

ARAŞTIRMA MAKALELERİ

Yoğun Bakım Ünitelerinde Fiziksel Tespit Kullanımı: Nedenler ve Sonuçlar
Physical Restraint Use in Intensive Care Units: Causes and Consequences
Özge TURNA, Ayla GÜRSOY

127

Hemşirelik ve Tıp Öğrencilerinin Klinik Öğretiminde 360° Değerlendirme: Kapsam Odaklı İnceleme
360° Assessment in Clinical Training of Nursing and Medical Students: A Scoping Review
Çiğdem BAYZAT, Şenay SARMAOĞLU KILIKÇIER

134

Hemşirelerin Mesleki Tatmin, Tükenmişlik ve Eşduyum Yorgunluğu Düzeylerinin İncelenmesi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği
Assessment of Job Satisfaction, Burnout and Compassion Fatigue Levels of the Nurses: A University Hospital Example
Yağmur ÇOLAK YILMAZER, Kadriye BULDUKOĞLU

144

Bir Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı Seviyesi ve İlişkili Faktörler
Health Literacy Level in Individuals Registered to a Family Health Center and Related Factors
Ayşeşül İLGAZ

151

Hemşirelerin Mesleğe Bağlılık ile Bağlımsal Performansları Arasındaki İlişki
The Relationship Between Professional Commitment and Contextual Performance of Nurses
Abdullah BULUT, Kıvan ÇEVİK

160

Determination of the Attitudes of the Health Staff Working for the Institutions Providing Primary Health Care Towards Ageism
Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Veren Kurumlarda Çalışan Sağlık Personelinin Yaşlı Ayrımcılığına İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi
Funda TUNCER ŞAHİN, Evrim BAYRAKTAR, Zeliha KAYA ERTEN

167

Yaşlı Bireylerde Uyku Sorunlarını Gidermeye Yönelik Nonfarmakolojik Müdahaleler: Sistemik Derleme
Nonpharmacological Interventions towards the Sleep Problems in the Elderly: A Systematic Review
Gülfidan BAŞER, Filiz HİSAR

178

Ebeveynlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Çocukluk Dönemi Aşılarına Yönelik Tutum ve Davranışlarıyla İlişkisi
The Relationship of Parents' Health Literacy Level with Attitudes and Behaviors Towards Childhood Vaccines
Bekir ERTUĞRUL, Sevil ALBAYRAK

186

Prematüre Bebek Annelerinin Yenidoğan Yoğun Bakım Deneyimleri
Neonatal Intensive Care Experiences of Mothers of Premature Babies
Dilek ERYÜRÜK, Öznur BAŞDAŞ, Zübeyde KORKMAZ, İlnur YILDIZ, Özlem MUMCU, Meral BAYAT

196

Yoğun Bakım Hastalarında Müzik Uygulamasının Fizyolojik ve Psikolojik Etkileri: Sistemik Derleme
Physiological and Psychological Effects of Music Application on Intensive Care Patients: A Systematic Review
Yasemin SAZAK, Keriman AYTEKİN KANADLI, Nermin OLGUN

203

Aydın İline Göç Eden Kadınların Genel Sağlık ve Üreme Sağlığı Durumları Üzerine İç Göçün Etkisi
The Effect of Internal Migration on the General and Reproductive Health Status of Women Migrating to Aydın Province
Hilmiye AKSU, Hande YAĞCAN, Safiye ÖZVURMAZ, Mevlüt TÜRE

213

Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşirelerinin Motivasyonları Üzerine Niteliksel Bir Araştırma
A Qualitative Study on the Motivations of Neonatal Intensive Care Nurses
Mukaddes DEMİR ACAR, Elif BULUT

223

Hemşirelerde İşe Bağlı Kas-İskelet Sistemi Rahatsızlıklarının Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi.
Determining Prevalence of Work-Related Musculoskeletal Disorders and Related Factors in Nurses
Behire SANÇAR, Serkan TAŞ, Demet AKTAŞ.

231

DERLEME MAKALELER

Türkiye'de Seyahat Sağlığı Hizmetleri ve COVID-19 Pandemisi Sürecinde Seyahat Sağlığı Uygulamaları
Travel Health Services in Turkey and Travel Health Practices in COVID-19 Pandemic
Ayşe DOST, Şura KAYA, Ayşenur SUSOY, Filiz TOŞÇU

239

Kültürel Marjinalite Teorisi ve Hemşirelikte Kullanımı
Cultural Marginality Theory and Its Use in Nursing
Emel GÜVEN

245



HUHFD

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi
Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing
Cilt/Vol 8 Sayı 2 • Mayıs /August 2021

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi

Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing

Cilt 8 Sayı 2-Volume 8 Issue 2 2021

Sahibi	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Adına Prof. Dr. Leyla ÖZDEMİR	
Sorumlu Yazı İşleri Müdürü Yayın Kurulu	Doç. Dr. Sergül DUYGULU	
Başkan	Doç. Dr. Sergül Duygulu	Hacettepe Üniversitesi
Editör Yardımcıları	Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz Doç. Dr. Fatoş Korkmaz Doç. Dr. Gülten Işık Koç	Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi
Sekreterler	Dr. Öğr. Üyesi Seher Başaran Açıl Arş. Gör. Dr. Gül Hatice Tarakçıoğlu Çelik Arş. Gör. Merve Mert	Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi
İngilizce Dil Editörü	Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem Yücel	Hacettepe Üniversitesi
İstatistik Editörü	Prof. Dr. İbrahim Koruk	Harran Üniversitesi
Baskıya Hazırlama	Prof. Dr. Sevgisun Kapucu Doç. Dr. Zehra Gök Metin Dr. Öğr. Üyesi Hatice Pars Dr. Öğr. Üyesi Zeliha Özdemir Köken Dr. Öğr. Üyesi Ayça Ay Arş. Gör. Sabri Karahan	Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi
Yayın Kurulu Üyeleri	Prof. Dr. Hülya Uçar Prof. Dr. Gülnaz Karatay Prof. Dr. Medine Yılmaz Doç. Dr. Deniz Tanyer Doç. Dr. Nurcan Çalışkan Doç. Dr. Şule Ergöl Doç. Dr. Beyza Doğanay Erdoğan	Nuh Naci Yazgan Üniversitesi Munzur Üniversitesi İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Konya Selçuk Üniversitesi Gazi Üniversitesi Kırıkkale Üniversitesi Ankara Üniversitesi
Yayın Türü:	Yerel Süreli Yayın	
Yayın Dili:	Türkçe, İngilizce	
Yayınlanma Biçimi:	4 ayda bir yayımlanır	
Basım Tarihi:	14 Temmuz 2021	
Yönetim Yeri:	H.Ü. Hemşirelik Fakültesi Dergisi Yayın Sekreterliği 06100 Sıhhiye, Ankara/Türkiye Tel: 0 312 305 15 80 Faks: 0 312 312 70 85 E-posta: hbdergi@hacettepe.edu.tr Web Adresi: http://www.hacettepehemsirelikdersisi.org	

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

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

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

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

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

ONLINE ISSN 2149-2956

İçindekiler

Editörden okura

Araştırma makaleleri

Yoğun Bakım Ünitelerinde Fiziksel Tespit Kullanımı: Nedenler ve Sonuçlar

Physical Restraint Use in Intensive Care Units: Causes and Consequences

Özge TURNA, Ayla GÜRSOY

Hemşirelik ve Tıp Öğrencilerinin Klinik Öğretiminde 360° Değerlendirme: Kapsam Odaklı İnceleme

360° Assessment in Clinical Training of Nursing and Medical Students: A Scoping Review

Çiğdem BAYZAT, Şenay SARMASOĞLU KILIKÇIER

Hemşirelerin Mesleki Tatmin, Tükenmişlik ve Eşduyum Yorgunluğu Düzeylerinin İncelenmesi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği

Assessment of Job Satisfaction, Burnout and Compassion Fatigue Levels of the Nurses: A University Hospital Example

Yağmur ÇOLAK YILMAZER, Kadriye BULDUKOĞLU

Bir Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı Seviyesi ve İlişkili Faktörler

Health Literacy Level in Individuals Registered to a Family Health Center and Related Factors

Ayşegül ILGAZ

Hemşirelerin Mesleğe Bağlılık ile Bağlamsal Performansları Arasındaki İlişki

The Relationship Between Professional Commitment and Contextual Performance of Nurses

Abdullah BULUT, Kivan ÇEVİK

Determination of the Attitudes of the Health Staff Working for the Institutions Providing Primary Health Care Towards Ageism

Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Veren Kurumlarda Çalışan Sağlık Personelinin Yaşlı Ayrımcılığına İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi

Funda TUNCER ŞAHİN, Evrim BAYRAKTAR, Zeliha KAYA ERTEN

Yaşlı Bireylerde Uyku Sorunlarını Gidermeye Yönelik Nonfarmakolojik Müdahaleler: Sistemik Derleme

Nonpharmacological Interventions towards the Sleep Problems in the Elderly: A Systematic Review

Gülfidan BAŞER, Filiz HİSAR

Ebeveynlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Çocukluk Dönemi Aşılmasına Yönelik Tutum ve Davranışlarıyla İlişkisi

The Relationship of Parents' Health Literacy Level with Attitudes and Behaviors Towards Childhood Vaccines

Bekir ERTUĞRUL, Sevil ALBAYRAK

Prematüre Bebek Annelerinin Yenidoğan Yoğun Bakım Deneyimleri

Neonatal Intensive Care Experiences of Mothers of Premature Babies

Dilek ERYÜRÜK, Öznur BAŞDAŞ, Zübeyde KORKMAZ, İlknur YILDIZ, Özlem MUMCU, Meral BAYAT

Yoğun Bakım Hastalarında Müzik Uygulamasının Fizyolojik ve Psikolojik Etkileri: Sistemik Derleme

Physiological and Psychological Effects of Music Application on Intensive Care Patients: A Systematic Review

Yasemin SAZAK, Keriman AYTEKİN KANADLI, Nermin OLGUN

Aydın İline Göç Eden Kadınların Genel Sağlık ve Üreme Sağlığı Durumları Üzerine İç Göçün Etkisi

The Effect of Internal Migration on the General and Reproductive Health Status of Women Migrating to Aydın Province

Hilmiye AKSU, Hande YAĞCAN, Safiye ÖZVURMAZ, Mevlüt TÜRE

Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşirelerinin Motivasyonları Üzerine Niteliksel Bir Araştırma

A Qualitative Study on the Motivations of Neonatal Intensive Care Nurses

Mukaddes DEMİR ACAR, Elif BULUT

Hemşirelerde İşe Bağlı Kas-İskelet Sistemi Rahatsızlıklarının Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi.

Determining Prevalence of Work-Related Musculoskeletal Disorders and Related Factors in Nurses

Behire SANÇAR, Serkan TAŞ, Demet AKTAŞ

Derleme makaleleri

Türkiye’de Seyahat Sağlığı Hizmetleri ve COVID-19 Pandemisi Sürecinde Seyahat Sağlığı Uygulamaları **Travel Health Services in Turkey and Travel Health Practices in COVID-19 Pandemic**

Ayşe DOST, Şura KAYA, Ayşenur SUSOY, Filiz TOSÇU

Kültürel Marjinallik Teorisi ve Hemşirelikte Kullanımı **Cultural Marginality Theory and Its Use in Nursing**

Emel GÜVEN

Değerli Okurlarımıza,

Dergimizin 2021 yılı Cilt 8, Sayı 2'sini de sizlerle paylaşmanın mutluluğunu ve onurunu yaşamaktayız. Değerli okurlarımız, ülkemiz hemşirelik eğitim ve uygulamalarına yaptığı önemli katkılarla hemşirelik mesleğinin gelişiminde öncü rol almış değerli hocamız Prof. Dr. Sayın Eren KUM'un aramızdan ayrılışının altıncı yıl dönümü olması nedeniyle, değerli hocamızı hemşirelik mesleğine yapmış olduğu katkılarından dolayı burada bir kez daha saygı ve şükran duygularımızla anıyoruz. Değerli hocamızın bizlere verdiği ışığın nesilden nesile daha da parlayarak aktarılacağına inanıyorum.

COVID-19 pandemisinin ortaya çıkmasının ardından yaklaşık bir buçuk yılı geride bıraktığımız bu günlerde salgınla mücadelede büyük bir özveri ve yoğun emek ile çalışan meslektaşlarımıza ve diğer tüm çalışanlara bir kez daha şükranlarımızı sunuyoruz. Bununla birlikte salgın nedeniyle hayatlarını kaybeden tüm meslektaşlarımızı saygı ve minnetle anıyoruz. Biliyoruz ki salgın nedeniyle ebediyete yolculadığımız meslektaşlarımız ve diğer sağlık çalışanlarının varlığı bu dünyada daha sağlıklı bir geleceğe ulaşma yolunda bir fark yarattı.

Değerli okurlarımız, dergimizin bu sayısında 13 araştırma ve 2 derleme olmak üzere toplam 15 makale yer almaktadır. Bu sayıda yayınlanan makaleler; cerrahi hastalıkları hemşireliği, çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği, doğum ve kadın sağlığı hemşireliği, hemşirelik esasları, hemşirelikte yönetim ve öğretim, halk sağlığı hemşireliği ve psikiyatri hemşireliği alanlarına ilişkin olup, bu makalelerin okurlarımızın sürekli mesleki gelişimlerine ve hemşirelik hizmetleri uygulamalarına katkı sağlayacağına inanıyorum. Dergimizin bu sayısına yayınlarını göndererek katkıda bulunan yazarlarımıza, dergimizin çıkmasında emeği geçen yayın kurulu üyelerine, editör yardımcılara, danışma kurulu üyelerimize ve yayında emeği geçen herkese çok teşekkür ederim.

Çalışmalarını bizimle paylaşmak isteyen yazarların araştırma makalelerini ve olgu sunumlarını beklediğimizi bildirir, tüm insanların barış ve güven içerisinde yaşadığı günler dilerim.

Saygılarımla.

Doç. Dr. Sergül DUYGULU

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Araştırma makalesi Research article

Yoğun Bakım Ünitelerinde Fiziksel Tespit Kullanımı: Nedenler ve Sonuçlar



Özge TURNA¹, Ayla GÜRSOY²

ÖZ

Amaç: Araştırma, cerrahi yoğun bakım ünitelerinde fiziksel tespit kullanım nedenlerini ve hastalarda görülebilecek sonuçlarını değerlendirmek amacıyla gerçekleştirildi.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki araştırma yoğun bakım ünitesinde fiziksel tespit uygulanan 81 hasta ve bu hastalara yapılan 1003 fiziksel tespit değerlendirmesini kapsamaktadır. Soru formları, Richmond Ajitasyon Sedasyon Ölçeği ve Glasgow Koma Ölçeği ile toplanan veriler Wilcoxon testi, Friedman testi, Mann Whitney U testi ile analiz edildi.

Bulgular: Yoğun bakım ünitesindeki hastaların %38.0'ine fiziksel tespit uygulandığı saptandı. Fiziksel tespite başvurma nedenleri arasında ilk sırada tıbbi ekipmanın çekilmesini önlemek (%87.7) yer almaktadır. Fiziksel tespit uygulanan hastaların tespit süresi uzadıkça tespite bağlı cilt ve davranışsal değişiklik gelişme sıklığının arttığı bulundu. Çalışmaya dahil edilen hastaların %47.6'sında tespit bölgesinde cilt değişikliği gözlemlendi. Bu değişikliklerin en sık, ciltte kızarıklık (%47.6), şişme/ödem (%42.7) ve çökme (%22.2) olduğu saptandı. Fiziksel tespit süresi uzadıkça hastaların ajitasyon düzeylerinin anlamlı şekilde azaldığı (p=0.000), Glasgow Koma Ölçeği ortalama puanlarının ise arttığı saptandı (p=0.002).

Sonuç: Çalışma sonuçları hastaların kendisine zarar vermemesi amacıyla yapılan fiziksel tespitin hastaların konforunu olumsuz etkileyecek sorunlara yol açtığını göstermektedir. Tespit süresi uzadıkça sorunların arttığı sonucunu da gözleterek bu uygulamanın kararının çok dikkatli verilmesi ve tespit süresince hastaların düzenli değerlendirilmesi önerilir.

Anahtar kelimeler: Ajitasyon, fiziksel tespit, yoğun bakım, yoğun bakım hemşireliği

ABSTRACT

Physical Restraint Use in Intensive Care Units: Causes and Consequences

Aim: This study was conducted to evaluate the reasons for using physical restraints in surgical intensive care units and the consequences that can be seen in patients.

Material and Methods: This descriptive study included 81 patients physically restrained in the intensive care unit and 1003 physical restraint evaluations made on these patients. The data collected by questionnaires, Richmond Agitation Sedation Scale and Glasgow Coma Scale were analyzed using Wilcoxon test, Friedman test, and Mann Whitney U test.

Results: Physical restraint was applied to 38% of the patients in the intensive care unit. Among the reasons for using physical restraint, the first is to prevent medical equipment removal (87.7%). It was found that the longer the physical restraint time of the patients, the frequency of development of skin and behavioral changes due to restraint increased. Skin changes in the physical restraint area were observed in 47.6% of the patients. The most common changes were skin rash (47.6%), swelling/edema (42.7%), and collapse (22.2%). It was found that as the physical restraint time increased, the agitation levels of the patients decreased significantly (p=0.000), and the mean scores of the Glasgow Coma Scale increased (p=0.002).

Conclusion: The results of this study show that physical restraint made in order not to harm the patients themselves causes problems that will negatively affect the comfort of the patients. Considering the result that the problems increase as the physical restraint time increases, it is recommended to make the decision of physical restraint very carefully and to evaluate the patients regularly throughout the process.

Keywords: Agitation, intensive care, intensive care nursing, physical restraint

¹Hemşire, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi, Trabzon, Türkiye, E-posta:ozgekocakoglu@gmail.com, Tel: +90 462 341 56 56, ORCID:0000-0001-5816-2908

²Prof. Dr., Antalya Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Antalya, Türkiye, E-posta:aylagursoy68@gmail.com, Tel: +90 242 245 00 00, ORCID: 0000-0003-3585-4500

Geliş Tarihi: 27 Ocak 2020, Kabul Tarihi: 25 Ocak 2021

Atıf/Citation: Turna Ö, Gürsoy A. Yoğun Bakım Ünitelerinde Fiziksel Tespit Kullanımı: Nedenler ve Sonuçlar. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2021; 8(2): 127-133. DOI: 10.31125/hunhemsire.966307

GİRİŞ

Yoğun bakım, çoklu organ yetmezliği ya da organ sisteminde ciddi fizyolojik işlev bozukluğu nedeniyle, temel ve ileri yaşam destek tedavisi gerektiren hastalara verilen multidisipliner bakım ve tedavi şeklidir¹. Yoğun bakım üniteleri ise bu özelliklerdeki hastaların tedavi edildiği ve sürekli gözlem altında tutulduğu bakım merkezleridir².

Yoğun bakım ünitelerinde tedaviye yönelik birçok girişim uygulanmakta ve bu girişimler bireyi fizyolojik ve psikolojik olarak olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Ayrıca bu ünitelerde istenmeyen sesler, yapay ışıklandırma, sosyal izolasyon gibi unsurlar hastalarda duyuşsal yüklenme ya da duyuşsal yoksunluk oluşturabilmektedir^{3,4}. Yatağa bağımlı olma, hareket sınırlılığı, alışık olunmayan çevre, aile ve sosyal ortamdaki uzak olma hastaların psiko-sosyal yönden olumsuz etkileyen diğer unsurlardır⁵⁻⁷. Bu faktörler hastalarda deliryum, konfüzyon, anksiyete ve ajitasyon oluşmasına da yol açmaktadır. Bunların sonucunda hastanın kendisine, çevresine zarar vermesi, yataktan düşmesi, tedavi ve bakım uygulamalarını reddetmesi gibi nedenlerle fiziksel tespit zorunluluğu ortaya çıkabilir^{8,9}.

Fiziksel tespit, kendisine ya da çevresine zarar verme olasılığı durumunda, fiziksel ya da mekanik araçlarla hastanın hareketlerinin kısıtlanmasıdır. Tespitin amacı hastaların istenmeyen hareketlerinin kontrol altına alınması ve güvenliklerinin sağlanmasıdır¹⁰⁻¹². Tespit uygulaması sedatize edilen hastaların derin sedasyondan hafif sedasyona geçişte güvenliğinin sağlanması amacıyla da kullanılmaktadır¹³.

Fiziksel tespit yöntemi özellikle bakımevlerinde, psikiyatri, acil servis ve yoğun bakım ünitelerinde sıklıkla kullanılmaktadır¹⁴⁻¹⁷. Mısır'da hastanelerin yoğun bakım ünitelerinde yapılan bir çalışmada tespit oranı %68, Fransa'da ise bu oran %82'dir^{14,18}. Türkiye'de yoğun bakım ünitelerinde yapılan bir çalışmada ise hemşirelerin %90.5'inin çalıştıkları ünitelerde hastalara fiziksel tespit uygulandığını belirttikleri saptandı¹⁹.

Fiziksel tespit kararını en yaygın etkileyen unsurlar; düşme riski ya da düşme öyküsü, ileri yaş, saldırgan olma, şiddet öyküsü, iletişim kurmakta zorluktur. Ayrıca hastada var olan bilişsel değişiklikler ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyinin artması da fiziksel tespit kullanımını arttırmaktadır^{10,20-23}.

Fiziksel tespit her ne kadar uygun yapılsa da hastanın konforunu olumsuz etkileyen bir uygulamadır. Tespit bölgesinde morarma, ödem, cilt erezyonu, tespite bağlı doğrudan zarar; hastanın hareketsiz kalması, basınç yaralarının oluşması ya da artması ve mortalitede artış ise dolaylı zarar olarak değerlendirilmektedir²⁴.

Yoğun bakım hastalarında hareket sınırlılığı duyuşsal yoksunluğa neden olabilmekte ve duyuş durumunu değiştirmektedir²⁵. Fiziksel tespit hastada var olan deliryum ve ajitasyon durumunu daha da arttırmaktadır. Bu uygulama hasta tarafından küçük düşürücü bir davranış olarak algılanabilmekte ve psikolojik travmaya sebep olabilmektedir¹⁸. Hastada kızgınlık, korku, panik, utanma duyuşlarına neden olurken aynı zamanda tıbbi tedavi ve

bakımı istememe ve sağlık ekibine güvenin azalmasına da neden olabilmektedir²⁶.

Konu ile ilgili kaynaklarda; yoğun bakım ünitelerinde fiziksel tespit nedenleri ve fiziksel tespit hastada üzerindeki etkileri ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır^{11,14,16}. Ancak ülkemizde konuya ilişkin yoğun bakım ünitelerinde yapılan çalışmalar sınırlıdır ve yapılan çalışmalarda da tespit hastada üzerindeki etkileri doğrudan değerlendirme olmayıp, kayıtlardan elde edilen sonuçlardır.

Araştırmanın Amacı

Araştırma cerrahi yoğun bakım ünitelerinde fiziksel tespit uygulamalarının hangi durumlarda kullanıldığı, kullanılma nedenleri, kullanılan fiziksel tespit yöntemleri ve fiziksel tespit hastadaki sonuçlarını değerlendirmek amacıyla gerçekleştirildi.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Çalışma tanımlayıcı tiptedir.

Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırma 16.10.2017-16.01.2018 tarihleri arasında Doğu Karadeniz Bölgesi'ndeki bir ilin devlet hastanesinin cerrahi ve anestezi yoğun bakım ünitesinde yürütüldü. Bir yıl içinde hastanenin cerrahi ve anestezi yoğun bakım ünitesine 980 hasta kabul edilmektedir ancak kaç hastaya fiziksel tespit uygulandığına ilişkin kayıt bulunmamaktadır.

Yoğun bakımda iken fiziksel tespit uygulanan ve 18 yaşından büyük olan hastalar örnekleme kabul edildiler. Zihinsel kısıtlılık, 30 dakikadan daha kısa süre tespit uygulanması varlığı, sağlık ekibi tarafından bedeni tutularak hareketi engellenmek üzere gerçekleştirilen tespit uygulamaları, fiziksel tespit bölgesinde tespitten önce ödem, hematoma, kızarıklık, cilt nekrozu gibi değişiklik varlığı ise örneklem dışlanma ölçütleri olarak belirlendi. Üç aylık süre içinde araştırmanın yapıldığı yoğun bakıma 376 hasta yatırıldı ve bu hastalardan 143'üne fiziksel tespit uygulandığı saptandı. Fiziksel tespit bölgesinde tespitten önce hematoma, ödem, kızarıklık ve cilt erezyonu gibi değişiklikler olduğu için 62 hasta örneklem dışı bırakıldı. Çalışma kabul ölçütlerini karşılayan ve fiziksel tespit uygulaması gerçekleştirilen 81 hasta ile tamamlandı. Her hasta tespit anından, tespit sonlanana kadar değerlendirildi. Bu doğrultuda çalışmada toplam 1003 fiziksel tespit uygulamasının değerlendirilmesi gerçekleştirildi.

Veri Toplama Araçları

Çalışmada veriler Glasgow Koma (GKÖ) ve Richmond Ajitasyon Sedasyon Ölçekleri (RASÖ) ile toplandı. Ölçeklerin yanı sıra veri toplamak için ilgili kaynaklar doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan soru formları kullanıldı^{14,15,19,27,28}.

Glasgow Koma Ölçeği (GKÖ)

Ölçek Glasgow Üniversitesi Nörolojik Bilimler Enstitüsü beyin cerrahisi profesörleri Graham Teasdale ve Bryan J. Jennett tarafından 1974 yılında oluşturulmuştur. Glasgow koma ölçeği; göz açma, sözlü, motor olmak üzere üç değişkeni değerlendirmektedir. Her değişken için belirli bir puan verilmektedir. Ölçek toplam puanı 15 ise hasta oryante, 13 – 14 ise konfüze, 8 – 13 ise stupor, 3 – 8 ise perikoma, 3'ün altında ise koma olarak tanımlanmaktadır²⁹.

Ölçek yoğun bakımlarda bilinç değerlendirmesi için yaygın olarak kullanılmaktadır. Çalışmada ölçek, fiziksel tespit uygulamasının hastaların bilinç durumuna etkisini belirlemek amacıyla kullanıldı.

Richmond Ajitasyon Sedasyon Ölçeği (RASÖ)

Ölçek Richmond Virginia Commonwealth Üniversitesi tarafından geliştirilmiştir. Toplam puanı 10 olan ölçekte hastanın ajitasyonu +4 (Hırçın; personel için tehlikeli olabilecek düzeyde) ile -5 (uyandırılmaz) aralığında puanlanmaktadır. Puanlama; +4 kavgacı, +3 çok ajite, +2 ajite, +1 huzursuz, 0 sakin/uyanık, -1 uykulu, -2 hafif sedasyon, -3 orta sedasyon, -4 derin sedasyon ve -5 koma şeklinde yapılmaktadır³⁰. Bu ölçek fiziksel tespit uygulamalarının hastaların ajitasyon durumuna etkisini değerlendirmek için kullanıldı.

