğer enzimlerinde artış, ürtiker, kaşıntı, kızarma, nefes darlığı ve göğüs ve sırt ağrısı bulunmaktadır (Hochberg ve Cairo, 2008). Buna ek olarak rasburikaz, şiddetli hemoliz riski nedeniyle glukoz-6-fosfat dehidrogenaz eksikliği olan hastalara asla uygulanmamalıdır. Onkoloji hemşiresi ilaç yan etkilerinin farkında olmalıdır (Held-Warmkessel, 2010).

Hiperkalemiye yönelik girişimler arasında; Sodyum polistiren sülfonat, IV diüretikler, IV glukoz veya insülin infüzyonları, IV kalsiyum glukonat veya diyaliz uygulaması yer almaktadır (Beth McGraw, 2008). Hiperfosfatemiyeye ve hipokalsemiye yönelik olarak yapılacak girişimler arasında; IV % 10 kalsiyum glukonat infüzyonu, alüminyum hidroksit gibi oral fosfat bağlayıcılar, fosfor alımının diyetle kısıtlanması veya diyaliz yer almaktadır (Mirrahimov, Voore, Khan ve Ali, 2015; Zafrani, Canet ve Darmon, 2019). Hiperürisemiye yönelik olarak; allopurinol, rasburikaz ve diyaliz yer almaktadır (Mirrahimov, Voore, Khan ve Ali, 2015). Sıvı-elektrolit dengesizliklerine yönelik olarak kanser hastasının monitörize edilmesi, yaşamsal bulgularının ve laboratuvar değerlerinin takip edilmesi, aldığı çıkardığı sıvı ve kilo takibinin yapılması önemlidir (Beth McGraw, 2008).

Sonuç ve Öneriler

TLS kanser hastalarında gelişen multidisipliner bir anlayışla bakım verilmesi gereken bir sendromdur. TLS iyi yönetilmediği takdirde birçok

komplikasyona ve ölüme neden olan önemli bir onkolojik acildir. TLS'nin hemşirelik yönetiminde; spontan ya da antikanser tedavisine yanıt olarak TLS gelişme riski yüksek hastaların risk grubuna göre sınıflandırılması, önleyici girişimlerde bulunulması, beslenme, boşaltım, komplikasyonların önlenmesi, ilaç yan etki takibi önemlidir.

Araştırmannın Etik Yönü/ Ethics Committee

Approval: Derleme yazım süresince kullanılan kaynaklar kaynakça bölümünde gösterilmiştir.

Hakem/Peer-review: Dış hakem değerlendirmesi.

Yazar Katkısı/Author Contributions: Fikir/kavram: Fikir/kavram: NÖ, FA; Tasarım: NÖ, FA; Kaynak tarama: NÖ, FA; Makalenin Yazımı: NÖ, FA; Eleştirel inceleme: NÖ, FA.

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

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

Çalışma Literatüre Ne Kattı?

- TLS'de tedavi ve bakıma ilişkin bilgi verilmiştir.
- TLS'de hemşirelik bakımının önemine dikkat çekmektedir.
- Onkoloji hemşirelerinin konuyla ilgili bilgi düzeylerinin artmasını sağlayarak farkındalık oluşturmaktadır.

Kaynaklar

- Adeyinka A, Bashir K. (2019). Tumor lysis syndrome. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK518985/>. Erişim tarihi: 12.07.2020.
- Alakel N, Middeke JM, Schetelig J, Bornhäuser M. (2017). Prevention and treatment of tumor lysis syndrome, and the efficacy and role of rasburicase. *OncoTargets and Therapy*, 10, 597-605.
- Belay Y, Yirdaw K, Enawgaw B. (2017). Tumor lysis syndrome in patients with hematological malignancies. *Journal of Oncology*, 17; 9684909.
- Beth McGraw RN. (2008). At an increased risk: tumor lysis syndrome. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(4), 563-565.
- Pace A.F., (2015). Electrolyte imbalances, syndrome of inappropriate antidiuretic hormone, and tumor lysis syndrome. Brown CG. (Ed). *A Guide to Oncology Symptom Management*. Pittsburg: ONS, p. 319-68.
- Cairo MS, Bishop M. (2004). Tumour lysis syndrome: new therapeutic strategies and classification. *British Journal of Hematology*, 127(1), 3-11.
- Criscuolo M, Fianchi L, Dragonetti G, Pagano L. (2016). Tumor lysis syndrome: review of pathogenesis, risk factors and management of a medical emergency. *Expert Review of Hematology*, 9(2), 197-208.
- Coiffier B, Riouffol C. (2007). Management of tumor lysis syndrome in adults. *Expert Review of Anticancer Therapy*, 7(2), 233-239.
- Darmon M, Guichard I, Vincent F, Schlemmer B, Azoulay É. (2010). Prognostic significance of acute renal injury in acute tumor lysis syndrome. *Leukemia & Lymphoma*, 51(2), 221-227.
- Edeani A, Shirali A. (2017). Chapter 4: Tumor lysis syndrome. *Onco-Nephrology Curriculum*, Mark A. Perazella editor. Washington, DC: American Society of Nephrology, p.1-8.
- Held-Warmkessel J. (2010). How to prevent and manage tumor lysis syndrome. *Nursing* 2019, 40(2), 26-31.
- Hüzmeli, C. (2019). Assessment of tumor lysis syndrome cases. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 41(1), 28-33.
- Hochberg J, Cairo MS. (2008). Rasburicase: future directions in tumor lysis management. *Expert Opinion on Biological Therapy*, 8(10), 1595-1604.
- Garimella PS, Balakrishnan P, Ammakkanavar NR, Patel S, Patel A, Konstantinidis I, Nadkarni, GN. (2017). Impact of dialysis requirement on outcomes in tumor lysis syndrome. *Nephrology*, 22(1), 85-88.
- Gönderen Çakmak H.S. (2020). Tümör lizis sendromu. Kapucu S., Kutlutürkan S. (Editörler). *Hemşirelik Öğrencilerine Yönelik Onkoloji Hemşireliği*. Ankara: Hipokrat yayıncılık, s.447-453.
- Kaplow R, Iyere K. (2016). Recognizing and preventing tumor lysis syndrome. *Nursing* 2019, 46(11), 26-32.
- Jones GL, Will A, Jackson GH, Webb NJ, Rule S, British Committee for Standards in Haematology. (2015). Guidelines for the management of tumour lysis syndrome in adults and children with haematological malignancies on behalf of the British Committee for Standards in Haematology. *British Journal of Haematology*, 169(5), 661-671.
- Mackiewicz T. (2012). Prevention of tumor lysis syndrome in an outpatient setting. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(2), 189-193.
- Mirrahimov AE, Voore P, Khan M, Ali AM. (2015). Tumor lysis syndrome: a clinical review. *World Journal of Critical Care Medicine*, 4(2), 130-138.
- Puri I, Sharma D, Gunturu KS, Ahmed AA. (2020). Diagnosis and management of tumor lysis syndrome. *Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives*, 10(3), 269-272.
- Özen AT, Enç N. (2013). Kritik hastalıklarda sıvı elektrolit dengesi değişikliklerinde hemşirenin rolü. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 4(5), 9-13.
- Sarno J. (2013). Prevention and management of tumor lysis syndrome in adults with malignancy. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*, 4(2), 101-106.
- Sleutel MR, Brown W, Wells JN. (2016). Preventing Tumor Lysis Syndrome: Two Case Studies of

- Unexpected Outcomes. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20(2), 195-200.
- Strauss PZ, Hamlin SK, Dang J. (2017). Tumor lysis syndrome: a unique solute disturbance. *Nursing Clinics*, 52(2), 309-320.
- Taho-Tammy T, Winokur EJ. (2019). Tumor Lysis Syndrome: A Practical Guide for Nurse Practitioners. *The Journal for Nurse Practitioners*, 15(9), 636-639.
- Zafrani L, Canet E, Darmon M. (2019). Understanding tumor lysis syndrome. *Intensive Care Medicine*, 45(11), 1608-1611.
- Wilson FP, Berns JS. (2014). Tumor lysis syndrome: new challenges and recent advances. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 21(1), 18-26.
- Williams SM, Killeen AA. (2019). Tumor lysis syndrome. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 143(3), 386-393.
- British Thoracic Society Nebulizer Project Group (1997). Current best practice for nebuliser treatment. *Thorax*, 52(2), 1-3.

Perinatal Hasta Güvenliği ve Hemşirelik Yaklaşımı

Perinatal Patient Safety and Nursing Approach

Büşra Yılmaz¹  Ümran Oskay¹ 

¹ İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, TÜRKİYE

Geliş tarihi/ Date of receipt: 15/10/2020 **Kabul tarihi/ Date of acceptance:** 30/12/2020
© Ordu University Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Turkey, **Published online:** 18/04/2021

ÖZ

Perinatal dönemde maternal, fetal ve yenidoğan güvenliğinin sağlanması tüm sağlık çalışanları için ortak bir hedefdir. Büyük çoğunluğunu genç sağlıklı kadınların oluşturduğu perinatal dönemde anne ve bebekle ilgili istenmeyen olumsuz bir durum çok yıkıcı bir sonucu beraberinde getirebilir. Bu sebeple perinatoloji alanında anne ve bebek güvenliği uygulamaları öncelikli olmalıdır. Kimliklendirme hataları, iletişim problemleri, ilaç güvenliği hataları ve düşmeler perinatal hasta güvenliği sorunlarının başında gelmektedir. İyi bir ekip eğitimi, etkili iletişim, simülasyon uygulamaları, fetal izlem eğitimi, mesleki davranışları ve güvenlik kültürü geliştirme çalışmaları, rol playler, klinik yönergeler ve kontrol listeleri hasta güvenlik uygulamalarının kilit bileşenlerini oluşturmaktadır. Çağdaş perinatoloji uygulamalarında hemşirelik bakımının temel bileşenlerinden biri de hastaların güvenliğini sağlamaktır. Perinatoloji hemşiresi hasta güvenliği ile ilgili bilgilerini güncel tutarak, klinik sonuçları izleyerek, ekip çalışmasında aktif rol alarak ve güvenilir bir rol modeli olarak hasta güvenliğine katkıda bulunabilir. Bu derleme, perinatal hasta güvenliğinin güncel klinik yönergeler, standart protokoller aracılığıyla ele alınması ve perinatoloji uygulamalarında aktif rol alan hemşirelerin rollerini belirtmek amacıyla yazılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Perinatoloji, hasta güvenliği, hemşire, tıbbi hata, profesyonel rol

ABSTRACT

Ensuring maternal, fetal and neonatal safety in the perinatal period is a common goal for all healthcare professionals. In the perinatal period, which is mostly formed by young healthy women, an undesirable negative situation about the mother and baby can bring a very devastating result. For this reason, mother and baby safety practices should be a priority in perinatology. Identification errors, communication problems, medication safety errors and falls are the main perinatal patient safety problems. Good team training, effective communication, simulation practices, fetal follow-up training, professional behavior and safety culture development studies, role plays, clinical guidelines and checklists constitute the key components of patient safety practices. One of the basic components of nursing care in contemporary perinatology practices is to ensure the safety of patients. Perinatal nurse can contribute to patient safety by keeping their knowledge about patient safety up-to-date, monitoring clinical results, taking an active role in teamwork and as a reliable role model. This review was written to address perinatal patient safety through current clinical guidelines, standard protocols, and to indicate the roles of nurses taking an active role in perinatology practices.

Keywords: Perinatology, patient safety, nurse, medical error, professional role

ORCID IDs of the authors: BY: 0000-0001-6937-5351, ÜO: 0000-0002-6606-9073

Sorumlu yazar/Corresponding author: Arş. Gör. Büşra Yılmaz

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

e-posta/e-mail: ylmzbsr678@gmail.com, busra.yilmaz@istanbul.edu.tr

Atf/Citation: Yılmaz B, Oskay Ü. (2021). Perinatal hasta güvenliği ve hemşirelik yaklaşımı. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 4(1), 123-132.DOI:10.38108/ouhcd.825864

Giriş

Hasta güvenliği, sağlık hizmeti vermede bakım kalitesinin bileşenlerinden biri olmakla birlikte nitelikli ve profesyonel bir hizmet vermenin önemli parametrelerindedir. Dünya Sağlık Örgütü hasta güvenliğini olumsuz etkileyen olayların önlenmesi, meydana geldiğinde görünür kılınması ve etkilerinin hafifletilmesi olarak tanımlamıştır (WHO 2017). Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses-ICN 2006) ise hasta güvenliğini “Kaliteli hemşirelik bakımının geliştirilmesi, sağlıkta istihdamının artırılması, sağlık personelinin eğitimi ve performansın iyileştirilmesi, çevre güvenliğinin sağlanması ve risk yönetimi, enfeksiyon kontrolü, güvenli ilaç kullanımı, ekipman güvenliği, güvenli klinik uygulama ve bilimsel bilgi birikimi ile entegre çalışma ortamı” olarak tanımlamıştır. Hasta güvenliğinde amaç; sağlık bakım hizmetlerinin bireylere verebileceği zararı önlemek, kaliteli sağlık hizmetinin primer koşulunu oluşturmaktır. Hasta güvenliği, sağlık bakım hizmeti sağlayıcılarının gerekli önlemleri alarak uygun fiziki ve psikolojik bir ortam oluşturmaları ile sağlanmaktadır (Korkmaz 2018).

Hasta güvenliğinin önemli bir parçası olan perinatal hasta güvenliği gebelik döneminin 20. haftasında başlayan ve yenidoğan bir haftalık oluncaya kadarki dönemi kapsayan perinatal dönemde optimal bakım alınmasını kapsamaktadır (Mackintosh ve ark., 2017). Perinatal hasta güvenliğinde amaç; yenidoğan ve annenin gebelikle başlayan süreçte, doğum ve doğum sonu dönemde en güvenli ortamda bakım almasını sağlamak, anne bebek kayıplarına engel olmaktır (Demir ve Şahin, 2014). Sağlık personellerinin hatalı veya eksik uygulamaları perinatal hasta güvenliği açısından risk oluşturmaktadır (WHO 2018). Martijn ve arkadaşları (2013) Hollanda’da bir hastanede 20 ebe ve 1000 düşük riski olan hasta ile yaptıkları çalışmada ebelik uygulamalarının %8,6’sının perinatal hasta güvenliği açısından risk oluşturduğunu bulmuştur. Başka bir çalışmada hemşirelerin %65.3’ünün meslek süreleri boyunca en az bir kez ilaç hatası yaptığı bildirilmiştir (Yıldız ve Yıldız, 2020).

Son yıllarda perinatal kayıpları minimuma indirmek için birçok sağlık kuruluşu hasta güvenliğine odaklanmış ve bu konuda güncel literatürde ilaç güvenliği, elektif doğumların zamanlaması, doğum indüksiyonu, sezaryen doğum oranlarını en aza indirme, rutin epizyotomiden kaçınma, omuz distosisinin yönetimi, doğumda

travma riskini en aza indirme, sezaryen sonrası vajinal doğum yapan kadınlara bakım verme, anne ve bebek ölüm riskini en aza indirme, doğum sonu kanamanın yönetimi, magnezyum sülfat uygulanan annenin bebeğinin nörolojik yönden değerlendirilmesi gibi konu başlıkları yer almıştır (Bilgiç ve Şahin, 2018; Simpson 2011; WHO 2017). Kimliklendirme hataları, iletişim problemleri, ilaç güvenliği ile ilgili hatalar ve düşmeler perinatal hasta güvenliğinin sağlanması konusunda karşılaşılan sorunların başında gelmektedir (Simpson 2011).

Kimliklendirme Hataları

Bireylerde kimlik verilerinin tanımlanması ve doğruluğunun kanıtlanmasına yönelik hatalara oldukça sık rastlanmaktadır. Literatürde, hasta kimliğini belirlemek amacıyla yapılan uygulamaların hedeflenen seviyede olmadığı görülmektedir (De Rezende ve ark., 2019; Henneman ve ark., 2010; Kıymaz ve Koç, 2018). Henneman ve arkadaşları (2010) kimliklendirme hatalarının sıklığını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, 61 sağlık bakım profesyonelinin her birine üç simülasyon senaryosu olmak üzere toplam 183 simülasyon senaryosu uygulatılmış, sağlık profesyonelinin %37’sinin kimlik saptama hatası yaptığı, hemşirelerin %39’unun yanlış hastaya girişimde buldukları ve tüm sağlık çalışanlarının %27’sinin işlem öncesi hastayı ya da kimlik bantlarını kontrol etmedikleri bulunmuştur.

İletişim Sorunları

Bir ekip çalışması içinde yer alan sağlık profesyonelleri etkili iletişim becerilerini kullanmak zorundadır. Dünya çapında ciddi tıbbi hataların %80’inin sağlık çalışanları arasındaki iletişimsizlik nedeniyle gerçekleştiği tahmin edilmektedir (Mujundar ve Santos, 2015). Perinatal hasta güvenliğinde de hasta tesliminden kaynaklanan hataların büyük çoğunluğu iletişim sorunlarından kaynaklanmaktadır. Hasta tesliminde kullanılan iletişim tekniklerinden en yaygın olanı “Situation-Durum, Background-Tıbbi öykü, Assessment-Değerlendirme, Recommendation-Öneri” (Situation, Background, Assessment, Recommendation-SBAR)’dır. “Perinatal SBAR” iletişim yöntemi doğumdan önce, doğum sırasında ve sonrasında annenin ve çocuğunun iyilik halinin açıklanmasında; durumun zamanında, açık, net ve tam bir biçimde iletilmesini sağlayan bir iletişim aracıdır (Demir ve Şahin, 2014). Yu ve arkadaşlarının (2018) hemşirelik nöbet teslimi hatalarını ve nedenlerini belirlemek, mevcut hasta teslim yöntemlerini değerlendirmek amacıyla

Güney Kore'de 291 hemşire ile yaptıkları çalışmada; hasta güvenliği kültürünün benimsenmesi, güvenli hasta teslimi sağlamayı olumlu yönde etkilerken, daha önce nöbet teslim hatası deneyimlemenin güvenli hasta teslimini sağlamayı olumsuz etkilediği bulunmuştur. Çalışmada ayrıca çalışılan bölümler ve birimler arasındaki iş birliği ve etkili iletişimin eksik olmasının, tıbbi hata raporlarının hatalı ve eksik tutulmasının, dokümanite edilmiş kılavuzların veya kontrol listelerinin yetersiz oluşunun güvenli hasta teslimini olumsuz etkilediği bulunmuştur. Birimler arasında iş birliği ve hasta güvenliğinin sağlanmasında, etkili iletişim tekniklerinin kullanılması ve geliştirilmesi önemlidir (James ve ark., 2013; Tuğrul ve Khorshid, 2015).

İlaç Güvenliği ile İlgili Hatalar

Gebelikte ilaç güvenliği son derece önemlidir çünkü doğmamış çocuğa doğum öncesi maruziyet yaşam boyu sonuçlarla yan etkilere neden olabilir. Birçok farmakolojik ajan için gebelik dönemindeki riskleri hakkındaki veriler yetersizdir (Cappadona ve ark., 2020; Nash ve ark., 2015). Yapılan çalışmalarda gebelikte yanlış ilaç kullanımının doğumsal anomalilere, gebelik kaybına ve diğer gelişimsel anomalilere sebep olabileceği bulunmuş fakat kanıtlar yetersiz düzeyde kalmıştır (Rosenbloom ve ark., 2019; Schaefer 2018).