Demografik ve Klinik Özellikler Formu

Demografik ve klinik özellikler formunun ilk kısmını demografik bilgileri içeren (yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi) üç soru oluşturmaktadır. İkinci kısımda ise tıbbi durumuna ilişkin bilgileri içeren (görme kaybı, işitme kaybı, ziyaretçi durumu, yoğun bakımda kalış süresi, primer tanı, ek hastalık, hasta grubu, invaziv araç-gereç varlığı, analjezik kullanımı ve sedatif kullanımı) on soru yer almaktadır.

Fiziksel Tespit Formu

Form fiziksel tespit nedenleri, türü, tespit için kullanılan araç, tespit süresi, tespit uygulama kararı, alternatif yöntem kullanım durumunu belirleyen altı sorudan oluşmaktadır.

Fiziksel Tespiti Olan Hasta Değerlendirme Formu

Form fiziksel tespit uygulanan hastaların cilt ve davranış değişikliklerini belirlemeye yöneliktir. Fiziksel tespit bölgesi ile ilgili cilt değişiklikleri (sorun gelişmedi, kızarıklık, siyanoz, ülserasyon, şişme/ödem, cilt nekrozu, cilt erazyonu, diğer) ve davranış değişiklikleri (ajitasyon artışı, oryantasyon/sakinlik, ağlama/inleme, diğer) olmak üzere iki alt grupta toplam 12 madde içermektedir.

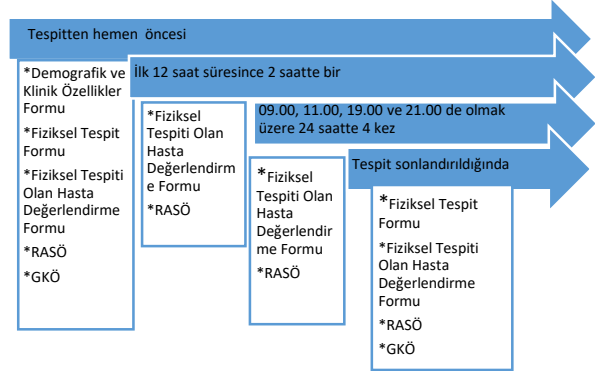
Fiziksel tespit ve fiziksel tespiti olan hasta değerlendirme formu kapsam geçerliliği için iki hemşire öğretim üyesi ve bir istatistikçiden uzman görüşü alındı. Daha sonra on hastada ön uygulama yapıldı ve bu hastalar araştırma kapsamına alınmadı. Ön uygulama sonucunda veri toplama formlarında gerekli değişiklikler yapıldı.

Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Klinik değerlendirmenin tespit başladıktan sonlanana kadar kesintisiz devam etmesi gerekmektedir. Ancak yazarların 24 saat hastanede olmaları mümkün olmadığı için fiziksel tespiti olan hasta değerlendirme formunun uygulanmasında altı hemşire (anestezi yoğun bakım ünitesinde üç ve cerrahi yoğun bakım ünitesinde üç) görev aldı. Klinik değerlendirmenin nasıl yapılacağı ve kaydedileceği konusunda ilk yazar tarafından hemşirelere bireysel olarak 30 dakikalık bilgilendirme yapıldı. Ayrıca değerlendirme yapacak olan her hemşirenin ilk üç değerlendirmesi ilk yazar ile yapıldı.

Her hastanın tespitten önce, tespit bölgesi cildi (kızarıklık, yara, ödem vb.) ve davranışsal durumu değerlendirildi. Daha sonra tespit sonlanana kadar fiziksel tespiti olan hasta değerlendirme formu ile hastanın tespit bölgesindeki cildi, duyuşal/davranışsal değişiklikleri ve RASÖ ile ajitasyon durumu değerlendirildi. İlki tespit anında olmak üzere ilk 12

saat hastalar iki saatte bir değerlendirildi. On iki saati aşan tespitlerde ise tespit sonlanana kadar her hasta için standart izlem akışı belirlendi. En az iki, en fazla 62 olmak üzere ortalama dokuz gözlem yapıldı. Tespiti olan hasta izlem akışı aşağıdaki şemada gösterilmektedir.



Şema 1. Tespiti olan hasta değerlendirme akışı

Verilerin Analizi

Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS 23.0 (Statistical Package of Social Sciences) paket programı kullanıldı. Fiziksel tespit öncesi ve fiziksel tespit sonrası GKÖ ve RASÖ ortalama puanlarının analizinde Wilcoxon testi, tespite bağlı sorun gelişen ve gelişmeyen hastaların RASÖ ortalama puanlarının analizinde ise Friedman testi ve Mann Whitney U testi kullanıldı.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için Bölge Bilimsel Araştırmalar Kurulu Başkanlığından 18.11.2016'da etik kurul izni (Sayı:23618724-000-13946) ve araştırmanın yapıldığı hastaneden 02.09.2016'da çalışma izni (Sayı: 29765155/799-E.9827) alındı. Araştırma kapsamına alınan hastaların bilinç durumu sözel ya da yazılı izin almaya uygun olmadığı için çalışma izni birinci derece bir yakınından alındı.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Hastayı tespit etmeye çalışırken gerçekleşmiş olabilecek cilt değişikliklerini (kızarma, sıyrık, morarma vb.) belirlemenin mümkün olmaması çalışmanın sınırlılıklarından biridir. Bunun yanı sıra yoğun bakım hastaları çoklu sağlık sorununa sahip hastalardır. Fiziksel tespit dışında bu sorunların da hastalarda cilt ve davranış değişikliklerine yol açma olasılığı çalışmanın diğer sınırlılığıdır.

BULGULAR

Hastalar ortalama 70.3 (SS:17.4) (min:19, mak:102) yaşında olup %65.4'ü erkektir. Hastaların tanıları arasında en sık solunum (%29.6), beyin ve sinir sistemi hastalıkları (%17.2) yer almaktadır. Hastaların klinik tanılarında eşlik eden hastalıklar arasında ise en sık karşılaşılanlar hipertansiyon (%37), diyabet (%25.9) ve kalp hastalıkları (%23.4)'dir. Hastaların beden kitle indeksine göre %66.7'si normal kilodadır.

Araştırmaya katılan hastaların tamamında (%100) en az bir invaziv girişim yapılmıştır. İnvaziv girişimler içinde en sık kullanılan foley kateterdir (%95.1). Entübasyon tüpü (%44.4), santral venöz kateter (%27.2), nazogastrik sonda (%25) ve toraks tüp (%14.8) ise diğer tıbbi araçlar arasında en çok kullanılanlardır.

Çalışma kapsamındaki hastaların %95.1'inde fiziksel tespit kararının hemşire tarafından verildiği bulundu. Araştırmanın süresince yoğun bakıma yatırılan %38.0'ine fiziksel tespit uygulandığı saptandı. Fiziksel tespit uygulamalarına ilişkin tanımlayıcı bilgiler Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1. Tablo 1. Fiziksel Tespit Uygulamalarına İlişkin Tanıtıcı Bilgiler (n= 81)

Bilgiler	n	% *
Tespit nedenleri		
Tıbbi ekipmanın çekilmesini önlemek	71	87.7
Ajitasyon	45	55.6
Kendine zarar vermeyi önlemek	36	44.4
Dezoryantasyon-konfüzyon	33	40.7
Yataktan düşmeyi önlemek	29	35.8
Tıbbi girişimde bulunmak	17	21.0
Ekstremitelerde kontraktür gelişmesini engellemek	5	6.2
Sedasyon etkisinden çıkarken uygunsuz davranışları engellemek	4	4.9
Tespit türü		
Üst ekstremiteler	81	100.0
Çift taraflı	65	80.2
Tek taraflı	16	19.8
Alt ekstremiteler	22	27.2
Çift taraflı	70	86.4
Tek taraflı	11	13.6
Tüm vücut	10	12.3
Tespit aracı		
Pamuklu sünger dolgulu bileklik	81	100.0
Bedensel tespit materyali	10	12.3
Tespit süresi		
24 saatten az	36	44.4
1-2 gün	18	22.2
3-4 gün	9	11.1
4 günden fazla	18	22.2
Tespite karar veren		
Tedaviden sorumlu hemşire	77	95.1
Tedaviden sorumlu hekim ve hemşire	4	4.9
Tedaviden sorumlu hekim	0	0
Tespit öncesi kullanılan diğer yöntemler		
Kullanılmadı	55	67.9
Farmakolojik yöntemleri uygulama	26	32.1
Tespit sonlandırıldığında kullanılan diğer yöntemler		
Kullanılmadı	64	79.0
Farmakolojik yöntemleri uygulama	16	19.8
Hasta yakınlarından yardım alınması	1	1.2
Hastanın daha rahat gözlemlenebileceği bir yatağa alınması	1	1.2

*Bir hastada birden fazla fiziksel tespit nedeni, türü, materyali ve tespit sonrası kullanılan yöntem olduğu için n katlandı. Ancak yüzdeler n=81 üzerinden alındı.

Yapılan tespit değerlendirmelerinin %47.6'sında tespit bölgesinde ciltte değişiklik geliştiği saptandı. Kızarıklık (%42.9) ve şişme/ödem (%42.7) yirmi dört saat içinde en sık karşılaşılan cilt sorunlarıydı. Tespitten sonra hastaların %33.4'ünde davranışsal değişim belirlendi (Tablo 2).

Tespite bağlı cilt değişikliği gelişen hastaların %62.9'unun 4 gün ve üzeri tespit uygulanan hastalar olduğu belirlendi (Tablo 3).

Tablo 2. Hastalarda Tespit Sonrası Cilt ve Davranış Değişiklikleri (n= 1003 değerlendirme)

Değişiklikler	08-16 (n:518 değerlendirme)		16-08 (n:485 değerlendirme)		24 saat içinde (n:1003 değerlendirme)	
	n*	%	n*	%	n*	%
Tespit bölgesindeki cilt değişiklikleri*						
Değişiklik yok	228	44.0	298	61.4	526	52.4
Kızarıklık	134	46.2	71	37.9	205	42.9
Şişme/ödem	139	47.9	65	34.7	204	42.7
Ciltte çöküntü	79	27.2	27	14.4	106	22.2
Siyanoz	48	16.5	18	9.6	66	13.8
Ülserasyon	11	3.7	2	1.0	13	2.7
Cilt erezyonu	8	2.7	6	3.2	14	2.9
Davranışsal değişiklikler						
Değişiklik yok	337	65.0	331	68.2	668	66.6
Sakinleşme	73	40.3	76	49.3	149	44.4
Ajitasyon artışı	67	37.0	59	38.3	126	37.6
Ağlama/inleme	31	17.1	8	5.1	39	11.6

*Bir hastada fiziksel tespit bölgesi ile ilgili birden fazla değişiklik görüldüğü için n katlandı.

Tablo 3. Fiziksel Tespit Uygulama Süresine Göre Hastalarda Tespit Bölgesinde Cilt Değişikliği Gelişme Durumu (n= 1003)

Süre	Değişiklik				Toplam	
	Gelişti		Gelişmedi		n	%
	n	%	n	%		
24 saatten kısa	40	8.7	151	27.7	191	19.1
1-2 gün	52	11.4	93	17.1	145	14.4
3-4 gün	78	17.0	53	9.7	131	13.1
4 günden fazla	288	62.9	248	45.5	536	53.4
Toplam	458	100.0	545	100.0	1003	100.0

Hastaların fiziksel tespit sonrası GKÖ ortalama puanlarının fiziksel tespit öncesi değerlendirmelere göre anlamlı şekilde yüksek olduğu bulundu (p=0.002). Fiziksel tespit sonrası RASÖ ortalama puanının ise tespit öncesine göre düşük olduğu olduğu belirlendi (p=0.000) (Tablo 4).

Tablo 4. Fiziksel Tespit Öncesi ve Sonrası GKÖ ve RASÖ Ortalama Puanları (n= 81)

	Tespit öncesi $\bar{X} \pm SS, \text{ortanca, (min/mak)}$	Tespit sonrası $\bar{X} \pm SS, \text{ortanca, (min/mak)}$	İstatistik değeri P
GKÖ	10.4±2.6, 10, (3/15)	11.6±3.7, 13, (3/15)	p=0.002
RASÖ	1.3±1.6, 2, (-4/+4)	0.1±1.6, 0, (-5/+4)	P<0.001

TARTIŞMA

Fiziksel tespit farklı kliniklerde hastanın üzerindeki ekipmanları çekmesini ya da kendisine zarar vermesini önlemek amacıyla kullanılan bir yöntemdir. Özellikle bilinç durumları ve kendilerine uygulanan tedaviye bağlı olarak fiziksel tespite en sık başvuru alan ünitelerden biri de yoğun bakımlardır. Hastanın yararı için uygulanan fiziksel tespit uzun süreli ve uygun olmayan kullanımı hastalarda psikolojik ve fiziksel sorunlara yol açabilmektedir³¹. Bu nedenle fiziksel tespit kararının titizlikle verilmesi ve tespit edilen hastaların dikkatli ve kapsamlı izlenmesi gerekmektedir.

Bu çalışmada, veri toplama süreci içinde yoğun bakımda yatan hastaların üçte birinden fazlasına fiziksel tespit uygulandığı bulundu. Yoğun bakım ünitelerinde yapılan diğer çalışmalarda da bu oran %39.1 ile %82 arasındadır^{14,18,28,32,33}. Türkiye'de yoğun bakım ünitelerinde yapılan bir çalışmada ise hemşirelerin %90.5'inin fiziksel tespit uyguladığı belirtilmiştir¹⁹. Yoğun bakım ünitesi hastaları var olan hastalıklarından ve yoğun bakım ortamının

etkisinden dolayı daha çok bilinç karmaşası yaşamaktadır. Bu ünitelerde tespite başvurma oranının diğer ünitelere göre daha fazla olması bu duruma bağlanabilir.

Çalışmamızda fiziksel tespite başvurma nedenleri arasında tıbbi ekipmanın çekilmesini önlemek, ajitasyon ve kendine zarar vermeyi önlemek en başta yer almaktadır. Kooi ve arkadaşlarının (2015) yoğun bakımlarda yaptıkları çalışmada da ilk sırada tüp ve kateterlerin çekilmesini önlemek amacıyla fiziksel tespit uygulandığı bulunmuştur³⁴. Karagözoğlu ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında hemşirelerin %82.5'inin hastaya bağlı olan tüplerin hasta tarafından çıkarılmasını önlemek amacıyla tespit uyguladığı belirlenmiştir³⁵. Hastaların ekipmanları çekmesini önlemek bizim çalışmamız ve diğer çalışmalarda ortak sonuçtur.

Hastaların tamamına üst ekstremitte bilek tespiti yapıldığı ve bunlardan çoğunun çift taraflı olarak yapıldığı belirlendi. Fiziksel tespit aracı olarak tüm hastalarda pamuklu sünger dolgulu bileklik kullanıldığı görüldü. Kısacık ve arkadaşının (2019) çalışmasında %59.8 oranında çift taraflı üst ekstremitte bilek tespiti, %16.7 oranında ise tek taraflı üst ekstremitte bilek tespiti uygulanmıştır³⁶. Gu ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada benzer olarak üst ekstremitte çift taraflı bilek tespit oranı %56.5'dir, tek taraflı üst ekstremitte bilek tespiti ise %17'dir³³. Bu araştırmalardaki ve çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar hastalara uygulanan en yaygın yöntemin çift üst ekstremitte bilek tespiti olduğunu göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaklaşık olarak yarısının 24 saatten az tespit edildiği belirlendi. Kandeel ve Attia'nın (2013) çalışmasında 24 saatten daha kısa sürede tespit edilen hastaların oranları çalışmamızdan daha düşük (%3.3) iken 3-4 gün tespitli kalan hastaların oranları ise çalışmamızdan daha yüksektir (%58.8)¹⁴. Bu farklılık çalışmanın yapıldığı yoğun bakımda cerrahi sonrası olan hastaların fazla sayıda olmasına bağlanabilir. Anestezi etkisi geçtiğinde hastaların tespitlerinin sonlandırıldığı bu nedenle sürenin diğer çalışmalardan daha kısa olduğu düşünülebilir. Bu çalışmada hastaların fiziksel tespit uygulama kararını çoğunlukla hemşirelerin verdiği belirlendi. Yapılan diğer çalışmalarda da fiziksel tespit uygulama kararını genellikle hemşirelerin verdiği belirtilmektedir^{31,37,38}. Hastayı en yakından izleyen sağlık profesyoneli olmaları nedeniyle hastanın kendisine zarar vermesinin önlenmesinde kritik rol üstlenmektedirler. Hastanelerde fiziksel tespit uygulamasını azaltmak için farklı yöntemler kullanılabilir. Bunlar arasında hastanın sakinleşmesi amacı ile farmakolojik yöntemleri uygulamak ya da hastanın yakınlarından yardım alınması ve hastanın daha rahat gözlemleneceği bir yatağa alınması yer almaktadır^{32,39}. Çalışmada hastaların yaklaşık yarısından fazlasında fiziksel tespit uygulanmadan önce herhangi bir farklı yöntem kullanılmadığı saptandı. Farklı yöntem kullanılan hastalarda ise farmakolojik yöntem uygulandığı ancak yeterli olmadığı için tespit işlemi başlatıldığı belirlendi. Fiziksel tespit uygulandıktan sonra ise hastaların yaklaşık dörtte üçünde farklı yöntem kullanılmadığı bulundu. Kooi ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında farmakolojik yöntemleri kullanmanın fiziksel tespit kullanımını önemli ölçüde azalttığı belirtilmektedir³⁴. Eşer ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında fiziksel tespit uygulanan

hastaların %74.8'ine farklı yöntem uygulanmıştır. Bu çalışmada en fazla kullanılan farklı yöntemin hasta ile konuşmak olduğu belirtilmiştir²⁸.

Hastalarda tespite bağlı ciltte değişikliklerin sabah vardiyasında daha çok geliştiği belirlendi. Kandeel ve Attia'nın (2013) çalışmasında ise hastalarda gece vardiyasında daha çok ciltte değişiklik geliştiği belirtilmiştir¹⁴. Gece vardiyalarında hemşire sayısının, bakımın ve gözlemin daha az olmasına bağlı cilt değişikliklerinin artması beklenilebilir. Çalışmamızda sonucun farklı çıkması tespiti başlatma saatindeki farklılıklar, hastaların klinik seyirindeki değişimler, özellikle gündüz yapılan yoğun tedavi ve bakıma karşı daha fazla direnç göstermelerinden kaynaklanabilir.

Çalışma kapsamındaki hastaların yaklaşık yarısında tespit bölgesinde ciltte değişiklik geliştiği saptandı. En sık karşılaşılan cilt değişikliklerinin; kızarıklık ve şişme/ödem olduğu belirlendi. Kandeel ve Attia'nın (2013) çalışmasında bizim çalışmamıza benzer olarak fiziksel tespit uygulanan hastalarda gelişen cilt değişiklikleri arasında ilk sırada kızarıklık (%16.5) olduğu belirtilmiştir¹⁴. Eşer ve arkadaşlarının (2007) Türkiye'de gerçekleştirdikleri araştırmada ise cilt değişiklikleri arasında bu çalışmadan farklı oranlarda olarak; siyanoz (%40.9), ödem (%31.9), kızarıklık (%13.6) bulunmaktadır²⁸. Bu farklılıklar kullanılan tespit malzemesi, hastaların cilt yapıları ve sağlık ile ilgili durumları ve tespit hastaya konforuna ne kadar uygun olarak yapıldığına bağlı olarak değişebilir.

Tespitten sonra hastaların yaklaşık üçte birinde davranış değişiklikleri belirlendi. Bu değişiklikler sakinleşme, ajitasyon artışı ve ağlama/inleme şeklindedir. Yapılan diğer çalışmalarda hastalarda gelişen davranışsal değişiklikler oranları farklı olmakla birlikte aynıdır^{14,36}. Bu sonuçlar bize fiziksel tespit uygulamasının hastanın davranışsal durumuna etkisinin benzer olduğunu göstermektedir.

Araştırmada dört günden daha uzun süre tespit edilen hastaların yaklaşık yarısında, 24 saatten daha kısa süre tespit edilen hastaların ise sadece dörtte birinde değişiklik geliştiği belirlendi. Bu sonuç tespit süresi uzadıkça değişiklik gelişme sıklığının arttığını göstermektedir. Yapılan çalışmalarda da uzun süreli fiziksel tespit kullanımının hastalar üzerinde olumsuz etkilere sebep olabileceği belirtilmiştir^{11,31,37}.

Araştırmada fiziksel tespit sonlandırıldıktan hemen sonra bakılan hastaların GKÖ ortalama puanının, tespit öncesinden yüksek olduğu bulundu. Fiziksel tespit öncesi hastaların GKÖ puanlarının düşük olması konfüzyon ya da sedasyona bağlı olabilmektedir. Fiziksel tespit, hastalar sakinleşip, yer-zaman oryantasyonu kazandıklarında sonlandırılmaktadır. Bunun yanı sıra eş zamanlı sedasyon uygulaması da sonlandırılmaktadır. Bu nedenle hastaların tespit sonrası GKÖ puanlarının yüksek ajitasyon puanlarının ise düşük olması beklendiği bir sonuçtur. Gu ve arkadaşlarının (2019) yoğun bakım ünitelerinde yaptıkları çalışmada da fiziksel tespit uygulanan hastalarda GKÖ ortanca değeri (12) fiziksel tespit uygulanmayan hastalardan (15) daha düşük bulunmuştur³³.

Araştırmamızda hastaların tespit sonrası ajitasyon puanlarının fiziksel tespit öncesinden düşük olduğu belirlendi. Fiziksel tespit öncesi hastanın ajitasyon puanının

yüksek olması, hastanın ajitasyonu olduğunu ve tıbbi ekipmanı çekebilme riskinin olmasından dolayı tespit edildiğini düşündürmektedir. Tespit sonlandırılmadan önce bakılan son RASÖ puanının düşük olması ise hastanın sakinleştiği ve artık tıbbi ekipmanı çekme ve kendine zarar verme riski olmadığını göstermektedir. Kooi ve arkadaşlarının (2015) yoğun bakım ünitelerinde yaptıkları çalışmada ise fiziksel tespit uygulanan hastalarda RASÖ ortanca değerinin bizim sonuçlarımızdan çok daha düşük olduğu bulunmuştur³⁴. Bu sonucun araştırmamızdan elde ettiğimiz sonuç ile benzerlik göstermemesinin nedeni fiziksel tespit uygulanan hastaların sağlık durumu ve kullanılan sedasyon çeşidinin, miktarının farklı olmasına bağlanabilir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Yoğun bakım ünitelerinde fiziksel tespit uygulaması sıklıkla kullanılmaktadır. Ancak bu uygulamanın hastanın yararı gözetilerek yapılması ve olabilecek en kısa süre içerisinde sonlandırılması gerekmektedir. Bunun yanı sıra tespitin vereceği zararı en aza indirmek için hastanın ve tespit bölgesinin düzenli kontrolünün sağlanması önemlidir. Fiziksel tespit uygulamasına bağlı cilt sorunlarının azaltılması için en az kısıtlayıcı tespit yöntemi ve aracı kullanılmalıdır. Tespiti mümkün olan en kısa sürede sonlandırmak için hasta sık sık değerlendirilmeli ve kullanılabilir farklı yöntemler düşünülmelidir. Fiziksel tespit kararının doğru verilmesi, hastanın gözlenmesi, sorunların erken fark edilmesi ve tespit sonlandırılmasında tüm ekibin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Bu bağlamda ekip üyelerinde bu anlayışın yerleşmesine yönelik etkinlikler yapılabilir. Ayrıca fiziksel tespite seçenek olabilecek ve süresini kısaltacak yöntemler için araştırmalar yapılması önerilir.

Etik Kurul Onayı: Bölge Bilimsel Araştırmalar Kurulu Başkanlığından alınmıştır. (Tarih:18.11.2016, Sayı:23618724-000-13946).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Bildirilmemiştir.

Katılımcı Onamı: Araştırma kapsamına alınan hastaların bilinç durumu sözel ya da yazılı izin almaya uygun olmadığı için çalışma izni birinci derece bir yakınından alındı.

Yazar katkıları:

Araştırma dizaynı: ÖT, AG

Veri toplama: ÖT

Literatür araştırması: ÖT, AG

Makale yazımı: ÖT, AG

Teşekkür

Fiziksel tespiti olan hasta değerlendirme formunun uygulanmasında yardımcı olan hemşire arkadaşlarımıza teşekkür ederiz.

Ethics Committee Approval: Approval was obtained from the Regional Scientific Research Board (Date: 18.11.2016, Decision Number: 23618724-000-13946).

Conflict of Interest: Not reported.

Funding: None.

Exhibitor Consent: Since the state of consciousness of the patients included in the study was not suitable for verbal or written approval, the study permit was obtained from a first degree relative.

Author contributions:

Study design: OT, AG

Data collection: OT

Literature search: OT, AG

Drafting manuscript: OT, AG

Acknowledgement: We would like to thank the nurses who helped in applying the evaluation form for patients with physical restraint.

KAYNAKLAR

1. Çelik MG, Altan A. Yoğun Bakım Hemşireliği. Ankara. Güneş Tıp Kitapevleri. 2019.s.4-9.
2. Varon J, Acosta P. Approach to the intensive care unit (ICU). In: Handbook of critical care and intensive care medicine. 2nd ed. Springer; 2010. p.1-10.
3. Aslan FE, Olgun N. Yoğun bakım ortamı. Aslan FE, Çakır M, editörler. Yoğun Bakım: Seçilmiş Semptom ve Bulguların Yönetimi. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2016. s.3-14.
4. Tuncay GY, Uçar H. Hastaların yoğun bakım ünitesinin fiziksel ortam özelliklerine ilişkin görüşleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2010;33-46.
5. Luk E, Burry L, Rezaie S, Mehta S, Rose L. Critical care nurses' decisions regarding physical restraints in two Canadian ICUs: A prospective observational study. Can J Crit Care Nurs.2015;26(4):16–22.
6. Uzelli D, Korhan EA. Yoğun bakım hastalarında duyuşal girdi sorunları ve hemşirelik yaklaşımı. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi.2014;22(2):120-128.
7. Terzi B, Kaya N. Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. Yoğun Bakım Dergisi. 2011;1:21-25.
8. Perez D, Peters K, Wilkes L, Murphy G. Physical restraints in intensive care: An integrative review. Australian Critical Care. 2019;32:165-174.
9. Birgili F, İzan F. The Knowledge, Attitudes and Practices of Nurses in Relation to the Use of Physical Restraints. International Journal of Health Sciences. 2019;7:18-25.
10. Möhler R, Richter T, Köpke S, Meyer G. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care – a Cochrane review. J Clin Nurs. 2012;21(21-22):3070–3081.
11. Kaya H, Aştı T, Acaroğlu R, Erol S, Savcı C. Hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin bilgi tutum ve uygulamaları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi.2008;2:21-29.
12. Lai CKY, Chow SKY, Suen LKP, Wong IYC. The effect of a restraint reduction program on physical restraint rates in rehabilitation settings in Hong Kong. Rehabil Res Pract. 2011;1-9.
13. Bassi E, Ceresola M. Use of physical restraints in adult ICU patients to prevent patient-initiated device removal: a systematic review. JBI Libr Syst Rev. 2011;9(32 Suppl):1-14.
14. Kandeel NA, Attia AK. Physical restraints practise in adult intensive care units in Egypt. Nursing and Health Sciences.2013;15:79-85.