Anne Düşmeleri

Hasta güvenliğini tehdit eden bir diğer konu gebelikte düşmeler ve yenidoğan düşmeleridir. Gebelikte meydana gelen anatomik ve fizyolojik değişiklikler, kas-iskelet sistemini etkileyerek yürüyüşte ve duruş pozisyonunda değişikliklere neden olmaktadır (Mei ve ark., 2018). Gebelikteki düşme riski genellikle göz ardı edilen bir konudur. Fakat gebelik döneminde acile başvuru sebeplerinden ikinci sırada düşmeler yer almaktadır (Heafner ve ark., 2013). Yapılan bir çalışmada gebe kadınların %28'inin yüksek düşme riski altında olduğu bildirilmiştir (McCrorry ve ark., 2011). Gebelik haftalarına göre düşmelerin değerlendirildiği çalışmada gebelik haftası ilerledikçe, düşme sebepli hastaneye yatış oranlarının büyük ölçüde arttığı bildirilmiştir (ilk üç aylık dönemde %9.4, ikinci üç aylık dönemde %11.3 ve üçüncü üç aylık dönemde %79.3) (İnanır ve ark., 2014). Başka bir çalışmada ise gebe kadınların, üreme çağındaki gebe olmayan kadınlara göre 2.3 kat daha fazla düşme riskine sahip oldukları belirlenmiştir (McCrorry ve ark., 2013).

Perinatal Hasta Güvenliğinde Standart Protokoller

Literatürde özellikle jinekolojik hastalıklar ve doğumda standartlaştırılmış protokollerin kullanılmasının mortaliteyi önemli ölçüde azalttığı belirtilmektedir (D'alton ve ark., 2014; D'alton ve ark., 2016; Main ve ark., 2015). Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ- Agency for Healthcare Research and Quality) hasta güvenliğini iyileştirme çalışmalarının sağlık bakım hizmeti kalitesini iyileştireceğini ve böylece tıbbi hataların da azaltılmasına katkı sağlayacağını bildirmektedir (Cicero ve ark., 2020). Kanıta dayalı güncel verilerle hazırlanan protokoller, kalite ve hasta güvenliğini iyileştirme çabalarını gündeme getirmektedir (D'alton ve ark., 2016; Esencan ve Aslan, 2015; Main ve ark., 2015). Derlemede maternal kanama güvenliği, perinatolojide yenidoğan güvenliği, yenidoğan düşmelerinde hemşirelik yaklaşımı, yenidoğan güvenlik önlemleri, perinatal depresyon ve anksiyetede hasta güvenliği, venöz tromboemboliyi önlemede maternal güvenliği ve hipertansiyon yönetimi standartlaştırılmış protokoller ve güvenlik paketlerine yer verilmiştir.

Maternal Kanama Güvenliği

Obstetrik kanama ciddi maternal mortalite ve morbiditenin en önemli ve önde gelen nedenlerindedir. Vajinal doğumdan sonra 500 ml, sezaryen sonrası 1000 ml kan kaybı doğum sonu kanama olarak tanımlanmaktadır (ACOG 2014). Fazla miktarda veya aniden gelen kanama, yaşamı tehdit edici ve acilen müdahale edilmesi gereken bir durumdur. Doğum sonu kanamanın komplikasyonları şok, ciddi solunum sıkıntısı, koagülopati ve histerektomiye bağlı fertilitite kaybı ve ölümdür (Newsome ve ark., 2017). Bu sebeple obstetrik kanama yönetimi, tüm sağlık ekibi üyelerinin önemle üzerinde durması gereken bir konudur. NPMS (National Partnership for Maternal Safety-Anne Güvenliği için Ulusal Ortaklık) hazırlık, tanılama, önleme, yanıt ve rapor aşamalarından oluşan bir güvenlik paketi oluşturmuştur (Tablo 1) (Main ve ark., 2015).

Perinatolojide Yenidoğan Güvenliği

Perinatal hasta güvenliği yalnızca prenatal dönemde fetüs sağlığını ve doğum anında yenidoğan güvenliğini kapsamamalı, postpartum süreçteki yenidoğan güvenliğini de içermelidir (Lipke ve ark., 2018). Postpartum dönemde güvensiz uyku durumlarını hemşire gözlemiyle değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada hastanede doğan bebeklerin %14'ünün (n=23) anne kucağında annelerinin uyuyakalması sebebiyle düşme riskine

maruz kaldığı belirlenmiştir. Çalışmada geliştirilen güvenlik paketi sonrasında Mayıs 2015-2017 tarihleri arasında herhangi bir bebek düşmesinin yaşanmadığı belirtilmiştir. Yenidoğan güvenlik paketi içeriği Tablo 2’de gösterilmiştir (Lipke ve ark., 2018).

Tablo 1. Güvenli maternal kanama paketi (Main ve ark., 2015)

Hazırlık
1. Sarf malzemeleri, kontrol listeleri, algoritma kartları, intrauterin balonlar ve uterin kompresyonu barındıran bir kanama arabası
2. Kanama ilaçlarına hemen erişimi sağlama
3. Yardıma ihtiyaç duyulduğunda aranacak bir ilk yardım ekibi oluşturma (kan bankası, ileri jinekolojik cerrahi, diğer destek ve üçüncül hizmetler)
4. Acil durumlar için kan transfüzyon protokolleri oluşturmak
5. Protokoller hakkında hizmet içi eğitimler
Tanımlama ve önleme
6. Kanama riskinin değerlendirilmesi (doğum öncesi, başvuruda ve diğer uygun zamanlarda)
7. Kümülatif kan kaybının ölçülmesi
8. Doğumun 3. evresinin aktif yönetimi
Yanıt
9. Birim standardı, acil obstetrik kanama durumunda kullanılacak kontrol listeleri
10. Hastalar, aileler ve personel için kanamalar hakkında destek programı
Raporlama
11. Yüksek riskli hastalar ve olay sonrası durum değerlendirmesi için bir grup kültürünün oluşturulması, başarıları ve fırsatları tanımlamak için bilgi mektupları
12. Sistem sorunları için ciddi kanamaların multidisipliner derlemesi
13. Perinatal kalitede sonuçları ve süreç ölçümlerini izleyen iyileştirme komitesi

Yenidoğan Düşmelerinde Hemşirelik Yaklaşımı

- Hemşireler daha sık ebeveyn-yenidoğan yatak başı ziyaretleri yapmalı (minimum her 1-2 saatte bir) ve hasta oda kapıları 24 saat açık kalmalıdır (Lipke ve ark., 2018).

- Ebeveynlere günün herhangi bir saatinde bebeği besleme, yatağına yatırma gibi durumlarda her zaman hemşireden destek alabileceği bilgisi verilmelidir (Lipke ve ark., 2018).

- Hastaneden taburculuk sonrası da düşmelerin önlenmesi ya da en aza indirilebilmesi için yazılı materyaller ve yüz yüze rol play ile verilen eğitimlerle bilgilerin kalıcılığı artırılmalıdır (Lipke ve ark., 2018).

Tablo 2. Yenidoğan güvenlik paketi (Lipke ve ark., 2018)

Maternal risk faktörleri
Epidural anestezi
Sezaryen doğumlar
Aşırı yorgunluk
Postpartum ikinci ya da üçüncü gece
Yakın zamanda kullanılan sedatifler
Aile onamı
Hastane ortamında bebeği güvende tutma konusunda güvenlik riskleri ve eğitimi içeren ebeveyn formu
Ebeveynler ve ziyaretçiler için güvenlik müdahaleleri
Anne – bebek ünitesindeki güvenlik bülten panoları
Her bebek beşiğinde; güvenli bir uyku için beşik kartlar
Hemşire rol modelli güvenli uyku uygulamaları
1-2 saatte bir hemşire ziyareti
Hasta odası kapıları 24 saat kilitlenmeden bırakılmamalı
Anne bebeğini besleyeceği zaman hemşiresinden destek alabilmeli
Raporlama ve bilgi sistemi
Bebek düşmeleri sağlık profesyonellerine, risk yöneticisine bildirilmeli

Yenidoğan Güvenliği Önerileri

- Her kadını bireysel ihtiyaçları, yorgunluğu, ağrı seviyesi, ağrı kesici kullanma durumu, ailede diğer destek sistemlerinin varlığı, yenidoğan güvenliği önlemleri bilgisi, doğum sonrası ve yenidoğan bakımı için tercihleri konusunda bireysel olarak değerlendirin (Simpson 2015).

- Anneleri ve bebekleri birlikte uyumaya zorlamayın. Bireysel ihtiyaçlara, klinik ve duygusal duruma ve hasta tercihlerine dayanarak birlikte uyuma seçeneklerini değerlendirin. Tüm anne ve bebekler için standart bir güvenlik politikası uygulanamaz. Yenidoğanın güvenliğini sağlamada bireyselleştirilmiş bakım planına ihtiyaç vardır (Simpson 2015).

- Her vardiyada bebek bakım odasına bir hemşire görevlendirin. Bir vardiyada bir hemşireye en fazla üç bebeğin bakım sorumluluğunu verin. Hemşirelerin, bebekleriyle ilgilendiklerinde annelerin suçluluk duygusu yerine güven duygusu geliştirmelerine yardımcı olun (Simpson 2015).

- Doğumdan sonra anne bebeğin ten tene temasına ve emzirmeyi desteklemeye önem verin.

- Ebeveynlere bebeklerinin düşme/düşme risklerini ve bebek yaralanma riskini nasıl en aza indireceklerini açıklayın. Bunun gerçekleşip gerçekleşmediğini sağlık kuruluşlarına bildirmenin önemini vurgulayın (Çoğu ebeveyn kötü anne/baba

olarak görünme korkusuyla bebeklerinin düştüğünü açıklamaktan çekinir) (Simpson 2015).

- Doğum sonrası verilen ağrı kesici ilaçlar uyusukluğa/uykuya eğilime sebep olabilir. Ebeveynlere, yorulduklarında bebekleriyle uyumalarının sakıncalarından söz edin.

- Yenidoğanın, anne yanında uyurken boğulma ihtimalinin yanı sıra emzirme esnasında da boğulma riski olduğunu açıklayın. Bu sebeple annenin bebeğini emzirirken mümkün olduğunca yalnız kalmamasını sağlayın (Simpson 2015).

Perinatal Depresyon ve Anksiyetede Hasta Güvenliği

Perinatal anksiyete ve depresyon bozuklukları, üreme çağındaki kadınların karşılaştığı en yaygın

ruh sağlığı sorunları arasındadır (Kendig ve ark., 2017). Tedavi edilmeyen ciddi perinatal duyu durum ve anksiyete bozuklukları, gerekli tıbbi bakımın artmasına, kişilerarası ilişkilerin bozulmasına, finansal kayıplara, sigara ve madde kullanımına, çocuğunu öldürme ya da intihara yönelim davranışlarında artmaya sebep olmaktadır (Bonacquisti ve ark., 2017). Perinatal duyu durum ve anksiyete bozuklukları anne ve bebek ölümleriyle ilişkilidir ve önemli bir hasta güvenliği sorunu olarak kabul edilmektedir (Bonacquisti ve ark., 2017). Kadın Sağlığı Bakımında Hasta Güvenliği Konseyi tarafından anne ruh sağlığını değerlendirme ve tedavide kanıta dayalı bir hasta güvenliği paketi Tablo 3'te verilmiştir (Kendig ve ark., 2017).

Tablo 3. Perinatal depresyon ve anksiyetede hasta güvenliği paketi (Kendig ve ark., 2017)

Hazırlık
1. Her klinik ortamda (ayaktan ve yatan hasta obstetri klinik ve servisleri) kullanıma sunulacak ruh sağlığı tarama araçlarını tanımlayın.
2. Bir yanıt protokolü oluşturun ve yerel kaynaklara dayalı kullanım için tarama araçlarını belirleyin.
3. Tanımlanmış tarama araçlarını ve müdahale protokolünü kullanma konusunda klinisyenleri ve diğer sağlık personellerini eğitin.
4. Tanımlanan tarama araçlarının ve müdahale protokolünün benimsenmesini sağlamaktan sorumlu olan bireyi belirleyin.
Tanımlama ve önleme
5. Gerektiğinde gözden geçirme ve güncellemelerle, anamnezde bireysel ve aile ruh sağlığı geçmişini (geçmiş ve şimdiki ilaçlar dahil) edinin.
6. Hem gebelik hem de doğum sonrası dönemde hastaları ruh sağlığı açısından değerlendirin.
7. Kadınlara ve aile üyelerine uygun zamanlanmış perinatal depresyon ve anksiyete farkındalığı eğitimi sağlayın.
Yanıt
8. Ruh sağlığı değerlendirmesi için rol playlerden yararlanın.
9. İntihar girişimi/düşüncesi ya da psikoza olan kadınlar için acil sevk protokolünü etkinleştirin.
10. Gerektiğinde kadınlara, aile üyelerine ve sağlık personeline uygun ve zamanında destek sağlayın.
11. Psikolojik destek almak amacıyla başvuran kadınların takip ve tedavilerini düzenli bir şekilde gerçekleştirin.
Raporlama
12. Multidisipliner psikiyatrik sağlık taramaları için kurumsal bir güvenlik kültürü oluşturun.
13. Değerlendirme sonuçlarının uygunluğunu ölçmek ve sonuçları izlemek için yerel standartlar belirleyin.

Venöz Tromboemboliyi Önlemede Maternal Güvenliği

Obstetrik venöz tromboembolizm maternal morbidite ve mortalitenin en sık nedenlerinden biridir (Bilgiç ve Şahin, 2018). Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan sistematik derlemede, Kuzey Amerika, Avustralya, Yeni Zelanda ve Japonya gibi yüksek gelirli ülkelerde anne ölümlerinin %14,9'unun emboli sebebiyle olduğu belirlenmiştir

(Khan ve ark., 2006). Risk faktörüne göre uygun tromboprofilaksi uygulaması, tromboembolizm sebebiyle maternal mortaliteyi azaltmanın en kolay ve güvenli yolu olarak tanımlanmıştır. NPMS tarafından venöz tromboemboli hakkında ortak fikir birliği sağlayarak venöz tromboemboliyi önlemede maternal güvenlik paketi oluşturulmuştur (Tablo 4) (D'alton ve ark., 2016).

Tablo 4. Venöz tromboemboliyi önlemede maternal güvenlik paketi (D'alton ve ark., 2016)

Hazırlık
1. Aşağıdaki durumlarda standardize edilmiş bir tromboembolizm risk değerlendirme aracı kullanın. - Doğum öncesi dönemde - Antepartum dönemde hastaneye yatışta - Sezaryen veya vajinal doğum sonrası hastaneye yatışlarda - Doğum sonrası dönemde (doğum sonrası altı haftaya kadar)
Tanımlama ve önleme
2. Venöz tromboembolizm riskini değerlendirmek için tüm hastalara standartlaştırılmış bir değerlendirme aracı uygulayın. 3. Tromboprofilaksi için uygun hastaları tanımlamak için standartlaştırılmış bir araç uygulayın. 4. Hasta eğitimini sağlayın. 5. Tüm sağlık hizmeti sağlayıcılarına risk değerlendirme araçları ve önerilen tromboprofilaksi tedavisi konusunda eğitim verin.
Yanıt
6. Mekanik tromboprofilaksi için standartlaştırılmış protokoller kullanın. 7. Profilaktik ve terapötik farmakolojik antikoagülasyon doz ayarlaması için standartlaştırılmış protokoller kullanın. 8. Nöroksiyal anesteziden faydalanılacaksa farmakolojik profilaksinin zamanlaması için standartlaştırılmış protokoller kullanın.
Raporlama
9. Sistem sorunları ve protokollerle uyumluluk değerlendirmesi için tüm tromboembolizm olaylarını gözden geçirin. 10. Süreç ve sonuçları standardize edilmiş bir şekilde izleyin. 11. Farmakolojik tromboprofilaksinin komplikasyonlarını değerlendirin.

Hipertansiyon Yönetimi

Gebelikte ortaya çıkan hipertansif bozukluklardan kaynaklanan komplikasyonlar, önlenebilir ciddi maternal morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenleri arasındadır. Zamanında ve uygun tedavi, hipertansiyona bağlı komplikasyonları azaltmada önemli bir potansiyele sahiptir (D'Alton ve ark., 2014). Sağlık hizmeti sağlayıcılarının bu amaca ulaşmalarına yardımcı olmak için, gebelik ve doğum sonrası dönemde ciddi hipertansiyonu olan kadınlara sağlanan bakımı koordine etmek ve standartlaştırmak için standart klinik rehberler gereklidir (Shields ve ark., 2017). Bu amaçla uluslararası düzeyde multidisipliner çalışma grupları ile oluşturulmuş gebelikte ve postpartum süreçte faydalanılmak üzere hipertansiyon yönetimi güvenlik paketleri

oluşturulmuştur (Committee on Obstetric Practice 2017). NPMS tarafından geliştirilen bu güvenlik paketinde gebelikte hipertansiyonu tanımlama, önleme, cevap ve raporlama kriterleri yer almaktadır (Tablo 5) (Bernstein ve ark., 2017).

Tablo 5. Hipertansiyon yönetimi güvenlik paketi (Bernstein ve ark., 2017)

Hazırlık
1. Erken uyarı işaretleri ve tanı kriterlerinin belirlenmesi, şiddetli preeklampsi/eklampsinin izlenmesi ve tedavisi 2. Protokollerin belirlenmesi ve ünite temelli tatbikatların yapılması 3. Zamanında triyaj ve değerlendirme süreci 4. Şiddetli hipertansiyon/eklampsi için kullanılan ilaçlara hızlı erişimin sağlanması 5. Şiddetlenen komplikasyonlar için sistem planı, uygun konsültasyonun sağlanması ve gerektiğinde maternal transferin sağlanması
Tanımlama ve önleme
6. Gebelik ve doğum sonrası dönemindeki tüm kadınlar için kan basıncı ve idrarda protein ölçülmesi ve değerlendirilmesi için standart protokollerin oluşturulması 7. Maternal erken uyarı işaretlerine standart cevap değerler için dikkatli anamnez alınması ve laboratuvar testleri değerlendirmeleri
Cevap
9. Gebelikte hipertansiyon yönetim ve tedavisi için kontrol listelerinin oluşturulması 10. Protokol için minimum gereklilikler: • Sistolik kan basıncı 160 mmHg veya diyastolik kan basıncı 15 dakika içinde iki ölçüm için 110 mm Hg veya daha fazlaysa • İki yüksek ölçümden sonra mümkün olan en kısa sürede, tercihen 60 dakika içinde tedaviye başlanması gerekir. • Magnezyum sülfat tedavisinin başlangıcını ve süresini içerir. • Standart tedaviye yanıt vermeyenler için tedavi dozunu artırmak gereklidir. • Doğumdan sonraki 7-14 gün içinde sıkı takip ve hastanın eklampsi belirti ve bulguları yönünden eğitilmesi 11. Ciddi hipertansiyon varlığında yoğun bakım ünitesi desteğinin sağlanması
Raporlama
12. Yoğun bakım ünitesine başvuran tüm ciddi hipertansiyon ve eklampsi hastalarının multidisipliner bir yaklaşımla ele alınması 13. Değerlendirme sonuçlarının ve süreç ölçümlerinin izlenmesi

Perinatal Hasta Güvenliği Kültürü Oluşturma

Son yıllarda ilaç hataları, düşmeler gibi istenmeyen olayları önlemede güvenlik kültürünün önemine odaklanma artmıştır. Güvenlik kültürü, organizasyon üyeleri arasında neyin önemli olduğu hakkında paylaşılan değerler, organizasyonda işlerin nasıl yürüdüğü ile ilgili inançlar ve bunların organizasyonel yapı ile etkileşimi olarak tanımlanmaktadır (Dicuccio 2015). Bu hiyerarşik yapı içerisinde suç kültüründen, olumsuz olay incelemelerine kadar birçok noktada adil ve yargısız bir yaklaşım üzerine kurulu bir sistem olan “adil bir kültüre” geçiş anlamına gelir. Adil kültür; olması kaçınılmaz kaza ve olaylarla mücadelede güven inşa etmek ve organizasyonda bir olaya karar vermeden önce birden çok bakış açısıyla bakabilmeye ilgilidir. Adil kültür, karmaşık sağlık bakım sisteminde bir miktar tıbbi hata oranının kaçınılmaz olduğunu kabul etmektedir (Bilgiç ve Şahin, 2018). Güvenli uygulama yönergelerini ve protokollerini izlemeyi öğretmeyi amaçlayan adil kültür, yanlış bölge ameliyatlarının açıkça kabul edilemez ve önlenemez olduğunu belirtmektedir. Belirlenen kurallara uymak, istenmeyen olay hatalarını azaltabilir ancak “risk altındaki davranışları” veya hatalara yol açabilecek “kayıtsız davranışları” ortadan kaldırmaz. İnsan doğası gereği “risk altındaki davranışları” sergilemeleri ve sağlık sistemini makul olmayan bir riske soktuğunda saklama eğilimindedir (Brown 2017). Adil kültür, bu ihmal konularının o anda, akran değerlendirmesi gibi mekanizmalar veya bireyin, hastanın ve kurumun yararına davranış değişikliğini etkileyecek diğer mekanizmalar yoluyla adil bir şekilde araştırılmasını gerektirir. Adil kültürde, kurumun sağlık hizmeti sunumu ekibindeki tüm sağlık bakım vericileri ve diğer personelin hataları bildirme ve riskli davranışların kendilerini güvende hissettikleri bir ortamda rapor edilmesini teşvik etme bir ilkedir. Bu ilke bir sonraki potansiyel hatada bireylerin misilleme korkusu olmadan rahatça hatalarını rapor etmesini teşvik eder (Brown 2017).

Perinatal Hasta Güvenliğinde Profesyonel Yaklaşım

Perinatal hasta güvenliğinde profesyonel yaklaşım iyi bir ekip eğitimini, etkili iletişimi, simülasyon uygulamalarını, fetal izlem eğitimini, Elektronik Fetal Monitörizasyon sertifikasyonunu, mesleki davranışları, kurum kültürü ve tutum oluşturmayı içermelidir (Simpson 2011). Simülasyon tabanlı eğitim ile ekip çalışması perinatal hasta güvenliğini sağlama ve etkili sağlık

bakımı vermedeki sonuçları iyileştirme ve geliştirmede gittikçe yaygınlaşan bir uygulamadır. Simülasyon uygulamalarının en önemli faydalarından biri sağlık profesyonellerine güvenli bir ortamda ekip halinde uygulama yapma imkânı ve acil durumlarda oluşabilecek istenmeyen olayları önceden saptayabilme imkanı sağlar (ACOG 2014). NPMS, perinatal hasta güvenliğini artırmak için obstetrik kanama, ağır gebelik hipertansiyonu ve venöz tromboembolizm profilaksisi gibi konularda obstetride erken uyarı sistemlerinin geliştirilmesine yönelik kontrol listeleri ve konsensüs bilgi paketleri geliştirmiştir (D’alton ve ark., 2016). Karmaşık olan perinatal bakım sürecini doğru yönetmek için model, kontrol listeleri, akış diyagramı, balık kılıcı, süreç haritaları ve istatistiksel kontrol listelerinin kullanımı faydalı olabilir (Nathan ve Kaplan, 2017). Kontrol listeleri verilen bakım ve gerçekleştirilen uygulamanın, zamanında bütünlük ve tutarlılık içinde yapılmasını sağlayan, tıbbi hataları en aza indirmeyi hedefleyen hatırlatıcı araçlardır. Perinatolojide kullanılan kontrol listeleri, önemli risk faktörlerinin öngörülmesini, ilaç tedavisinin güvenli bir şekilde uygulanmasını, vajinal bir doğumun (fetal duruş, pozisyon, dilatasyon ve efasman) uygunluğunu ve hazırlığını sağlamaya yönelik olabilmektedir (Arora ve ark., 2016).

Perinatal Hasta Güvenliği Hemşiresinin Temel Rol ve Sorumlulukları

- Hasta güvenliği savunucusu ve klinik rol modeli olarak görev yapar (Evcili ve Gölbaşı, 2020).
- Değişen ve gelişen klinik uygulama ve güvenlik konusunda ulusal standartları takip eder (Şenoğlu ve ark., 2020).
- Hasta güvenliği ile ilgili bilgilerini güncel tutar ve paylaşır (Evcili ve Gölbaşı, 2020).
- Hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili fikir, endişe ve bilgilerini birim toplantılarında paylaşır (Şenoğlu ve ark., 2020).
- Departman performans değerlendirme faaliyetlerine katılır ve katkıda bulunur (Şenoğlu ve ark., 2020).
- Olumsuz veya istenmeyen bir olay yaşandığında olayın açıklığa kavuşabilmesi adına bildiklerini ekip üyeleri ile paylaşır (Simpson 2011).
- Klinik sonuçları izler (Arora ve ark., 2014).
- Sağlık personelinin meydana gelen olumsuz ve olması muhtemel olaylara karşı uyarır ve düzenli raporlamaya önem verir (Simpson 2011).
- Elektronik Fetal Monitörizasyon trase çıktılarını inceler ve doğru bir şekilde yorumlar (Arora ve ark., 2014).

- Eğitim etkinliklerine katılır ve içinde bulunduğu ekibi katılım konusunda teşvik eder.

- Sebep-sonuç analizine katılır (Simpson 2011).

- İncelenen kayıtların, tespit edilen sorunların ve sorun çözme planlarını düzenli kayıt altına alır ve bir veri tabanı oluşturur (ACOG 2014).

- Hedeflenen planları sağlık ekibi üyeleri ile paylaşır ve ekip üyelerini koordine eder (Simpson 2011).

- İncelenen planların raporlarını değerlendirir ve klinisyenlere geri bildirimde bulunur (Evcili ve Gölbaşı 2020).

- Disiplinler arası iletişimi sağlar ve eğitim etkinliklerine katılır (Evcili ve Gölbaşı, 2020).

- Sağlık personeli için düzenli olarak hasta güvenliğini sağlama ve hastaya zarar vermeme eğitim programları düzenler (Evcili ve Gölbaşı, 2020).

- Yüksek riskli durumlar için klinik çalışmaları kolaylaştırır (Omuz distozisi, doğum sonrası kanama, acil sezaryen doğum gibi) (Evcili ve Gölbaşı, 2020).

- Tüm klinisyenlerin eğitim programlarına ve klinik çalışmalara katılımını sağlar ve teşvik eder (Evcili ve Gölbaşı, 2020).

- Tüm bölüm üyeleri için ekip çalışması eğitim programları düzenler ve katılımı destekler (Şenoğlu ve ark., 2020).

1. Ekip çalışması içinde iletişim becerilerini geliştirir ve “eğitici eğitimi” oturumlarına katılır (Şenoğlu ve ark., 2020).

2. Birimdeki personelin eğitim oturumlarına katılımını koordine eder ve yeni üyelerin ekibe katılımında teşvik edici rol alır (Şenoğlu ve ark., 2020).

3. Ekip eğitimi programı için toplantıları koordine eder (Şenoğlu ve ark., 2020).

4. Ekip çalışması becerilerinin sürekli güçlendirilmesini teşvik eder (Şenoğlu ve ark., 2020).

- Disiplinler arasında bilgi akışını sağlar (Raab ve Polmer-Byfield, 2011).

- Güvenlik ve kayıp önleme girişimlerini uygular (Raab ve Polmer-Byfield, 2011).

- Tedavi öncesi ve sonrası Güvenlik Tutum Anketi'nin uygulanmasını kolaylaştırır (Raab ve Polmer-Byfield, 2011).

- Güvenlik Tutum Anketi sonuçlarını katılımcılara sunmak için klinik ve idari liderlerle iş birliği yapar (Raab ve Polmer-Byfield, 2011).

- Güvenlik Tutum Anketi'nde ortaya çıkan temaları ve sorunları ele almak için klinik ve idari

liderlerle birlikte çalışır (Raab ve Polmer-Byfield, 2011).

- Sertifikasyon programları hazırlığına ve yönetimine yardım eder (Evcili ve Gölbaşı, 2020).

- Klinisyenlerin Güvenlik Tutum Anketi veya tekrar testin yapıp yapılmadığını takip edebilmek için periyodik takipler yapar (Raab ve Polmer-Byfield, 2011).

- Klinik sorumlusu tarafından belirlenen diğer girişimleri uygular (Evcili ve Gölbaşı, 2020).

Araştırmanın Etik Yönü/ Ethics Committee

Approval: Kaynaklar bölümünde kullanılan literatür gösterilmiştir.

Hakem/Peer-review: Dış hakem değerlendirmesi.

Yazar Katkısı/Author Contributions: Fikir/kavram: BY, ÜO; Tasarım: BY, ÜO; Danışmanlık: ÜO; Kaynak tarama: BY, ÜO; Makalenin Yazımı: BY, ÜO; Eleştirel inceleme: ÜO.

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

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

Çalışma Literatüre Ne Kattı?

- Perinatal dönemde hasta güvenliği sorunları belirtilmiştir.
- Perinatal hasta güvenliğinin sağlanmasında güncel klinik yönergeler, standart protokoller hakkında bilgi verilmiştir.
- Perinatal hasta güvenliği hemşiresinin temel rol ve sorumlulukları derlenmiş, perinatal hasta güvenliğinde profesyonel yaklaşım konusunda bilgi verilmiştir.

Kaynaklar

American College of Obstetricians and Gynecologist Committee on Patient Safety and Quality Improvement. (2014). Committee opinion no. 590: Preparing for clinical emergencies in obstetrics and gynecology. *Obstetrics & Gynecology*, 123(3), 722-725.

Arora KS, Shields L, Grobman WA, D'Alton ME, Lappen JR, Mercer BM. (2016). Triggers, bundles, protocols, and checklists-what every maternal care provider needs to know. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 214(4), 444-451.

Bernstein PS, Martin JN, Barton JR, Shields LE, Druzin ML, Scavone BM, et al. (2017). National partnership for maternal safety: consensus bundle on severe hypertension during pregnancy and the postpartum period. *Anesthesia & Analgesia*, 25(2), 540-547.

Bilgiç D, Şahin NH. (2018). Obstetride hasta güvenliği ve hemşirenin rolü. *Türkiye Klinikleri Doğum Kadın*

- Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Özel Konular, 4(2), 118-130.
- Bonacquisti A, Cohen MJ, Schiller CE. (2017). Acceptance and commitment therapy for perinatal mood and anxiety disorders: Development of an inpatient group intervention. *Archives of Women's Mental Health*, 20(5), 645-654.
- Brown HL. (2017). Quality and safety in obstetrics and gynecology. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 60(4), 818-828.
- Cappadona R, Di Simone E, De Giorgi A, Boari B, Di Muzio M, Greco P, et al., (2020). Individual circadian preference, shift work, and risk of medication errors: A cross-sectional web survey among italian midwives. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5810-5822.
- Cicero MX, Adelgais K, Hoyle JD, Lyng JW, Harris M, Moore B, et al., (2020). Medication dosing safety for pediatric patients: recognizing gaps, safety threats, and best practices in the emergency medical services setting. A position statement and resource document from NAEMSP. *Prehospital Emergency Care*, 1-13.
- Committee on Obstetric Practice. (2017). Committee opinion no. 692: Emergent therapy for acute-onset, severe hypertension during pregnancy and the postpartum period. *Obstetrics & Gynecology*, 129(4), 90-95.
- D'Alton ME, Main EK, Menard MK, Levy BS. (2014). The National partnership for maternal safety. *Obstetrics & Gynecology*, 123(5), 973-977.
- D'alton ME, Friedman AM, Smiley RM, Montgomery DM, Paidas MJ, D'oria R, et al. (2016). National partnership for maternal safety: Consensus bundle on venous thromboembolism. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 45(5), 706-717.
- De Rezende HA, Melleiro MM, Shimoda GT. (2019). Interventions to reduce patient identification errors in the hospital setting: a systematic review protocol. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 17(1), 37-42.
- Demir S, Şahin N. (2014). Perinatal hasta güvenliğinde hasta teslimi: Kullanılan iletişim teknikleri. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11(3), 32-37.
- DiCuccio MH. (2015). The relationship between patient safety culture and patient outcomes: A systematic review. *Journal of Patient Safety*, 11(3), 135-142.
- Esencan TY, Aslan E. (2015). Jinekoloji ve obstetride tıbbi hatalar ve hasta güvenliği. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(2), 152-161.
- Evcili F, Gölbaşı Z. (2020). Perinatal hasta güvenliği: Kavramsal çerçeveden hemşirelik yaklaşımlarına. *Türk Fen ve Sağlık Dergisi*, 1(1), 14-28.
- Heafner L, Suda D, Casalenuovo N, Leach LS, Erickson V, Gawlinski A. (2013). Development of a tool to assess risk for falls in women in hospital obstetric units. *Nursing for Women's Health*, 17(2), 98-107.
- Henneman PL, Fisher DL, Henneman EA, Pham TA, Campbell MM, Nathanson BH. (2010). Patient identification errors are common in a simulated setting. *Annals of Emergency Medicine*, 55(6), 503-509.
- Inanir A, Cakmak B, Hisim Y, Demirturk F. (2014). Evaluation of postural equilibrium and fall risk during pregnancy. *Gait Posture*, 39, 1122-1125.
- International Council of Nurses-ICN. (2006). Safe staffing saves lives. *International Nurses Day. Information and Action Tool Kit*. Geneva: Switzerland, p. 3-60.
- James D, Jukkala A, Azuero A, Aautrey P, Vining L, Miltner R. (2013). Development of the medical intensive care unit shift report communication scale as a measure of nurses' perception of communication. *Nursing: Research and Review*, 3, 59-65.
- Kendig S, Keats JP, Hoffman MC, Kay LB, Miller ES, Simas M, et al. (2017). Consensus bundle on maternal mental health: Perinatal depression and anxiety. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 46(2), 272-281.
- Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF. (2006). WHO analysis of causes of maternal death: A systematic review. *Lancet*, 367, 1066-1074.
- Kiyamaz D, Koç Z. (2018). Identification of factors which affect the tendency towards and attitudes of emergency unit nurses to make medical errors. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), 1160-1169.
- Korkmaz AÇ. (2018). Geçmişten günümüze hasta güvenliği. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 6(1), 10-19.
- Lipke B, Gilbert G, Shimer H, Consenstein L, Aris C, Ponto L, et al., (2018). Newborn safety bundle to prevent falls and promote safe sleep. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 43(1), 32-37.
- Mackintosh N, Rance S, Carter W, Sandall J. (2017). Working for patient safety: a qualitative study of women's help-seeking during acute perinatal events. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1):232-245.
- Main EK, Goffman D, Scavone BM, Low LK, Bingham D, Fontaine PI, et al., (2015). National Partnership for Maternal Safety: Consensus bundle on obstetric hemorrhage. *Anesthesia & Analgesia*, 121(1), 142-148.
- Martijn LL, Jacobs AJ, Maassen II, Buitendijk SS, Wensing MM. (2013). Patient safety in midwifery-led care in the Netherlands. *Midwifery*, 29(1), 60-66.
- McCrorry JL, Chambers AJ, Dafary A, Redfern MS. (2011). Ground reaction forces during gait in pregnant fallers and non-fallers. *Gait Posture* 34, 524-528.
- McCrorry JL, Chambers AJ, Dafary A, Redfern MS. (2013). Ground reaction forces during stair locomotion in pregnancy. *Gait Posture* 38, 684-690.
- Mei Q, Gu Y, Fernandez J. (2018). Alterations of pregnant gait during pregnancy and postpartum. *Scientific Reports*, 8(1), 1-7.

- Mujundar S, Santos D. (2015). Teamwork and communication: An effective approach to patient safety. *HMA*, 50(1), 19-22.
- Nash L, Dixon R, Eaton V, Grzeskowiak LE. (2015). Accuracy of information on medication use and adverse drug reactions recorded in pregnancy hand-held records. *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 55(6):547-51.
- Nathan AT, Kaplan HC. (2017). Tools and methods for quality improvement and patient safety in perinatal care. *Seminars in Perinatology*, 41(3), 142-150.
- Newsome J, Martin JG, Bercu Z, Shah J, Shekhani H, Peters G. (2017). Postpartum hemorrhage. *Techniques in Vascular & Interventional Radiology*, 20(4), 266-273.
- Raab C, Palmer-Byfield R. (2011). The perinatal safety nurse: Exemplar of transformational leader-ship. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 36(5), 280-287.
- Rosenbloom JI, Sabol BA, Chung C, Macones GA, Rampersad RM, Cahill AG, et al., (2019). Improving medication error identification with an inpatient maternal-fetal medicine pharmacist. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 220(6), 602-603.
- Schaefer C. (2018). Drug safety in pregnancy-a particular challenge. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 61(9), 1129-1138.
- Shields LE, Wiesner S, Klein C, Pelletreau B, Hedriana HL. (2017). Early standardized treatment of critical blood pressure elevations is associated with a reduction in eclampsia and severe maternal morbidity. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 216(4), 415-420.
- Simpson KR. (2011). Perinatal patient safety and quality. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 25(2), 103-107.
- Simpson KR. (2015). Newborn safety in the hospital. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 40(4), 272.
- Şenoğlu A, Taşpınar A, Karaçam Z. (2020). Doğum ve doğum sonu dönemde hasta güvenliği ve ebelerin sorumlulukları. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 11(40), 66-73.
- Tuğrul E, Khorshid L. (2015). Hemşirelerin önemli işlevlerinden biri: hasta teslimi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 31(1), 95-107.
- World Health Organization (WHO). (2018). Maternal mortality. Erişim tarihi: 06.09.2020, <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
- World Health Organization (WHO). (2017). Patient safety: making health care safer. Erişim tarihi: 16.08.2020, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255507>.
- Yıldız FT, Yıldız İ. (2020). Hemşirelerin ilaç uygulama hatalarına yönelik bilgi ve tutumlarının değeriendirilmesi. *Türk Fen ve Sağlık Dergisi*, 1(1), 29-41.
- Yu M, Lee HY, Sherwood G, Kim E. (2018). Nurses' handoff and patient safety culture in perinatal care units: Nurses' handoff evaluation and perception of patient safety culture at delivery room and neonatal unit in South Korea. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7-8), 1442-1450.