15. Kahraman BB, Aşiret GD, Yıldırım G, Akyar İ, Aytekin GK, Öz A. Yoğun bakımda fiziksel kısıtlamaya ilişkin hasta yakınlarının görüşleri. *Yoğun Bakım Dergisi*.2015;6:78-83.
16. Turgay AS, Sarı D, Genç RE. Physical restraint use in Turkish intensive care units. *Clin Nurse Spec*. 2009;23(2):68-72.
17. Krüger C, Mayer H, Haastert B, Meyer G. Use of physical restraints in acute hospitals in Germany: a multi-centre cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(12):1599-606.
18. De Jonghe B, Constantin JM, Chanques G, Capdevila X, Lefrant JY. Physical restraint in mechanically ventilated ICU patients: a survey of French practice. *Intensiv Care Med*.2013;39(1):31-37.
19. Akansel N. Physical restraint practices among ICU nurses in one university hospital in western Turkey. *J Health Sci*.2007;1(4):7-13.
20. Huizing A, Hamers JP, Gulpers M & Berger M. Preventing the use of physical restraints on residents newly admitted to psycho-geriatric nursing home wards. *Int J Nurs Stud*. 2009;46:459-469.
21. Yan E, Kwok T, Lee D, Tang C. The prevalence and correlates of the use of restraint and force on hospitalised older people. *Journal of Nursing and Health care of Chronic Illness*.2009;1:147-155.
22. Registered Nurses' Association of Ontario. Promoting safety: Alternative approaches to the use of restraints [internet]. 2012 [Erişim Tarihi 20 Aralık 2016]. Erişim adresi: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Promoting_Safety_-_Alternative_Approaches_to_the_Use_of_Restraints_0.pdf.
23. Rose L, Dale C, Smith OM, Burry L, Enright G, Fergusson D, Sinha S, Wiesenfeld L, Sinuff T, Mehta S. A mixed-methods systematic review protocol to examine the use of physical restraint with critically ill adults and strategies for minimizing their use. *Bio Med Central Syst Rev*. 2016;5(194): 2-8.
24. Al-Khaled TH, Zahran EM, El-Soussi AH. Nurses' related factors influencing the use of physical restraint in critical care units. *Journal of American Science*. 2011;7(8):13-22.
25. Arslan S, Özer N. Yoğun bakım hastalarının duyuşal girdi sorunlarında tamamlayıcı tedaviler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2010;13(2):68-75.
26. Özdelikara A, Kaya E. Kısıtlama altındaki hastanın bakımında bir yol haritası. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 2018;22(1):37-43.
27. Eskandari F, Abdullah KL, Zainal NZ, Wong LP. Incidence rate and patterns of physical restraint use among on adult patients in Malaysia. *Clin Nurs Res*. 2016;1-18.
28. Eşer İ, Khorshid G, Hakverdioğlu G. The characteristics of physically restrained patients in intensive care units. *International Journal of Human Sciences*. 2007;4:1-12.
29. Jennet B, Teasdale G, Braakman R, Minderhoud J, Knill-Jones R. Predicting Outcome in Individual Patient safter Severe Head Injury. *Lanset*. 1976;1:1051-1056.
30. Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, BrophyGM, O'Neal PV, Keane KA, Tesoro EP, Elswick RK. The Richmond Agitation- Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2002;166(10): 1338-1344.
31. Taha NM, Ali ZH. Physical restraints in critical care units: Impact of a training program on nurses' knowledge and practice and on patients' outcomes. *J Caring Sci*. 2013;2(2):1-9.
32. Luk E, Sneyers B, Rose L, Perreault MM, Williamson DR, Mehta S, CookDJ, Lapinsky SC, Burry L. Predictors of physical restraint use in Canadian intensive care units. *Crit Care*. 2014;18(2):R46.
33. Gu T, Wang X, Deng N, Weng W. Investigating influencing factors of physical restraint use in China intensive care units: A prospective, cross-sectional, observational study. *Australian Critical Care*. 2019;32:193-198.
34. Van der Kooi AW, Peelen LM, Raijmakers RJ, Vroegop RL, Bakker DF, Tekatli H, van den Boogaard M, Slooter AJ. Use of physical restraints in Dutch intensive care units: a prospective multicenter study. *Am J Crit Care*. 2015;24(6):488-495.
35. Karagözoğlu Ş, Özden D, Vergi İ. Hastanede çalışan hemşirelerde fiziksel tespit eğitim programının bilgi, tutum ve uygulamalarına etkisi. *Türkiye Klinikleri*. 2014;6(2):75-86.
36. Kısacık ÖG, Coşğun T. Evaluation of Physical Restraint Practices and Their Neurovascular Effect on Intensive Care Unit Patients. *Yoğun Bakım Derg*. 2019;10(2):1-10.
37. Kaya H, Dogu O. Intensive care unit nurses' knowledge, attitudes and practices related to using physical restraints. *International Journal of Caring Sciences*. 2018;11(1):61.
38. Huang H, Chuang Y, Chiang K. Nurses' physical restraint knowledge, attitudes, and practices: the effectiveness of an in-service education program. *J Nurs Res*. 2009;17(4):241-248.
39. Lai CKY, Chow SKY, Suen LKP, Wong IYC. Reduction of physical restraints on patients during hospitalisation/rehabilitation: a clinical trial. *Asian J Gerontol Geriatr*. 2013;8:38-43.

Araştırma makalesi

Research article

Hemşirelik ve Tıp Öğrencilerinin Klinik Öğretiminde 360°
Değerlendirme: Kapsam Odaklı İncelemeÇiğdem BAYZAT¹, Şenay SARMASOĞLU KILIKÇIER²

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, hemşirelik ve tıp alanında eğitim gören öğrencilerin klinik öğretiminde 360° değerlendirmenin kullanımını kapsamlı bir şekilde incelemeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Hemşirelik ve tıp alanında eğitim gören öğrencilerin klinik öğretiminde 360° değerlendirildiği çalışmaları incelemek amacıyla Academic Search Complete, MEDLINE, Complementary Index, Science Citation Index, Social Sciences Citation Index, ScienceDirect, Journals@OVID, Scopus®, ERIC ve ULAKBİM veri tabanlarında tarama yapılmıştır. 1999-2019 yılları arasında İngilizce ve Türkçe olarak yayımlanmış makaleler için belirlenen anahtar kelimeler ile yapılan tarama sonucunda 1110 çalışma bulunmuştur. Belirlenen kriterleri karşılayan 23 çalışma kapsamlı olarak incelenmiştir.

Bulgular: İncelenen çalışmaların yedisi (%30.4) son beş yıla aittir. Çalışmaların on ikisi (%52.1) tanımlayıcı araştırma desenine sahip olup; yirmi biri (%91.2) tıp eğitimi alanında gerçekleştirilmiştir. 360° değerlendirme ile en sık iletişim becerileri (%65.2) değerlendirilmiş ve yirmi iki çalışmada (%95.6) hemşireler değerlendirici olarak yer almıştır.

Sonuç: Çalışmaların çoğunun tanımlayıcı özellikte ve asistan hekimlerin değerlendirilmesine yöneliktir. Çalışmaların tamamına yakınında hemşireler değerlendirici olarak yer almıştır. 360° değerlendirme çoğunlukla klinik öğretimde teknik olmayan becerilerin değerlendirilmesinde kullanılmıştır.

Anahtar kelimeler: 360 derece değerlendirme, çok kaynaklı değerlendirme, hemşirelik öğrencisi, klinik öğretim, tıp öğrencisi

ABSTRACT

360° Assessment in Clinical Training of Nursing and Medical Students: A Scoping Review

Aim: This study aims to comprehensively examine the use of 360° assessment in clinical training of nursing and medical students.

Material and Methods: In order to examine the studies in which the clinical training of nursing and medical students was assessed 360°, Academic Search Complete, MEDLINE, Complementary Index, Science Citation Index, Social Sciences Citation Index, ScienceDirect, Journals@OVID, Scopus®, ERIC, and ULAKBİM databases were searched. As a result of the search made with the keywords determined for the articles published in English and Turkish between 1999-2019, 1110 studies were found. Twenty-three studies meeting the study criteria were examined.

Results: Seven of the studies reviewed (%30.4) belong to the last five years. Twelve of the studies (%52.1) have a descriptive research design; twenty-one of them (%91.2) were carried out in the field of medical education. It was determined that communication skills (%65.2) were assessed most with 360° assessment, and nurses took part as assessors in twenty-two studies (%95.6).

Conclusion: Most of the studies are descriptive and directed to the assessment of residents. Nurses took part as assessors in almost all of the studies. The 360° assessment has mostly been used for the evaluation of non-technical skills in clinical training.

Keywords: 360-degree assessment, clinical training, medical student, multisource assessment, nursing student

¹Arş. Gör. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye, E-posta: cigdem.bayzat@hacettepe.edu.tr, Tel: +90 (312) 3051580, ORCID: 0000-0003-3395-2043

²Dr. Öğr. Üyesi Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye, E-posta: senay.sarmasoglu@hacettepe.edu.tr, Tel: +90 (312) 3051580, ORCID: 0000-0001-9220-5959

Geliş Tarihi: 17 Ağustos 2020, Kabul Tarihi: 01 Şubat 2021

Atıf/Citation: Bayzat Ç, Sarmasoglu Kılıkçier S. Hemşirelik ve Tıp Öğrencilerinin Klinik Öğretiminde 360° Değerlendirme: Kapsam Odaklı İnceleme. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2021; 8(2): 134-143. DOI: 10.31125/hunhemsire.966317

GİRİŞ

Klinik öğretim, hemşirelik ve tıp alanında eğitim gören öğrencilerin kazanması gereken bilgi, tutum ve becerileri sağlık bakım hizmeti sunulan alanlarda yaşayarak, yaparak öğrenmesine olanak sağlayan, eğitimin vazgeçilmez unsurlarından biridir¹⁻³. Klinik öğretim sürecinin beş bileşeni bulunmaktadır. Bunlar; öğrenim hedeflerinin tanımlanması, öğrencilerin öğrenme ihtiyaçlarının belirlenmesi, öğretim yöntemlerinin planlanması, öğrencilere rehberlik edilmesi, öğrencilerin öğrenme ve performanslarının değerlendirilmesidir⁴.

Klinik öğretimde değerlendirme, öğrencilerin öğrenme gereksinimlerini belirleyecek ve destekleyecek veri sağlamanın yanı sıra güvenli ve kaliteli sağlık hizmeti sunumu açısından da klinik öğretim sürecinin önemli bir basamağını oluşturmaktadır⁴. Değerlendirme, öğrencinin öğrenme sürecinin yönetilmesi ve aynı zamanda hasta güvenliği açısından son derece önemlidir. Gaberson, Oermann, ve Shellenbarger (2015), tarafından klinik değerlendirme süreci "Öğrencinin klinik uygulamadaki yetkinliği hakkında yapılan yargılar" olarak tanımlanmıştır (s. 321)⁴. Klinik öğretimde değerlendirmenin temel amacı; öğrencinin, öğrenim hedefleri doğrultusunda, beklenen davranışları gerçekleştirmede kabul edilebilir bir başarı seviyesine ulaşmış olduğunu belirlemektir⁵.

Klinik öğretimin değerlendirilmesinde birçok yöntem ve araç kullanılmaktadır. Gözlem, kontrol listesi, değerlendirme skalası, soru sorma, bakım planları, vaka sunumu, öğrencilerin kendilerini ve akranlarını değerlendirmesi, hastalardan ve hemşirelerden görüş alma vb. bu araç ve yöntemlere örnek olarak verilebilir^{4,5}. Klinik öğretimin değerlendirilmesinde kullanılan güncel yaklaşımlardan biri de 360° değerlendirmedir.

360° değerlendirme, endüstri menşeli bir yaklaşım olup, çalışanların standart değerlendirme formları kullanılarak, kurum içindeki kişiler ve kendisi tarafından değerlendirilerek performansı hakkında bilgi edinmeyi amaçlamaktadır⁶. 360° değerlendirme, 360° geribildirim, çok kaynaklı değerlendirme ve çok kaynaklı geribildirim olarak da adlandırılmaktadır. Hemşirelik ve tıp alanında eğitim gören öğrencilerin değerlendirme sürecinde öğretim elemanı değerlendirmelerinin yanı sıra öğrencinin kendisi, sağlık profesyonelleri, akranları, sekreterler, yardımcı sağlık personeli gibi klinik öğretim sürecinde öğrenciyi gözlemleme olanağı bulan kişiler de yer almaktadır⁷.

360° değerlendirmenin sıklıkla tıp⁸ ve hemşirelik eğitiminde kullanıldığı görülmektedir. Sağlık bilimleri uygulama ve eğitim alanlarında kullanımı son yıllarda giderek yaygınlaşan 360° değerlendirme yönteminin farklı açılardan sistematik olarak inceleyen çalışmalar uluslararası alan yazında yer almakla birlikte⁹⁻¹¹ ulusal alan yazında bu konunun kapsamlı bir incelemesine rastlanmamıştır. Bu inceleme ile hemşirelik ve tıp alanlarının vazgeçilmez bir parçası olan klinik öğretim sürecinde görev alan eğitimcilerin, eğitim kurumu yöneticilerinin ve araştırmacılara sağlık bilimleri alanında 360° değerlendirme kullanımına ilişkin farkındalık kazandırılacağı ve yöntemi uygulamaya aktarmaya ilişkin yardımcı olunacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, hemşirelik ve tıp alanında eğitim gören öğrencilerin klinik öğretiminde 360° değerlendirmenin kullanımını kapsamlı bir şekilde incelemeyi amaçlamaktadır.

Araştırma Sorusu

Hemşirelik ve tıp alanında eğitim gören mezuniyet öncesi ve sonrası öğrencilerin klinik öğretiminde 360° değerlendirmenin kullanılmasına ilişkin son 20 yılda yapılmış çalışmaların özellikleri nelerdir?

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırma Stratejisi

Bu çalışma, kapsam odaklı incelemelerin raporlandırma ilkelerine ilişkin uluslararası kabul gören PRISMA-ScR kontrol listesine (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist) göre hazırlanmıştır¹². Temmuz 2019 tarihinde hemşirelik ve tıp alanında eğitim gören öğrencilerin klinik öğretiminin 360° değerlendirildiği çalışmaları incelemek amacıyla Academic Search Complete, MEDLINE, Complementary Index, Science Citation Index, Social Sciences Citation Index, ScienceDirect, Journals@OVID, Scopus®, ERIC ve ULAKBİM veri tabanlarında tarama yapılmıştır. Tarama, araştırmacılar tarafından birlikte yapılmıştır. Taramada 1999-2019 yılları arasında İngilizce ve Türkçe olarak yayımlanmış makaleler için belirlenen anahtar kelimeler ve kombinasyonları (Tablo 1) kullanılmıştır. İlk tarama sonucunda 1110 çalışma bulunmuştur. Tekrar eden çalışmalar çıkarıldıktan sonra bu sayı 548'e düşmüştür. Çalışma başlıkları ve özetleri doğrultusunda yapılan inceleme sonrasında 465 çalışmanın dahil edilme kriterlerini karşılamadığı belirlenmiştir. Kalan 83 çalışmanın tam metinleri okunarak uygunluk açısından değerlendirilmiş ve dahil edilme kriterlerini karşılayan 24 çalışma belirlenmiştir. Çalışmaları belirlemek için takip edilen süreç Şekil 1'de yer almaktadır.

Tablo 1. Tarama Sırasında Kullanılan Anahtar Kelimeler

1. Anahtar Kelime		2. Anahtar Kelime		3. Anahtar Kelime
"360 degree*" or "360-degree*"		Resident or Fellow or Intern		"Med* ed*" or "Health* ed*"
"Multisource*" or "Multi-source*"	AND	Student or Learner	AND	Nurs*
"Multirater Feedback" or "Multi-rater Feedback"		Trainee		

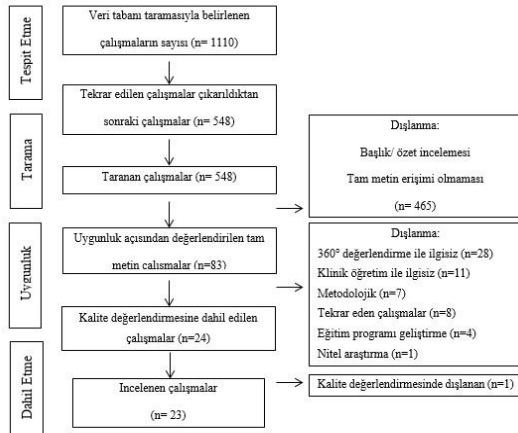
Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Dahil edilme kriterleri; 1999-2019 yılları arasında, İngilizce ve Türkçe dilinde akademik dergilerde yayınlanmış olan, tam metin erişimi sağlanan, klinik öğretim değerlendirme yöntemi olarak 360° değerlendirmeyi kullanan, klinik öğretimde yer alan kişilerin 360° değerlendirme ile hangi açıdan değerlendirildiğinin yer aldığı çalışmalar olarak belirlenmiştir. Dışlanma kriterleri ise; tezler, hemşirelik ve tıp alanında eğitim almayan öğrencilerin değerlendirildiği

çalışmalar, 360° değerlendirme araçlarının geliştirildiği ve/veya psikometrik özelliklerinin tartışıldığı araştırmalar ile nitel çalışmalar olarak belirlenmiştir.

Kalite Değerlendirmesi

İncelenen çalışmaların kalitesini değerlendirmek için Karma Yöntem Değerlendirme Aracı (Mixed Methods Appraisal Tool-MMAT)-Versiyon 2018, kontrol listeleri kullanılmıştır. MMAT, nitel, nicel ve karma yöntem çalışmalarının yer aldığı incelemelerde çalışmaların kalitesini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır¹³. Yapılmış olan çalışmalar, MMAT'ın içerik geçerliği, güvenilirliğini ve etkinliğini desteklemektedir¹⁴. İncelenen çalışmaların kalite değerlendirmesi araştırmayı yapan araştırmacıların yanı sıra yanlılığı azaltmak ve oluşabilecek çelişkileri ortadan kaldırmak amacıyla dışarıdan bir bilim uzmanı daha değerlendirme sürecinde yer almış böylece makalelerin kalite değerlendirmeleri üç kişi tarafından yapılmıştır. Her bir araştırmacı ve uzman, inceleme kapsamındaki 24 araştırmacının MMAT kontrol listesi basamaklarına uygunluk değerlendirmelerini bağımsız olarak yapmıştır. Ardından bir toplantı düzenlenmiş ve değerlendirme sonuçları karşılaştırmışlardır. Karşılaştırmalar sonucunda bir çalışma MMAT'ın kalite kriterlerinin hiçbirini karşılamadığı için inceleme kapsamından çıkartılmış, 23 araştırma inceleme kapsamına dahil edilmiştir.



Şekil 1. Uygulama Akış Şeması

Verilerin Analizi

Verilerin analiz edilebilmesi için incelenen tüm araştırmaların, araştırma sorusuna yanıtlarının görülmesine izin veren bir tablo (Bkz. Tablo 2) oluşturulmuştur. Tabloda, yazarlar-yıl, ülke, tasarım, değerlendirenler, değerlendiriciler, değerlendirilen özellikler, değerlendirilme sıklığı-geribildirim, ölçüm aracı ve özellikleri gösterilmektedir.

BULGULAR

Çalışmaların Özellikleri

Çalışmaların üçte biri (n=7; %30.4) son beş yılda gerçekleştirilmiştir. İncelenen çalışmaların çoğunluğu ABD'de (%47.8) uygulandığı ve yarısına yakının (%52.1) tanımlayıcı araştırma desenine sahip olduğu belirlenmiştir. Diğer yarısı ise karma yöntem (n=5; %21.7), kohort (n=3;

%13.0), kesitsel (n=2; %8,6) ve randomize kontrollü (n=1; %4.3) araştırma desenine sahiptir. Klinik öğretimde 360° değerlendirme kullanılarak en sık asistan hekimler (n=17; %73.9) değerlendirilmiştir. Değerlendirilen asistan hekimlerin iç hastalıkları, pediatri, genel cerrahi, plastik cerrahi olmak üzere farklı tıp uzmanlığı alanlarında eğitim aldığı belirlenmiştir. Bununla birlikte çalışmaların dördünde (%17.3) tıp fakültesi öğrencileri ve ikisinde de (%8.6) hemşirelik öğrencileri yer almıştır.

Çalışmaların neredeyse tamamında hemşirelerin (%95.6) değerlendirici olarak yer aldığı belirlenmiştir. Öğrencilerin değerlendirilmesi sırasında hemşirelerin yanı sıra kişinin kendisinin (%56.5), akranlarının (%56.5), doktorların (%52.1), hasta/hasta yakınının (%47.8), öğretim elemanlarının (%39.1), asistan hekimlerin (%30.4) ve sağlık bakım alanında çalışan personelin (sekreter, sosyal hizmet uzmanı, eczacı, cerrahi, acil servis, ameliyathane personeli) (%30.4) değerlendiriciler arasında yer aldığı görülmüştür.

Çalışmalarda, en sık değerlendirilen özellikler arasında iletişim becerilerinin (%65.2), profesyonelliğin (%52.1), kişiler arası ilişkilerin (%47.8), ekip iş birliğinin (%30.4) ve 6 Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitimi Akreditasyon Konseyi (ACGME) yetkinliğinin (%17.3) yer aldığı belirlenmiştir. Çalışmaların çoğunluğunda (%78.3) öğrenciler 360° değerlendirme kullanılarak sadece bir defa değerlendirilmişlerdir. Çalışmaların neredeyse yarısında (%56.5) öğrencilere geribildirim verilmiştir. Bu geribildirimlerin bir kısmının (%26.1) değerlendirme raporları ile yazılı olarak; bir kısmının ise (%30.4) program direktörü, servis şefi veya eğitim danışmanları ile yapılan görüşmelerde verildiği anlaşılmıştır.

İncelenen çalışmalarda ölçüm amacıyla çok çeşitli araçlardan yararlandığı belirlenmiştir. Çalışmaların üçte birinde (%30.4) değerlendiricilerin farklı ölçüm araçlarını kullandığı görülmüştür. Diğer çalışmalarda (%69.6) ise aynı değerlendirici grupları için aynı ölçüm aracının kullanıldığı görülmüştür. Bu ölçüm araçlarının araştırmacılar tarafından (%34.7) ya da önceden geliştirildiği (%56.5) (örn. Mini Akran Değerlendirme Aracı, İletişim Değerlendirme Aracı vb.) belirlenmiştir. Çalışmaların çoğunda (%79.3) değerlendirmelerin basılı form aracılığı ile yapıldığı, çalışmaların çok azında online form (%21.7) kullanıldığı belirlenmiştir.

Ölçüm araçları, geçerlik ve güvenilirlik açısından incelendiğinde çalışmaların yarısından çoğunda (%60.8) kullanılan araçların geçerliği ve güvenilirliğine ilişkin bilgi yer almadığı görülmüştür. Çalışmaların sadece %8.6'sında kullanılan değerlendirme aracının güvenilir, yapı ve kapsam geçerliğine sahip olduğu belirlenmiştir. Çalışmaların %30.4'ünde kullanılan değerlendirme aracının Cronbach α değerine ilişkin bilgi verilmiş olup, ölçüm araçların güvenilirliklerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. İncelenen çalışmalarda kullanılan ölçüm araçlarının büyük çoğunluğunun (%73.9) 3 ile 9 arasında değişkenlik gösteren likert yapıya sahip olduğu ve en çok 5'li (%39.0) likert skalasının kullanıldığı belirlenmiştir.

Tablo 2. Dahil Edilen Çalışmaların Özellikleri

Yazarlar-Yıl	Ülke	Tasarım	Değerlendirilenler	Değerlendiriciler	Değerlendirilen Özellikler	Değerlendirme Sıklığı- Geribildirim	Ölçüm Araçları ve Özellikleri
Allerup ve ark. 2007 ¹⁵	Danimarka	Tanımlayıcı Çalışma	Asistan Hekim	Kişinin kendisi, hemşire, doktor, sekreter	Tıbbi uzmanlık, iletişim, iş birliği, liderlik, teorik ve profesyonellik	10 gün ara ile iki defa değerlendirme	Kişinin kendisi (15 madde) doktorlar (14 madde), hemşireler (7 madde) ve sekreterler (2 madde) için araştırmacılar tarafından oluşturulmuş aracı 4'lü likert ölçüm aracı uygulanmıştır.
Brinkman ve ark. 2007 ¹⁶	ABD	Randomize Kontrollü Çalışma	Asistan Hekim	Kişinin kendisi, hemşire, hasta yakını	İletişim becerileri ve profesyonellik	5 ay arayla iki defa değerlendirme Yazılı geribildirim	Hasta yakınları (10 madde, cronbach α : 0.95), hemşireler (14 madde, cronbach α : 0.96), ve kişinin kendisi için (24 madde) araştırmacılar tarafından geliştirilmiş ölçüm aracı kullanılmıştır. Hastalar için Hasta Memnuniyeti Anketi (24 madde) kullanılmıştır. Ölçüm araçları 5'li likert tip skalaya sahiptir. Ölçüm araçları online olarak uygulanmıştır.
Brown ve ark. 2014 ¹⁷	Birleşik Krallık	Karma Desen	Asistan Hekim	Hemşire, akran, konsültan doktor, personel, uzman doktor, klinik süpervizör	Klinik bakım, tıbbi iyi uygulamaların sürdürülmesi, eğitim ve öğretim, kişiler arası (hasta, meslektaş) ilişkiler	Sözlü geribildirim	Mini-PAT anket formu kullanılmıştır. Değerlendirme 1'den 6'ya kadar derecelendirerek yapılmıştır.
Bullock ve ark. 2009 ¹⁸	Birleşik Krallık	Tanımlayıcı çalışma	Asistan Hekim	Hemşire, doktor, yönetici, eczacı, ameliyathane ekibi	Kişiler arası (hasta) ilişkiler, sözel iletişim becerileri, ekip iş birliği, ulaşılabilirlik	-	Davranışın Takım Değerlendirmesi formu kullanılmıştır. Değer belirtilmeksizin, ölçüm aracının güvenilir olduğu, yapı ve içerik geçerliliğine sahip olduğu belirtilmiştir.
Chandler ve ark. 2010 ¹⁹	ABD	Kesitsel Çalışma	Asistan Hekim	Kişinin kendisi, doktor, hemşire, hasta ve/veya hasta yakını	Profesyonellik, kişiler arası ilişkiler, iletişim becerileri	-	Önceden geliştirilmiş 5'li likert tip skalaya sahip 10 maddeden oluşan form kullanılmıştır. Değerlendiriciler için 4 ayrı anket formu oluşturulmuştur. Ölçüm araçları online olarak uygulanmıştır.
Hemalatha ve ark. 2013 ²⁰	Hindistan	Tanımlayıcı Çalışma	Hemşirelik Öğrencisi	Kişinin kendisi hemşire/klinik süpervizör, akran, hasta	İnsani değerler, hemşirelik uygulamaları, iletişim becerileri ve kişiler arası ilişkiler, mesleki ve etik çerçeve, bilgi ve uygulamaya ilişkin yetkinlik, iş birliği, hemşirelik hizmetleri yönetimi, araştırma kullanım, mesleki ilerleme	Yazılı geribildirim	3'lü likert tip skalaya sahip ölçüm aracı hemşire (21 madde) ve hasta (20 madde) akran (40 madde) ve kişinin kendisi (40 madde) tarafından kullanılmıştır.
Jani ve ark. 2017 ²¹	Hindistan	Tanımlayıcı Çalışma	Asistan Hekim	Hemşire, akran, doktor, hasta / hasta yakını, lisans öğrencisi	Profesyonellik, kişiler arası ilişkiler ve iletişim becerileri	-	Araştırmacılar tarafından oluşturulmuş 5'li likert tip skalaya sahiptir.

Tablo 2. Dahil Edilen Çalışmaların Özellikleri (devamı)

Yazarlar-Yıl	Ülke	Tasarım	Değerlendirilenler	Değerlendiriciler	Değerlendirilen Özellikler	Değerlendirme Sıklığı- Geribildirim	Ölçüm Araçları ve Özellikleri
Kamal ve ark. 2017 ²²	Pakistan	Prospektif Karma Desen	Asistan Hekim	Kişinin kendisi, hemşire, akran, doktor, konsültan doktor, öğretim elemanı, paramedik	Profesyonellik, kişiler arası ilişkiler ve iletişim becerileri, güvenilirlik, kriz yönetimi	3 ay arayla iki defa değerlendirme Sözlü geribildirim	Veri toplama aracı olarak mini PAT anket formu (12 kapalı uçlu ve 3 açık uçlu soru) kullanılmıştır.
Lipsett ve ark. 2011 ²³	ABD	Retrospektif Çalışma	Asistan Hekim	Kişinin kendisi, hemşire, akran, doktor	Hasta bakımı, tıbbi bilgi, kişiler arası ilişkiler, iletişim beceriler, profesyonellik	3 ay arayla dört defa değerlendirme Sözlü geribildirim	Daha önceden geliştirilmiş olan 5'li likert tip skalaya sahip ölçüm aracı kullanılmıştır.
Ogunyemi ve ark. 2009 ²⁴	ABD	Retrospektif Çalışma	Asistan Hekim	Hemşire, öğretim elemanı	Hemşireler: Profesyonellik, kişiler arası ilişkiler ve iletişim becerileri Öğretim elemanları:6 ACGME yetkinliği	6 ay arayla iki defa değerlendirme Sözlü geribildirim	Araştırmacılar tarafından oluşturulmuş 4'lü likert tip skalaya sahiptir.
Osorio ve ark. 2012 ²⁵	ABD	Tanımlayıcı Çalışma	Asistan Hekim	Kişinin kendisi, hemşire, öğretim elemanı, hasta yakını	Kişiler arası ilişkiler ve iletişim becerileri	2 defa değerlendirme	5'li likert tip skalaya sahip İletişim Değerlendirme Aracı (15 madde; Cronbach α : 0.9-0.99) kullanılmıştır.
Pollock ve ark. 2008 ²⁶	ABD	Tanımlayıcı Çalışma	Asistan Hekim	Hemşire, akran, öğretim elemanı, intörn doktor, klinik personel	6 ACGME yetkinliği, bilgi ve uygulamaya ilişkin yetkinlik	Sözlü geribildirim	Ölçüm aracı 4'lü ve 3'lü likert skalaya sahip Plastik Cerrahi Asistan Değerlendirme Formu kullanılmıştır.
Sadeghi ve ark. 2016 ²⁷	İran	Tanımlayıcı Kesitsel Çalışma	Hemşirelik Öğrencisi	Kendisi, hemşire, akran, hasta yakını, klinik eğitmen	Profesyonellik, klinik beceriler	Bir defa değerlendirme Yazılı geribildirim	Öğrencilere, akranlara, eğitmenlere ve klinik hemşirelere 20 soru; çocuk hastaların anneleri 10 soruluk anket doldurmuştur. Araştırmacılar tarafından oluşturulmuş (Cronbach α : 0.86) 5'li likert tip skalaya sahiptir.
Sharma ve ark. 2012 ²⁸	ABD	Karma Desen	Tıp Öğrencisi	Kendisi, doktor, hemşire, akran, asistan hekim, hasta, yönetici	Klinik beceriler, iletişim becerileri, zaman yönetimi, ekip iş birliği, ilaç istemleri	Yazılı geribildirim	Çoğu formun toplamda 6-12 maddesi; baş asistan formu 26 ve öz değerlendirme formu 24 maddesi bulunmaktadır. Formların iç tutarlılığı 0.856-0.948 arasındadır. Araştırmacılar tarafından oluşturulmuş 5'li likert tip skalaya sahiptir.
Stark ve ark. 2008 ²⁹	ABD	Tanımlayıcı Çalışma	Asistan Hekim	Öğretim elemanı, asistan hekim, personel (resepsiyonist, hemşire, sağlık görevlileri)	Profesyonellik	Bir defa değerlendirme Yazılı geribildirim	7'li likert tip skalaya sahip Profesyonellik Davranışları Değerlendirme Aracı kullanılmıştır. Online form kullanılmıştır.
Strachan ve ark. 2017 ³⁰	Bahreyn	Karma Desen	İntörn doktor	Hemşire, akran, doktor	Profesyonellik, iletişim becerileri ve ekip iş birliği	-	5'li likert tip skalaya sahip Bahreyn Savunma Gücü Aracı (39 madde; Cronbach α : 0.98) kullanılmıştır. Online form kullanılmıştır.

Tablo 2. Dahil Edilen Çalışmaların Özellikleri (devamı)

Yazarlar-Yıl	Ülke	Tasarım	Değerlendirilenler	Değerlendiriciler	Değerlendirilen Özellikler	Değerlendirme Sıklığı- Geribildirim	Ölçüm Araçları ve Özellikleri
Tariq ve ark. 2017 ³¹	Pakistan	Kesitsel Çalışma	Asistan Hekim	Kendisi, hemşire, akran öğretim elemanı, birim personeli (resepsiyonist), servis yöneticisi	İletişim becerileri ve kişiler arası ilişkiler	-	Araştırmacılar tarafından oluşturulmuş (9 madde) 5'li likert tip skalaya sahiptir.
Tiao ve ark. 2013 ³²	Tayvan	Tanımlayıcı Çalışma	Tıp Öğrencisi	Kendisi, hemşire, öğretim elemanı, hasta yakını, öğretmen	İletişim becerileri	-	Maddeler; çok memnun (100 puan), memnun (80 puan), görüş yok (60 puan), memnun değil (40 puan) ve hiç memnun değil (20 puan) olarak değerlendirilmiştir. Cronbach α değeri 0.867'dir.
Warm ve ark. 2010 ³³	ABD	Tanımlayıcı Çalışma	Asistan Hekim	Kendisi, akran, doktor, hasta, personel	Hasta bakımı, ekip iş birliği, profesyonellik, verimlilik, 6 temel ACGME yetkinliği	İki defa değerlendirme Sözlü geribildirim	Hasta değerlendirmeleri Sağlık Planlarının Tüketici Değerlendirmesi Çalışmasının (10 soru) uyarlaması kullanılmıştır. Hastaların değerlendirmeleri (9 madde) 4-, 5- veya 10'luk; öz değerlendirme (45 soru) 5'li; akran, personel ve hekim değerlendirmeleri (4 soru) 5'li likert tip skalaya sahiptir.
Weigelt ve ark. 2004 ³⁴	ABD	Prospektif Çalışma	Asistan Hekim	Kendisi, hemşire, baş asistan, asistan, öğretim elemanı	6 temel ACGME yetkinliği	-	Eğitim Hizmetleri ve Lisansüstü Tıp Eğitimi Ofisi tarafından oluşturulan 23 maddenin 19'u kullanılmıştır. Araç 9'lu likert tip skalaya sahiptir. Online form kullanılmıştır.
White ve ark. 2012 ³⁵	ABD	Karma Desen	Tıp Öğrencisi	Hemşire, akran, doktor, baş asistan, hasta, yönetici	Öğrenci performansı	Yazılı geribildirim	Araştırmacılar tarafından iyi olduğu ve geliştirmesi gereken alanların yazıldığı iki oluşturulmuştur. Araç 5'li likert tip skalaya sahiptir.
Whitehouse ve ark. 2007 ³⁶	Birleşik Krallık	Tanımlayıcı Çalışma	Asistan Hekim	Hemşire, doktor, konsültan doktor, idari personel, eczacı, terapist, diğer	Kişiler arası (hasta) ilişkiler, iletişim becerileri, ekip iş birliği, ulaşılabilirlik	Sözlü geribildirim	3'lü likert tip skalaya sahip Davranışın Takım Değerlendirmesi Formu kullanılmıştır. Değer belirtilmeksizin, ölçüm aracının güvenilir olduğu, yapı ve içerik geçerliliğine sahip olduğu belirtilmiştir.
Yazdankhah ve ark. 2015 ³⁷	İran	Tanımlayıcı Çalışma	Asistan Hekim	Hemşire, akran, öğretim elemanı, personel, intörn doktor ve hasta	Profesyonellik	-	Daha önceden geliştirilmiş olan ölçme aracı (10 soru; Cronbach α : 0.83) kullanılmıştır. Sorular 1'den 3'e kadar puanlanarak değerlendirilmiştir.

TARTIŞMA

Bu çalışma hemşirelik ve tıp alanında eğitim gören öğrencilerin klinik öğretiminde 360° değerlendirmenin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. İncelenen çalışmaların çoğunluğunun tanımlayıcı çalışma desenine^{15,18,20,21,25-27,29,32,33,36,37} sahip olduğu görülmüştür. Bu durum alan yazında 360° değerlendirme kullanılarak yapılan çalışmaların kanıt düzeyinin yüksek olmadığını göstermektedir³⁸.

Yapılan inceleme doğrultusunda 360° değerlendirmenin en sık mezuniyet sonrası tıp eğitiminde kullanıldığı belirlenmiştir. Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitimi Akreditasyon Konseyi (ACGME) tarafından asistan hekimlerin yetkinliklerini değerlendirmesi amacıyla önerilen değerlendirme yöntemleri arasında 360° değerlendirme yer almaktadır³⁹. Bu düzenlemenin 360° değerlendirmenin asistan hekimlerin değerlendirilmesinde kullanımını desteklediği düşünülmektedir. Ülkemizde de HEPDAK ve TEPDAD tarafından hemşirelik ve tıp alanında eğitim gören öğrencilerin değerlendirmesi sırasında çoklu değerlendirme yöntemlerinin (nesnel yapılandırılmış klinik sınav, mini klinik sınav, çoktan seçmeli sınavlar, yapılandırılmış sözlü, açık uçlu yazılı, ödev, proje, portfolyo, bireysel performans gözlenmesi, ölççekler vb.) kullanılması gerektiği ifade edilmektedir⁴⁰⁻⁴².

360° değerlendirme ile hemşirelik ve tıp alanında eğitim gören öğrenciler farklı değerlendiriciler tarafından değerlendirildiği, değerlendirici olarak en sık hemşirelerin yer aldığı görülmüştür. Hemşireler, sağlık ekibinin en kalabalık üyeleri olmalarının yanında ekip içerisinde önemli bir yere sahiptirler. Bu nedenle hemşirelerin sıklıkla hemşirelik ve tıp alanında eğitim gören öğrencilerle klinik ortamda bir arada bulunma ve onları gözlemlene imkânı bulduğu düşünülmüştür. Hemşirelerden sonra en sık değerlendirici olan kişinin kendisinin ve akranlarının olduğu görülmüştür. Kişinin kendisinin ve akranlarının değerlendirici olarak yer alması hem gelişimleri hem de öğrenmenin etkililiği açısından önemli bir yere sahiptir^{43,44}. Tıp ve hemşirelik öğrencilerinin klinik öğretimde hem teknik beceriler açısından hem de teknik olmayan beceriler açısından değerlendirilmektedir. 360° değerlendirme ile çoğunlukla teknik olmayan beceriler değerlendirilmiştir⁴⁵. Hasta güvenliğinin sağlanmasında sağlık çalışanlarının teknik becerilerinin yanı sıra teknik olmayan becerileri de önemli bir role sahiptir⁴⁶. Sağlık çalışanlarında teknik olmayan becerilerin zayıf olması tıbbi hata yapma olasılığını arttırabilmektedir⁴⁷. Gordon ve ark. (2019) tarafından yapılan sistematik incelemede de vurgulandığı üzere literatürde teknik olmayan becerilerin değerlendirilmesine ilişkin sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Teknik olmayan becerilerin değerlendirilmesinde kullanılan mevcut yöntemler arasında simüle edilmiş klinik senaryo, OSCE, anketler ve yazılı değerlendirmeler yer almakla birlikte değerlendiriciler arasında öğrenciler, öğretim elemanları veya standart hastaların olduğu örneklerle rastlanmaktadır⁴⁸. 360° değerlendirmenin hemşirelik ve tıp alanında eğitim gören öğrencilerin teknik olmayan becerilerinin değerlendirilmesinde var olan yöntemlere

alternatif veya tamamlayıcı olarak kullanılabilceği düşünülmektedir.

360° değerlendirme, öğrencilerin düzeyinin belirlenmesinin yanı sıra biçimlendirici değerlendirmenin yapılmasına olanak sağlamaktadır⁴⁹. Düzey belirleyici değerlendirme öğrencilerin yetkinliğinin belirlenmesi, yükselmelerin ve ödüllendirmenin yapılmasını sağlarken; biçimlendirici değerlendirme ise öğrencilerin gelişmeyi ve gelecekteki öğrenmeleri teşvik etmektedir⁵⁰. Biçimlendirici değerlendirmenin sağlanabilmesi için süreç içerisinde öğrencinin gelişimini sağlayacak geribildirimlerin verilmesi gerektiği düşünülmektedir. Dahil edilen çalışmaların bir kısmında 360° değerlendirme kullanılarak öğrencilere yazılı veya sözlü geribildirim verildiği görülmüştür^{16,17,20,22-24,26-29,33,35,36}. Bunun yanı sıra bazı çalışmalarda ise değerlendirme sonrasında öğrencilere geribildirim verildiğine ilişkin bilgi yer almamaktadır^{15,18,19,21,25,30-32,34,37}. Öğrenciler değerlendirilirken kullanılan ölçüm araçları farklılık göstermektedir. Ölçüm sonuçlarının olabildiğince gerçeğe yakın ve objektif olması bu sonuçlara göre yapılacak olan değerlendirmenin geçerli ve güvenilir olmasını sağlamaktadır⁵¹. Dahil edilen çalışmaların bazılarında yazarlar tarafından oluşturulan formlar kullanılırken^{15,16,21,24,27,28,31,35}, bazılarında ise daha önceden oluşturulmuş ölçüm araçları kullanılmıştır. Bu formlar kullanılarak yapılan değerlendirmenin isabetli olabilmesi için kullanılan ölçüm araçlarının güvenilir, geçerli ve kullanışlı olması gerekmektedir⁵². Ancak incelenen çalışmaların yarısından fazlasında ölçüm araçlarının geçerliliğine ve güvenilirliğine ilişkin bilginin yer almadığı belirlenmiştir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışma hemşirelik ve tıp alanında eğitim gören öğrencilerin klinik öğretiminde 360° değerlendirme kullanımının kapsamlı bir şekilde incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Klinik öğretimde 360° değerlendirmenin kullanımı ile ilgili son yıllarda yapılan çalışmalarda artış olmakla birlikte hemşirelik öğrencilerinin değerlendirildiği çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Bu nedenle 360° değerlendirme kullanılarak hemşirelik öğrencilerinin değerlendirildiği çalışmaların planlanması ve uygulanması önerilmektedir. Çalışmalarda değerlendirici olarak en sık hemşirelerin yer alması nedeniyle değerlendirici olarak özelliklerini ve deneyimlerini inceleyen nitel ve nicel araştırmaların yapılması önerilmektedir. 360° değerlendirme sözlü ve yazılı geribildirimler aracılığıyla öğrencilerin gelişimlerine de katkı sağlamaktadır. Bu nedenle 360° değerlendirme kullanılarak öğrencilere verilen geribildirim şeklinin ve sıklığının öğrenci gelişimi üzerine etkisinin incelendiği çalışmaların yapılması önerilmektedir. 360° değerlendirme ile yapılan değerlendirmenin geçerli ve güvenilir olması için geçerli ve güvenilir ölçüm araçları kullanılması veya geliştirilmesi önerilmektedir. 360° değerlendirmenin, öğrencilerin klinik öğretiminde değerlendirilmesinde geleneksel değerlendirme yöntemlerine alternatif veya tamamlayıcı bir yöntem olarak kullanılabilceği düşünülmektedir. Bu nedenle ülkemizde de 360° değerlendirmenin geçerliliğini, güvenilirliğini,

kullanışlılığını ve maliyet etkinliğini ortaya koyan çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Etik Kurul Onayı:-

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Bildirilmemiştir.

Katılımcı Onamı: -

Yazar katkıları:

Araştırma dizaynı: ŞSK, ÇB

Veri toplama: ŞSK, ÇB

Literatür araştırması: ŞSK, ÇB

Makale yazımı: ŞSK, ÇB

Teşekkür: Çalışmada incelenen makalelerin kalite değerlendirmesi sırasında verdikleri değerli katkılardan dolayı Arş. Gör. Kevser Özata'ya teşekkürlerimizi sunarız.

Ethics Committee Approval: -

Conflict of Interest: Not reported.

Funding: None.

Exhibitor Consent: -

Author contributions:

Study design: SSK, CB

Data collection: SSK, CB

Literature search: SSK, CB

Drafting manuscript: SSK, CB

Acknowledgement: We would like to thank Research Assistant Kevser Ozata for her valuable contributions during the quality assessment of the articles examined in the study.

KAYNAKLAR

1. Bayar K, Çadır G, Bayar B. Hemşirelik öğrencilerinin klinik uygulamaya yönelik düşünce ve kaygı düzeylerinin belirlenmesi. TAF Prev Med Bull. 2009;8(1):37-42.
2. Cowan DT, Norman I, Coopamah VP. Competence in nursing practice: A controversial concept – A focused review of literature. Nurse Education Today. 2005;25(5):355-62.
3. Karaöz S. Hemşirelik eğitiminde klinik değerlendirmeye genel bakış: Güçlükler ve öneriler. DEÜHYO ED. 2013;6(3):149-58.
4. Gaberson BK, Oermann HM, Shellenbarger T. Clinical teaching strategies in nursing. 4th ed. The USA: Singer Publishing Company, LLC; 2015.
5. O'connor AB. Evaluation strategies for laboratory and clinical practice settings. Clinical Instruction and Evaluation. 3rd ed. The USA: Jones&Barlett Learning; 2015:315-43.
6. Tornow WW. Perceptions or reality: Is multi-perspective measurement a means or an end? Human Resource Management. 1993;32(2-3):221-9.
7. Woods SK. Interpersonal and communication skills. In: Schwartz A, editor. Assessment in Graduate Medical Education: A Primer for Pediatric Program Directors. Chapel Hill, NC: American Board of Pediatrics; 2011:87-96.
8. Musick DW, McDowell SM, Clark N, Salcido R. Pilot study of a 360-degree assessment instrument for physical medicine & rehabilitation residency

programs. Am J Phys Med Rehabil. 2003;82(5):394-402.

9. Al Khalifa K, Al Ansari A, Violato C, Donnon T. Multisource feedback to assess surgical practice: A systematic review. Journal of Surgical Education. 2013;70(4):475-86.
10. Baines R, de Bere SR, Stevens S, Read J, Marshall M, Lalani M, et al. The impact of patient feedback on the medical performance of qualified doctors: A systematic review. BMC Medical Education. 2018;18:173.
11. Ferguson J, Wakeling J, Bowie P. Factors influencing the effectiveness of multisource feedback in improving the professional practice of medical doctors: A systematic review. BMC Medical Education. 2014;14:76.
12. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. Ann Intern Med. 2018;169(7):467-73.
13. Hong QN, Pluye P, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, et al. Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018: User guide 2018.
14. Pace R, Pluye P, Bartlett G, Macaulay AC, Salsberg J, Jagosh J, et al. Testing the reliability and efficiency of the pilot Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) for systematic mixed studies review. International Journal of Nursing Studies. 2012;49(1):47-53.
15. Allerup P, Aspegren K, Ejlersen E, Jorgensen G, Malchow-Moller A, Moller MK, et al. Use of 360-degree assessment of residents in internal medicine in a Danish setting: A feasibility study. Med Teach. 2007;29:166-70.
16. Brinkman WB, Geraghty SR, Lanphear BP, Khoury JC, del Rey JAG, DeWitt TG, et al. Effect of multisource feedback on resident communication skills and professionalism: A randomized controlled trial. Arch Pediatr Adolesc Med. 2007;161:44-9.
17. Brown JM, Lowe K, Fillingham J, Murphy PN, Bamforth M, Shaw NJ. An investigation into the use of multi-source feedback (MSF) as a work-based assessment tool. Medical Teacher. 2014;36(11):997-1004.
18. Bullock AD, Hassell A, Markham WA, Wall DW, Whitehouse AB. How ratings vary by staff group in multi-source feedback assessment of junior doctors. Medical Education. 2009;43(6):516-20.
19. Chandler N, Henderson G, Park B, Byerley J, Brown WD, Steiner MJ. Use of a 360-degree evaluation in the outpatient setting: The usefulness of nurse, faculty, patient/family, and resident self-evaluation. Journal of Graduate Medical Education. 2010;2(3):430-4.
20. Hemalatha R, Shakuntala BS. Using multiple assessors to evaluate core competencies of nursing students: A 360 evaluation approach. NUJHS. 2013;3(3):13-7.
21. Jani H, Narmawala W, Ganjawale J. Evaluation of competencies related to personal attributes of

- resident doctors by 360 degree. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2017;11(6):9-11.
22. Kamal Z, Iqbal U, Akhlaq S, Adil A, Ramzan M. Does use of multi-source feedback (MSF) affect the attitudes of postgraduate trainees: Experience of a teaching hospital. *Pak Armed Forces Med J*. 2017;67(3):439-45.
 23. Lipsett PA, Harris I, Downing S. Resident self-other assessor agreement: influence of assessor, competency, and performance level. *Archives of Surgery*. 2011;146(8):901-6.
 24. Ogunyemi D, Gonzalez G, Fong A, Alexander C, Finke D, Donnon T, et al. From the eye of the nurses: 360-degree evaluation of residents. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2009;29(2):105-10.
 25. Osorio SN, Ward MJ, Siew L, Bylund C, Konopasek L. Assessment of pediatric residents' communication and interpersonal skills during family-centered rounds. *Hospital Pediatrics*. 2012;2(2):85-92.
 26. Pollock RA, Donnelly MB, Plymale MA, Stewart DH, Vasconez HC. 360-degree evaluations of plastic surgery resident Accreditation Council for Graduate Medical Education competencies: Experience using a short form. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2008;122(2):639-49.
 27. Sadeghi T, Loripoor M. Usefulness of 360 degree evaluation in evaluating nursing students in Iran. *Korean J Med Educ*. 2016;28(2):195-200.
 28. Sharma N, Cui Y, Leighton JP, White JS. Team-based assessment of medical students in a clinical clerkship is feasible and acceptable. *Medical Teacher*. 2012;34(7):555-61.
 29. Stark R, Korenstein D, Karani R. Impact of a 360-degree professionalism assessment on faculty comfort and skills in feedback delivery. *J Gen Intern Med*. 2008;23(7):969-72.
 30. Strachan K, Otoom S, Al-Gallaf A, Al Ansari A. Selecting graduates for the interns' award by using multisource feedback process: Does it work? *BMC Res Notes*. 2017;10:527.
 31. Tariq M, Boulet J, Motiwala A, Sajjad N, Ali SK. A 360-degree evaluation of the communication and interpersonal skills of medicine resident physicians in Pakistan. *Education for Health*. 2014;27(3):269.
 32. Tiao MM, Huang LT, Huang YH, Tang KS, Chen CJ. Multisource feedback analysis of pediatric outpatient teaching. *BMC Medical Education*. 2013;13:145.
 33. Warm EJ, Schauer D, Revis B, Boex JR. Multisource feedback in the ambulatory setting. *Journal of Graduate Medical Education*. 2010;2(2):269-77.
 34. Weigelt JA, Brasel KJ, Bragg D, Simpson D. The 360-degree evaluation: increased work with little return? *Current Surgery*. 2004;61(6):616-26.
 35. White JS, Sharma N. "Who writes what?" Using written comments in team-based assessment to better understand medical student performance: A mixed-methods study. *BMC Medical Education*. 2012;12:123.
 36. Whitehouse A, Hassell A, Bullock A, Wood L, Wall D. 360 degree assessment (multisource feedback) of UK trainee doctors: Field testing of team assessment of behaviours (TAB). *Medical Teacher*. 2007;29:171-6.
 37. Yazdankhah A, Norooz MT, Amoli HA, Aminian A, Khorgami Z, Khashayar P, et al. Using 360-degree multi-source feedback to evaluate professionalism in surgery departments: An Iranian perspective. *Med J Islam Repub Iran*. 2015;29:284:1-7.
 38. Murad MH, Asi N, Alsawas M, Alahdab F. New evidence pyramid. *BMJ Evid Based Med*. 2016;21(4):125-7.
 39. ACGME. ACGME Competencies: Suggested Best Methods for Evaluation [Internet]. 2000 [Erişim Tarihi 05 Temmuz 2020] Erişim adresi: <https://www.partners.org/Assets/Documents/Graduate-Medical-Education/ToolTable.pdf>.
 40. HEPDAK. Öz değerlendirme Raporu Hazırlama Kılavuzu [Internet]. 2019 [Erişim Tarihi 16 Temmuz 2020] Erişim adresi: https://www.hepdak.org.tr/doc/b4_v5.pdf.
 41. TEPDAD. Mezuniyet öncesi tıp eğitimi programı öz değerlendirme rapor hazırlama kılavuzu [Internet]. 2020 [Erişim Tarihi 16 Temmuz 2020] Erişim Adresi: <http://tepdad.org.tr/uploads/files/2020/%C3%96DR%20HAZIRLAMA%20KILAVUZU-S5-2020.pdf>.
 42. HUÇEP. Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı [Internet]. 2014 [Erişim Tarihi 05 Temmuz 2020] Erişim adresi: <http://www.hemed.org.tr/images/stories/hucep-2014-pdf>.
 43. Hanrahan SJ, Isaacs G. Assessing self-and peer-assessment: The students' views. *Higher Education Research & Development*. 2001;20(1):53-70.
 44. Topping KJ. Peer assessment. *Theory into Practice*. 2009;48(1):20-7.
 45. Flin RH, O'Connor P, Crichton M. Safety at the sharp end: a guide to non-technical skills. Boca Raton: CRC Press Taylor & Francis Group; 2008.
 46. Yule S, Paterson-Brown S. Surgeons' non-technical skills. *Surgical Clinics*. 2012;92(1):37-50.
 47. Flin R, Maran N. Basic concepts for crew resource management and non-technical skills. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. 2015;29(1):27-39.
 48. Gordon M, Farnan J, Grafton-Clarke C, Ahmed R, Gurbutt D, McLachlan J, et al. Non-technical skills assessments in undergraduate medical education: A focused BEME systematic review: BEME Guide No. 54. *Med Teach*. 2019;41(7):732-45.
 49. Lockyer J. Multi-source feedback (360-degree evaluation). In: Bandiera G, Sherbino J, Frank JR, editors. *The CanMEDS Assessment Tools Handbook: An Introductory Guide to Assessment Methods for the CanMEDS Competencies*. 1st ed. Ottawa 2006. p. 29-31.
 50. Epstein RM. Assessment in medical education. *N Eng J Med*. 2007;356(4):387-96.