Prematüre Bebeklerde Tamamlayıcı Beslenme

Complementary Feeding in Preterm Infants

Sinem Yalınzoğlu Çaka¹  Faruk Kabul²  Nursan Çınar¹ 

¹ Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sakarya, TÜRKİYE

² Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Sakarya, TÜRKİYE

Geliş tarihi/ Date of receipt: 15/02/2021

Kabul tarihi/ Date of acceptance: 06/04/2021

© Ordu University Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Turkey, **Published online:** 18/04/2021

ÖZ

Gebelikten itibaren ele alındığında yaşamın ikinci yılına kadar olan ilk 1000 günde optimum beslenme, hem çocukluk hem de yetişkinlik döneminde bireysel sağlık durumunu şekillendirmede önemli bir potansiyele sahiptir. Bebeklik döneminde doğru beslenme, ilk altı ay tek başına olmakla birlikte iki yıl ve ötesine kadar devam ettirilebilecek olan anne sütü ile miktarı ve besin değeri dikkate alınarak hazırlanan yeterli ve kaliteli tamamlayıcı beslenmedir. Literatürde prematüre bebeklerin (gestasyon yaşı <37 hafta) beslenmesinin uzun vadeli etkilerine olan ilgi artmasına rağmen, bu bebeklerde tamamlayıcı beslenmeye geçiş ile ilgili sınırlı bilimsel kaynak mevcuttur. Bu derlemenin amacı bilimsel bilgilere dayanarak prematüre bebeklerde tamamlayıcı beslenme konusundaki son gelişmeleri değerlendirmektir.

Anahtar kelimeler: Prematüre, yenidoğan, tamamlayıcı beslenme, hemşirelik

ABSTRACT

When considered from pregnancy to the second year of life, optimum nutrition in the first 1000 days has an important potential in shaping individual health status in both childhood and adulthood. Proper nutrition in infancy is feeding with breast milk that to be given alone for the first six months and can be continued for up to two years or beyond, together with adequate and high-quality complementary nutrition, considering its quantity and nutritional value. Despite the increased interest in the long-term effects of feeding premature babies (gestational age <37 weeks) in the literature, there are limited scientific resources regarding the transition to complementary feeding in these babies. The purpose of this review is to evaluate the latest developments in complementary nutrition in premature babies based on scientific knowledge.

Key words: Premature, newborn, complementary feeding, nursing

ORCID IDs of the authors: SYÇ: 0000-0002-1572-7013, FK: 0000-0003-1187-3133, NÇ: 0000-0003-3151-9975

Sorumlu yazar/Corresponding author: Arş. Gör. Dr. Sinem Yalınzoğlu Çaka

Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sakarya, TÜRKİYE

e-posta/e-mail: sinemyalinzoglu@sakarya.edu.tr

Atf/Citation: Yalınzoğlu Çaka S, Kabul F, Çınar N. (2021). Prematüre bebeklerde tamamlayıcı beslenme. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi,4(1), 133-140. DOI:10.38108/ouhcd.880341

Giriş

Günümüzde sağlık alanında gelişen teknoloji ile birlikte preterm doğumların yaygınlığı ve bu yenidoğanların hayatta kalma olasılığı artmaktadır. Her yıl tahminen 15 milyon bebek zamanından erken doğmaktadır, bu da Türkiye’de dahil 184 ülkede doğan bebeklerin %5-18’ini temsil etmektedir (WHO, 2018). Preterm doğum yenidoğanın bilişsel, motor, dil, davranışsal, sosyal ve emosyonel gelişimini etkileyebilmektedir (Palazzi ve ark., 2017). Bununla birlikte ne yazık ki, bu yenidoğanların özellikle beslenme, büyüme ve gelişme ile ilişkili morbidite oranları zamanında doğan bebeklere oranla daha fazla vardır (Pagliaro ve ark., 2016). Yetişkinlerde kronik bulaşıcı olmayan hastalıklar için artan riskler (obezite, periferik insülin direnci, Tip II diyabet, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalık vb.), metabolik programlama üzerindeki etkilerin aracılık ettiği erken doğumlarda yetersiz büyüme ile ilişkilendirilmektedir (de Cardoso-Demartini ve ark., 2011; Kerkhof ve ark., 2012). Yukarıda belirtilen hastalıklar için risk faktörleri arasında aşırı kalori ve protein tedariği ile tamamlayıcı beslenmeye (TB) erken başlatılması da yer almaktadır (Kerkhof ve ark., 2012; Vissers ve ark., 2018). Bu aşamada doğum sonrası büyüme ve gelişmenin doğrudan gıdanın miktarı ve kalitesiyle ilişkili olduğunu vurgulamak önemlidir.

Prematüre bebeklerin beslenmesinin uzun vadeli etkilerine olan bilimsel ilginin sürekli artmasına rağmen, bugüne kadar Dünya Sağlık Örgütü tarafından (2002) ”anne sütünün artık bebeklerin beslenme gereksinimlerini karşılamaya yetmediği ve böylece anne sütü ile birlikte başka yiyecek ve sıvılara ihtiyaç duyulduğu zaman başlayan süreç” olarak da bilinen tamamlayıcı beslenmeye çok az ilgi gösterilmektedir. Ayrıca erken doğmuş bebeklerde TB ile ilgili bir kılavuz yoktur ve hem Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Derneği (ESPGHAN) hem de İtalyan Pediatri Derneği tarafından yayınlanan son öneriler, özellikle katı gıdaların sağlıklı term bebeklere tanıtılmasına rehberlik etmeyi amaçlamaktadır (Alvisi ve ark., 2015; Fewtrell ve ark., 2017). Bu nedenle, sağlık profesyonellerinin erken doğmuş bebeklerde TB’ye yönelik tutumu hem ülkeler içinde hem de ülkeler arasında son derece değişkendir. Konu ile ilgili İtalyan Pediatri Derneği tarafından desteklenen ve birinci basamak pediatristler arasında yürütülen yakın tarihli bir çalışmada, TB’ye başlamanın zamanlamasında ve TB’ye başlamak için önerilen gıda türlerinde geniş bir

değişkenlik olduğu belirtilmektedir (Baldassarre ve ark., 2018).

Prematüre Bebeklerde Tamamlayıcı Beslenmeye Başlama Zamanı

Beslenme; sağlığın korunması, yaşamın sürdürülmesi, büyüme ve gelişme için besinlerin kullanılmasıdır. Sağlıklı beslenme alışkanlığının yaşam biçimine dönüşmesi ve bu bilincin oluşması bebeklik döneminde gerçekleştirilen beslenme davranışları ile yakından ilişkilidir (Pekcan ve ark., 2015). Yaşamın temellerinin atıldığı kritik bir dönem olan bebeklik döneminde beslenme uygulamaları, ileriki dönemlerde karşılaşılabilecek beslenme ile ilişkili sorunların ve hastalıkların önlenmesine katkı sağlar. Doğumdan başlayarak özellikle iki yaşa kadar geçen süreç, bebeğin sağlıklı gelişimi desteklemek adına insan yaşamının en önemli zaman dilimlerinden (Gümüştakım ve ark., 2017; Lin ve ark., 2019). Tamamlayıcı beslenme, bebeklerin kademeli olarak aile yemeklerini yemeye geçiş yaptığı dönem olarak tanımlanır. Bebeklik döneminde tamamlayıcı beslenmenin zamanında başlatılması, hem beslenme hem de gelişimsel nedenlerden dolayı gereklidir. ESPGHAN, tamamlayıcı beslenmeye en erken 17. haftada başlanmasını en geç 26. haftaya kadar ertelenmesini ve 6 aya kadar tek başına veya tam emzirmenin istenen bir hedef olduğunu bildirmektedir (Agostoni ve ark., 2008). Ancak zamanından erken doğan bebekler için bu tür kılavuzlar veya talimatların eksik olduğu görülmektedir. Ayrıca term yenidoğanlar için TB’de istenilen başlama zamanı 6 aylıktan prematüre bebeklere TB’ye başlama önerisinin çıkarımını yapmak, iki ana soruya bağlıdır: Birincisi, prematüre bir bebekte 6 ay neyi ifade eder (kronolojik/doğum sonrası yaş mı yoksa düzeltilmiş yaş mı)? İkinci olarak, 6 ayın düzeltilmiş yaşı ifade ettiğini varsayarsak, bu bebekler term yenidoğanlardan daha erken tamamlayıcı beslenmeye başlamamalı mıdır (düzeltilmiş 6 aylık yaş yerine 4 aylık düzeltilmiş yaşta)?

Katı yiyeceklerin term yenidoğanlara tanıtılmasına ilişkin mevcut kılavuzlar, doğrudan prematüre doğan bebekler için kullanılmamalıdır. Ayrıca literatür incelendiğinde, verilecek en uygun yaş, yiyecek türü ve bu önemli diyet değişikliği döneminin daha sonraki sağlığı ve gelişimi etkileyip etkilemediğiyle ilgili sınırlı araştırma yapıldığı görülmektedir (Palmer ve Makrides, 2012).

Prematüre bebeklerde TB’ye geçişte düzeltilmiş yaş ve gelişimsel özellikleri dikkate alınır. Prematüre bebeğin yaşı 40 haftalık olana kadar

postkonsepsiyonel yaş olarak ifade edilir ve düzeltilmiş yaş kavramı postkonsopsiyonel 40. hafta esas alınarak ele alınmalıdır. Örneğin 32. gebelik haftasında doğan ve postnatal 25 haftalık olan bir bebeğin düzeltilmiş yaşı; postkonsepsiyonel yaş (32+25=57 hafta) – 40 hafta = 17 haftadır (Acunaş ve ark., 2018). İyi bir baş kontrolünün geliştirilmesi, katı yiyeceklerin güvenli bir şekilde geçişte önemli bir kriterdir. Prematüre bebeklerin, prematüre yaş için düzeltme yapıldıktan sonra bile, zamanında doğan bebeklere kıyasla erken kaba motor gelişimlerinin geciktiği gözlenmektedir (Van Haastert ve ark., 2006). Bebek beslenmesinde, ebeveynlere genellikle, dil itme (ekstrüzyon) refleksinin azaldığı, bebeğin destekle oturabilir pozisyonda durabildiği, başını dik tutabildiği ve ağzını açıp kaşığa doğru eğilebildiği zamanın gelişimsel olarak katı beslenmeye hazır olduğunun göstergeleri olduğu söylenmektedir (Barachetti ve ark., 2017). Bu nedenle hem düzeltilmiş yaş hem de gelişimsel hazırlık, katı gıdaya başlamadan önce dikkatle değerlendirilmesi gereken önemli faktörlerdir.

Literatürde mevcut çalışmalar, prematürelere term bebeklere kıyasla katı gıdalara daha erken başlama olasılığının önemli ölçüde daha yüksek olduğunu göstermektedir. Polonya ve Avusturya'da gerçekleştirilen bir kesitsel çalışmada, preterm bebeklerin Avusturya'da neredeyse % 60'ının, Polonya'da ise % 80'inin dört aylıktan önce TB'ye başladığı ve erken doğumun katı gıdalara erken başlama riskinde, zamanında doğuma kıyasla dört ile on kat artışa neden olduğunu saptamışlardır (Zielinska ve ark., 2019). Yapılan çalışmalarda diğer önemli bir konu da dikkati çekmektedir. Prematüre bebeklerin düzeltilmiş yaşları hesaba katıldığında bile, zamanında doğmuş bebeklerden daha erken TB'ye geçtikleri saptanmıştır. Norris ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada, dahil edilen erken doğmuş bebeklerin %95'inin çok erken (ortalama düzeltilmiş yaş 11.5 hafta) tamamlayıcı beslenmeye geçtikleri saptanmıştır. Benzer şekilde, Avustralya'da yapılan yakın tarihli bir çalışma, pretermilerin (ortalama düzeltilmiş yaş 14 hafta), term bebeklere (ortalama yaş 19 hafta), kıyasla çok daha erken katı gıdalara geçiş yaptığını göstermektedir (Cleary ve ark., 2020). Bu konuda yapılan diğer bir sistematik derlemede de erken doğmuş bebeklerin düzeltilmiş yaşları dikkate alındığında 11.5 -15.1 hafta arasında tamamlayıcı beslenmeye başladığını vurgulamaktadır (Vissers ve ark., 2018). Konu ile ilgili ülkemizde mevcut bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte, Usta ve

arkadaşlarının (2020) preterm doğan çocuklarda 36. ay persentil eğrilerini değerlendirdikleri araştırmalarında, çalışmaya katılan bebeklerin %57.8'inin 6 aydan daha az süre sadece anne sütü aldığı ve %81.3'ünün 18 aydan daha az süre anne sütü aldığı vurgulanmaktadır. Ancak çalışmada kronolojik/doğum sonrası yaş mı yoksa düzeltilmiş yaş mı dikkate alındığı belirtilmemiştir.

İtalya'da 2000'li yılların başında gerçekleştirilen bir çalışmada elde edilen bulgular, prematüre bebeklerin %60'ından fazlasının düzeltilmiş yaş dikkate alındığında dördüncü ayından önce tamamlayıcı beslenmeye geçtiğini göstermektedir. Ayrıca birçoğunda tercih edilen ilk gıdanın enerji ve protein içeriğinin düşük olması nedeniyle beslenme açısından yetersiz kaldığı görülmüştür (Fanaro ve ark., 2007). Benzer şekilde Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan diğer bir çalışmada prematüre bebeklerin neredeyse yarısının düzeltilmiş beklenen yaştan önce bir miktar katı yiyecek aldığını ve bu durumun bebeklerin uzunluğunda benzer bir artış olmaksızın kilo alımında hızlı bir artışa neden olduğunu göstermektedir (Rodriguez ve ark., 2018). Prematüreliliğin derecesi, TB'nin zamanlamasında önemli bir belirleyicidir. Braid ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada (2015), zamanında doğan bebeklere kıyasla, 22-32 hafta arasında doğan prematürelere, dördüncü ayından önce katı yiyecekler ile beslenme olasılığının daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

İtalya'da hekimler üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada (2018), tamamlayıcı gıda türlerinin kanıt dayalı bir sıraya uymadığı vurgulanmaktadır. Çocuk doktorlarının %98'inin D vitamini ve %89'unun demir takviyesinin zamanlamasında ve dozlarında farklı uygulamalar sergiledikleri görülmektedir (Baldassarre ve ark., 2018). Gerçekleştirilen bir diğer çalışmada ise (2018) geç preterm (gestasyon haftası ortalaması 34-36 hafta) bebeklerin de katı gıdalara önerilenden daha erken, ortalama doğum sonrası 5.7 aylık ve ortalama düzeltilmiş yaş 4.6 aylık olduklarında verildiğini göstermektedir (Gianni ve ark., 2018). Bu çalışma, özellikle, meyvenin ilk katı gıda türü olarak tanıtılmasının tamamlayıcı beslenmeye olması gerekenden 1.4 ay önce başlayanlarda daha sık olduğunu da göstermiştir.

Tamamlayıcı beslenmeye geçişte farklı zamanlamaları değerlendiren deneysel çalışmalar son derece sınırlıdır. Marriott ve ark. tarafından (2003) gerçekleştirilen çalışmada, erken tamamlayıcı beslenmeye geçen gruptaki prematüre

bebeklerin, en az 3.5 kg vücut ağırlığına ulaşmaları koşuluyla, 13 haftalık olduklarında yarı katı yiyecek almaları sağlanmıştır. Ayrıca bu gruptaki yenidoğanların ebeveynlerine enerji ve protein açısından yüksek yiyecekleri kullanmaları, kurutulmuş tahılları ve evde hazırlanan yiyecekleri prematüre mamasıyla karıştırmaları önerilmiştir. Kontrol grubundaki bebeklere ise en az 5 kg ağırlıkta olmaları koşuluyla 17 haftalıkken TB başlanmış ve gıda kalitesi için özel bir tavsiye verilmemiştir. On iki aylıkken, TB'ye erken başlayan bebekler kontrol grubundakilere kıyasla daha uzun boylu oldukları, ağırlık veya baş çevresinde ise farklılık olmadığı saptanmıştır. Bununla birlikte, boy uzunluğunun sadece erken bir TB'ye mi yoksa erken TB ile besin enerjisi ve protein içeriği konusundaki önerilerin bir kombinasyonuna mı bağlanabileceği açık değildir. Ayrıca çalışmanın sonuçları, yalnızca zamanlamaya değil, aynı zamanda sunulan katı yiyeceklerin kalitesine de dikkat çekmek gerektiğini bildirmektedir. Hindistan'da gerçekleştirilen bir diğer çalışmada (2017), gestasyon yaşı <34 hafta olan bebeklerde iki farklı TB zamanlaması karşılaştırılmıştır. Tamamlayıcı beslenmeyi 4. veya 6. ayda alan prematüre bebekler arasında 12 aylık düzeltilmiş yaşa göre Z skorlarında (yaşa göre kilo) anlamlı bir fark saptanmazken, düzeltilmiş yaşa göre dört aylık TB'ye başlayan preterm bebekler, altı aylık başlayanlara göre daha sık hastaneye yatmaya ihtiyaç duydukları vurgulanmıştır (Gupta ve ark., 2017).

Prematüre bebeklerde TB'nin erken uygulanmasına yönelik eğilim, bu konuda ebeveynlere kısa ve uzun vadeli sağlık üzerindeki potansiyel sonuçlarına ilişkin verilen uygun beslenme eğitiminin olmaması ile de ilişkilendirilebilir. Konu ile ilgili gerçekleştirilen bir Cochrane incelemesinde (2019), aile bireylerine TB ile ilgili eğitimin prematüre bebeklerin büyümesine ve gelişimine etkisi araştırılmış ancak, uygun bir çalışma bulunamamıştır (Elfzani ve ark., 2019). Bu sonuçlar da prematüre bebekler için ideal bir TB stratejisinin belirlenmesinde kanıtların yetersiz oluşunu destekler niteliktedir.

Tamamlayıcı Beslenmede Kullanılacak Besin Kalitesi ve Klinik Sonuçları

Prematüre doğan bebeklerin özellikle enerji, protein, uzun zincirli çoklu doymamış yağ asitleri, demir, çinko, kalsiyum ve selenyum için beslenme gereksinimleri vardır (Fuller ve ark., 1992; Loui ve ark., 2008; Berglund ve ark., 2010; Hay ve Thureen, 2010). Erken doğumun bir sonucu olarak, bu

bebekler genellikle sınırlı besin depolarına sahiptirler, çünkü fetüse aktif besin aktarımının, birikimin ve hızlı bir büyümenin gerçekleştiği gebeliğin son üç aylık dönemini kaçırmışlardır. Gebeliğin son üç aylık döneminde, organ olgunlaşması ve gelişmesinin yanı sıra önemli fetal büyüme de vardır. Prematüre bebeklerin yüksek besin ihtiyaçlarının yanı sıra organların henüz tam olarak olgunlaşmamış olması, prematüre bebeklerin in utero büyüme hızına ulaşmasını sağlayacak diyet alımını daha da zorlaştırır.