51. Güler N. Ölçme araçlarında bulunması gereken nitelikler. Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme 13th ed. Ankara: Pegem Akademi; 2019:34-60.
52. Turgut MF, Baykul Y. Ölçme araç veya yöntemlerinde istendik özellikler. Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme 5th ed. Ankara: Pegem Akademi 2013:119-42.

Araştırma makalesi

Research article

Hemşirelerin Mesleki Tatmin, Tükenmişlik ve Eşduyum Yorgunluğu Düzeylerinin İncelenmesi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği



Yağmur ÇOLAK YILMAZER¹, Kadriye BULDUKOĞLU²

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, hemşirelerin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeylerini ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde Nisan-Mayıs 2017 tarihlerinde 118 hemşirenin verileri incelenerek yürütülen tanımlayıcı bir çalışmadır. Veriler "Kişisel Bilgi Formu" ve "Çalışanların Yaşam Kalitesi Ölçeği" (ÇYKÖ) kullanılarak toplanmış olup SPSS 20.0 paket programında analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, tek yönlü ANOVA ve t testi kullanılmıştır. Ayrıca ÇYKÖ alt boyutları olan mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson korelasyon analizi yapılmıştır.

Bulgular: Araştırmada hemşirelerin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeylerinin, yaş, çocuk sahibi olma, mesleğini isteyerek seçme ve vardiyalı çalışma düzeniyle ilişkili olduğu bulunmuştur. Çalışmada ayrıca mesleki tatmin ve tükenmişlik düzeyleri arasında ters yönlü ve orta düzey bir ilişki olduğu ($r=-0.618$; $p<0.001$), tükenmişlik ile eşduyum yorgunluğu düzeyleri arasında ise pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.580$; $p<0.001$).

Sonuç: Bu çalışmada, çalışanların yaşam kalitesinin temel parametreleri olan mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğunun kişisel ve mesleki özellikler ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Hemşireler, merhamet yorgunluğu, tükenmişlik, yaşam kalitesi

ABSTRACT

Assessment of Compassion Satisfaction, Burnout and Compassion Fatigue Levels of the Nurses: A University Hospital Example

Aim: This study aims to determine the levels of compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue of nurses and related factors.

Material and Methods: This descriptive study was conducted by examining the data of 118 nurses working at Akdeniz University Hospital between April and May 2017. The data were collected with "Personal Information Form" and "Professional Quality of Life Scale" (ProQOL) and analyzed in SPSS 20.0 package program. One-way ANOVA and t-test were used to evaluate the data. Furthermore, Pearson correlation analysis was used to determine the relationship between compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue which are subdimensions of ProQOL.

Results: The study has revealed compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue levels of the nurses are associated with age, having children, choosing this profession voluntarily, and working in shifts. It was also found that there is a negative and moderate relationship between compassion satisfaction and burnout levels ($r=-0.618$; $p<0.001$) and a positive and significant relationship between burnout and compassion fatigue levels ($r=0.580$; $p<0.001$).

Conclusion: In this study, it was determined that compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue, which are the basic parameters of the quality of life of employees are associated with personal and professional characteristics.

Keywords: Burnout, compassion fatigue, nurses, quality of life

¹Öğr. Gör., Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye, E-posta: yagmur_yagiyo@hotmail.com, Tel: +90 242 226 13 58-2947, ORCID:0000-0002-2926-1306

²Prof. Dr., Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye, E-posta: bkadriye@akdeniz.edu.tr, Tel: +90 242 226 13 58-6123, ORCID:0000-0002-1699-6151

Geliş Tarihi: 08 Nisan 2020, Kabul Tarihi: 17 Şubat 2021

Atrif/Citation: Çolak Yılmaz Y, Buldukoğlu K. Hemşirelerin Mesleki Tatmin, Tükenmişlik ve Eşduyum Yorgunluğu Düzeylerinin İncelenmesi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2021; 8(2): 144-150. DOI: 10.31125/hunhemsire.966330

GİRİŞ

Hemşirelik insanların yaşamının en zorlu dönemlerinde onların yanında olan sürekli ağrı, acı ve güçsüzlüklerin yaşandığı ortamlarda bakım sunan manevi açıdan yüklü bir meslektir. Böylesine zorlu koşullarda hemşireliğe katkı sağlayan özelliklerden biri ve en önemlisi empatik bakım verebilme becerisidir¹. Empati yapabilme becerisi, başkalarına yardım etmede önemli bir yere sahiptir^{2,3}. Empati sayesinde hemşireler hastaların değer yargılarını, endişelerini anlayabilir, merhametli olabilme yönünde motive olabilir ve hastalarıyla terapötik iletişim kurmaya istekli olurlar^{4,5}. Figley (2002), şefkatli ve empatik olabilmenin bir bedeli olduğunu vurgulamış, bu durumu 'Compassion Fatigue' olarak ifade etmiştir⁶. Bu çalışmada ölçekle de uyumlu olmak üzere kavramın Türkçe karşılığı olarak 'Eşduyum Yorgunluğu' kullanılmıştır^{3,7}. Eşduyum yorgunluğu en genel tanımıyla acı çeken insanlar ile çalışan kişilerde görülen duygusal, psikolojik ve ruhsal yıpranma olarak açıklanmıştır^{6,8}. Eşduyum yorgunluğu, tükenmişlik ile birlikte bulunabilir, ancak birbirinden farklı kavramlardır. Tükenmişlik kişinin gündelik yaşam ile başa çıkma yeteneğinin tükenmesi nedeniyle duygusal ve zihinsel anlamda ortaya çıkan yorgunluk halidir. Bireyin tükenmişlik deneyimi işi bırakmasının hemen ardından düzelebilenken, eşduyum yorgunluğu koşulları değiştirmekle ortadan kalkmaz⁶. Bu bağlamda tükenmişliğin temel bileşenlerinden biri olarak mesleki tatmini de göz önüne almak gerekmektedir. Mesleki tatminin azalması kişinin hayatındaki olumsuz yaşam olaylarıyla ve kişilik özellikleriyle de birleşince, genellikle, huzursuzluk, öfke, anksiyete, depresyon, yorgunluk gibi öznel duygulanımlara ve çeşitli fizyolojik sorunlara yol açmaktadır^{9,10}.

Hemşireler sağlık insan gücünün önemli bir bölümünü oluşturan, hasta gereksinimlerini belirleyen, bakımı planlayan, uygulayan, bakımın etkinliğini değerlendiren ve aynı zamanda sağlık ekibi üyelerinin koordinasyonunu sağlayan bir meslek grubudur. Bu durum onları çalışma koşulları ve alanları bakımından riske maruz bırakmaktadır¹¹. Sonuçta hemşireler, bu riskler önlenmediği takdirde, düşük mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu ile karşılaşmaları kaçınılmaz olmaktadır.

Bu temel bilgiler ışığında; hemşirelerin beden ve ruh sağlığının korunması, çalışma yaşamının ve işyerinin zorlu koşullarından, toplumsal kaynaklı zararlı etkenlerden en az düzeyde etkilenmesinin sağlanması son derece önemlidir. Bu nedenle mesleki tatminsizlik, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğunun risk faktörlerini ve belirtilerini tanımanın ilk adım, önleme ve iyileştirme çalışmalarının bir sonraki adım olacağı öngörülmektedir⁶.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, hemşirelerin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeyleri ile ilişkili faktörlerin belirlenmesidir.

Araştırmanın Hipotezleri

1.H₁: Hemşirelerin tanıtıcı ve mesleki özelliklerinin, mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeyleriyle ilişkisi vardır.

2.H₁: Hemşirelerin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeyleri arasında ilişki vardır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı bir çalışmadır.

Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde çalışan 670 hemşire oluşturmuştur. Başlangıçta, elde edilen verilerin analizinde kullanılacak testlerde en az %80 güç sağlayabilmek amacı ile ulaşılması gereken minimum hemşire sayısı belirlenmiştir. Bu amaçla GPower3.1 programı kullanılarak Pearson korelasyon testinde 0.3 etki büyüklüğü, 0.90 güç ve 0.05 tip I hata payı alınmış ve ulaşılması gereken en az hemşire sayısı 92 olarak saptanmıştır. Çalışma 118 hemşire ile tamamlanmıştır ve daha sonra çalışmada kullanılan test tiplerinin gerçekleşen güç analizi sonuçları hesaplanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırmada Kullanılan Test Tiplerine Göre Gerçekleşen Güç Analizi Sonuçları

Test Tipi	Gerçekleşen Güç Aralığı
t testi	0.80-1.00
ANOVA	1.00

Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu

Form, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve mesleki bilgilerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından literatüre dayanarak hazırlanmış olup, toplam 14 sorudan oluşmuştur^{3,7,12,13}. Bunlar katılımcıların; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, mesleği isteyerek seçme durumu, çalışmakta olduğu birim, çalışma saatleri, pozisyon, çalışma yılı ve çalışılan önceki bölümler gibi tanıtıcı ve mesleki özelliklerini belirleyen sorulardır.

Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇYKÖ)

Çalışanların Yaşam Kalitesi Ölçeği, B. Hudnall Stamm tarafından mesleki tatmin, eşduyum yorgunluğu ve tükenmişlik belirtilerini saptamak amacıyla 2005 yılında geliştirilmiştir. 30 madde ve üç alt ölçekten oluşan bir öz bildirim değerlendirme aracıdır. Mesleki tatmin (compassion satisfaction), çalışanın kendi mesleği veya işiyle ilgili bir alanda yardıma ihtiyacı olan bir başka kişiye yardım etmesi sonucunda duyduğu tatmin ve memnuniyet duygusunu ifade eder. Bu alt ölçekten alınan yüksek puan yardım eden olarak memnuniyet veya tatmin duygusunun düzeyini gösterir. Ölçekteki 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30. maddeler mesleki tatmini ölçen maddelerdir. İkinci alt ölçek olan tükenmişlik (burnout) alt ölçeği, umutsuzluk, iş yaşamında oluşan sorunlarla başa çıkmada zorluk yaşanmasıyla ortaya çıkan tükenmişlik duygusunu ölçen bir testtir. Bu ölçekten alınan yüksek puan, tükenmişlik düzeyinin yüksek olduğunu gösterir. Ölçekteki 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29. maddeler tükenmişliği ölçen maddelerdir. Üçüncü ölçek olan eşduyum yorgunluğu (compassion fatigue) alt ölçeği, stres verici olayla karşılaşma sonucunda ortaya çıkan belirtileri ölçmek için oluşturulmuş bir testtir. Ölçekteki 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28. Maddeler bu durumu ölçmek için geliştirilmiş maddelerdir. Bu ölçekten alınan yüksek puan, eşduyum yorgunluğu düzeyinin yüksek

olduğunu gösterir. Ölçekten elde edilen puanların değerlendirilmesi aşamasında 1, 4, 15, 17 ve 29. maddeler ters çevrilerek hesaplanması gereken maddelerdir. Ölçekteki maddelerin değerlendirilmesi "Hiçbir zaman" (0) ile "Çok sık" (5) arasında değişen altı basamaklı bir çizelge üzerinden yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik değerleri mesleki tatmin boyutu için $\alpha=0.87$, tükenmişlik boyutu için $\alpha=0.72$, eşyolum yorgunluğu boyutu için $\alpha=0.80$ olarak bulunmuştur⁷. Bu çalışmadaki değerleri ise sırasıyla, $\alpha=0.90, 0.76, 0.82'$ dir.

Verilerin Toplama Araçlarının Uygulanması

Veri toplama araçlarının uygulanmasında, araştırmacı Nisan-Mayıs 2017 tarihlerinde Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde çalışmakta olan 670 hemşireye bireysel olarak ulaşmış ve araştırmaya katılmaya davet etmiştir. Kabul eden hemşirelere araştırmacı tarafından aydınlatılmış onam formu okutulup anlamları sağlandıktan sonra imzalatılmıştır. Ardından Kişisel Bilgi Formu ve ÇYKÖ verilerle doldurularak talep edilmiştir. Hemşirelerin formları doldurularak yaklaşık 10 dakika sürmüştür. Araştırma 118 hemşire ile tamamlanmıştır.

Verilerin Analizi

Veriler, SPSS 20.0 (IBM SPSS Statistics 20) programında tek yönlü ANOVA ve t testi kullanılarak analiz edilmiştir. Normallik değeri için Kolmogorov-Smirnov normallik testi, varyans homojenliğini değerlendirmek için de Levene testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla Pearson korelasyon analizi yapılmıştır.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için etik onay Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (24.02.16, karar no:146), araştırma uygulama izni Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği'nden alınmıştır. Araştırmada kullanılacak ölçek için kullanım izin yazısı ve araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden aydınlatılmış onam alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın verileri yalnızca çalışmanın yapıldığı üniversite hastanesinde görevli hemşirelerin görüşleriyle sınırlı olduğundan, sonuçlar örneklem dışına genellenemez. Araştırma tasarımına bağlı olmaksızın, kurumdaki hemşirelerin tamamının araştırmaya katılmak istememesi de araştırmanın sınırlılığı olarak düşünülmüştür.

BULGULAR

Araştırmanın verilerini değerlendirirken öncelikle Kolmogorov-Smirnov normallik testi yapılmıştır ve buna göre araştırmanın değişkenleri normal dağılmaktadır. Ardından hemşirelerin tanıtıcı ve mesleki özellikleri incelenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Hemşirelerin Tanıtıcı ve Mesleki Özellikleri (n=118)

Tanıtıcı Özellikler	n	%	Mesleki Özellikler	n	%
Cinsiyet			Mesleği kendi isteğiyle seçme		
Kadın	113	95.8	Evet	64	54.2
Erkek	5	4.2	Hayır	54	45.8
Yaş $\bar{X}\pm SS$ 31.52\pm6.52			Mevcut bölümde çalışma süresi		
19-30	61	51.7	5 yıldan az	81	68.6
31 ve üzeri	57	48.3	5 yıl ve üzeri	37	31.4
Medeni Durum			Hemşirelikte çalışma süresi		
Bekar	74	62.7	5 yıldan az	30	25.4
Evli	44	37.3	5-10 yıl	44	37.3
Çocuk sayısı			10 yıldan fazla		
Yok	63	53.4	Çalışma saatleri		
1 çocuk	29	24.5	Gündüz	34	28.8
2 çocuk	26	22.1	Vardiyalı	84	71.2
Eğitim durumu			Pozisyon		
Lise ve önlisans	11	9.3	Sorumlu hemşire	16	13.5
Lisans	88	74.6	Klinik hemşiresi	89	75.4
Lisansüstü	19	16.1	Diğer (Plk., eğitim vb.)	13	11.0
			Şu an çalışılan birimler		
			Dahili	47	39.8
			Cerrahi	36	30.5
			Yoğun bakım	18	15.3
			Ameliyathane	5	4.2
			Acil	12	10.2
Toplam	118	100.0	Toplam	118	100.0

$\bar{X}\pm SS$: Ortalama, standart sapma

Hemşirelere ait tanıtıcı özellikler incelendiğinde, büyük çoğunluğun (%95.8) kadın olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %62.7'si bekar olup, %53.4'ü çocuk sahibi değildir. Hemşirelerin eğitim düzeyi incelendiğinde %74.6'sının lisans mezunu olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş aralığı 19-30 (%51.7) ve 31 ve üzeri (%48.3) olarak gruplandırılmış olup bu gruplarda bulunan hemşire sayısı birbirine yakın düzeydedir. Hemşirelerin mesleki özellikleri incelendiğinde ise, çalışmaya katılan hemşirelerin %54.2'si mesleğini isteyerek seçmiştir. Şu an bulunduğu bölümde beş yıldan fazla çalışan hemşire sayısı oranı % 31.4'dür. Katılımcıların hemşirelikte çalışma süresine bakıldığında %25.4'ünün beş yıldan az çalışma süresine sahip olduğu görülmektedir. Hemşirelerin %71.2'si vardiyalı çalışmaktadır. Sadece gündüz çalışan hemşire oranı %28.8'dir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %75.4 kliniklerde görev almaktadır. Hemşirelerin görev yaptığı birimler incelendiğinde en az katılımın (%4.2) ameliyathane alanından olduğu görülmektedir (Tablo 2).

Tablo 3. Hemşirelerin Yaş Grubu, Çocuk Sayısı, Mesleği Seçme ve Çalışma Saatlerine Göre Ortalama ÇYKÖ Puanları Dağılımı (n=118)

	ÇYKÖ Alt Ölçekleri		
	Mesleki tatmin $\bar{X} \pm SS$	Tükenmişlik $\bar{X} \pm SS$	Eşduyum yorgunluğu $\bar{X} \pm SS$
Yaş grupları			
19-30	32.63±7.83	19.91±6.61	18.23±8.49
31 ve üzeri	34.49±9.82	16.98±6.20	15.05±7.77
p	0.262	0.014	0.037
Çocuk sayısı			
Yok	32.33±8.73	19.50±7.02	18.39±8.74
1 çocuk	34.10±8.23	17.27±5.78	13.79±6.54
2 çocuk	35.80±9.63	17.42±5.98	15.80±8.05
F	1.508	1.616	3.399
p	0.226	0.203	0.037*
Mesleği isteyerek seçme durumu			
Evet	35.85±7.70	17.70±6.33	17.07±8.87
Hayır	30.77±9.40	19.44±6.74	16.24±7.55
p	0.002	0.152	0.586
Çalışma saatleri			
Gündüz	35.00±8,65	16.58±5.68	16.11±7.01
Vardiyalı	32.94±8,92	19.27±6.75	16.92±8.76
p	0.254	0.043	0.632

*Post-Hoc test, $\bar{X} \pm SS$: Ortalama, standart sapma

Tablo 3 incelendiğinde; 19-30 ve 31 yaş ve üzeri yaş grubundaki hemşireler arasında tükenmişlik puanı bakımından anlamlı farklılık vardır ($p < 0.05$). Hemşirelerin çocuk sahibi olma durumu veya çocuk sayısı incelendiğinde, mesleki tatmin ve tükenmişlik puanları bakımından farklılık bulunmamakla birlikte, eşduyum yorgunluğu puanlarında bir farklılık olduğu görülmüştür ($F=3.399$, $p=0.037$). Bu farklılığın kaynaklandığı grubu belirlemek amacıyla Post-Hoc testi yapılmıştır. Yapılan Levene testinde üç grubun varyansı birbirine eşit çıktığı için (eşduyum yorgunluğu levne istatistiği=1.364, $p=0.260$) post-hoc testlerden hassaslığı en fazla olan Scheffe testi yapılmıştır. Bunun sonucunda; çocuğu olmayanlar ile bir çocuğu olanlar arasında eşduyum yorgunluğu açısından bir farklılık olduğu görülmüştür. Çocuğu olmayanların eşduyum yorgunluğu puanları daha yüksek bulunmuştur ($p=0.037$). Mesleğini isteyerek seçen hemşirelerin mesleki tatmin puanları yüksek, vardiyalı çalışan hemşirelerin ise tükenmişlik puanları gündüz çalışan hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4. Hemşirelerin ÇYKÖ alt boyutlarına ait puan ortalamaları (n=118)

ÇYKÖ Alt Ölçek Boyutları	Ortalama Puanlar $\bar{X} \pm SS$
Mesleki Tatmin	33.53±8.85
Tükenmişlik	18.50±6.55
Eşduyum Yorgunluğu	16.69±8.27

 $\bar{X} \pm SS$: Ortalama, standart sapma

Tablo 4'de araştırmaya katılan 118 hemşirenin ÇYKÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları verilmiştir. Hemşirelerin ölçeğin alt boyutları olan mesleki tatmin puan

ortalaması 33.53±8.85, tükenmişlik puan ortalaması 18.50±6.55 ve eşduyum yorgunluğu puan ortalaması ise 16.69±8.27'dir.

Tablo 5. Hemşirelerin Mesleki Tatmin, Tükenmişlik ve Eşduyum Yorgunluğu Düzeyleri Arasındaki İlişki (n=118)

Değişken	Tükenmişlik	Eşduyum yorgunluğu
Mesleki tatmin	-0.618	-0.139
Tükenmişlik	-	0.580

Bu araştırmada yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları olan mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puanları arasındaki ilişki de incelenmiştir (Tablo 5). Buna göre mesleki tatmin ile tükenmişlik arasında ters yönlü ve orta düzey bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0.618$; $p < 0.001$). Mesleki tatmin ve eşduyum yorgunluğu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r=-0.139$; $p=0.134$). Hemşirelerin tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puanları arasında ise pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.580$; $p < 0.001$).

TARTIŞMA

Çalışanların yaşam kalitesinin pozitif göstergesi mesleki tatmin iken, negatif göstergeleri tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğudur¹⁴. Bu araştırmada da hemşirelerin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeyleri ve ilişkili faktörler açısından önemli bulgulara ulaşılmıştır. Buna göre hemşirelerin bazı tanıtıcı ve mesleki özellikleriyle ÇYKÖ alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır.

Çalışmada 19-30 yaş grubunda olan hemşirelerin tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeyinin, 31 ve üzeri yaş grubuna göre yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Kaya ve arkadaşlarının (2010) bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi üzerine yaptıkları çalışmada genç yaşta ve mesleğe yeni başlamış hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır¹⁵. Ancak konuyla ilgili literatürde karşıt sonuçlar bulunmaktadır. Günüşen ve Üstün (2008) bir üniversite hastanesinde çalışan hemşireler ile Metin ve Özer (2007) ise sağlık profesyonelleriyle yaptığı çalışmada hemşirelerin tükenmişlik düzeyi ile yaş grupları arasında ilişki saptamamıştır^{13,16}. Literatürde farklı sonuçlar olmasına rağmen pek çok çalışmada yaş ve tükenmişliğin ilişkili olduğu anlaşılmıştır^{12,15,17-20}. Bunun nedeni olarak hemşirelerin deneyimsiz ve genç olması sebebiyle baş etme becerilerini etkin kullanamaması düşünülmüştür. Nitekim Taycan ve arkadaşları (2006) hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyo-demografik özelliklerle ilişkisini incelemiş oldukları çalışmada yaşta artışa bağlı olarak hemşirelerin kendilerini mesleklerinde daha yeterli ve başarılı hissettikleri sonucuna ulaşmıştır²⁰. Bu görüşü Brewer ve Shapard (2004) meta-analiz çalışmasında, genç yaşta olan ve mesleki olarak tecrübesiz bireylerde tükenmişliğin daha sık ve ağır seyrettiğini saptayarak desteklemiştir²¹. Kılıç (2018) hemşirelerde travmatik stres belirtileri, mesleki tatmin tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğunu incelediği çalışmasında, genç hemşirelerde eşduyum yorgunluğu

puanlarını daha yüksek saptamıştır²². Ayrıca eşduyum yorgunluğu ile birlikte anılan dolaylı travma, ikincil travma sonrası stres bozukluğu kavramına ilişkin risk faktörleri incelendiğinde, genç ve deneyimsiz hemşirelerin daha hassas olduğu savunulmaktadır ve bu nedenle genç hemşirelerin eşduyum yorgunluğu bakımından riskli olduğu düşünülmektedir²³. Bu durum deneyimli çalışanların etkili bir şekilde bilişsel ve davranışsal baş etme becerilerini kullanabilmeleriyle açıklanabilir.

Hemşirelerin yaşam kalitelerini etkileyen diğer bir özellik ise çocuk sahibi olma durumudur. Bu çalışmada çocuk sahibi olmayan hemşirelerin, eşduyum yorgunluğu düzeyi yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte literatürde bu bulguyu desteklemeyen sonuçlar bulunmaktadır²². Ayrıca literatürde çocuk sahibi olmanın tükenmişlikle ilişkisine değinen çalışmalar da yer almaktadır. Kavlu ve Pınar'ın (2009), acil servislerde çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumlarının yaşam kalitesine etkisini inceledikleri çalışmada çocuk sahibi olmayan hemşirelerin duygusal tükenmişlik puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir¹². Bu durumun, çocuk sahibi olmanın sosyal destek sağlaması ve çocuk yetiştirmenin pozitif ve umut verici duygu oluşturmasıyla ilişkili olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada önemli bir diğer bulgu mesleğini isteyerek seçmiş olan hemşirelerin mesleki tatmin düzeyinin, mesleğini istemeyerek seçen hemşirelere göre daha yüksek olmasıdır. Kundak ve arkadaşları (2015) hemşirelik mesleğinde iş tatmini ve motivasyonla ilgili çalışmalarında, mesleğini kendi isteğiyle seçen hemşirelerde iş tatmini düzeyinin daha yüksek olduğunu saptamıştır²⁴. Buna göre mesleğini isteyerek seçme durumunun hemşirelerin motivasyonunu etkileyerek, mesleki tatmin düzeyini arttırdığı düşünülebilir. Bireylerin mesleğini isteyerek seçmemesi ve bunun sonucunda işini severek yapmaması, bireylerdeki anksiyete düzeyini artırır²⁵. Bu durumun tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğuna yol açabileceği düşünülmektedir.

Bir diğer önemli bulgu ise vardiyalı çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin gündüz çalışanlara göre daha yüksek olduğunun saptanmış olmasıdır. Çalışmadaki bu bulgular literatür bilgileri ile benzerlik göstermektedir. Kavlu ve Pınar (2009) acil servislerde çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumlarının yaşam kalitesine etkisini inceledikleri çalışmada, vardiya usulü çalışan hemşirelerde tükenmişlik alt boyutu olan kişisel başarısızlık puanlarını daha yüksek bulmuştur¹². Tekir ve arkadaşları (2016) sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları çalışmada, nöbet tutarak çalışanların, gündüz çalışanlara göre tükenmişlik düzeyinin yüksek olduğunu bulmuştur²⁶. Kılıç (2018) ise, hemşirelerin, çalışma biçimi ile mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu arasında ilişki saptamamıştır²². Hemşirelerde vardiyalı çalışmanın bazı olumsuz sonuçları oluşmaktadır. Çalık ve arkadaşları (2015) vardiyalı çalışmanın, hemşireler üzerinde fizyolojik, psikolojik sağlıkları, sosyal yaşamları ve kendi güvenlikleri üzerinde olumsuz etkileri olduğunu saptamıştır²⁷. Buna göre vardiyalı çalışmanın hemşirelerin tükenmişlik oranını yükselttiği ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek çeşitli sorunlara yol açtığı düşünülebilir.

Bu bulgulara dayanarak hemşirelerin yaşam kalitesinin, yaş, çocuk sahibi olma durumları, mesleğini isteyerek seçme ve vardiyalı çalışma düzeniyle ilişkili olduğu söylenebilir. Ayrıca bu çalışmada, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışılan bölüm ve pozisyon, çalışmakta olunan bölümdeki çalışma süresi ve toplam çalışma yılının hemşirelerin yaşam kalitesi üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır.

Bu çalışmaya katılan hemşirelerin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları, aynı ölçeği kullanan ve katılımcıları hemşire olan Kılıç'ın (2018) çalışması ile benzerlik göstermektedir²². Araştırmaya katılan hemşirelerin, mesleki tatmin ve tükenmişlik düzeyleri arasında negatif yönlü ve orta düzey bir ilişki olduğu bulunmuş olup ($r=-0.618$; $p<0.001$), literatürde bu bulguyu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır^{22,28}. Bu durumda tükenmişlik düzeyini azaltmada, mesleki tatmin düzeyini artırmak da bir yöntem olabilmektedir. Hinderer ve arkadaşları (2014) hemşirelerde mesleki tatmini arttıran stratejileri inceleyerek, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğunun azaltılabileceğini belirtmiştir²⁹. Hemşirelerin tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0.580$; $p<0.001$). Bu sonuç, literatür bulgularıyla benzerlik göstermektedir^{22,28}. Hemşirelerin mesleki tatmin ve eşduyum yorgunluğu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r=-0.139$; $p=0.134$). Bu bulguya ilişkin literatürde farklı sonuçlar bulunmaktadır. Kılıç'ın (2018) çalışması bu sonucu desteklerken²², Polat ve Erdem'in (2017) çalışmasında mesleki tatmin oranı arttıkça, eşduyum yorgunluğunun azaldığını saptamıştır²⁸. Smart ve arkadaşları da (2014) sağlık çalışanları ile yaptıkları çalışmada mesleki tatmin ve eşduyum yorgunluğu arasında negatif yönlü ilişki saptamıştır³⁰.

Sonuç olarak yaşam kalitesinin temel parametreleri olan mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğunun kişisel ve mesleki özellikler ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Buna karşın hemşirelerin kurumdan ayrılmak, hemşireliği bırakmak, bölüm değişikliği, tam-zamanlıdan yarı-zamanlı çalışma saatlerine geçmek, vardiyaları değiştirmek ve çalışılan gün sayısını sınırlamak gibi etkisiz baş etme stratejileri geliştirdiği belirtilmektedir³¹. Bu nedenle hemşirelerin beden ve ruh sağlığının korunması, çalışma yaşamının ve işyerinin zorlu koşullarından, toplumsal kaynaklı zararlı etkenlerden en az düzeyde etkilenmesinin sağlanması son derece önemlidir. Mesleki tatminsizlik, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğunun risk faktörlerini ve belirtilerini tanımanın ilk adım, önleme ve iyileştirme çalışmalarının bir sonraki adım olacağı öngörüsü⁶ dikkate alındığında çalışma sonuçlarının bu bağlamda veri kaynağı olacağı düşünülmektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu araştırmanın bulgularına göre;

- 31 ve üzeri yaş aralığındaki hemşirelerin, 19-30 yaş aralığındaki hemşirelerden daha az tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu yaşadığı saptandığından genç hemşirelerde tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu ile baş etme becerilerini geliştiren eğitim planlamalarının yapılması,

- Mesleğini isteyerek seçen hemşirelerin mesleki tatmin oranı yüksek bulunduğundan, mesleğe yeni başlayan ve özellikle mesleğe istemeyerek başlayan hemşirelere etkin uyum programları düzenlenmesi,
- Vardiyalı çalışan hemşirelerin tükenmişlik oranı gündüz mesaisinde çalışan hemşirelere göre yüksek bulunduğundan, vardiyalı çalışan hemşirelerin mola ve izin kullanımına özen gösterilmesi ve vardiyalı çalışma koşullarının olumsuz yönlerini ortaya çıkaran araştırmaların planlanması,
- Hemşirelerin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğunu etkileyen faktörleri tanımlayan nitel araştırma çalışmalarının planlanması önerilmektedir.

Ayrıca çocuk sahibi olmayan hemşirelerin eşduyum yorgunluğu düzeyinin yüksek olduğu ve hemşirelerin mesleki tatmin ile tükenmişlik düzeyi arasında negatif yönlü ve orta düzey bir ilişki olduğu, tükenmişlik düzeyi ve eşduyum yorgunluğu düzeyi arasında ise pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu bağlamda çalışmanın 1.H₁ ve 2.H₁ hipotezleri doğrulanmıştır.

Etik Kurul Onayı: Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (24.02.16, Karar Numarası: 146).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Bildirilmemiştir.

Katılımcı Onamı: Katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Yazar katkıları:

Araştırma dizaynı: YÇY, KB

Veri toplama: YÇY

Literatür araştırması: YÇY, KB

Veri Analizi: YÇY, KB

Makale yazımı: YÇY, KB

Teşekkür: Bu araştırmaya istatistik desteği sağlayan Prof. Dr. Ayşe Kuruüzüm'e ve çalışmaya katılmayı kabul ederek değerli vakitlerini ayıran tüm meslektaşlarımıza teşekkür ederiz.

Ethics Committee Approval: Approval was obtained from Clinical Research Ethics Committee of Akdeniz University (24.02.16, Decision Number:146).

Conflict of Interest: Not reported.

Funding: None.

Exhibitor Consent: Informed consent was obtained from the participants.

Author contributions:

Study design: YCY, KB

Data collection: YCY

Literature search: YCY, KB

Data analysis: YCY, KB

Drafting manuscript: YCY, KB

Acknowledgement: We would like thank to Prof. Dr. Ayşe Kuruüzüm, who provided statistical support for this study, and all our colleagues who agreed to participate in the study and spend their valuable time.

KAYNAKLAR

1. Pektekin Ç. Hemşirelik felsefesi, kuramlar-bakım modelleri ve politik yaklaşımlar. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2013.
2. Figley CR. Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. J Clin Psychol. 2002;58(11):1433-1441.
3. Hiçdurmaz D, İnci FA. Eşduyum yorgunluğu: Tanımı, nedenleri ve önlenmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry. 2015;7(3):295-303.
4. Rego A, Godinho L, McQueen A, Cunha MP. Emotional intelligence and caring behaviour in nursing. The Service Industries Journal. 2010;30(9):1419-1437.
5. Gök GA. Merhamet etmenin dayanılmaz ağırlığı: Hemşirelerde merhamet yorgunluğu. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2015;20(2):299-313.
6. Figley CR. Treating compassion fatigue: Routledge; 2002.
7. Yesil A, Ergün Ü, Amasyalı C, Er F, Olgun NN, Aker AT. Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği Türkçe uyarlaması geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Noro Psikiyatrisi. 2010;47(2):111-117.
8. Lombardo B, Eyre C. Compassion fatigue: A nurse's primer. Online J Issues Nurs. 2011;16(1):3.
9. Batıgün AD, Şahin NH. İş stresi ve sağlık psikolojisi araştırmaları için iki ölçek: A-tipi kişilik ve iş doyumunu. Türk Psikiyatrisi Derg. 2006;17(1):25-32.
10. Yıldırım MH, İçerli L. Tükenmişlik Sendromu: Maslach ve Kopenhag Tükenmişlik Ölçeklerinin Karşılaştırmalı Analizi. Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi. 2010;2(1):123-131.
11. Tilev S, Beydağ KD. Hemşirelerin iş doyum düzeyi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2014;3(1):140-147.
12. Kavlu İ, Pınar R. Acil servislerde çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumlarının yaşam kalitesine etkisi. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2009;29(6):1543-5.
13. Günüşen N, Üstün B. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008;11(4):48-58.
14. McHugh MD, Kutney-Lee A, Cimiotti JP, Sloane DM, Aiken LH. Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. Health Affairs. 2011;30(2):202-210.
15. Kaya N, Kaya H, Ayık SE, Uygur E. Burnout of nurses who work in a government hospital. Journal of Human Sciences. 2010;7(1):401-419.
16. Metin Ö, Özer FG. Hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2007;10(1):58-66.
17. Ergin C. Akademisyenlerde tükenmişlik ve çeşitli stres kaynaklarının incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi. 1995;12(1-2):37-50.
18. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Annu Rev Psychol 2001;52(1):397-422.

19. Çimen M, Ergin C. Türk Silahlı Kuvvetleri sağlık personelinin tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2001;43(2):169-176.
20. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2006;7(2):100-108.
21. Brewer EW, Shapard L. Employee burnout: A meta-analysis of the relationship between age or years of experience. *Human Resource Development Review*. 2004;3(2):102-123.
22. Kılıç S. Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Travmatik Stres Belirtileri, Mesleki Tatmin Tükenmişlik Ve Eşduyum Yorgunluğunun İncelenmesi [Yüksek lisans tezi]. Nevşehir: Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi; 2018.
23. Çolak B, Şişmanlar ŞG, Karakaya I, Etİler N, Biçer Ü. Çocuk cinsel istismarı olgularını değerlendiren meslek gruplarında dolaylı travmatizasyon. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2012;13(1):51-58.
24. Kundak Z, Taş HÜ, Keleş A, Eğicioğlu H. Bir üniversite hastanesinde hemşirelik mesleğinde iş tatmini ve motivasyon. *Kocatepe Tıp Dergisi*. 2015;16(1):1-10.
25. Durmuş S, Günay O. Hemşirelerde iş doyum ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi*. 2007;29(2):139-146.
26. Tekir Ö, Çevik C, Arık S, Çetin G. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik, iş doyum düzeyleri ve yaşam doyumunun incelenmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2016;18(2):51-63.
27. Çalık KY, Aktaş S, Bulut HK, Anahar EÖ. Vardiyalı ve nöbet sistemi şeklindeki çalışma düzeninin hemşireler üzerine etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2015;2(1):33-45.
28. Polat FN, Erdem R. Merhamet yorgunluğu düzeyinin çalışma yaşam kalitesi ile ilişkisi: Sağlık profesyonelleri örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2017;1(26):291-312.
29. Hinderer KA, VonRueden KT, Friedmann E, McQuillan KA, Gilmore R, Kramer B, et al. Burnout, compassion fatigue, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress in trauma nurses. *J Trauma Nurs*. 2014;21(4):160-169.
30. Smart D, English A, James J, Wilson M, Daratha KB, Childers B, et al. Compassion fatigue and satisfaction: A cross-sectional survey among US healthcare workers. *Nursing&Health Sciences*. 2014;16(1):3-10.
31. Yoder EA. Compassion fatigue in nurses. *Appl Nurs Res*. 2010;23(4):191-197.

Araştırma makalesi

Research article

Bir Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı Seviyesi ve İlişkili Faktörler

Ayşegül ILGAZ¹

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, bir Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyesinin ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı-ilişki arayıcı tasarımdaki bu çalışma, bir Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 320 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Veriler, kişisel bilgi formu ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 ile toplanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %33.8'i yetersiz ve %42.2'si sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı seviyesindedir. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32'nin tedavi ve hizmet boyutunda katılımcıların %58.7'si, hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutunda %90.0'i yetersiz ve sınırlı/sorunlu sağlık okuryazarlığı seviyesindedir. İleri yaşta, kadın cinsiyette, eğitim seviyesi ilkököl ve altı olan, çalışmayan ve çocuk sayısı fazla olan (3 ve üzeri), sağlık algısı kötü ya da fena değil olan, yaşanan yerin büyük çoğunluğu köy/kasaba olan katılımcıların sağlık okuryazarlığı seviyesi anlamlı bir şekilde düşük bulunmuştur ($p<.05$). Lojistik regresyon analizinde, eğitim seviyesi ilkököl ve altı olanların sağlık okuryazarlığı seviyesi 7.4 kat, cinsiyeti kadın olanların 5.9 kat ve çocuk sayısı fazla olanların 3.5 kat düşük bulunmuştur ($p<.05$).

Sonuç: Katılımcıların sağlık okuryazarlığı seviyeleri yetersiz olup bu seviyeyi artırmaya yönelik multidisipliner ekip işbirliği ile girişimlerin yapılması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Sağlığın geliştirilmesi, sağlık bilgisi, sağlık okuryazarlığı, sağlık tutumu

ABSTRACT

Health Literacy Level in Individuals Registered to a Family Health Center and Related Factors

Aim: This study was carried out to determine the level of health literacy of individuals registered in a Family Health Center and related factors.

Material and Methods: This descriptive-relationship-seeking design study was conducted with 320 participants applied to a Family Health Center. Data were collected with personal information form and Turkey Health Literacy Scale-32.

Results: 33.8% of participants are inadequate, 42.2% are at the level of problematic/limited health literacy. 58.7% of the participants in the treatment and service dimension of Turkey Health Literacy Scale-32 and 90.0% in the disease prevention/health promotion dimension were at poor and limited/problematic health literacy level. The health literacy level of those with older age, female gender, primary education and below, unemployed, a high number of children (3 and above), those with poor health perception or not bad, those living mostly villages/towns were found to be significantly lower ($p<.05$). In the logistic regression analysis, the health literacy level of those with primary education and below was found to be 7.4 times lower, those with the female gender was 5.9 times lower, and those with a high number of children was 3.5 times lower ($p<.05$).

Conclusion: Health literacy levels of participants are inadequate; multidisciplinary team interventions are needed to increase this level.

Keywords: Health attitude, health knowledge, health literacy, health promotion

¹Dr. Öğr. Üyesi, Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye, E-posta: aysegul_ilgaz@hotmail.com, Tel: 0242 227 4400, ORCID: 0000-0003-0640-2820

Geliş Tarihi: 12 Haziran 2020, Kabul Tarihi: 17 Şubat 2021

*Bu çalışma, 23-26 Nisan 2018 tarihlerinde Ankara'da gerçekleştirilen 1. Uluslararası 2. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

Atıf/Citation: Ilgaz A. Bir Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı Seviyesi ve İlişkili Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2021; 8(2):151-159. DOI: 10.31125/hunhemsire.966349

GİRİŞ

Bireylerin yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığı seviyesinin olması, kendi sağlığı ve ailelerinin sağlıkları ile ilgili bilinçli karar verebilmelerini, sağlık bakımında aktif rol oynamalarını ve sağlık hizmetlerine etkin bir şekilde ulaşabilmelerini sağlar. Sağlık okuryazarlığı, bir bireyin doğru sağlık kararları verebilmesi için temel sağlık bilgisine ve hizmetlerine ulaşması, sağlık profesyonelleri ile iletişim kurması, işleme koyması ve anlama kapasitesine sahip olması demektir¹. Başka bir ifade ile sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlığını tehdit eden riskleri azaltmak, yaşam kalitesini artırmak ve sağlıkları üzerindeki seçimlerini ifade etmek amacıyla sağlık bilgisi ve kavramlarını araştırmak, anlamak, değerlendirmek ve kullanmak için geliştirdikleri geniş ve kapsamlı beceri-yetkinlikleri anlamına gelir². Okuma, dinleme, analitik düşünme, analiz etme ve karar verme becerilerinin yanı sıra sağlık durumlarına bu becerileri uygulamayı gerektiren sağlık okuryazarlığı reçeteler, ilaç kutuları, randevuları, sağlık broşürleri, doktorların talimatları, önerileri ve onam formları, karmaşık sağlık sistemlerini anlamayı içerir^{3,4}.

Sağlığı geliştirme üzerine yapılan 7. Global konferansta, sağlık okuryazarlığının bireylerin sağlıklı olmalarını teşvik eden ve sürdüren yollarla bilgilere erişme, anlama ve kullanmak için bireylerin güdülenmelerini ve yeteneklerini belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler anlamına geldiği ifade edilmektedir⁵. Sağlık okuryazarlığı, sağlık broşürlerini okuyup anlamak, randevu almak, ulaşmak istediği sağlık birimini bulmaktan daha fazlası anlamına gelmektedir. Sağlık okuryazarlığı; bireylerin sağlık bilgisine ulaşmasında, bu bilgiyi etkin bir şekilde kullanmasında ve bireylerin güçlendirilmesinde kritik bir öneme sahiptir^{6,7}. Bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşım, olası riskler ve yararları analiz etme, doz hesaplama, sağlık profesyonelleri ile iletişim, güvenilir ve kaliteli bilgiyi bulma, değerlendirme ve test sonuçlarını yorumlama gibi becerilerinin olması sağlık okuryazarlığı seviyesinin yeterli olduğunu gösterir³.

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesi'nde sekiz ülkenin yetersiz sağlık okuryazarlığı seviyesi (problemlili ve yetersiz) %29-62 arasında bulunmuştur⁸. Almanya'da yapılan bir çalışmaya göre, yetersiz sağlık okuryazarlığı seviyesinin 15-29 ve 30-45 yaş grubunda %47, 46-64 yaş grubunda %55, 65-99 yaş grubunda %66 olduğu belirlenmiştir⁹. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32'ye (TSOY) ölçeğine göre, yaş gruplarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyi incelendiğinde, 35-44 yaş grubunda %66'sının; 45-54 yaş grubunda %67'sinin; 55-64 yaş grubunda %78'inin; 65-83 yaş grubunda ise %80'inin yeterli düzeyde olmayan bir sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip olduğu görülmektedir¹⁰. İleri yaşla birlikte sağlık okuryazarlığı yeterli düzeyde olan birey sayısı azalmaktadır. Yapılan bir çalışmada, sağlık okuryazarlığı eğitim, medeni durum ile pozitif ilişkili iken, ileri yaş, kadın olma, çocuk sayısının fazla olması ile negatif ilişkidir¹¹. Sağlık okuryazarlığını etkileyen diğer değişkenler olarak çalışma durumu, gelir düzeyi, sağlık bilgisi, sağlık eğitimi alması, kronik bir hastalık varlığı, kronik hastalığı olan bir hastasının olması, bireyin sağlık algısı, yaşanan yer,

yaşanılan konut gibi faktörler literatürde yer almaktadır^{10,12-17}.

Sağlıklı bir toplum ve gelecek için birey, aile ve toplumun sağlığını geliştirecek olan davranışı sağlayan bireylerin bilgisi, becerisi ve özgüveni olup bu durum sağlık okuryazarlığı ile mümkün olabilir. Sağlık okuryazarlığının düşük olması; ilaçları düzenli kullanma yeteneğinin, kamu sağlık spotları ve reçeteleri anlama yorumlama yeteneğinin, kanser tarama (mamografi, pap smear vb.) oranlarının az olması; hastaneye tekrar yatışların, acil servisleri kullanma ve mortalite oranının yüksek olması ile sonuçlanmaktadır¹⁸. Ayrıca bireylerin düşük sağlık okuryazarlığı seviyesinde olması ile sağlık hizmetlerini daha fazla kullanma, hastaneye yatışlar, acil bakım ve yataklı servis kullanma gibi nedenlerle sağlık harcamaları artmaktadır^{3,4}.

Sağlık okuryazarlığı, uluslararası kabul görmüş sağlık ve gelişme hedeflerinin yanı sıra pandemik grip, iklim değişikliği ve bulaşıcı olmayan hastalıklar gibi ortaya çıkan problemlerde hayati bir öneme sahiptir⁶. Sağlık okuryazarlığının iyileştirilmesi ile hem bireysel hem de toplumsal dayanıklılığın artması, sağlıkta eşitsizliklerle mücadelede yardımcı olmak ve sağlık ile esenliği iyileştirmek mümkündür¹⁹. Ulusal eylem planına göre, sağlık okuryazarlığını geliştirmek için örgütler, profesyoneller, politika yapımcılar, toplumlar, bireyler ve ailelerin çok sektörlü bir çaba içinde çalışması gerekmektedir²⁰. Sağlık okuryazarlığını güçlendirmek için okuryazarlığı destekleyen ortamların oluşturulması (toplumsal katılım, ortaklıklar, insanların güçlü kılınması ve eşitlik), eğitim ortamlarının düzenlenmesi (sağlığı geliştiren okullar), sağlık hizmetlerinin desteklenmesi, medyanın denetlenmesi gerekir¹⁹.

Literatürde yer alan çalışmalarda genellikle sağlık okuryazarlığı prevalansı belirlemeye odaklanılmış ve Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kullanılmıştır²¹⁻²⁵. Yapılan bu çalışmada, yaşlılık dönemi öncesinde 45-64 yaş grubunda olan bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyesinin ve ilişkili faktörlerin Türk kültürüne uygun bir ölçme aracı ile belirlenmesinin önemli olduğu düşünülmüştür. Çünkü yaşlılık dönemindeki bireylerin büyük çoğunluğunun sağlık okuryazarlığı seviyesi yeterli düzeyde değildir¹⁰. Bu yüzden yaşlılık dönemi öncesindeki bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyesinin belirlenmesi ve bu bireylere gerekli müdahaleler yapılması önemlidir. Bu çalışma, sağlık okuryazarlığı seviyesi yeterli düzeyde olmayan yaşlılık dönemi öncesindeki bireylerin belirlenmesine ve gelecek çalışmalarda girişimler planlanarak yaşlılık döneminde sağlık okuryazarlığının yeterli düzeyde olmasına katkıda bulunabilir. Bu durum sağlık harcamalarının azalmasını, sağlıklı ve aktif yaşlanmayı, mortalite oranlarının azalmasını sağlayabilir¹⁰.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, bir Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyesini ve bununla ilişkili faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

GEREK ve YÖNTEM

Araştırma Türü

Tanımlayıcı-ilişki arayıcı tasarımda yapılan bu çalışma, Akdeniz bölgesindeki bir ilde yer alan sosyoekonomik düzeyi düşük bir bölgedeki bir Aile Sağlığı Merkezi'nde

yürütülmüştür. Bu çalışma, gözlemsel çalışmalar için geliştirilmiş olan STROBE (The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology-STROBE Statement) kılavuzu doğrultusunda sunulmuştur.

Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olan 45-64 yaş grubunda yer alan 4870 bireyden oluşmaktadır. Bu yaş grubunun seçilmesinin nedeni yaşlılık dönemi öncesindeki bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyelerinin belirlenerek, bu bireylerin yeterli sağlık okuryazarlığı seviyesine ulaştırılması gerektiği düşünülmektedir. Araştırmada örnek büyüklüğü hesaplamasında "evrendeki kişi sayısının bilindiği durum" formülü ($n=N.p.q.t^2/d^2(N-1)+t^2.p.q$) kullanılmıştır. Bu formüle olayın görülüş sıklığı için Türkiye sağlık okuryazarlığı ölççeklerini geliştirmek için yapılan çalışmadaki düşük sağlık okuryazarlığı prevalansı (%67) kullanılmıştır¹⁰. Değerler şu şekilde formüle konulmuştur:

$$n=4870.0,67.0,33.(1,96)^2/(0,05)^2.4869+(1,96)^2.0,67.0,33.$$

Bunun sonucunda 317 kişi hesaplanmış, çalışmaya katılmaya gönüllü olan 320 kişi ile çalışmanın verileri tamamlanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında katılımcıların sosyodemografik özelliklerini içeren kişisel bilgi formu ve TSOY-32 ölçeği kullanılmıştır. Kişisel bilgi soru formunda, katılımcıların yaşı, cinsiyeti, eğitim seviyesi, medeni durumu, gelir durumu, çalışma durumu, çocuk sayısı, sağlık algısı (öz değerlendirme) ve yaşamının çoğunu geçirdiği yer (üçte ikisini) sorgulanmıştır.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32

Bu ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Okyay ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği çalışması (HLS-EU CONSORTIUM 2012) dikkate alınarak TSOY-32 ölçeği geliştirilmiş olup iki boyuttan (tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ve dört süreçten (Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) oluşmaktadır. Ölçeğin boyutları ve süreçlerini içeren madde numaraları Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. TSOY Ölçeğinin Boyutları ve Süreçleri ile Bu Süreçlerdeki Maddeler

	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama
Tedavi ve hizmet	1, 4, 5, 7	2, 8, 11, 13	3, 9, 12, 15	6, 10, 14, 16
Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi	18, 20, 22, 27	19, 21, 23, 25	24, 26, 28, 32	17, 29, 30, 31

Ölçeğin tüm maddelerinin cronbach alfa katsayısı .927, tedavi ve hizmet boyutunun cronbach alfa katsayısı .880, hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutunun .863'dür¹⁰. Bu çalışmada, ölçeğin geneli için cronbach alfa katsayısı .930, tedavi ve hizmet boyutunun cronbach alfa katsayısı .880, hastalıklardan

korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutunun cronbach alfa katsayısı .874 bulunmuştur. Beşli likert tipi ölçekte çok kolay (4 puan), kolay (3 puan), zor (2 puan), çok zor (1 puan) ve fikrim yok (0 puan) seçenekleri bulunmaktadır. TSOY-32 ölçeğinden 0-50 arasında puan alınmaktadır. "Sıfır puan" en düşük sağlık okuryazarlığını, "50 puan" ise en yüksek sağlık okuryazarlığını ifade etmektedir. Bu puan hesaplamasında (indeks) şu formül kullanılmaktadır:

$$\text{İndeks} = (\text{Ortalama}-1) \times (50/3)$$

Bu formüle göre, indeks bireye özgü hesaplanan indeksi göstermekte, ortalama ise bireyin cevapladığı her maddenin ortalamasını ifade etmektedir¹⁰. TSOY-32'ye göre sağlık okuryazarlığı dört seviyeden oluşmaktadır. "0-25 puan" yetersiz sağlık okuryazarlığını; "26-33 puan" sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığını, "34-42 puan" yeterli sağlık okuryazarlığını ve "43-50 puan" mükemmel sağlık okuryazarlığını göstermektedir.

Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırma verileri, etik kurul onayı ve kurum izni alındıktan sonra Aile Sağlığı Merkezi'nde araştırmacının kullanıma uygun bir odada genellikle muayene sonrası, haftanın üç günü (pazartesi, salı, çarşamba), 08.30-17.00 saatlerinde Ekim 2017-Ocak 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama araçları yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Verilerin toplanması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür. Veri toplama aracı doldurulmadan önce katılımcılara araştırmanın amacı ve veri toplama araçları hakkında bilgi verilmiş, araştırmaya katılmayı kabul edenlerden yazılı bilgilendirilmiş onamları alınmıştır.

Verilerin Analizi

Verilerin analizi, lisanslı istatistik paket programında (SPSS 22.0) yapılmıştır. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde, sürekli değişkenler normal dağılmadığı için ortanca (minimum-maksimum) değerleri ile sunulmuştur. Kategorik değişkenler arasındaki ilişki kıkare testi ile analiz edilmiştir. Normal dağılıma uymayan sürekli değişken ile kategorik değişkenin analizinde Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Bu testlerde istatistiksel olarak anlamlı olan değişkenler için lojistik regresyon analizi yapılmıştır. $p < .05$, anlamlılık değeri olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmanın yürütülebilmesi için araştırmacının görev yaptığı üniversitenin etik kurulundan etik kurul izni (sayı:70904504/334, tarih:22/09/2017) ve Aile Sağlığı Merkezi'nde yürütülebilmesi için kurum izni alınmıştır. Araştırmaya katılan katılımcılardan yazılı bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Ayrıca TSOY-32 ölçeğinin kullanılabilmesine ilişkin yazılı izin e-posta aracılığıyla alınmıştır. Bu çalışma, Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygun olarak yapılmış olup araştırma ve yayın etiğine uyulmuştur.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın sınırlılığı, çalışmanın tek bir Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılmasıdır. Bu nedenle, çalışma sonuçları sadece çalışmanın yürütüldüğü Aile Sağlığı Merkezi'nin hizmet verdiği mahallelerde yaşayan bireylere genellenebilir.

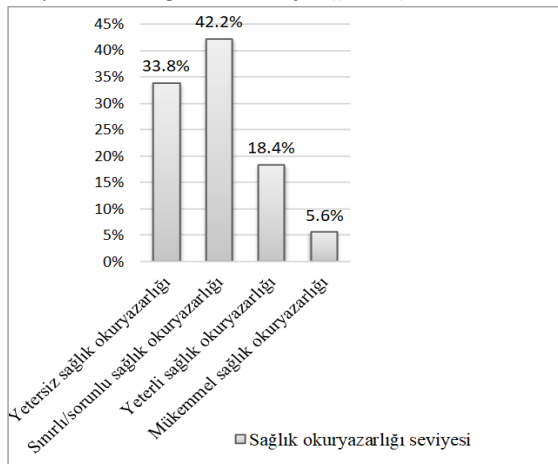
BULGULAR

Araştırmaya katılan katılımcıların yaş ortancası 54.0 (45-64)'tür. Bireylerin %94.1'i kadın, %80.0'ı ilkokul ve altı eğitim seviyesinde, %84.4'ü evli, %58.1'inin algılanan gelir durumu "geliri giderinden az", %83.8'inin çalışma durumu "çalışmıyor" ve %54.1'inin çocuk sayısı ikiden fazladır (3 ve üzeri). Araştırmada bireylerin %9.4'ü sağlığını "kötü" ve %50.3'ü "fena değil" olarak algılamaktadır. Bireylerin %24.1'i yaşamının büyük çoğunluğunu köy ya da kasabada geçirmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Kadın	301	94.1
	Erkek	19	5.9
Eğitim seviyesi	İlkokul ve altı	256	80.0
	Ortaokul ve üzeri	64	20.0
Medeni durum	Evli	270	84.4
	Bekar	50	15.6
Çocuk sayısı	2 ve daha az	147	45.9
	3 ve daha fazla	173	54.1
Gelir durumu	Geliri giderinden az	186	58.1
	Geliri giderine eşit veya daha fazla	134	41.9
Çalışma durumu	Emekli veya çalışıyor	52	16.3
	Çalışmıyor	268	83.8
Sağlık algısı	Kötü ve fena değil	191	59.7
	İyi ve çok iyi	129	40.3
Yaşamının büyük çoğunluğunu geçirdiği yer	Köy veya kasaba	77	24.1
	Şehir veya büyükşehir	243	75.9
		Ortanca	Min-maks
Yaş		54.0	45-64

Bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyesi incelendiğinde, %33.8'inin yetersiz, %42.2'sinin sorunlu/sınırlı, %18.4'ünün yeterli ve %5.6'sının mükemmel sağlık okuryazarlığı seviyesinde olduğu belirlenmiştir (Şekil 1).



Şekil 1. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Seviyeleri

TSOY-32 ölçeğinin genel sağlık okuryazarlık puan ortalaması 28.81±6.57 bulunmuştur (Tablo 3). Bu ölçeğin boyutlarından alınan puan ortalamaları ile sağlık okuryazarlığı seviyeleri Tablo 3'te yer almaktadır.

TSOY-32 ölçeğinin tedavi ve hizmet boyutunda bireylerin %58.7'sinin ve hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutunda %90'ının yetersiz ve sınırlı/sorunlu sağlık okuryazarlığı seviyesinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Bu ölçekten alınan cevaplar incelendiğinde, tedavi ve hizmet boyutunda %94.1 ile çok kolay seçeneği cevaplanan madde "sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak"tır. Çok zor seçeneği en çok cevaplanan madde (%47.8) "sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek"tir. Tedavi ve hizmet boyutunda bilmiyorum seçeneği en çok cevaplanan madde (%3.1) "sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin veya arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek"tir. Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutunda çok kolay seçeneği en çok cevaplanan madde (%90.6) "doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak" olup çok zor seçeneği en çok cevaplanan ise (%64.0) "sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek"tir. Ölçeğin bu boyutunda bilmiyorum seçeneği en çok cevaplanan madde (%24.1) "sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak"tır. İleri yaş, cinsiyeti kadın, eğitim seviyesi ilkokul ve altı, çalışmayan, çocuk sayısı fazla (3 ve üzeri), sağlık algısı kötü ya da fena değil olanların, köy ya da kasabada yaşamının büyük çoğunluğunu geçirmiş olanların sağlık okuryazarlığı seviyesi anlamlı bir şekilde düşük bulunmuştur (p<.05) (Tablo 4).

Medeni durum ve gelir durumu sağlık okuryazarlığı seviyesini etkilememektedir (p>.05) (Tablo 4). Lojistik regresyon analizine göre, eğitim seviyesi ilkokul ve altı olanların sağlık okuryazarlığı seviyesi 7.4 kat (%95 GA: 3.64-14.94), cinsiyeti kadın olanların 5.9 kat (%95 GA:1.28-27.30), ve çocuk sayısı fazla olanların 3.5 kat (%95 GA: 1.82-6.76) düşük bulunmuştur (p<.05) (Tablo 5).

Sağlık Okuryazarlığı-İlişkili Faktörler
Health Literacy-Related Factors

Tablo 3. TSOY-32 Ölçeğinin Boyut ve Süreçleri ile Sağlık Okuryazarlığı Seviyelerinin Dağılımı

		Ortanca (min-maks) (0-50 puan)	Sağlık okuryazarlığı seviyesi							
			Yetersiz		Sorumlu/ Sınırlı		Yeterli		Mükemmel	
			n	%	n	%	n	%	n	%
Genel	Toplam	28.1 (15-50)	108	33.8	135	42.2	59	18.4	18	5.6
	Toplam	31.3 (16-50)	77	24.1	111	34.7	109	34.1	23	7.2
Tedavi ve hizmet	Bilgiye ulaşma	29.1 (8-50)	125	39.1	48	15.0	126	39.4	21	6.6
	Bilgiyi anlama	29.2 (13-50)	125	39.1	74	23.1	101	31.6	20	6.3
	Bilgiyi değerlendirme	25.0 (8-50)	185	57.8	53	16.6	77	24.1	5	1.6
	Bilgiyi kullanma/ uygulama	41.7 (13-50)	53	16.6	3	0.9	162	50.6	102	31.9
	Toplam	26.0 (11-50)	156	48.8	132	41.3	18	5.6	14	4.4
Hastalıklardan Korunma / Sağlığın Geliştirilmesi	Bilgiye ulaşma	25.0 (8-50)	209	65.3	50	15.6	51	15.9	10	3.1
	Bilgiyi anlama	29.2 (4-50)	148	46.3	86	26.9	71	22.2	15	4.7
	Bilgiyi değerlendirme	20.8 (4-50)	250	78.1	29	9.1	36	11.3	5	1.6
	Bilgiyi kullanma/ uygulama	29.2 (13-50)	82	25.6	92	28.7	129	40.3	17	5.3
	Toplam	26.0 (11-50)	156	48.8	132	41.3	18	5.6	14	4.4

Tablo 4. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ve Sağlık Okuryazarlığı Seviyesi Arasındaki İlişki

		Yetersiz sağlık okuryazarlığı	Sınırlı sağlık okuryazarlığı	Yeterli sağlık okuryazarlığı***	p değeri*
		n (%)	n (%)	n (%)	
Cinsiyet	Kadın	107 (35.5)	132 (43.9)	62 (20.6)	<.001*
	Erkek	1 (5.3)	3 (15.8)	15 (78.9)	
Eğitim seviyesi	İlkokul ve altı	106 (41.4)	115 (44.9)	35 (13.7)	<.001*
	Ortaokul ve üzeri	2 (3.1)	20 (31.2)	42 (65.6)	
Medeni durum	Evli	90 (33.3)	111 (41.1)	69 (25.6)	0.339*
	Bekar	18 (36.0)	24 (48.0)	8 (16.0)	
Çocuk sayısı	2 ve daha az	36 (24.5)	56 (38.1)	55 (37.4)	<.001*
	3 ve daha fazla	72 (41.6)	79 (45.7)	22 (12.7)	
Gelir durumu	Geliri giderinden az	66 (35.5)	80 (43.0)	40 (21.5)	0.433*
	Geliri giderine eşit veya daha fazla	42 (31.3)	55 (41.0)	37 (27.6)	
Çalışma durumu	Emekli veya çalışıyor	7 (13.5)	16 (30.8)	29 (55.8)	<.001*
	Çalışmıyor	101 (37.7)	119 (44.4)	48 (17.9)	
Sağlık algısı	Kötü ve fena değil	75 (39.3)	79 (41.4)	37 (19.4)	0.013*
	İyi ve çok iyi	33 (25.6)	56 (43.4)	40 (31.0)	
Yaşamının büyük çoğunluğunu geçirdiği yer	Köy veya kasaba	42 (54.5)	24 (31.2)	11 (14.3)	<.001*
	Şehir veya büyükşehir	66 (27.2)	111 (45.7)	66 (27.2)	
Yaş		Ortanca (Min-maks)	Ortanca (Min-maks)	Ortanca (Min-maks)	p değeri
		55 (45-64)	53 (45-64)	52 (45-63)	0.015**

*Kikare testi

** Kruskal Wallis testi

***Yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı seviyesi "yeterli sağlık okuryazarlığı seviyesi" olarak kodlanmıştır.

Tablo 5. Lojistik Regresyon Analizine Göre Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler*

	OR	95% Güven Aralığı (GA)	p değeri
Cinsiyeti kadın olanların erkeklerle göre (Kadın=1, Erkek=0)	5.90	1.28-27.30	0.023
Eğitim seviyesi ilkokul ve altı olanların ortaokul ve üzerine göre (İlkokul ve altı=1, ortaokul ve üzeri=0)	7.38	3.64-14.94	<.001
Çocuk sayısı fazla olanların (3 ve üzeri=1, 2 ve altı=0)	3.50	1.82-6.76	<.001
Constant	0.041	-	<.001
Hosmer ve Lemeshow Test **	X ² =7.453		0.383

*Bağımlı değişken sağlık okuryazarlığı seviyesidir. Yetersiz ve sınırlı sağlık okuryazarlığı 1, yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı 0 olarak kodlanmıştır. Lojistik regresyon analizine dahil edilen bağımsız değişkenler yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, çocuk sayısı, çalışma durumu, sağlık algısı, yaşanan yerin büyük çoğunluğunu geçirdiği yerdir.

** Bu testte p>.05 olması, testin uyumlu olduğu anlamına gelmektedir.

TARTIŞMA

Sağlıkta eşitsizlikleri azaltmak için sağlık hizmet sunumunda sağlık okuryazarlığı seviyesi düşük olan bireylere yönelik iyileştirmeler gereklidir. Sağlık profesyonelleri, sağlık uygulamalarında bireylerin sağlık bilgilerini anlamada zorluk çekebileceğini düşünerek herkesin anlayabileceği şekilde bireylerle iletişim kurmalıdır. Sağlık okuryazarlığı seviyesinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi sağlıkta eşitsizlikleri azaltmada önemli rol oynamaktadır⁷. Bu kapsamda, bir Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran bireylerde sağlık okuryazarlığı seviyesi ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanan bu çalışmada, katılımcıların dörtte üçünün sağlık okuryazarlığı seviyesi yeterli düzeyde değildir. Ayrıca eğitim seviyesinin düşük olmasının, kadın cinsiyetin ve çocuk sayısının fazla olmasının (3 ve üzeri) sağlık okuryazarlığı seviyesini etkileyen önemli değişkenler olduğu görülmüştür (Tablo 5). Araştırmaya katılan katılımcıların dörtte üçünün sağlık okuryazarlığı seviyesi yeterli düzeyde değildir (Şekil 1). Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeklerini geliştirmek için yapılan bir çalışmada, TSOY-32'ye göre 45-54 yaş grubundaki bireylerin %67.0'nun; 55-64 yaş grubunda %78.0'nun; 65-83 yaş grubunda ise %80.0'nun yeterli düzeyde olmayan bir sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip olduğu görülmektedir¹⁰. Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı bir çalışmada (2018), bireylerin %30.9'unun yetersiz, %38.0'nunun sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı seviyesinde olduğu saptanmıştır¹⁵. Yetişkin bireylerin örnekleme oluşturduğu iki çalışmada, bu seviye %76.0-78.0 olarak bulunmuştur^{12,16}. Diğer bir çalışmada, bireylerin %68.1'inin sağlık okuryazarlığı seviyesi yeterli düzeyde değildir²⁶. Malatya ve Elazığ'da yapılan çalışmalarda, bireylerin %77.6'sı yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlığı seviyesindedir²². Literatür ile çalışma sonuçları benzer olup bireylerin yaklaşık üçte ikisi yetersiz ya da sınırlı/sorunlu sağlık okuryazarlığı seviyesindedir. Sağlıkta sosyal bir belirleyici olan sağlık okuryazarlığının artırılmasında, her yaş grubunda başlayarak sağlık eğitimine önem verilmesi, sağlık bilincinin artırılması ve sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik

girişimlerin multidisipliner olarak planlanması gerekmektedir.

Bu çalışmada, sağlık okuryazarlığı puan ortalaması 28.81±6.57'dir (Tablo 3). Yapılan bir çalışmada bu puan saptanmıştır¹⁵. Yetişkin bireylerin örnekleme oluşturduğu iki çalışmada, bu seviye %76.0-78.0 olarak bulunmuştur^{12,16}. Diğer bir çalışmada, bireylerin %68.1'inin sağlık okuryazarlığı seviyesi yeterli düzeyde değildir²⁶. Malatya ve Elazığ'da yapılan çalışmalarda, bireylerin %77.6'sı yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlığı seviyesindedir²². Literatür ile çalışma sonuçları benzer olup bireylerin yaklaşık üçte ikisi 30.39±7.82 bulunmuştur²⁶. Türkiye'nin doğusunda yer alan bir ilde yürütülen çalışmada bireylerin sağlık okuryazarlığı puan ortalaması 24.59±10.33 saptanmıştır¹². Başka bir çalışmada, sağlık okuryazarlığı puan ortalaması 27.5±7.4'tür²². Literatür ile çalışma sonuçları doğrultusunda sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının 33 puanın altında olması katılımcıların istenilen sağlık okuryazarlığı seviyesinde olmadığını göstermektedir.

Bu çalışmada, sağlık okuryazarlığı puan ortalaması 28.81±6.57'dir (Tablo 3). Yapılan bir çalışmada bu puan 30.39±7.82 bulunmuştur²⁶. Türkiye'nin doğusunda yer alan bir ilde yürütülen çalışmada bireylerin sağlık okuryazarlığı puan ortalaması 24.59±10.33 saptanmıştır¹². Başka bir çalışmada, sağlık okuryazarlığı puan ortalaması 27.5±7.4'tür²². Literatür ile çalışma sonuçları doğrultusunda sağlık okuryazarlığı puan ortalamasının 33 puanın altında olması katılımcıların istenilen sağlık okuryazarlığı seviyesinde olmadığını göstermektedir.

Bu çalışmada, TSOY-32 ölçeğinin tedavi ve hizmet boyutunda katılımcıların yarısından fazlasının ve hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutunda büyük çoğunluğunun sağlık okuryazarlığı seviyesi yeterli düzeyde değildir (Tablo 3). Yapılan bir çalışmada, bu ölçeğin tedavi ve hizmet boyutunda bireylerin %62.7'sinin ve hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutunda %69.7'sinin yetersiz ve sınırlı/sorunlu sağlık okuryazarlığı seviyesinde olduğu belirlenmiştir¹⁰. Diğer bir çalışmada, tedavi ve hizmet boyutunda bireylerin %58.4'ünün, hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutunda %71.6'sının sağlık okuryazarlığı istenilen seviyede değildir¹⁵. Elazığ'da yapılan bir çalışmada, tedavi ve hizmet boyutunda bireylerin %70.2'si, hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutunda 76.6'sı yetersiz ve sınırlı/sorunlu sağlık okuryazarlığı seviyesindedir¹⁶. Literatür ile çalışma sonuçlarından da görüldüğü üzere hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutunda yetersiz sağlık okuryazarlığı seviyesinde olanların oranı daha fazladır. Bu sonuçtan yola çıkarak katılımcıların sağlık hizmetlerine ve tedaviye ulaşımı konusunda daha iyi oldukları ancak hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi ile ilgili yeterince bilinçli olmadıkları söylenebilir. Bu nedenle hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesine yönelik sağlık eğitimi ve sağlık taramaları ile halk daha çok bilinçlendirilmeli, sağlık sorumluluğu kazandırılmalıdır.

Araştırmaya katılan katılımcılar tedavi ve hizmet boyutunda en çok “sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçları kullanmak” maddesini çok kolay olarak işaretlemiştir. Yapılan bir çalışmada, bu boyutta çok kolay cevabı en çok verilen madde “gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak”tır¹⁰. Diğer bir çalışmada tedavi ve hizmet boyutunda çok kolay ya da kolay seçeneği sıklığının en yüksek olduğu maddeler “sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçları kullanmak”, “gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak”, “hastanede ulaşmak istediği birimlerin yerini arayıp bulmak”tır¹⁵. Başka bir çalışmada, bu boyutta çok kolay cevabı en fazla olan madde “Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğimde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak”tır²⁷. Bu sonuçlar doğrultusunda tedavi ve hizmet boyutunda sağlıkçıların önerdiği şekilde ilaçları kullanmanın, gerekli durumlarda ambulans çağırmanın, hastanede ulaşmak istenilen yeri bulmanın, telefon ya da internet aracılığıyla randevu alınması kolay maddeler olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada tedavi ve hizmet boyutunda çok zor seçeneği en çok cevaplanan madde “sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek”tir. Ayrıca fikrim yok/bilmiyorum seçeneği en çok cevaplanan madde ise “sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek”tir. Yapılan bir çalışmada, tedavi ve hizmet boyutunda en yüksek oranda çok zor cevabı verilen madde “acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek”tir. Aynı çalışmada bilmiyorum seçeneği en çok işaretlenen maddeler “sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek” ile “farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek”tir¹⁰. Başka bir çalışmada, tedavi ve hizmet boyutunda çok zor cevabı en fazla olan madde “acil bir durumda ne yapabileceğine karar vermek”tir. Bu çalışmada en yüksek oranda fikrim yok seçeneği işaretlenen madde “farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek”tir²⁷. Literatür ile yapılan çalışma sonuçlarına göre, katılımcılar aile ya da arkadaşların verdiği tavsiyelerin güvenilirliği, acil bir durumda ne yapılması gerektiği, farklı bir doktordan görüş almaya ihtiyaç duyulması gibi konularda zorluk yaşamaktadır. Bu yüzden bireylere güvenilir internet siteleri (edu, gov.tr uzantılı ya da Sağlık Bakanlığının internet sayfaları vb.), sağlık profesyonelleri gibi doğru sağlık kaynakları öğretilmeli, ilk yardım eğitimleri yaygınlaştırılmalıdır²⁸.

Bu çalışmada, hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutunda çok kolay seçeneği en çok cevaplanan madde “doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak”tır. Yapılan bir çalışmada, TSOY-32 ölçeğinin bu boyutunda çok kolay cevabı en yüksek olan madde “günderlik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek”tir¹⁰. Başka bir çalışmada, hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutunda çok kolay cevabı

en çok seçilen madde “doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak”, “fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak”, “ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak”tır¹⁵. Diğer bir çalışmada, hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutunda çok kolay seçeneği en çok işaretlenen madde “Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak”tır²⁷. Bu sonuçlardan yola çıkarak katılımcıların sağlık profesyonellerinin önerdiği şekilde sağlık kontrollerine gitmenin, spor yapmanın, sağlıklı beslenmenin, sigara içmemenin öneminin, fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi durumlarda sağlık uyarılarının farkında olduğu söylenebilir. Bu çalışmada, hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutunda çok zor seçeneği en çok cevaplanan madde “sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek”tir. Öleğin bu boyutunda bilmiyorum seçeneği en çok cevaplanan madde “sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak”tır. Yapılan bir çalışmada, hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutunda çok zor seçeneği en çok cevaplanan “sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek”tir. Aynı çalışmada bu boyutta en çok bilmiyorum seçeneği işaretlenen madde “sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak”tır¹⁰. Diğer bir çalışmada, hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutunda çok zor seçeneği en çok işaretlenen maddeler “Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak”, “internet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek”, “diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek”tir¹⁵. Başka bir çalışmada, bu boyutta çok zor cevabı en çok işaretlenen madde “Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak”tır²⁷. Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutunda katılımcıların yaşam tarzını değiştirmekte, diyetisyenin önerilerine uymakta, internet televizyon gibi kaynaklarda sağlık bilgilerinin güvenilirliğine karar vermekte zorlandığı, sağlıkla ilgili politikalar hakkında bilgi sahibi olmadığı görülmektedir. Aslında bu boyutta katılımcılar sağlıklı davranışların neler olduğunu ve sağlığı nasıl etkilediğini bilmesine rağmen bunları yerine getirmede sıkıntı yaşamaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yaşam tarzı haline getirebilecek bireyleri teşvik eden girişimsel çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler olarak yaş, eğitim seviyesi, gelir düzeyi, çalışma durumu, sağlık bilgisi düzeyi yer almaktadır¹⁵. Bu çalışmada, kadın cinsiyetin, eğitim seviyesi düşük olanların, çalışmayanların, çocuk sayısı fazla (3 ve üzeri) ve sağlık algısı kötü olanların, yaşamının büyük çoğunluğunu köy veya kasabada geçirenlerin sağlık okuryazarlığı seviyesi daha düşüktür. Medeni durum ve gelir durumu sağlık okuryazarlığı seviyesini etkilememiştir (Tablo 4). Lojistik regresyon analizine göre, eğitim seviyesi ilkököl ve altı olanlarda 7.4 kat, kadın cinsiyette 5.9 kat ve çocuk sayısı fazla olanlarda 3.5 kat sağlık okuryazarlığı seviyesi

daha düşüktür (Tablo 5). Literatürde yer alan çalışmalarda ileri yaşta^{10,11,15,27}, eğitim seviyesi düşük olanlarda^{10,12,14-16,22,27}, kadın cinsiyette^{14-16,22}, çalışmayanlarda¹², sağlık algısı kötü olanlarda^{10,15,17}, ailesinde hasta birey olmayanlarda¹², çocuk sahibi olanlarda^{11,16}, yaşanan konut gecekondulu ve müstakil olanlarda (apartmana göre)¹³ sağlık okuryazarlığı seviyesi düşük bulunmuştur. Diğer çalışmalarda medeni durum ve hanede yaşayan birey sayısı²¹, en uzun süre yaşanan yer¹⁶ gibi değişkenlerin sağlık okuryazarlığını etkilemediği belirlenmiştir. Yapılan çalışma sonuçları göz önüne alındığında eğitim ve cinsiyetin birçok çalışmada sağlık okuryazarlığını etkileyen önemli değişkenler olduğu görülmektedir. Kadın cinsiyette sağlık okuryazarlığının düşük olmasının sebebi, eğitim seviyesinin erkeklere göre düşük olması, yazılı materyalleri (internet, gazete, broşür vb.) daha az okuma/kullanma, sağlık bilgisine daha sınırlı erişim nedeniyle olabilir^{14,16}. Bu çalışmada eğitim ve cinsiyetin yanısıra çocuk sayısının fazla olmasının sağlık okuryazarlığını etkilemesinde ikiden fazla çocuk sahibi olan katılımcıların sosyoekonomik durumlarının düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu nedenle sağlık okuryazarlığını artırmak için bireylerin eğitim seviyelerinin artırılması, sağlık eğitimlerine önem verilmesi, çocuk sayısı fazla olanlar ile kadınların öncelikli olarak ele alınması gerekmektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuç olarak, katılımcıların dörtte üçünün sağlık okuryazarlığı seviyesi istenilen düzeyde değildir. TSOY-32 ölçeğinin hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutunda katılımcıların sağlık okuryazarlığı seviyesi daha düşük olup bireylere yapılacak olan sağlık eğitimleri ile sağlık sorumluluğu kazandırılarak sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunulabilir. Ayrıca eğitim seviyesi düşük olanlarda, kadınlarda ve çocuk sayısı fazla olanlarda sağlık okuryazarlığının artırılması gerektiği düşünülmektedir. Sağlık okuryazarlığı seviyesi düşük olan bireylere yapılacak olan multidisipliner girişimler ile birey, aile ve toplum sağlığının iyileştirilmesi mümkün olabilir.