İlk altı ayda anne sütü ile beslenen bebeğin ayına göre verilecek yeni besinlerin miktarı, içeriği ve cinsi ileri yaşlarda oluşabilecek diyabet şişmanlık ve hipertansiyon gibi hastalıklara zemin hazırlayabileceği gibi benzer hastalıklardan korunmada da önemli bir rol oynayabilir (Selimoğlu, 2014). Prematüre bebeklerin term yenidoğanlara göre enerji gereksinimlerinin daha yüksek olduğu bilinmektedir ve tek başına anne sütü veya bebek sütlerinin (formüla mama) ne kadar süreyle ihtiyaçlarını karşılamak için yeterli olduğu tam olarak bilinmemektedir (Bauer ve ark., 2009; Weintraub ve ark., 2009). Çoğu tamamlayıcı gıda, anne sütü ve türevlerine kıyasla daha yüksek kalori yoğunluğu sağlar ve prematüre bebeklerin artan gereksinimlerini karşılayabilir. Enerji gereksinimi ayrıca prematürenin doğum haftasındaki gestasyon yaşına göre de farklılık gösterir. Embleton ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada (2017) erken doğmuş bebeklerde (gebelik <34 hafta) ilk hastaneye yatış oranla 7 günlük olduklarında, enerji (~400 kcal / kg) ve proteinde (13 g / kg) kayıp yaşadıklarını belirtmişlerdir ve bebeğin immatüritesinin enerji gereksinimini arttıracaklarını vurgulamışlardır. Diyetle alım aynı zamanda büyümeyi “yakalama” ihtiyacını da karşılamalıdır; beslenme ve büyüme arasındaki ilişki veya yetersiz beslenmeye bağlı büyümedeki gecikmeler literatürde de kanıtlanmıştır (Salvatori ve Martini, 2020). Bu nedenle, TB'ye başlama zamanı ve klinik sonuçlarını değerlendirmek son derece önemlidir. Mevcut literatür incelendiğinde sınırlı sayıda araştırmacının, TB'ye başlama zamanının preterm bebeklerin sağlığı üzerine uzun ve kısa vadeli etkilerini araştırdığı görülmektedir.

Prematüre bebeklerin büyüme ve gelişmesi ile ilgili İngiltere'de 90'ların ortalarında yapılan ve 1600'den fazla term ve prematüre bebekleri içeren çalışmada, kronolojik yaşın 12. haftasında tamamlayıcı beslenmeye başlamanın erken kilo alımını artırabileceğini göstermektedir. Ancak bu durum uzun vadeli büyüme ile ilişkilendirildiğinde,

bu yaştan önce veya sonra TB alan bebekler arasında önemli ölçüde farklı görünmemektedir (Morgan ve ark., 2004). Benzer şekilde, Spiegler ve arkadaşları tarafından (2015) Almanya'da yaklaşık 1000 preterm bebekte retrospektif olarak gerçekleştirilen çalışmada erken zamanda katı gıda verilmesinin iki yaşındaki boy ve kilo üzerindeki olumsuz etkisini bildirmemişlerdir. Mevcut bilgiler dikkate alındığında, TB'ye geçiş zamanlamasındaki varyasyonların, erken doğmuş bebeklerde obezite veya aşırı kilodaki artışla ilişkili olup olamayacağını açıklığa kavuşturmak için yetersiz kaynak olduğu söylenebilir. Ancak, term yenidoğanlarda, katı yiyeceklerin dört aylıktan önce veya altı-yedi aydan sonra sunulmasının, daha yüksek şişmanlık, artmış aşırı kilo ve çocukluk obezitesi riski ile ilişkili olabildiği de dikkate alınmalıdır (Papoutsou ve ark., 2018; Gingras ve ark., 2019).

Mevcut literatürdeki yetersizlik göz önüne alındığında, şu anda prematüre bebeklerde büyüme ve yaşamın sonraki yıllarındaki sağlık sorunları ile ilgili olarak TB'nin optimal zamanlaması hakkında bir öneri yapılamayacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte TB'ye en erken dördüncü ayda başlatılması gerekliliği gastrointestinal sistemin olgunlaşması, nörolojik gelişim ve besinsel gereksinim gibi bazı fizyolojik ihtiyaçlara dayandırılmaktadır. Altıncı aydan sonraya bırakılması; yetersiz enerji alımına, demir eksikliğine, oral motor fonksiyonlarda gecikmeye ve gıda reddi gibi problemlere yol açabilmektedir (Selimoğlu, 2014).

Tamamlayıcı Beslenme ile İlgili Güncel Öneriler

Şu anda prematüre bebeklerde TB'ye geçişe ilişkin herhangi bir kılavuz mevcut olmasa da, prematüre bebekler için katı gıda verilmesine ilişkin tavsiye ve önerileri içeren, Birleşik Krallık Sağlık Bakanlığı'nın 1994 yılında yayınlanan "Committee on Medical Aspects of Food and Nutrition" (COMA, 1994) raporudur. COMA raporuna göre, preterm bebek 5 kg ağırlığına ulaşmakla birlikte dil itme (ekstrüzyon) refleksi azalmış ve kaşıktan yemek yiyebilme gibi birkaç gelişimsel özellikler kazandıktan sonra katı gıdalara başlanabileceğini önermektedir.

Bununla birlikte, COMA raporunda yapılan önerilerin, günümüzde erken doğmuş bebekler için yetersiz kalacağı düşünülmektedir. Prematüre bebeklerde TB'ye başlamak için bir ağırlık sınırı seçimi muhtemelen yanıltıcıdır, çünkü en erken doğan ve yavaş büyüyen bebekler ESPGHAN tarafından önerilen term bebeklerde TB'ye optimal geçiş penceresinin (4-6 aylık) çok ötesinde 5 kg'a

ulaşacaktır. Ek olarak, TB'ye başlamadan önce ulaşılabilecek seçilmiş bazı gelişimsel beceriler, prematürelere bebekten bebeğe değişim gösterebilir ve bu nedenle potansiyel olarak daha fazla gecikmeye yol açabilir.

Bu nedenle COMA raporunda önerilen sınırlamaları esnetmek için, erken doğmuş bebeklerde düzeltilmemiş beş ile sekiz aylık belirli bir zamansal pencere içinde TB'ye başlanması önerilmiştir (King, 2009). Böyle bir pencere seçimi, genel olarak bebeğin oral motor gelişimi, zevk alma ve yeni dokuları keşfetmeye hazır olma dahil olmak üzere birçok davranışsal ve gelişimsel durumlarını kazanması için bir olanak sağlar. Aslında, beş ile sekiz ay arasında hemen hemen tüm prematüre bebekler, dil itme refleksinin giderek kaybolması, refleksif emmenin azalması gibi süt dışındaki yiyeceklerin tüketimine izin veren gelişim becerilerini edinmiş olmalıdır. Ek olarak, bu zaman penceresi, prematüre bebeklerde erken doğumdan nasıl etkilendiği bilinmese bile, yeni tatlar ve dokular tanıtmak için term bebeklerde aslında en uygun olan zamandır (King, 2009; Palmer ve Makrides, 2012). Konu ile ilgili yapılan bir çalışmada, erken doğmuş ve zamanında doğmuş bebeklerin katı yiyeceklerle ilk temasta olan duygusal tepkilerini karşılaştırılmış ve çalışma yazarlarının beklentilerinin aksine, erken doğmuş bebekler yeni yiyeceklere tepki olarak daha az olumsuz duygu gösterdikleri ve katı gıdaya hızla uyum sağladıkları, yeni gıdalara tekrar tekrar maruz kaldıktan sonra negatif yüz ifadelerinin sıklığı azaldığı da görülmüştür (Longfier ve ark., 2016).

Katı gıdaya güvenli ve başarılı bir geçişte, düzeltilmiş yaşa göre üç aydan (13 hafta) önce başlanmasının önerilmemesinin nedeni prematüre bebeklerin kaba ve ince motor gelişimlerinin yetersiz olmasından kaynaklanmaktadır. Bu nedenle, erken doğmuş bebeklerde TB'ye başlamak için en uygun zamanlamanın değerlendirilmesinde düzeltilmiş yaşın da dikkate alınması önerilebilir. Çünkü bu aynı zamanda, hem aşırı hem de geç preterm bebekler göz önüne alındığında prematüre bebeklerin heterojenliği için birleştirici bir kriter oluşturacaktır (Liotto ve ark., 2020). Ancak bu konuyla ilgili yayınlanan bir rehberde, ileri düzeyde prematüre doğan bebeklerin, 5 kg'a ulaşmadan önce 10 aylık düzeltilmemiş yaşta olabilecekleri ve bu nedenle anne sütü dışında ağızdan verilen herhangi bir besine karşı dirençli olabilecekleri de vurgulanmaktadır (King, 2009).

Bu sorunlar dikkate alındığında, prematüre bebeğin en az 3 aylık düzeltilmiş yaşta olması

koşuluyla, kaba motor gelişiminin güvenli beslenmeyi sağlaması yeterli olduğu da göz önüne alınırsa, 5 ile 8 aylık düzeltilmemiş yaş arasında katı gıdaya hazır olabileceği önerilebilir. Mevcut sınırlı kanıtlara dayanarak, 3 aylık (13 haftalık) düzeltilmiş bir yaşın, çoğu erken doğmuş bebek için katı gıda verilmesini başlatmak için uygun bir yaş olabileceği sonucuna varılabilir. Bu durumda örneğin 23. gebelik haftasında doğan prematürelere yedi aylık düzeltilmemiş bir yaş olursa, 36. gebelik haftasına yakın doğan bebeklerin 4 aylık düzeltilmemiş bir yaş olacaktır. Böylece düzeltilmemiş yaş kullanarak, preterm spektrumunun her iki ucu, gelişimsel açıdan ideal dönemde katı yiyecekler tüketiyor olacaktır. Ayrıca yapılan bir çalışmada düzeltilmiş 3 aylık (13 haftalık) yaştan itibaren katı gıda verilmesinin potansiyel olarak egzama gelişimi riskini de azaltacağı bildirilmektedir (Morgan ve ark., 2004b).

Konu ile ilgili Marriott ve arkadaşlarının (2003) gerçekleştirdikleri çalışmada ise üç aylık düzeltilmiş yaşın çok geç olduğu vurgulanmaktadır. Bununla birlikte, doğumdan katı gıda verilmesine kadar geçen sürede optimal besin alımının sağlanması beslenme durumunu iyileştirecektir. Yüksek proteinli, enerjili ve besleyici yiyeceklerin tercih edilmesi, katı yiyecekler başladıktan sonra prematüre bebekler için önemlidir (Barchetti ve ark., 2017). Özellikle erken doğmuş bebeklerde kanıta dayalı kılavuzlar oluşturabilmek için daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir ve bu çalışmalarda, katı gıdanın türü ve zamanlamasının sağlık ve gelişimsel sonuçlarının hem kısa hem de uzun vadeli değerlendirilmesi amaçlanmalıdır.

Sonuç

Prematüre bebeklerde TB'ye geçiş ile ilgili;

- Konu ile ilgili yeterli bilimsel kaynak ve çalışma olmadığından kanıta dayalı öneriler yapılamamaktadır.
- Erken doğan bebeklerin çoğunluğunun doğum tarihinden itibaren 5-8 ay arasında (düzeltilmemiş) TB'ye hazır olması muhtemeldir. Bununla birlikte, katı gıdalara güvenli ve başarılı bir geçiş için gerekli olan motor gelişimin, düzeltilmiş yaş en az 3 aya kadar elde edilmemiş olabileceğine dair kanıtlar vardır. Kesin yaş, bir bebekten diğerine değişebilir, bu nedenle beslenme ipuçları ve fiziksel gelişim hakkında verilen tavsiyeler her bebeğe özel değerlendirilmelidir.

- TB'ye geçişte prematüre bebeğin sadece yaşı değil aynı zamanda nöromotor gelişimi de önemlidir.
- Mevcut sonuçlar, gelişimsel kilometre taşları ve sözlü beceriler açısından son derece değişken bir popülasyon oluşturan tüm prematüre bebekler için güvenli bir şekilde TB'ye geçiş için kesin sınırları olan belirli bir zamanlama olmadığını göstermektedir. Bu nedenle, erken doğmuş bebeklerde TB'ye, düzeltilmiş veya doğum sonrası yaştan ziyade esas olarak bebeklerin gelişimine dayalı kişiselleştirilmiş bir değerlendirmeyi takiben başlanmasını öneriyoruz.
- Oral disfonksiyon ile doğan prematürelere beslenme ve TB'ye geçiş, bu alanda uzman sağlık profesyonelleri, beslenme uzmanları ve konuşma terapistlerini içeren multidisipliner bir ekip tarafından yürütülen kişiselleştirilmiş bir girişime ihtiyaç duyacaktır.
- TB uygulamaları ile ilgili olarak kısa ve uzun vadede büyümeyi, büyüme kalitesini ve sağlığı değerlendirmeyi amaçlayan ileriye yönelik çalışmalar tavsiye edilebilir.
- Ayrıca sağlık açısından etkileri göz önüne alındığında, prematüre bebekler için özel kılavuzlar geliştirilmesi ve gelecekte, prematüre bebeklere erken veya geç TB'ye başlamanın yordayıcılarını inceleyen çalışmalar önerilir.

Araştırmanın Etik Yönü/ Ethics Committee

Approval: Kaynaklar bölümünde kullanılan literatür gösterilmiştir.

Hakem/Peer-review: Dış hakem değerlendirmesi.

Yazar Katkısı/Author Contributions: Fikir/kavram: SYÇ, FK, NÇ; Tasarım: SYÇ, FK; Danışmanlık: NÇ; Veri toplama: SYÇ, FK; Analiz ve/veya Yorum: SYÇ, NÇ Kaynak tarama: SYÇ, FK; Makalenin Yazımı: SYÇ, FK; Eleştirel inceleme: NÇ.

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

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

Çalışma Literatüre Ne Kattı?

- Yaşamın erken dönemlerinde beslenme, prematüre bebeklerin klinik sonuçlarını hem kısa hem de uzun vadede etkileme potansiyeline sahiptir.
- Şu anda, tamamlayıcı beslenmenin preterm bebeklerin sağlığını şekillendirmedeki spesifik katkısının ne olduğu belirsizdir.

- Bu derlemenin sonuçları, preterm olarak doğan bebeklerde katı gıda verilmesinin optimal özelliklerine ilişkin verilerin yetersizliğini vurgulamaktadır.

Kaynaklar

- Acunaş B, Uslu S, Baş AY. (2018). Türk Neonatoloji Derneği yüksek riskli bebek izlem rehberi. *Türk Pediatri Arşivi*, 53(Supp: 1), 180-195.
- Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Koletzko B, ve ark. (2008). Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 46(1), 99-110.
- Alvisi P, Brusa S, Alboresi S, Amarri S, Bottau P, Cavagni G, ve ark. (2015). Recommendations on complementary feeding for healthy, full-term infants *Italian Journal of Pediatrics*, 41(1), 1-9.
- Baldassarre ME, Di Mauro A, Pedico A, Rizzo V, Capozza M, Meneghin F, ve ark. (2018). Weaning time in preterm infants: An audit of Italian primary care paediatricians. *Nutrients*, 10(5), 616 (1-6).
- Barchetti R, Villa E, Barbarini M. (2017). Weaning and complementary feeding in preterm infants: Management, timing and health outcome. *La Pediatria Medica e Chirurgica*, 39(181), 115-119.
- Bauer J, Werner C, Gerss J. (2009). Metabolic rate analysis of healthy preterm and full-term infants during the first weeks of life. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 90(6), 1517-1524.
- Berglund S, Westrup B, Domellöf M. (2010). Iron supplements reduce the risk of iron deficiency anemia in marginally low birth weight infants. *Pediatrics*, 126(4), 874-883.
- Braid S, Harvey EM, Bernstein J, Matoba N. (2015). Early introduction of complementary foods in preterm infants. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 60(6), 811-818.
- Cleary J, Dalton SM, Harman A, Wright IM. (2020). Current practice in the introduction of solid foods for preterm infants. *Public Health Nutrition*, 23, 94-101.
- de Cardoso-Demartini AA, Bagatin AC, Silva RPGVC, Boguszewski MCDS. (2011) Crescimento de crianças nascidas prematuras TT- Growth of preterm-born children. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 55(8), 534-540.
- Elfzani Z, Ojha S, Dorling J. (2019). Education of family members to support weaning to solids and nutrition in infants born preterm. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD012240.
- Fanaro S, Borsari , Vigi V. (2007). Complementary feeding practices in preterm infants: an observational study in a cohort of Italian infants. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 45(Suppl. 3), 210-214.
- Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis N, ve ark. (2017). Complementary Feeding: A position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 64(1), 119-132.
- Fuller NJ, Bates CJ, Evans PH, Lucas A. (1992). High folate intakes related to zinc status in preterm infants. *European Journal of Pediatrics*, 151(1), 51-53.
- Gianni ML, Bezze E, Colombo L, Rossetti C, Pesent N., Roggero P, ve ark. (2018). Complementary feeding practices in a cohort of Italian late preterm infants. *Nutrients*, 10(12), 1861 (1-12).
- Gingras V, Aris IM, Rifas-Shiman SL, Switkowski KM, Oken E, Hivert MF. (2019). Timing of complementary feeding introduction and adiposity throughout childhood. *Pediatrics*, 144(6), e20191320 (1-9).
- Gupta S, Agarwal R, Aggarwal KC, Chellani H, Duggal A, Arya S, ve ark. (2017). Complementary feeding at 4 versus 6 months of age for preterm infants born at less than 34 weeks of gestation: a randomised, open-label, multicentre trial. *The Lancet Global Health*, 5(5), 501-511.
- Gümüştakım RŞ, Aksoy HD, Cebeci SE, Kanuncu S, Çakır L, Yavuz E. (2017). 0-2 yaş çocuklarda beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi: Çok merkezli çalışma. *Family Practice and Palliative Care*, 2(1), 1-8.
- Hay WW, Thureen P. (2010). Protein for preterm infants: how much is needed? How much is enough? How much is too much?. *Pediatrics & Neonatology*, 51(4), 198-207.
- Kerkhof GF, Willemsen RH, Leunissen RWJ, Breukhoven PE, Hokken-Koelega AC. (2012). Health profile of young adults born preterm: negative effects of rapid weight gain in early life. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 97(12), 4498-4506.
- King C (2009). An evidence based guide to weaning preterm infants. *Paediatrics and Child Health*, 19(9), 405-414.
- Lin W, Baluyot KR, Yao M, Yan J, Wang L, Li G, ve ark. (2019). Early-life nutrition and cognitive development: imaging approaches. In *Human Milk: Composition, Clinical Benefits and Future Opportunities*, 90, 121-135.
- Liotto N, Cresi F, Beghetti I, Roggero P, Menis C, Corvaglia L, ve ark. (2020). Complementary feeding in preterm infants: A systematic review. *Nutrients*, 12(6), 1843.
- Longfier L, Soussignan R, Reissland N, Leconte M, Marret S, Schaal B, ve ark. (2016). Emotional expressiveness of 5-6 month-old infants born very premature versus full-term at initial exposure to weaning foods. *Appetite*, 107, 494-500.

- Loui A, Raab A, Braetter P, Obladen M, De Braetter VN. (2008). Selenium status in term and preterm infants during the first months of life. *European Journal of Clinical Nutrition*, 62(3), 349-355.
- Marriott LD, Foot KD, Bishop JA, Kimber AC, Morgan JB. (2003). Weaning preterm infants: a randomised controlled trial. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, 88(4), 302-307.
- Morgan J, Williams P, Norris F, Williams CM, Larkin M, Hampton S. (2004b). Eczema and early solid feeding in preterm infants. *Archives of Disease in Childhood*, 89(4), 309-314.
- Morgan JB, Lucas A, Fewtrell, MS. (2004a). Does weaning influence growth and health up to 18 months?. *Archives of Disease in Childhood*, 89(8), 728-733.
- Norris FJ, Larkin MS, Williams CM, Hampton SM, Morgan JB. (2002). Factors affecting the introduction of complementary foods in the preterm infant. *European Journal of Clinical Nutrition*, 56(5), 448-454.
- Pagliaro CL, Bühler KEB, Ibidi SM, Limongi SCO. (2016). Dietary transition difficulties in preterm infants: critical literature review. *The Journal of Pediatrics*, 92(1), 7-14.
- Palazzi A, Meschini R, Piccinini CA. (2017). Music Therapy Intervention for the Mother-Preterm Infant Dyad: Evidence from a Case Study in a Brazilian NICU. *Voices*, 17(2), 1-18.
- Palmer DJ, Makrides M. (2012). Introducing solid foods to preterm infants in developed countries. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 60(Suppl. 2), 31-38.
- Palmer DJ, Makrides M. (2012). Introducing solid foods to preterm infants in developed countries. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 60(Suppl. 2), 31-38.
- Papoutsou S, Savva SC, Hunsberger M, Jilani H, Michels N, Ahrens W, ve ark. (2018). Timing of solid food introduction and association with later childhood overweight and obesity: The IDEFICS study. *Maternal & Child Nutrition*, 14(1), e12471 (1-8).
- Pekcan AG, Şanlıer N, Baş M. (2015). Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER). T.C. Sağlık Bakanlığı. 2.Baskı. Yayın No: 1031, Ankara, s:89-96
- Rodriguez J, Affuso O, Azuero, Downs, CA, Turner-Henson A, Rice M. (2018). Infant feeding practices and weight gain in toddlers born very preterm: A pilot study. *Journal of Pediatric Nursing*, 43, 29-35.
- Salvatori G, Martini L. (2020). Complementary Feeding in the Preterm Infants: Summary of Available Macronutrient Intakes and Requirements. *Nutrients*, 12(12), 3696.
- Selimoğlu, M.A. (2014). Tamamlayıcı beslenme. Selimoğlu MA editör. Sağlıkta ve Hastalıkta Çocuk Beslenmesi. İstanbul: Akademi Uluslararası Yayıncılık, s. 55-62.
- Spiegler J, Eisemann N, Ehlers S, Orlikowsky T, Kannt O, Herting E, ve ark. (2015). Length and weight of very low birth weight infants in Germany at 2 years of age: does it matter at what age they start complementary food?. *European Journal of Clinical Nutrition*, 69(6), 662-667.
- U.K. Department of Health. (1994). Weaning and the Weaning Diet. Report of the Working Group on the Weaning Diet of the Committee on Medical Aspects of Food Policy. Reports on Health and Social Subjects, 45, 1-113.
- Usta O, Ardiç C, Telatar TG. (2020). Preterm doğan çocuklarda ikinci ve üçüncü yaşta obezite değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, 20(3), 567-577.
- Van Haastert IC, de Vries LS, Helders PJ, Jongmans MJ. (2006). Early gross motor development of preterm infants according to the Alberta Infant Motor Scale. *Journal of Pediatrics*, 149(5), 617-22.
- Vissers KM, Feskens EJM, Van Goudoever JB, Janse AJ. (2018) The timing of initiating complementary feeding in preterm infants and its effect on overweight: A systematic review. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 72(4), 307-315.
- Weintraub V, Mimouni FB, Dollberg S. (2009). Effect of birth weight and postnatal age upon resting energy expenditure in preterm infants. *American Journal of Perinatology*, 26(03), 173-177.
- World Health Organization (WHO) (2003). Complementary feeding : report of the global consultation, and summary of guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. World Health Organization. Erişim tarihi:14.02.2021, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42739>
- World Health Organization (WHO) (2018) Preterm Birth. Erişim tarihi:14.02.2021, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Zielinska MA, Rust P, Masztalerz-Kozubek D, Bichler J, Hamulka J. (2019). Factors influencing the age of complementary feeding—A cross-sectional study from two European countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(20), 3799 (1-18).

Çocuklarda Nebülizatör Tedavisi ve Hemşireler İçin Öneriler

Nebulizer Therapy in Children and Recommendations for Nurses

Gamze Kaş¹  Suzan Yıldız² 

¹ Kastamonu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Kastamonu, TÜRKİYE

² İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, TÜRKİYE

Geliş tarihi/ Date of receipt: 24/10/2020

Kabul tarihi/ Date of acceptance: 08/03/2021

© Ordu University Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Turkey, **Published online:** 18/04/2021

ÖZ

Solunum sistemi hastalıklarının tedavisinde, nebülizatör ile ilaç uygulamaları yaygın olarak kullanılmaktadır. Nebülizatörler inhaler tedavi uygulanması endike olan astım, obstrüktif akciğer hastalığı, pnömoni, kistik fibrozis, bronşiyolit, bronkospazm, krup gibi birçok hastalıkta ilk seçenek olmaktadır. Hızlı etki gösteren noninvaziv bir tedavi yöntemi olması, yan etkilerin ve ilaç etkileşimlerinin az olması, diğer inhaler tedavi yöntemlerine oranla daha az koordinasyon gerektirmesi önemli avantajları arasındadır. Diğer yandan oldukça dikkat edilmesi gereken, dikkat edilmediğinde işlemin etkisini azaltan ya da değiştiren dezavantajları da vardır. Bunlar; uygulama zamanı, hastanın/maskenin pozisyonu, hazneye konulması gereken ilaç miktarı, uygulama süresi, uygun basınca ayarlanması, uygulayan sağlık personelinin/ailenin uygulama hakkında yanlış/yetersiz bilgi sahibi olması gibi faktörlerdir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde nebülizatörle ilaç uygulama konusunda hastaların ve sağlık profesyonellerinin bilgi ve becerilerinin yetersiz olduğu dikkat çekmektedir. Özellikle acil birimlerde, yoğun bakımlarda, çocuk servislerinde ve evlerde sıkça kullanılan nebülizatörlerin doğru kullanımı, uygulayıcılar tarafından iyi bilinmelidir. Doğru yapılmayan uygulamalar tedavinin etkin olmamasına ve böylece hastanede kalış süresinin uzamasına, tedavi masraflarında gereksiz artışa ve ülke ekonomisinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Bu derlemede çocuklarda nebülizatör ile ilaç uygulamada karşılaşılan durumlar ile hemşirelik yaklaşımları irdelenmiştir.

Anahtar kelimeler: Nebülizatör tedavisi, çocuk, hemşire, eğitim

ABSTRACT

In the treatment of respiratory system diseases, drug applications with nebulizer are widely used. Nebulizers are the first choice in many diseases such as asthma, obstructive lung disease, pneumonia, cystic fibrosis, bronchiolitis, bronchospasm and croup, which inhaler therapy application is effective. Being a fast-acting treatment method, having few side effects and drug interactions and requiring less coordinations than the other inhaler treatment methods are its important advantages. On the other hand, there are also disadvantages, which reduce or change the effects of the process when not paid attention, which should be highly considered. These are the factors such as time of application, position of patient/mask, the amount of medicine needed to be put into the reservoir, duration of application and the applying health personnel/family having wrong/insufficient information about the application. When the conducted studies are examined, it is noteworthy that the informations and skills of patients and health professionals are insufficient in drug application with nebulizer. The correct use of nebulizers commonly used especially in emergency units, intensive cares, pediatric services and homes should be well known by the implementers. Incorrectly applied practices cause to the ineffectiveness of the treatment; thus, prolonging the length of hospital stay, unnecessary increase in treatment expenses and adverse impacts on the country's economy. In this review, the situations encountered during the drug application with nebulizer in children and nursing approaches are examined.

Key words: Nebulizer treatment, child, nurse, education

ORCID IDs of the authors: GK: 0000-0001-7140-6540, SY: 0000-0002-2528-2185

Sorumlu yazar/Corresponding author: Arş. Gör. Gamze Kaş

Kastamonu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Kastamonu, TÜRKİYE

e-posta/e-mail: gamze.37.95@hotmail.com

Atf/Citation: Kaş G, Yıldız S. (2021). Çocuklarda Nebülizatör Tedavisi; Sağlık Profesyonelleri İçin Öneriler. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 4(1), 141-148. DOI: 10.38108/ouhcd.830727

Giriş

İnhalasyon tedavi yöntemlerinden biri olarak sıklıkla kullanılan nebülizatörler ile ilaç kullanım oranı tüm dünyada çocuklarda ve erişkinlerde, özellikle solunum problemlerinin acil tedavisi ve akciğer hastalıklarının tedavisinde gittikçe artmaktadır (Bargaje ve ark., 2018; Lee ve ark., 2017; Pekcan 2012; Santati ve ark., 2019). İnhalasyon tedavisinde amaç daha az miktarda ilacın en kısa sürede doğrudan solunum yollarına verilmesi, ilaç partiküllerinin akciğerin en uç loblarına kadar iletilmesi, solunum yolu darlıklarının düzeltilmesi ve mukus klirensinin düzenlenmesidir (Kaş, 2020; Ohki ve ark., 2020). Bu endikasyonlar nedeni ile birçok hastalığın tedavisinde nebülizatörler ilk seçenek olmaktadır. Türkiye’de yapılan bir çalışmada astım ve solunum sistemi hastalığına sahip çocukların evde nebülizatör kullanımı %59.7 olarak belirlenmiştir (Keçe, 2017). Bu oran azımsanmayacak kadar yüksektir. Hastanelerin birçok biriminde ve evlerde sıkça kullanılan (Diblası, 2015; Khilnani ve Banga, 2008) nebülizatörlerin kullanım şartları ve özelliklerinin sağlık çalışanları ve hastalar/ebeveynler tarafından iyi bilinmesi gerekir (Düdükçü ve Arslan, 2016). Türkiye’de nebülizatör kullanımı ile ilgili kurallar veya rehberler tam olarak belirlenmemiştir (Güngör ve ark., 2012; Ulus ve ark., 2007).

Güngör ve ark.’nın (2012) hemşire, doktor ve nebülizatör kullanan hastalarla yaptığı çalışmada nebülizatör ile tedaviyi doktorların %42’si başka bir doktordan, hemşirelerin %24’ü başka bir hemşireden öğrenmiştir. Hizmet içi genel eğitimle öğrenen doktorların oranı %4, hemşirelerinki %10’dur. Çalışmada nebülizatörle tedavi konusunda doktorların bilgi skoru %38.67 iken hemşirelerin %38.82, evde nebülizatör kullanan hastaların ise %42.41 olarak saptanmıştır ve bu konuda deneyimli hemşire sayısının oldukça az olduğu bildirilmiştir. Ulus ve ark.’nın (2007) hemşire, asistan doktor ve intörn doktorlar ile yaptığı çalışmada; hava akım hızı, aynı nebülizatöre konulabilecek ilaçlar ve nebülizatörün temizliği konusunda verilen doğru yanıtların oldukça düşük olduğu görülmüştür. Benzer şekilde Bargaje ve ark.’nın (2018) ilk yardım personeli ile yaptıkları çalışmada nebülizatöre konulması gereken ilaç miktarı, ideal nebülizasyon süresi, hastanın pozisyonu gibi nebülizasyon uygulama ilkelerine doğru cevap verenlerin sayısının oldukça düşük olduğu belirlenmiştir. Kanık ve ark.’nın (2015) evde nebülizatör kullanan çocuk ve aileleri ile yaptıkları çalışmada standart

eğitim ile nebülizatör kullanımının düzeldiği, bu durumun astım semptom skoru ve astım kontrolünde anlamlı iyileşme sağladığı belirlenmiştir. Zhao ve ark.’nın (2020) 0-14 yaş arasındaki nebülizatör kullanan astımlı çocuklara yaptıkları ev ziyaretlerinin etkisini değerlendirdikleri çalışmada, ev ziyaretleri öncesi astım kontrol düzeyi %12.0 iken, 4. ev ziyaretinde %77.5’e yükseldiği bulunmuştur.

Nebülizatör tedavisinde ilacın akciğerlere dağılımını ve tedavinin etkinliğini değiştiren pek çok faktör vardır. Bunlar cihaza, ilaca ve kişiye ait özelliklerdir (Pekcan, 2011). Ulaşılan akciğer ilaç depolanma miktarı inhalasyon yöntemlerinden ve uygulama tekniklerinden etkilenmektedir (Mirici ve Akgün, 2000). Bu nedenle uygulanan teknik, kullanılan ilaç molekülü kadar önem taşımaktadır. Uygun olarak yapılmayan nebülizatör tedavi, semptomların kontrol altına alınamamasına, atak geçirme ve hastaneye yatış sayısının ve tedavi maliyetinin artmasına neden olmaktadır (Kanık ve ark., 2015; Pekcan, 2012). Araştırmalar, gaz haline getirilmiş ilaçların bebeklerin akciğerlerine %3’ünden daha azının, küçük çocuklarınkine %1.6-4.4’ünün ulaştığını göstermektedir (Diblası, 2015). En iyi koşullarda kullanılan cihazlar ile inhaler partiküllerin çok küçük kısmının akciğerlere ulaştığı ve uygun teknikler kullanıldığında, akciğerde depolanan ilaç miktarının %7.2’den %22.8’e çıkabildiği, dolayısıyla bu cihazları kullanma becerilerinin önemli olduğu vurgulanmaktadır (Kanık ve ark., 2015). Ancak çocukluk çağında nebülizatör cihazlarının kullanımı konusunda verilen standart eğitimin etkinliğini bildiren çalışmalar sınırlıdır (Keçe, 2017; Ulus ve ark., 2007).

Solunum sistemi hastalıklarında inhalasyon tedavisi uygulama yöntemleri 3 grupta sınıflanmaktadır. Bunlar; Nebülizatör, Ölçülü Doz İnhaler (ÖDİ) ve Kuru Toz İnhaler (KTI)’dir (Bargaje ve ark., 2018; Pekcan, 2011). Çocukların akciğerleri yaşları nedeniyle yetişkinlerden anatomik ve fizyolojik olarak farklıdır. Bu nedenle hastalığa uyum problemleri, inhaler ilaç verme süreci ve ilaç verme cihazlarından kaynaklanan çeşitli problemlerle karşılaşmaktadır (Diblası, 2015; Lee ve ark., 2017). Solunum şekli açısından da çocuklarda ekspirasyon süresinin inspirasyona göre daha uzun olması ilaç kaybına yol açmakta ve ilacın akciğerlere yeterince ulaşmasına engel olmaktadır. Bu nedenlerle çocuklarda etkin tedavi sağlanması amacıyla erişkinlerden farklı nebülizatörler geliştirilmiştir (Diblası, 2015; Santati

ve ark., 2019). Küçük çocukların akut alevlenmelerinde kullanım kolaylığı açısından sıklıkla nebülizatörler tercih edildiğinden (Khilnani ve Banga, 2008; Santati ve ark., 2019) ve literatürde çocuk hastalarda nebülizatörleri doğru uygulama konusunda eksiklikler olduğundan bu derlemede nebülizatör tedavisi incelenecektir.

Nebülizatörler

Latince “nebula” yani “duman” kelimesinden türetilen nebülizatörlerin ilk kullanımları 1872 yılında olmuş ve 1874 yılında ilk kez medikal amaçla sıvı şeklindeki ilacı ince toz haline getirerek püskürten araçlar olarak tanımlanmıştır (Demir ve Saryal, 2003; Muers, 1997). Yalnızca nebülizatörlerde kullanılmak üzere hazırlanmış özel ilaç formları vardır ve bu ilaçlara “nebül ilaçlar” denir. Nebül ilaçların, nebülizatör cihazı ile buharlaştırılarak bir maske veya ağızlık yardımıyla solunum yollarına verilmesi işlemine “inhalasyon” veya “nebülizasyon” denir (Bargaje ve ark., 2018; Boe ve ark., 2001). Sıvı ilaçların nebülizasyonunda jet, ultrasonik ve mesh olmak üzere üç tip nebülizatör çeşidi kullanılmaktadır (Ari, 2014; Ohki ve ark., 2020).

Jet Nebülizatörler: Basınçlı hava veya oksijen kullanarak sıvı halde bulunan ilacı aerosol haline getirebilen cihazlardır (British Thoracic Society Nebulizer Project Group, 1997). Hastanelerde ve evlerde sıklıkla jet nebülizatörler kullanılmaktadır (Düdükcü ve Arslan, 2016; Santati ve ark., 2019). Hava akım hızı ile tedavi süresi ters orantılı olup hava akım hızı azaldıkça tedavi süresi uzar (Saka, 2011; TÜSAD-Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği, 2012). Hava veya oksijen akım hızı ortalama 6-8 L/dk olmalıdır. Jet nebülizatörlerle ilaç uygulamasında nefes verme esnasında ilaç kaybı olmaz (Khilnani ve Banga, 2008). Ancak ilaç dağılımı, son derece değişken partikül büyüklüğü ve yanlış uygulamaya bağlı olarak; tedavi sonunda nebülizatörün haznesinde (0.5-2 ml) %50-75’e varan büyük hacimlerde ilaç kalıntıları nedeniyle tedavi verimsiz olabilmektedir (Ari, 2014; Dıblasi, 2015; Ohki ve ark., 2020). Nebülizatör uygulama kurallarına uyulması, haznede kalan ilaç kalıntı miktarını azaltacağı için tedavi verimini artıracaktır. Resim 1’de jet nebülizatör gösterilmiştir (<http://www.dunyamedikal.com/upload/images/urunler/buyuk/156536365569389929.JPG>).



Resim 1. Jet nebülizatör

Ultrasonik Nebülizatörler: Oluşturdukları yüksek frekansta ses dalgaları aracılığı ile kristal üzerinde bulunan sıvının yüzeyinden gaz haline dönüşen damlalar oluşturabilen bir cihazdır (Saka, 2011; Ohki ve ark., 2020). Titreşim sıklığı damlacıkların boyutunu belirler. Ultrasonik nebülizatörler genellikle daha küçük olduğundan ve daha sessiz çalıştığından bazı hastalar tarafından rutin bronkodilatör tedavisi amacı ile tercih edilebilir (British Thoracic Society Nebulizer Project Group, 1997; Khilnani ve Banga, 2008). Hava akım hızı 6-8 L/dk olmalıdır. Ultrasonik nebülizatörler, jet nebülizatörlerle karşılaştırıldığında daha fazla aerolize edilmemiş kalıntı bırakırlar. Ancak jet nebülizatörlere göre daha pahalıdır (Ari, 2014; Demir ve Saryal, 2003; Khilnani ve Banga, 2008). Resim 2’de ultrasonik nebülizatör gösterilmiştir (<https://s.eticaretbox.com/513/pictures/thumb/350X-nebulztrmacrolifeun807.jpg>).



Resim 2. Ultrasonik nebülizatör

Mesh Nebülizatörler: Kullandıkları elektrik enerjisi yardımıyla oluşturdukları titreşimle ilacı bir ağ örgüsünden geçirerek aerosol haline getiren cihazlardır (TÜSAD, 2012). Tedavi sonunda haznede minimum ilaç kalıntısı bırakması (0.1-0.5 ml), elektrik enerjisine ihtiyaç duymadan pille çalışması, pratik ve taşınabilir olması, gürültü çıkarmaması mesh nebülizatörleri diğer iki tip nebülizatörden daha verimli ve üstün kılmaktadır. Yapılan çalışmalarda diğer nebülizatörlere kıyasla

2-3 kat daha fazla akciğer birikimi olduğu gözlenmiştir (Ari, 2019; Diblasi, 2015). Yapılan bir çalışmada jet nebülizatörlere kıyasla astımlı çocuklarda daha hızlı iyileşme sağladığı ve hastaneye yatışları önemli derecede azalttığı saptanmıştır (Moody, 2019). Fakat diğer tip nebülizatörlere göre daha pahalı oluşu dezavantajıdır (Tashkin, 2016). Resim 3’de mesh nebülizatör gösterilmiştir (<http://www.buyukkalite.me/img/products/98509-tasnabilir-mini-mesh-nebulizatoer-ev-saglk-cocuk-yetiskin-ultrasonik-nebulizatoer-inhale-makinesi.jpg>).



Resim 3: Mesh nebülizatör

Nebülizatör tedavisinin endikasyonları sıklıkla; akut ciddi astım atağı ve bronşektazi başta olmak üzere solunum yolları darlığı, bronkoprovokasyon testi uygulaması, anormal sekresyonların varlığı, hastanın yüksek doz inhaler bronkodilatör ihtiyacı, yenidoğan döneminde bronkopulmoner displazi, kistik fibrozis, bronşiyolit, krup gibi hastalıkların tedavisi durumudur (Düdükcü ve Arslan, 2016; Khilnani ve Banga, 2008; Ohki ve ark., 2020). Nebülizatör ile uygulanabilecek ilaçlar; kısa ve uzun etkili bronkodilatörler, antikolinerjikler, adrenalin, dornaz alfa, hipertonic salin, inhale antibiyotikler, kortikosteroidler, antienflamatuar ilaçlar, antiviral ilaçlar ve antiparazitlerdir. Nebülizatörle en çok uygulanan ilaç grubu ise bronkodilatörlerdir (Bargaje ve ark., 2018; Pekcan, 2012; Ari, 2014; Yanık ve Ayyıldız, 2019). Nebülizatör tedavisinin diğer tedavi çeşitlerine göre oldukça fazla avantajı bulunmakla beraber istenmeyen dezavantajları da vardır. Tablo 1’de Nebülizatör tedavisinin avantaj ve dezavantajları gösterilmiştir (Düdükcü ve Arslan, 2016; Güngör ve ark., 2012; Khilnani ve Banga, 2008; Santati ve ark., 2019; Tashkin, 2016; TÜSAD, 2012; Yanık ve Ayyıldız, 2019).

Tablo 1. Nebülizatör tedavisinin avantaj ve dezavantajları

Avantajları	Dezavantajları
<ul style="list-style-type: none"> • Kısa süre içinde etkisinin başlaması • Hastanede yatma oranını azaltması • Her yaşta kullanılabilmesi • Noninvaziv olması ve enjeksiyona bağlı ağrıya yol açmaması • Yüksek dozda uygulanabilmesi • Uzun süre kullanılabilmesi • İlacın direkt olarak istenen alana (akciğerlere) etki etmesi (akciğerlere) etki etmesi • Uyum gerektirmeden kullanımının kolay olması • İlaçların daha uzun süre etki göstermesi • Maksimum bronkodilatasyon sağlaması • Diğer sistemler üzerindeki yan etkilerinin daha az görülmesi • Birbiriyle uyumlu ilaçların karışım halinde aerosolize edilebilmesi 	<ul style="list-style-type: none"> • Pahalı ve gürültülü olması • Ekstra bir güç gerektirmesi • Cihazın taşıma güçlüğü (jet ve ultrasonik nebülizatör) • Güç kaynağına ihtiyaç duyulması (jet ve ultrasonik nebülizatör) • Damlacık yolu ile enfeksiyon oluşturma riski taşınması • Tedavi esnasında ilaç reaksiyonları oluşabilmesi • Çoğu zaman doz ayarlamada zorluk yaşanması • Cihazın eskimesine veya hatalı kullanımına bağlı partikül çapında değişiklikler meydana gelmesi • Uzun süreli tedavilerde maskenin yüzde yaptığı bası nedeniyle irritasyonlar oluşması • Yanlış kullanımda ilacın cihazda ya da çocuğun yüzünde kalması

Nebülizatör ile İlaç Uygulama İlkeleri

Çocuklarda ve yetişkinlerde nebülizatör ile ilaç uygulamadaki hatalar tedavinin başarısını etkileyen önemli bir faktördür (AİD-Türkiye Ulusal Alerji ve Klinik İmmünoloji Derneği, 2020). Bu nedenle tedavi uygulama ilkelerine dikkat edilmesi, uygulamanın bu öneriler doğrultusunda yapılması oldukça önemlidir. Uygulama ilkeleri:

- Uygulama öncesinde eller yıkanmalıdır.
- Uygulama yemeklerden önce yapılmalı ve çocuk rahat ettiği bir pozisyonda oturur durumda olmalıdır. Fakat bir yaşından küçük bebeklerde inhaler ilacın yatar konumda uygulanması dik konuma oranla akciğerlere daha homojen bir biçimde dağılmasını sağlar.
- İlaçlar kullanılmadan hemen önce hazırlanmalı, bekletilmemeli ve ışıktan korunmalıdır.

- Nebülize edilecek ilaçlar vücut sıcaklığına yakın sıcaklıkta olmalıdır.
- İlaç miktarı 2 ml'den az ise 2-4 cc olacak şekilde %0.9 NaCl ile sulandırılmalıdır.
- Hasta farklı ilaçlar alacaksa önce bronkodilatör, sonra mukolitik ilaç verilmelidir. Mukolitik sonrasında fizyoterapi yapıp solunum yolları temizlenerek, inhale steroid verilmeli ve en son olarak inhale antibiyotik uygulanmalıdır. Bu ilaçlar birbirine karıştırılmamalı ve haznedeki ilaç bittikten en az 15 dakika sonra diğer ilaç uygulanmalıdır.
- Ancak hekimin reçete ettiği birbiriyle uyumlu ilaçlar karışım halinde uygulanabilir.
- Steroidlerin gözlere teması sonucu ciddi sorunlar ortaya çıkabilir. Bu nedenle steroidler uygulanacaksa çocuğun gözleri uygun bir göz koruyucu ile korunmalıdır.
- Antibiyotik uygulanacaksa, hasta ayrı bir odaya alınmalıdır. Partiküllerin atmosfere dağılımını önlemek amacıyla özel filtreler kullanılmalıdır.
- İnhaler ilaçlar nebülizatörün ucuna takılan yüz maskesiyle ya da 3 yaşından büyük ve uyum sağlayabilen çocuklara ağız aparatıyla verilmelidir. İlaç kaybını önlemek için çocuğun yaşına uygun büyüklükte maskeler kullanılmalı ve maskenin lastiği çocuğun yüzüne göre ayarlanmalıdır.
- Çocuk anlayabilecek ve uyum gösterebilecek yaşta ise burun değil ağız solunumu yapması istenir. Çocuğun burnundaki kıllar ve mukoza, inhaler ilacın önemli bir kısmını tutar ve filtre görevi yaparak ilacın akciğerlere ulaşmasına engel olur. Maskenin yüzden biraz uzaklaştırılması solunan partikül dozunun azalmasına yol açar. Çocuklarda nebülizatör maskesinin yüzden 1 cm uzaklaştırılması solunan dozu %50 oranında, 2 cm uzaklaştırılması ise %85 oranında azaltmaktadır.
- İlacın havalanabilmesi için en uygun hava akım hızı 6-8 L/dk olmalıdır. Eğer hava akım hızı istenenden daha yavaş olursa gaz haline gelen ilacın partikül çapı büyüyebilir, ilacın akciğerlere ulaşması ve istenen etkiyi oluşturması mümkün olmayabilir.

Uygulama için 5-10 dakikalık zaman genellikle yeterlidir.

- Cızırtı sesi duyulmaya başladıktan yaklaşık 1 dakika sonra işlem sonlandırılır. İşlem biterken haznede kalacak olan ilaç miktarını azaltmak için hazneye parmakla hafifçe vurulabilir. Antibiyotik ve steroidler ağızda çeşitli enfeksiyonlara neden olabileceği için işlem sonrası çocuğun yüzü yıkanmalı, ağız duru su ile çalkalanmalıdır.
- Her çocuk ve her işlem için ayrı maskeler kullanılmalıdır. Antibiyotik kullanımına geçmeden önce nebülizatör seti değiştirilmelidir.
- Bronkodilatörlerin uzun süre uygulanmasına bağlı olarak çocukta ateş, titreme ve taşikardi gibi yan etkiler ortaya çıkabilir. Bu durumda tedaviye ara verilmelidir.
- Uygulama bitiminde tek kullanımlık maske seti tıbbi atık kutusuna atılmalıdır.
- Uygulama ev ortamında yapıldı ise; işlem bitiminde nebülizatörlerin temizliği ve bakımı sağlanmalıdır. Kullanım sonrası haznede kalan ilacın kristalleşmesinin önlenmesi için kalan miktar dökülerek ilaç haznesi duru su ile çalkalanmalı ve kurumaya bırakılmalıdır. Nebülizatör cihazına ise distile su konularak birkaç saniye çalıştırılmalı ve püskürtme deliklerinin tıkanması önlenmelidir. Nebülizer ilaç haznesi ve maskesi haftada en az üç kez parçalarına ayrılarak ılık sabunlu su ile yıkanıp durulanmalı ve açıkta kurutulmalıdır.
- Nebülizatör maskesi, hortumları, haznesi ve ağızlıklarıyla birlikte üç ayda bir değiştirilmelidir. Nebülizatör filtresi kullanılan cihazın prospektüsüne uygun şekilde/rengi değişikliği olduğu zaman değiştirilmelidir (AİD, 2020; Ari, 2019; Bargaje ve ark., 2018; Keçe, 2017; Dündükcü ve Arslan, 2016; Khilnani ve Banga, 2008; Ohki, 2020; Pekcan, 2011; Pekcan, 2012; TÜSAD, 2012; Ulus ve ark., 2007).

Nebülizatör Tedavisinde Hemşirelik Yaklaşımı

Başta Amerika, İngiltere ve İspanya olmak üzere çeşitli Avrupa ülkesinde 1990'lı yıllardan itibaren "Respiratory Nurse Specialists-Solunum hemşiresi

uzmanlığı” kavramı gelişmiştir. Bu kavramın gelişmesinde “Respiratory Nursing Society, Association of Respiratory Nurse Specialists, European Respiratory Society Nurses Group, American Thoracic Society Nursing Assembly” gibi dernek ve birliklerin öncülüğü önemli olmuştur. “Solunum hemşiresi”, solunum problemi olan hastaların eğitiminde, hastanın kendi bakımına katılımının geliştirilmesinde ve bakımın yönetiminde önemli bir role sahiptir (www.arns.co.uk,

<http://www.ersnet.org/assemblies/allied-respiratory-professionals/item/146-nurses.html>, www.respiratorynursingsociety.org, www.thoracic.org/assemblies/nur/index.php). Ne yazık ki ülkemizde bu alan sadece hekimlerin ve fizyoterapistlerin ilgi odağı olmakta, hemşireler her ne kadar solunum sistemi hastalıkları olan hastalara bakım ve tedavi verseler de bu alanda spesifik bakım verici olarak kabul edilmemektedirler. Ancak, özellikle çocuklarda nebülizasyon oldukça zor ve karmaşıktır. Bu nedenle pediatri hemşirelerine büyük rol düşmektedir.

Çocukluk çağında etkin ve güvenli inhalasyon tedavisi oldukça zordur. Yaş, inhaler cihazın seçiminde en önemli faktördür. ÖDİ tedavisi nebülizatörden daha kullanışlı ve ucuz bir yöntem olmasına karşın bu tedaviye uyum sağlayamayan 2 yaş altındaki çocuklarda ve düşük ventilatuar kapasitesi olan hastalarda çok az uyum gerektirdiğinden ilacı nebülizatör ile uygulamak oldukça faydalıdır (Bargaje ve ark., 2018; Boe ve ark., 2001; British Thoracic Society Nebulizer Project Group, 1997; Kanık ve ark., 2015; Yanık ve Ayyıldız, 2019).

Bebekler, ağız hacimleri küçük olmasına rağmen orantılı olarak büyük bir dile sahip olup larinks ve epiglotun dil tabanına yakınlığı nedeniyle bir yaşına kadar zorunlu burun solunumu yaparlar. Çocukların alt ve üst hava yolları dar olduğundan burun mukus, ödem ve sekresyonlarla kapalı olabileceğinden nazal inhalasyon etkin olmamaktadır (Diblası, 2015; Öztürk ve Bektaş, 2018). Eğer uygulama yapılacaksa önce burundaki sekresyonların temizlenmesi ve çocuğun burnunun inhalasyon için hazır hale getirilmesi gerekir (Boe ve ark., 2001; Santati ve ark., 2019). Ayrıca çocuğun tedavi sırasında ağlaması intrapulmoner depolanmayı azaltacağı için bu durum tedaviyi olumsuz etkileyecektir. Bu nedenle uygulama çocuklara sakın olduğu zamanlarda, bebeklere ise uyurken yapılmalıdır (Ari, 2019; Düdükçü ve Arslan, 2016; Santati ve ark., 2019). İşlem sırasında görsel ve

işitsel olarak çocuğun dikkatini başka yöne çekerek korku ve anksiyeteyi azaltmak için; terapötik oyun, kitap okuma, destekleyici olan resim, video gibi görsel ve basılı materyaller kullanılabilir (Kaş, 2020; Yanık ve Ayyıldız, 2019).

Hemşireler kronik hastalık yönetiminde birincil rol almanın ve esas bakım sağlayıcı olmanın yanı sıra, hastalıkların tedavi edilme aşamasında bakım gereksiniminin çoğunu sağlarlar, hastalık bilgisi ve cihaz kullanım becerileri gibi eğitim programlarının büyük bir kısmından sorumlu olurlar (Scullion, 2018). Solunum sistemi hastalıklarında hemşirelik bakımında; yeterli ve maksimum ventilasyonun, fizyolojik fonksiyonların ve hidrasyonun sağlanması, çocukla beraber ailenin anksiyetesinin azaltılması, hemşirelerin çocuğun tedavisinde aile merkezli bakımın öneminin bilincinde olması ve ebeveynler ile işbirliği içinde olması, ailenin evde bakım için hazırlanması ve tedaviyi uygulama konusunda eğitilmesi yer alır (Düdükçü ve Arslan, 2016; Yanık ve Ayyıldız, 2019).

Yeterli ventilasyonun sağlanmasında; çocuğa uygun ve rahat ettiği bir oturma pozisyonunun verilmesi, nebülizatörle önerilen ilaçların doğru şekilde uygulanması, postural drenaj yapılması/aileye öğretilmesi, solunumu rahatlatmak ve üst solunum yolundaki sekresyonların drenajını sağlamak için yatak başının yükseltilmesi, gerekirse sekresyonların aspire edilmesi, uygun öksürme egzersizlerinin öğretilmesi gerekir. Ayrıca uzun süre ve sık aralıklarla nebülizatör tedavisi almış çocuklara ağız bakımının yapılması da önemli hemşirelik uygulamalarından biridir. Enfeksiyonları önlemek ve ağız mukozasının bütünlüğünü korumak için hastaya ağız bakımı yapılmalı ve girişimlerin etkinliği değerlendirilmelidir (Çavuşoğlu, 2008; Kaş, 2020; Törüner ve Büyükgönenç, 2012). Çocuğun bakımından sorumlu aile bireyleri nebülizatör uygulama zamanı, süresi, ilacın miktarı ve nasıl uygulanacağı, çocuğun/maskenin pozisyonu, ilaçların uygulama sırası, uygulama tekniği, cihazın temizliği gibi konularda eğitilmeli ve soruları cevaplanmalıdır (Lee ve ark., 2017). Hemşireler hasta ve hasta yakınlarına inhaler cihaz uygulama eğitimi verirken, “Bil”, “Göster”, “Öğret” ve “Gözden Geçir” öğelerinin her adımını yerine getirmelidirler (Scullion 2018). Böylece sürekli eğitim programlarına katılarak doğru inhalasyon tedavisi uygulama ilkelerini öğrenmeli, bu uygulamaları hasta ve yakınlarına aktarabilmeli, onların uygulamalarını gözden geçirebilmelidirler.

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak çocuklara nebülizatör uygulamanın oldukça zor ve karmaşık bir uygulama olduğu, sağlık çalışanlarının nebülizatör ile ilaç uygulama becerilerinin artırılması ve sürecin multidisipliner bir çalışmayı gerektirdiği görülmektedir. Bu doğrultuda;

- Nebülizatör ile ilaç uygulamalarında kalite standartlarının oluşturulması ve yerine getirilmesi için birincil olarak sorumlu olan doktor, hemşire, eczacı, fizyoterapist ve solunum teknisyenini içine alan çalışma ve hizmet içi eğitim programları geliştirilmelidir.
- Evde primer bakım vericilere, eğer algılayabilecek yaşta ise çocuğun kendine nebülizatör uygulama ilkeleri görsel olarak anlatılmalı, uygulatılmalı, geri dönüşler alınarak bu eğitimler aralıklı olarak tekrarlanmalıdır.
- Nebülizatör ile ilaç tedavisinde daha fazla çalışmaya, kanıta dayalı hemşirelik araştırmalarına ve uygulamalarına ihtiyaç vardır. Bu alanda yapılacak akademik çalışmalar desteklenmelidir.
- Sağlık eğitimi veren fakültelerin müfredatlarına inhalasyon tedavileri uygulama konuları eklenmelidir.
- Avrupa ve Amerika'da örnekleri görülen "Solunum hemşiresi uzmanlığı" kavramı ülkemizde de desteklenerek; diyabet eğitim hemşiresi, onkoloji hemşiresi, diyaliz hemşiresi, rehabilitasyon hemşiresi, endoskopi hemşiresi gibi spesifik alanlara eş olarak "Solunum/İnhalasyon Hemşiresi" ya da "Solunum/İnhalasyon Eğitim Hemşiresi" kavramları geliştirilmeli ve buna yönelik lisansüstü programlar açılmalıdır. Bu alanda yeterli tecrübeye sahip olan, gerekli eğitim/kurslara katılan ve bunu belgelendiren hemşirelere "Solunum/İnhalasyon Hemşiresi" ya da "Solunum/İnhalasyon Eğitim Hemşiresi" unvanı verilerek sahada uygun alanlarda istihdam edilmeleri sağlanmalıdır.

Araştırmanın Etik Yönü/ Ethics Committee Approval: Kaynaklar bölümünde kullanılan literatür gösterilmiştir.

Hakem/Peer-review: Dış hakem değerlendirmesi.

Yazar Katkısı/Author Contributions: Yazar Katkısı: GK, SY; Fikir/kavram: GK; Kaynak tarama: GK; Makalenin Yazımı: GK, SY; Eleştirel inceleme: SY

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

Finansal Destek/Financial Disclosure: Finansal destek yoktur.

Çalışma Literatüre Ne Kattı?

- Çocuklarda nebülizatör tedavi uygulamada literatürdeki eksikliği dolduracağı için önemlidir.
- Gelecekte yapılacak çalışmalara kaynak oluşturması açısından önemlidir.
- Sahada çalışan hemşirelere rehber olması açısından önemlidir.

Kaynaklar

- American Thoracic Society Nursing Assembly. Erişim tarihi: 14.11.2020, www.thoracic.org/assemblies/nur/index.php
- Ari, A. (2014). Jet, ultrasonic, and mesh nebulizers: An evaluation of nebulizers for better clinical outcomes. *Eurasian Journal of Pulmonology*, 16, 1-7.
- Ari, A. (2019). Effect of nebulizer type, delivery interface, and flow rate on aerosol drug delivery to spontaneously breathing pediatric and infant lung models. *Pediatric Pulmonology*, 54, 1735-1741.
- Association of Respiratory Nurse Specialists. Erişim tarihi: 14.11.2020, www.arns.co.uk
- Bargaje MD, Chidgupkar KM, Anokar A, Deoskar R, Singh S. (2018). Assessment of outcome of training of paramedical staff in nebulization techniques at a tertiary care hospital. *Journal of Respiratory Medicine*, 2(1), 2-5.
- Boe J, Dennis JH, Driscoll BR, Bauerz TT, Carone M, Dautzenberg B. ve ark. (2001). European Respiratory Society Guidelines on the use of nebulizers. *European Respiratory Journal*, 18, 228-242.
- British Thoracic Society Nebulizer Project Group (1997). Current best practice for nebuliser treatment. *Thorax*, 52(2), 1-3.
- Çavuşoğlu, H. (2008). Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. Cilt 2, Ankara, Sistem Ofset, s.393-394.
- Demir G, Saryal S. (2003). Nebülizatör tedavisi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 51(3), 325-332.
- Diblasi, RM. (2015). Clinical controversies in aerosol therapy for infants and children. *Respiratory Care*, 60(6), 894-914.
- Düdükçü F, Arslan F. (2016). Çocuklarda nebülizatör ile ilaç uygulama; problemler ve çözüm önerileri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4), 71-77.
- European Respiratory Society Nurses Group. Erişim tarihi: 14.11.2020, <http://www.ersnet.org/assemblies/allied-respiratory-professionals/item/146-nurses.html>
- Güngör S, Yalçınsoy M, Afşar BB, Akkan O, Bağcı BA, Torbacı KA, ve ark. (2012). Doktorlar, hemşireler ve

- hastalar nebülizatör cihazlarını ne kadar doğru kullanıyor? *Solunum Dergisi*, 14(3), 136-140.
- Jet nebülizatör. Erişim tarihi: 10.04.2020, <http://www.dunyamedikal.com/upload/images/urunler/buyuk/156536365569389929.JPG>
- Kanık ET, Yılmaz Ö, Türkeli Ö, Yüksel H. (2015). Astımlı ve hışıltılı çocuklarda nebülizer kullanımı konusunda verilen standart eğitimin hastalık kontrolüne etkisi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 58, 96-101.
- Kaş, G. (2020). Astım atağı ile acile başvuran çocuklara nebülizatör uygulanırken verilen pozisyonun yaşam bulguları ve anksiyeteye etkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Keçe, Y. (2017). Evde nebülizatör kullanacak çocuklara ve/veya bakım vericilerine uygulanacak eğitim programının etkisinin incelenmesi. Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. Danışman: Yrd. Doç. Dr. Behice Ekici.
- Khilnani GC, Banga A. (2008). Aerosol therapy. *Indian Journal of Chest Diseases and Applied Sciences*, 50, 209-219.
- Lee JM, Kim SJ, Min HY. (2017). The effects of smartphone-based nebulizer therapy education on parents' knowledge and confidence of performance in caring for children with respiratory disease. *Journal of Pediatric Nursing*, 36, 13-19.
- Mesh nebülizatör. Erişim tarihi: 10.04.2020, <http://www.buyukkalite.me/img/products/98509-tasnabilir-mini-mesh-nebulizatoer-ev-saglk-cocuk-yetiskin-ultrasonik-nebulizatoer-inhale-makinesi.jpg>
- Mirici A, Akgün M. (2000). Nebülizatör kullanımı konusunda hekimlerin bilgi ve tutumlarını araştıran bir anket çalışması. *Toraks Dergisi*, 1, 67-71.
- Moody, G. (2019). Comparison of vibrating mesh nebulizer versus jet nebulizer in the pediatric asthma patient: A Randomized Controlled Trial. *Respiratory Care*, 64(10), 3217971.
- Muers, MF. (1997). Overview of nebuliser treatment. *Thorax*, 52(2), 25-30.
- Ohki M, Hyo Y, Yoshiyama Y, Takano H, Takahata J, Suzuki M. ve ark. (2020). Consensus guidance of nebulizer therapy for acute rhinosinusitis. *Auris Nasus Larynx*, 47, 18-24.
- Öztürk C, Bektaş M. (2018). Çocukluk çağı acil sorunları ve hemşirelik yaklaşımı. Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolşık B, Editörler. *Pediatric Hemşireliği*. İstanbul, Akademisyen Kitabevi, s.859-860.
- Pekcan, S. (2011). Çocuklarda yardımcı solunum cihazları. *Türk Toraks Dergisi*, 12(1), 53-55.
- Pekcan, S. (2012). Çocuklarda inhaler tedavi uygulamaları. *Solunum Dergisi*, 14(2), 63-72.
- Respiratory Nursing Society. Erişim tarihi:14.11.2020, www.respiratorynursingsociety.org
- Saka D, Yıldız F, Dursun B, Gemicioğlu B, Kalyoncu F, Mungan D. ve ark. (2011). Nebülize bronkodilatör tedavi prensipleri, SUT endikasyonları. *Türk Toraks Derneği Solunum Cihazları Rehberi*. s.10-11. Erişim tarihi: 29.12.2019, www.toraks.org.tr/Download.aspx?book=978
- Santati S, Thongsri J, Sarntima P. (2019). Modified small-volume jet nebulizer based on CFD simulation and its clinical outcomes in small asthmatic children. *Journal of Healthcare Engineering*, 1-13. <https://doi.org/10.1155/2019/2524583>
- Scullion, J. (2018). The nurse practitioners' perspective on inhaler education in asthma and chronic obstructive pulmonary disease. *Canadian Respiratory Journal*, 1-9. Erişim tarihi: 11.06.2019, <https://doi.org/10.1155/2018/2525319>
- Tashkin, DP. (2016). A review of nebulized drug delivery in COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 11, 2585-2596.
- Törüner EK, Büyükgönenç L. (2012). *Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları*, Ankara, Göktuğ Yayıncılık, s.599-64.
- Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği (TÜSAD). (2012). *Solunum tedavileri uygulayanlar için aerosol tedavi cihazları rehberi 2*. Baskı. İstanbul, s.19-21.
- Türkiye Ulusal Alerji ve Klinik İmmünoloji Derneği (AİD). (2020). *Nebülizatör nasıl kullanılır?* Erişim tarihi: 24.06.2020, <https://www.aid.org.tr/nebulizator-nasil-kullanilir/>
- Ultrasonik nebülizatör. Erişim tarihi: 10.04.2020, <https://s.eticaretbox.com/513/pictures/thumb/350X-nebulztrmacrolifeun807.jpg>
- Ulus B, Kurşun F, Doğru D, Yalçın E, Pekcan S, Çobanoğlu N. ve ark. (2007). Sağlık çalışanları nebülizatörle tedaviyi biliyor mu? *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 50, 174-179.
- Yanık M, Ayyıldız TK. (2019). Nebülizatör tedavisi alan üç-altı yaş grubu çocuklarda oyuncak tipi nebülizatör ile verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrics*, 28(1), 7-18.
- Zhao D, Chen D, Li L, Zou Y, Shang Y, Zhang C. ve ark. (2019). CARE: An observational study of adherence to home nebulizer therapy among children with asthma. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-40356/v1>

Editöre Mektup / Letter to Editor

Letter to Editor

Editöre Mektup

Evren Şavlı¹ 

¹ Ordu University Faculty of Medicine, Department of Medical Pharmacology, Ordu, TURKEY

Geliş tarihi/ Date of receipt: 26/03/2021 **Kabul tarihi/ Date of acceptance:** 10/04/2021

© Ordu University Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Turkey, **Published online:** 18/04/2021

ÖZ

Akın ve Erbil'in çalışması hem emzirme hem de doğum şeklinin iç kavramları üzerinedir. Bu çalışma ile sağlık çalışanları ve anneler arasında doğum yöntemlerinin yenidoğan ve annenin emzirmesi üzerine potansiyel olumsuz etkileri konusundaki farkındalık artırılacaktır. Çalışmanın sonuçları, halkın sağlığını iyileştirmeyi, doğum ve emzirmeye yönelik eğitim müdahaleleri geliştirmeyi, bilgi üretmeyi ve yaymayı, annelerin bilinçli karar alma sürecine katılımını desteklemeyi ve sağlık çalışanları için emzirme ve/veya hamilelikte güvenli ilaç kullanımına yönelik eğitim fırsatlarını ilerletmeyi içeren bir misyon ve daha ileri çalışmaların temelini oluşturabilir.

Anahtar kelimeler: Doğum yöntemi, emzirme, sezaryen, vajinal, tıp

ABSTRACT

Akın and Erbil's study is on the inner conceptions of both breastfeeding and mode of birth. The awareness about the potential negative effects of birth's modes on the infant and mother's breastfeeding among healthcare professionals and mothers will be increased by this study. The conclusions of the study may produce a mission and form the basis of further studies that include improving the public's health, developing educational interventions of delivery and breastfeeding, generating and disseminating knowledge, supporting mothers' participation in informed decision-making, and advancing the educational opportunities of safe drug use in lactation and/or pregnancy for healthcare professionals.

Keywords: Mode of birth, breastfeeding, cesarean, vaginal, medicine

ORCID IDs of the authors: EŞ:0000-0001-5052-5436

Sorumlu yazar/Corresponding author: Dr. Öğr. Üyesi Evren ŞAVLI

Ordu University Faculty of Medicine, Department of Medical Pharmacology, Ordu, TURKEY

e-posta/e-mail: evrensavli@odu.edu.tr

Atf/Citation: Şavlı E. (2021). Letter to editor. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 4(1),149-152. DOI: 10.38108/ouhcd.903555

Letter to Editor,

I read with interest the article by Akın and Erbil (2020) that was published in the October 2020 issue of the Ordu University J Nurs Stud. (Akın and Erbil, 2020). The study will bring research contributions towards the advancement of healthcare professionals and students' body of knowledge by raising awareness of the conclusions leading to the evaluation of the question: what is the relationship between mode of birth and breastfeeding? (Akın and Erbil, 2020). The authors' assessment of the interaction between the mode of birth and breastfeeding is a timely contribution to a key issue within nursing, medicine and society (Akın and Erbil, 2020). The nature of the birth also involves knowledge of pharmacology because of the multiplicity of drug use in pregnancy, delivery and lactation and an unavoidable overlapping of their effects on birth and breastfeeding (Briggs et al., 2015; Collins et al., 2013; Schaefer et al., 2014).

I share the conclusion of the authors about the postpartum pain that it reduces and delays breastfeeding. (Akın and Erbil, 2020; Erbaş 2017; Işık et al., 2018; Yeşilçiçek Çalık et al., 2017). The postpartum pain should be managed with pharmacological (analgesics that are considered to be safe in lactation) and/or non-pharmacological therapies (Briggs et al., 2015; Collins et al., 2013; Schaefer et al., 2014; Yılmaz Esencan et al., 2018; WHO 2018). The collaborative, interdisciplinary nature of the birth requires the participation of nurses and midwives in postpartum education to help mothers and their infants live a healthy process is also concluded in the study (Akın and Erbil, 2020). The knowledge and education opportunities of safe drug use in lactation and pregnancy for healthcare professionals, especially nurses and midwives, should be updated and supported (Briggs et al., 2015; Collins et al., 2013; Schaefer et al., 2014).

It is highly likely that ante, intra and/or postpartum medication, as an integral part of today's modern medicine, may be used in cesarean or vaginal delivery (Briggs et al., 2015; Collins et al., 2013; Schaefer et al., 2014; WHO 2018). All the medicated modes of birth push the question toward 'what medication does to immediate postpartum breastfeeding?. In addition to this, 'when the mother may safely start breastfeeding and/or what the potential effects of the drugs on milk production are, may be asked to nurse and midwife to be answered. These questions are relevant because it is a well-known fact that all anesthetic and analgesic drugs

are transferred to breast milk (Briggs et al., 2015; Collins et al., 2013; Schaefer et al., 2014). The authors of the study draw attention to the very beginning of this problem: mode of birth and breastfeeding (Akın and Erbil, 2020).

Another important point related to the mode of birth in the study is anesthesia in the cesarean section. I share the conclusion of the authors regarding anesthesia in cesarean section, as it is noted in the study that it affects breastfeeding negatively, causing mothers not to breastfeed their infants (Akın and Erbil 2020; Yeşilçiçek Çalık et al., 2017). Even though cesarean section is considered major abdominal surgery, cesarean birth rates have continued to rise steadily and be a public health concern worldwide over the last decades. Furthermore, it is shown that this rising cesarean section rate has not been accompanied by significant maternal or perinatal benefits (WHO 2018). In addition to this, this increasing cesarean section rate may be associated with increased maternal and perinatal morbidity and substantial health-care costs (WHO 2018). According to the World Health Organization (WHO), there is no reason to justify cesarean birth rate being higher than 15% (WHO 2018). Cesarean section is not just matters for individual patients and their clinicians: it also concerns health systems and society, more broadly (WHO 2018). In 2018, the cesarean among live births was 54,9% and primary cesarean section among live birth was 26,3% in Turkey (Sağlık Bakanlığı 2018). The study is on the inner conceptions of both breastfeeding and the mode of birth. Awareness about the potential negative effects of birth's modes on the infant and mother's breastfeeding among healthcare professionals and mothers will be increased by this study (Akın and Erbil, 2020). Some further detailed reflection about the factors affecting breastfeeding such as cesarean (elective vs. emergency) or vaginal delivery (spontaneous vs. induced, instrumental vs. not-instrumental) and types of anesthesia and/or analgesia would have added far more contribution to the generalization of results. I share the conclusions reported in the study that cesarean section decreases immediate postpartum breastfeeding (Akın and Erbil, 2020; Bilgin Şahin and Cengiz Özyurt, 2017; Erba 2017; Erbaydar Paksoy and Erbaydar, 2020; Yılmaz et al., 2017). It is becoming increasingly clear that improved outcomes of birth and breastfeeding and compliance to required treatments can be achieved with attention to patients, their families and society and also with effective

coordination of the healthcare professionals from different branches of medicine (Erbaydar Paksoy and Erbaydar, 2020; Yılmaz et al., 2017; WHO 2018). At the front line of these health care processes are doctors, midwives and nurses who are intimately familiar with the needs of patients, the healthcare system and society (Akin and Erbil 2020; Çakır and Alparslan, 2018; Yılmaz Esencan et al., 2018; WHO 2018).

Another important conclusion, related to the mode of birth and breastfeeding, was promoting vaginal delivery. It is reported that promoting vaginal delivery would increase breastfeeding rates (Akin and Erbil, 2020). It is shown in Aktaş and Yılar Erkek (2018) study that some mothers wanted to choose vaginal delivery because breastfeeding was easier after vaginal delivery (Aktaş and Yılar Erkek, 2018). That may point out further studies about the encouragement of mothers to participate more in informed decision-making about their ante and/or postpartum care.

The conclusions of the study may produce a mission and form the basis of further studies that include improving the public's health, developing educational interventions of delivery and breastfeeding, generating and disseminating knowledge, supporting mothers' participation in informed decision-making and advancing the educational opportunities of safe drug use in lactation and/or pregnancy for healthcare professionals.

Araştırmannın Etik Yönü/ Ethics Committee

Approval: The literature used was shown in the references.

Hakem/Peer-review: External referee evaluation.

Yazar Katkısı/Author Contributions: Concept: ES; Design: ES; Supervision: ES; Data Collection: ES; Data Processing: ES; Analysis and Interpretation: ES; Literature Search ES; Preparation of the manuscript: ES; Critical Reviews: ES

Çıkar çatışması/Conflict of interest: The author reports no conflicts of interest. The author is responsible for the content and writing of the paper.

Finansal Destek/Financial Disclosure: The authors declared that this study hasn't received financial support.

What did the study add to the literature?

- Evaluated with a critical perspective. The awareness about the potential negative effects of birth's modes on the infant and mother's breastfeeding among healthcare professionals and mothers will be increased by this study.

References

- Akin Ö, Erbil N. (2020). Breastfeeding and mode of delivery: A systematic review. *Ordu University Journal of Nursing Studies*, 3(3), 302-318.
- Aktaş S, Yılar Erkek Z. (2018). The examination of the reasons why mothers preference to vaginal birth: An example of qualitative study. *Gümüşhane University Journal Of Health Sciences*, 7(1), 111-124.
- Bilgin Şahin B, Cengiz Özyurt B. (2017). Breastfeeding and nutrition habits of 0-24 month infants in a semi-urban region of Manisa. *Turkish Journal Public Health*, 15(3), 164-175.
- Briggs G G, Freeman R K, Yaffe S J. (2015). *Drugs in pregnancy and lactation: A reference guide to fetal and neonatal risk*. Tenth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins Health.
- Collins S, Arulkumaran S, Hayes K, Jackson S, Impey L. (2013). *Oxford Handbook of Obstetrics and Gynaecology*, Third edition. Oxford Medical Handbooks, Oxford University Press.
- Çakır D, Alparslan Ö. (2018). The investigation of the effects of the birth type variable on the mother-infant interaction and mother's perception of her the infant. *Journal of Contemporary Medicine*, 8(2), 139-147.
- Erbaş N. (2017). Determination of the health problems among women in postpartum period depending on the way of giving birth: An example from Sivas for the year 2012. *Journal of Continuing Medical Education (STED)*, 26(4), 133-138.
- Erbaydar Paksoy N, Erbaydar T. (2020). Relationship between caesarean section and breastfeeding: evidence from the 2013 Turkey demographic and health survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(55), 2-9.
- Işık G, Egelioglu Cetişli N, Aycan Başkaya V. (2018). Postpartum pain, fatigue levels and breastfeeding self-efficacy according to type of birth. *E-Journal of Dokuz Eylul University Nursing Faculty*, 11 (3), 224-232.
- Sağlık Bakanlığı (2018). The Ministry Of Health Of Turkey Health Statistics Yearbook 2018 Accession date: 23.02.2021, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36164,siy2018en2pdf.pdf?0>
- Schaefer C, Peters P W J, Miller R K. (2014). *Drugs during pregnancy and lactation: treatment options and risk assessment*. 3rd edition. Academic Press

- Yeşilçiçek Çalık K, Coşar Çetin F, Erkaya R. (2017). Breastfeeding practices of mothers and influencing practices. *Gümüşhane University Journal Of Health Sciences*, 6(3), 80-91.
- Yılmaz Esencan T, Karabulut Ö, Demir Yıldırım A, Ertuğrul Abbasoğlu D, Külek H, Küreşir Ünal A et al., (2018). Type of delivery, time of initial breastfeeding, and skin-to-skin contact of pregnant women participating in childbirth preparation education. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 26(1), 31-43
- Yılmaz E, Doğa Öcal F, Vural Yılmaz Z, Ceyhan M, Kara OF, Küçüközkan T. (2017). Early initiation and exclusive breastfeeding: Factors influencing the attitudes of mothers who gave birth in a baby-friendly hospital. *Turk J Obstet Gynecol.*,14(1):1-9.
- WHO. (2018). Recommendations Non-Clinical Interventions to Reduce Unnecessary Caesarean Sections. Geneva: World Health Organization; Accession date:23.02.2021, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275377/9789241550338-eng.pdf?ua=1>