Etik Kurul Onayı: Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Karar No: 70904504/334, Karar Tarihi:22.09.2017).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Bildirilmemiştir.

Katılımcı Onamı: Araştırmaya katılan bireylerden yazılı bilgilendirilmiş onamları alınmıştır.

Yazar katkıları:

Araştırma dizaynı: AI

Veri toplama: AI

Literatür araştırması: AI

Makale yazımı: AI

Teşekkür: Yazar Aile Sağlığı Merkezi'nde çalışan sağlık profesyonellerine ve araştırmaya katılan tüm bireylere teşekkür etmektedir.

Ethics Committee Approval: Approval was obtained from Akdeniz University Clinical Research Ethics Committee (Decision Number: 70904504/334, Decision Date:22.09.2017).

Conflict of Interest: Not reported.

Funding: None.

Exhibitor Consent: Written informed consents were obtained from the individuals participating in the study.

Author contributions:

Study design: AI

Data collection: AI

Literature search: AI

Drafting manuscript: AI

Acknowledgement: The author would like to thank the healthcare professionals working in the Family Health Center and all individuals participating in the research.

KAYNAKLAR

- Centers for Disease Control and Prevention. What is health literacy? [Internet]. 2016 [Erişim Tarihi 16 Nisan 2019]. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/index.html>
- Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. Sağlık okuryazarlığı. Yıldırım F, Keser A (editors) [Internet]. 2015 [Erişim Tarihi 05 Mayıs 2019]. Erişim adresi: <https://dspace.ankara.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12575/10793/Sa%C4%9F%C4%B1k%20Okuryazarl%C4%B1%C4%9F%C4%B1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- National Institutes of Health. Health literacy [Internet]. 2017 [Erişim Tarihi 02 Mart 2020]. Erişim adresi: <https://nml.gov/initiatives/topics/health-literacy>
- WHO. Health literacy. The solid facts [Internet]. 2013 [Erişim Tarihi 15 Ocak 2020]. Erişim adresi: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0/008/190655/e96854.pdf
- WHO. 7th global conference on health promotion [Internet]. 2019 [Erişim Tarihi 12 Kasım 2019]. Erişim adresi: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/overview/en/>
- WHO. Track 2: Health literacy and health behaviour. 7th global conference on health promotion: track themes [Internet]. 2017 [Erişim Tarihi 20 Mart 2019]. Erişim adresi: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>
- Healthy People. Health literacy [Internet]. 2020 [Erişim Tarihi 01 Mayıs 2020]. Erişim adresi: <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/social-determinants-health/interventions-resources/health-literacy>
- Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25(6):1053-1054.
- Berens E-M, Vogt D, Messer M, Hurrelmann K, Schaeffer D. Health literacy among different age groups in Germany: Results of a cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2016;16(1):1151.

10. Sağlık Bakanlığı. Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması [Internet]. 2016 [Erişim Tarihi 15 Haziran 2019]. Erişim adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9F%C4%B1k%20Okur%20Yazarl%C4%B1%C4%9F%C4%B1.pdf>
11. Simon MA, Li Y, Dong X. Levels of health literacy in a community-dwelling population of Chinese older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2014;69(Suppl 2):S54-S60.
12. Bakan A, Yıldız M. 21-64 yaş grubundaki bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesine ilişkin bir çalışma. *Sağlık ve Toplum*. 2019;29(3):33-40.
13. Çaylan A, Yayla K, Öztora S, Dağdeviren H. Assessing health literacy, the factors affecting it and their relation to some health behaviors among adults. *Biomedical Research*. 2017;28(15):6803-7.
14. Moeini B, Rostami-Moez M, Besharati F, Faradmal J, Bashirian S. Adult functional health literacy and its related factors: a cross-sectional study. *International Journal of Epidemiologic Research*. 2019;6(1):24-9.
15. Sağlık Bakanlığı. Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörleri araştırması. Yayın no: 1103 [Internet]. 2018 [Erişim Tarihi 10 Mart 2020]. Erişim adresi: <https://sggm.saglik.gov.tr/TR,56524/turkiye-saglik-okuryazarligi-duzeyi-ve-iliskili-faktorleri-arastirmasi.html>
16. Yakar B, Gömleksiz M, Pirinççi E. Bir üniversite hastanesi polikliniğine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Euras J Fam Med*. 2019;8(1):27-35.
17. Yılmaz M, Tiraki Z. Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür? Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2016;9(4):142-7.
18. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*. 2011;155(2):97-107.
19. World Health Organization, Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği. Sağlık okuryazarlığı. Sağlam kanıtlar. In: Kickbusch I, Pelikan J, Apfel F, Tsouros A (editors) [Internet]. 2015 [Erişim Tarihi 15 Mayıs 2019]. Erişim adresi: <https://www.skb.gov.tr/wp-content/uploads/2015/05/saglik-okur-yazarligi-WEB.pdf>
20. The Office of Disease Prevention and Health Promotion. National action plan to improve health literacy [Internet]. 2015 [Erişim Tarihi 04 Ekim 2019]. Erişim adresi: <https://health.gov/our-work/health-literacy/national-action-plan-improve-health-literacy>
21. Özdemir Y. Aile Sağlığı Merkezleri'ne başvuran hastaların sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi: Kahramanmaraş ili örneği [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2018.
22. Deniz S, Oğuz Öncül AF. Assessment of health literacy level in Akcadag, Malatya, Turkey. *Fırat Tıp Dergisi*. 2020;25:5-13.
23. Bozkurt H, Demirci H. Health literacy among older persons in Turkey. *The Aging Male*. 2019;22(4):272-77.
24. Ozkan S, Dikmen AU, Tuzun H, Karakaya K. Prevalence and determiners of health literacy in Turkey: Asiye Ugras Dikmen. *European Journal of Public Health*. 2016;26(1):460.
25. Deniz S, Bentli R, Kalkanlı MT, Fırınacı B, Yalın F, Demir E, Oğuzöncül AF, Akbaba M. Malatya ilinde çalışan öğretmenlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2020;10(1):28-36.
26. İşler A. 18-65 yaş arası kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin akılcı ilaç kullanımı üzerine etkisinin değerlendirilmesi [Uzmanlık tezi]. İzmir: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi; 2019.
27. Değerli H. Toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi ve sağlık hizmetlerine yönelik algılarına etkisinin incelenmesi [Yüksek lisans tezi]. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi; 2018.
28. Ilgaz A, Gözüm S. Tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının güvenilir kullanımı için sağlık okuryazarlığının önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2016;9(2):67-77.

Araştırma makalesi

Research article

Hemşirelerin Mesleğe Bağlılık ile Bağlamsal Performansları Arasındaki İlişki

Abdullah BULUT¹, Kıvanç ÇEVİK²

ÖZ

Amaç: Çalışma, hemşirelerin mesleki bağlılıkları ile bağlamsal performansları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Bir üniversite hastanesinde görev yapan 138 hemşire ile Haziran-Temmuz 2019 tarihleri arasında yapılan tanımlayıcı-ilişkisel tipte bir çalışmadır. Verilerin toplanmasında "Hemşirelere İlişkin Tanıtıcı Özellikler Formu", "Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği" ve "Bağlamsal Performans Ölçeği" kullanıldı. Çalışmadan elde edilen veriler SPSS 15.0 paket programında sayı-yüzde dağılımları ve korelasyon analizi kullanılarak yapıldı.

Bulgular: Mesleğe Bağlılık Ölçeği toplam puan ortalamasının 71.22±9.18, alt boyutlarından Çaba Gösterme İstekliliği puan ortalamasının 39.06±7.14, Meslek Üyelikini Sürdürme puan ortalamasının 17.19±6.74, Hedef ve Değerlere İnanç puan ortalamasının 14.96±1.92 olduğu saptandı. Bağlamsal Performans Ölçeği toplam puan ortalamasının 184.07±24.72, alt boyutlarından Kişisel Destek puan ortalamasının 102.96±10.91,Organizasyonel Destek puan ortalamasının 81.12±17.54 olduğu saptandı. Mesleğe Bağlılık Ölçeği toplam puanı ile Bağlamsal Performans Ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde zayıf ilişki saptandı (r:0.244, p:0.004).

Sonuç: Hemşirelerin mesleğe bağlılık düzeylerinin artması bağlamsal performans düzeyini arttıran faktörlerden biri olabilir.

Anahtar kelimeler: Bağlamsal performans, hemşirelik, mesleğe bağlılık.

ABSTRACT

The Relationship between Professional Commitment and Contextual Performance of Nurses

Aim: This study was conducted to investigate the relationship between professional commitment and the contextual performance of nurses.

Material and Methods: This is a descriptive relational study conducted between June and July 2019 with 138 nurses working in a university hospital. "Descriptive Characteristics Form", "Nursing Professional Commitment Scale" and "Contextual Performance Scale" were used to collect the data. The data obtained from the study were analyzed on a computer using the number-percentage distributions and correlation analysis in the Statistical Package for Social Science 15.0.

Results: It was determined that the total mean score of the Nursing Professional Commitment Scale was 71.22±9.18. The mean scores of Willingness to Make an Effort, Maintaining as Professional Membership, and Belief in Goals and Values, which are sub-dimensions of the Nursing Professional Commitment Scale, were found to be 39.06±7.14, 17.19±6.74, and 14.96±1.92, respectively. The total mean score of the Contextual Performance Scale was determined to be 184.07±24.72. It was found that the mean score for Personal Support, which is one of the sub-dimensions of the Contextual Performance Scale, was 102.96±10.91, and the mean score for Organizational Support was 81.12±17.54. A weak positive correlation between the total score of the Contextual Performance Scale and the total score of the Nursing Professional Commitment Scale was determined (r:0.244, p:0.004).

Conclusion: Increasing the level of nurses' professional commitment may be one of the factors that increase the level of contextual performance.

Keywords: Contextual performance, nursing, professional commitment.

¹Öğr. Gör, Şırnak Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Şırnak, Türkiye, E-posta: bulut1379@hotmail.com, +90 553 056 64 48, ORCID: 0000-0002-2029-0717

²Doç. Dr, Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye, E-posta: kivancevikk@gmail.com, Tel: 0(236) 233 09 04, ORCID: 0000-0002-0556-8012

Geliş Tarihi: 21 Mart 2020, Kabul Tarihi: 30 Mart 2021

Atıf/Citation: Bulut A, Çevik K. Hemşirelerin Mesleğe Bağlılık ile Bağlamsal Performansları Arasındaki İlişki. Örneği. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2021,8(2):160-166. DOI: 10.31125/hunhemsire.966363

GİRİŞ

Meslek, bireylerin hayatı faaliyetlerini sürdürebilmek ya da devam ettirebilmek, bunlarla birlikte ekonomik gelir elde etmek için belirli bir sürede belirli bir işi yapmak olarak¹; meslekleşme ise, bir işin meslek olma yolunda elde ettiği niteliklerle kazanılan dinamik bir süreç olarak tanımlanır². Korkmaz ve Görgülü (2010)'nın bildirdiğine göre Povalko'nun 1971 yılında belirlediği bir işin meslek sayılabilmesi için sahip olunması gereken sekiz ölçütten birisi de mesleğe bağlılıktır³. Mesleğe bağlılık, bireyin mesleğin getirdiği değerlere ve amaçlara inanması, kabul etmesi, bunların mesleki hayatında devam etmesi için çaba göstermesi, mesleği ile ilgili uygulanabilir alternatifleri değerlendirmesi, mesleki alanda kendini geliştirmek için istekli ve mesleğini icra etmede kararlı olmasıdır^{4,5}. Mesleki bağlılık bireylerin mesleklerine ilişkin eğitim sürecinde başlamakta ve meslek hayatı boyunca da güçlenerek devam etmektedir⁶. Konu ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde; hemşirelerin mesleki bağlılıklarının düşük düzeyde bulunduğu çalışmalar^{5,7} mevcutken, yüksek bulunduğu⁸ çalışmalar da mevcuttur. Stordeur ve arkadaşlarının (2003) yürüttükleri çalışmada hemşirelerin mesleki bağlılıkları yüksek düzeyde bulunmuş, tüm ülkeler toplamında mesleğe bağlılık arttıkça, mesleği bırakmayı düşünme sıklığının azaldığı sonucuna varılmıştır⁹. Aslan (2008) hemşirelerin mesleki bağlılığını düşük bulurken¹⁰ Cihangiroğlu ve arkadaşları (2015) yürüttükleri çalışmada, hemşirelerin mesleki bağlılığını yüksek bulmuştur¹¹. Odak noktası insan ve insan sağlığı olan hemşirelerin mesleki bağlılıklarına dair elde edilecek bilgi çok önemlidir. Çünkü mesleğe bağlılık görev performansının artırılması, örgüt içinde motivasyon sağlanması, hasta memnuniyetinin artırılması, işle ilgili baskının azaltılması, mesleğe bağlı tükenmişliğin azaltılması ve dolayısıyla performansın artırılmasında önemli bir yere sahiptir¹². Hemşirelik, görev performansındaki rollerinden farklı rollerle bağlamsal davranışı da ortaya koyan bir meslektir¹³. Bağlamsal performans, yapılan iş ne olursa olsun örgütün hedeflerine ulaşabilmesi ve başarılı olabilmesi için çalışanların iş arkadaşlarına yardım etme ve destekleme, verilen görevlere gönüllü olma, bu görevleri gerçekleştirme esnasında çalışma arkadaşlarının öğrenmesine katkıda bulunma, fazladan çalışmaya gönüllü olma, hoşgörü ve merhamet gösterme, kişisel sorumluluğun bulunmadığı durumlarda dahi başkaları için görev yapma, bilgiyi paylaşma ve ekstra çaba harcama gibi gönüllülük esasına dayalı davranışları kapsamaktadır¹⁴⁻¹⁷. Bu davranışlar özellikle örgütün etkinliği için önemlidir ve hasta bakımında daha çok ön plana çıkmaktadır¹⁸. Hemşireler bağlamsal performans davranışı gösterip, birbirlerine yardım ettikleri zaman hasta memnuniyeti artmaktadır¹⁹. Kidder (2002) vatandaşlık davranışlarının meslekler üzerine etkisini incelediği çalışmada hemşirelerin birçok özverili vatandaşlık davranışını işlerinin parçası olarak yaptıklarını bildirmiştir²⁰. Hemşirelik mesleğinde genelde görev performansının değerlendirildiği²¹, bağlamsal performans faaliyetlerinin genellikle dikkate alınmadığı belirtilmektedir¹⁸. Ancak, bağlamsal performansın, çalışana kısa vadede ücret artışı

gibi somut bir getirisi olmasa da; uzun vadede yöneticiler tarafından fark edildiği ve dikkate alındığı bildirilmektedir²².

Araştırmanın Amacı

Konu ile ilgili literatür incelendiğinde; Türkiye'de sağlık çalışanlarının mesleki bağlılıklarına ve mesleki iş tatminlerine ilişkin araştırmalar yapılmış olmasına karşın, mesleki bağlılık ve bağlamsal performansla olan ilişkileri inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Hemşirelerin mesleki bağlılıkları ile bağlamsal performansları arasındaki ilişkiyi belirlemek ve literatüre katkı sağlamak amacıyla bu çalışmaya gereksinim duyulmuştur.

Araştırmanın Sorusu

Hemşirelerin mesleki bağlılıkları ile bağlamsal performansları arasında ilişki var mıdır?

GEREK ve YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Bu çalışma, Temmuz-Ağustos 2019 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinde yapılan tanımlayıcı ilişkisel bir çalışmadır.

Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini belirtilen hastanede görev yapan hemşireler (N=154), örneklemi ise; aktif olarak en az altı aydır çalışan, araştırmaya katılmayı kabul eden 138 hemşire oluşturdu. Evrenin yaklaşık olarak %90'una ulaşıldı.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak 'Hemşire Tanıtım Formu', 'Mesleğe Bağlılık Ölçeği' ve 'Bağlamsal Performans Ölçeği' kullanıldı.

Hemşirelere İlişkin Tanıtıcı Özellikler Formu: Araştırmacılar tarafından ilgili literatürden^{23,24} yararlanılarak hazırlanan formda, çalışan hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma süresi ve mali durum gibi soruları kapsayan 17 soru yer almaktadır.

Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği: Hemşirelerin mesleğe bağlılık düzeylerini belirlemek amacıyla Lu, Chiou ve Chang (2000) tarafından geliştirilmiştir²⁵. Ölçek 26 madde ve üç alt boyuttan (Çaba Gösterme İstekliliği (hemşirenin mesleğinin sahip olduğu değerlerine inanması ve kabul etmesini gerçekleştirmek için çaba göstermesi), Meslek Üyeliğini Sürdürme (mesleki alanda kendini geliştirmeye istek duyması), Hedef ve Değerlere İnanç (mesleği sürdürme konusunda kararlı olması)) oluşmaktadır. Ölçeğin tümünden alınacak puan 26-104 arasındadır. Alt boyutlarından alınabilecek en düşük ve yüksek puanlar ise, "Çaba Gösterme İstekliliği" için 13-52, "Meslek Üyeliğini Sürdürme" için 8-32, "Hedef ve Değerlere İnanç" için 5-20 puan arasındadır. Ölçeğin tümünden ve alt boyutlarından alınan puanın artması bireylerin mesleğe bağlılıklarının yüksek olduğunu ifade eder^{2,25}. Dörtlü Likert tipindeki ölçeğin dokuz maddesi ters ifade olarak puanlanmaktadır (14,15,16,17,18,19,20,21,25. maddeler). Türkçe geçerlilik güvenilirliği Çetinkaya, Özmen ve Temel (2015) tarafından yapılmış ve toplam ölçeğin iç tutarlılığı 0.90, Çaba Gösterme İstekliliği alt boyutunda 0.88, Meslek Üyeliğini Sürdürme alt boyutunda 0.77, Hedef ve Değerlere İnanç alt boyutunda 0.67 olarak bulunmuştur². Bu çalışmada Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeğinin toplam Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.79, Çaba Gösterme İstekliliği altboyutunda 0.89,

Meslek Üyeliğini Sürdürme alt boyutunda 0.92, Hedef ve Değerlere İnanç alt boyutunda 0.47 olarak bulundu.

Bağlamsal Performans Ölçeği: Hemşirelerin bağlamsal performans düzeyini belirlemek amacıyla Aslan ve Yıldırım (2017) tarafından geliştirilmiştir¹⁸. Bağlamsal Performans Ölçeği 45 madde ve iki alt boyuttan (Kişisel Destek ve Organizasyonel Destek) oluşmaktadır. Ölçek, 5'li likert tipinde hazırlanmış, "1" hiçbir zaman, "2" nadiren, "3" bazen, "4" sık sık, "5" her zaman şeklinde puanlanmaktadır. Kişisel Destek alt boyutu için, ilk 24 maddeden alınan puanlar toplanmakta olup Organizasyonel Destek alt boyutu için son 21 maddeden alınan puanlar toplanmaktadır. Ölçeğin tümünden ve alt boyutlarından alınan puanın artması bireylerin bağlamsal performansının yüksek olduğunu ifade eder. Bağlamsal Performans Ölçeği'nin toplam Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.97, Kişisel Destek alt boyutunda 0.96, Organizasyonel Destek alt boyutunda ise 0.95 olarak bulunmuştur¹⁸. Bu çalışmada da toplam Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.96, Kişisel Destek alt boyutunda 0.92, Organizasyonel Destek alt boyutunda ise 0.97 olarak bulundu.

Verilerin Toplama Araçlarının Uygulanması

Veriler araştırmacı tarafından belirtilen tarihlerde görev yapan hemşirelerle çalışma işleyişleri bozulmayacak şekilde anket formu aracılığı ile toplandı. Anketlerin doldurulması yaklaşık 10-15 dakika sürdü. Veriler toplanmadan önce, çalışma grubuna dahil edilmeyen 28 hemşire ile pilot uygulama yapıldı.

Verilerin Analizi

Veriler SPSS 15.0 (Statistical Package Social Science) paket programında analiz edildi. Ölçek toplam puanları ve alt boyut puanlarının normal dağılıma uygunluğu Skewness (± 1.96), Kurtosis (± 1.96) değerlerine bakılarak normal dağıldığı kabul edildi²⁶. Geçerlilik ve güvenilirliği daha önceden çalışılmış bu ölçeklerden elde eden veriler doğrultusunda Cronbach alfa değeri hesaplanıp, sayı-yüzde dağılımları ve korelasyon analizi yapıldı. Pearson korelasyon gücünü değerlendirmede "r=0.00-0.24 ise zayıf, r=0.25-0.49 ise orta, r=0.50-0.74 ise güçlü, r=0.75-1.00 ise çok güçlü" yaklaşımı kullanıldı. Yapılan testler için anlamlılık düzeyi p<0.05 olarak kabul edildi²⁷.

Araştırmanın Etik Boyutu

Bu araştırma, Helsinki Deklerasyonu Prensipleri'ne uygun olarak gerçekleştirilmiş olup, "Araştırma ve Yayın Etiğine" uyulmuştur. Bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan onay (22.05.2019 / 20.478.486), çalışmanın yapıldığı kurumdan yazılı izin alındı. Araştırmaya katılan hemşirelere çalışma hakkında genel bilgi verildikten sonra bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı izin alındı.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sadece bir kurumda yapıldığından araştırma bulguları genellenemez. Verilerin toplanmasında kullanılan Mesleğe Bağlılık Ölçeği'nin Hedef ve Değerlere İnanç alt boyut Cronbach alfa güvenilirlik katsayısının düşük olması da araştırmanın sınırlılıkları arasındadır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 31.28 \pm 6.19 (Min:23, Maks:52) olup, %58.7'si 31 yaş ve altında,

%81.9'ukadın, %55.1'i evli, %89.1'i lisans mezunu, %79.7'sigiliri giderine eşittir. %66.7'sinin 9 yıl ve daha az süredir bu mesleği yaptığı, %68.1'inin 8 yıl ve daha az süredir mevcut kurumda çalıştığı, %64.5'inin 6 yıl ve daha az süredir aynı pozisyonda görev yaptığı, %49.3'ünün servis hemşiresi olarak çalıştığı, %68.1'inin haftada 48 saat üzeri çalıştığı, %55.1'inin ayda altıdan fazla nöbet tuttuğu saptandı (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Çalışma Özellikleri

Özellikler	n	%
Yaş: X\pmSS= 31.28\pm6.19(Min-Maks: 23.00-52.00)		
31 yaş ve altı	81	58.7
31 yaş üzeri	57	41.3
Cinsiyet		
Erkek	25	18.1
Kadın	113	81.9
Medeni Durum		
Evli	76	55.1
Bekar	62	44.9
Eğitim Durumu		
Lise	6	4.3
Ön Lisans	8	5.8
Lisans	123	89.2
Yüksek Lisans	1	0.7
Sosyo-Ekonomik Düzey		
Gelir Giderden Az	23	16.7
Gelir Gidere Eşit	110	79.7
Gelir Giderden Fazla	5	3.6
Mesleki Çalışma Süresi		
X\pmSS= 8.45\pm7.58 (Min- Maks: 1.00-34.00)		
9 yıl ve altı	92	66.7
9 yıl üzeri	46	33.3
Kurumda Toplam Çalışma Süresi		
X\pm SS= 7.58\pm7.49(Min-Maks: 1.00-34.00)		
8 yıl ve altı	94	68.1
8 yıl üzeri	44	31.9
Aynı Pozisyonda Görev Yapma Süresi(yıl)		
X\pmSS= 5.89\pm6.17 (Min-Maks: 1.00-34.00)		
6 yıl ve altı	89	64.5
6 yıl üzeri	49	35.5
Görevi		
Servis Hemşiresi	68	49.3
Yoğun Bakım Hemşiresi	34	24.6
Ameliyathane Hemşiresi	4	2.9
Diğer*	32	23.2
Haftalık Çalışma Süresi		
X\pmSS= 47.71\pm6.36(Min-Maks: 32.50-56.00)		
48 saat ve altı	44	31.9
48 saat üzeri	94	68.1
Aylık Nöbet Tutma Sayısı		
X\pmSS= 5.37\pm3.99(Min-Maks: 0.00-16.00)		
6 ve altı	62	44.9
6 üzeri	76	55.1
Toplam	138	100.0

Min-Maks: Minimum-Maksimum

X \pm SS: Ortalama, standart sapma

*:Özel Dal Hemşiresi+Yönetici Hemşire

Tablo 2'de araştırmaya katılan hemşirelerin Mesleğe Bağlılık Ölçeği alt boyutlarından Çaba Gösterme İstekliliği puan ortalaması 39.06±7.14; Meslek Üyeliğini Sürdürme puan ortalaması 17.19±6.74; Hedef ve Değerlere İnanç puan ortalaması 14.96±1.92; Mesleğe Bağlılık Ölçeği toplam puan ortalaması 71.22±9.18 olarak bulundu. Bağlamsal Performans Ölçeği alt boyutlarından Kişisel Destek puan ortalaması 102.96±10.91, Organizasyonel Destek puan ortalaması 81.12±17.54, Bağlamsal Performans Ölçeği toplam puanı ortalaması 184.07±24.72 olarak bulundu (Tablo 2).

Tablo 2. Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği ile Hemşirelerin Bağlamsal Performans Ölçeği Puan Ortalamaları

Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği			
Ölçek/Alt boyut	Alınabilecek Puan Aralığı	Min-Maks	X± SS*
Çaba Gösterme İstekliliği	13.00-52.00	21.00-42.00	39.06±7.14
Meslek Üyeliğini Sürdürme	8.00-32.00	8.00-32.00	17.19±6.74
Hedef ve Değerlere İnanç	5.00-20.00	8.00-19.00	14.96±1.92
Mesleğe Bağlılık Ölçeği Toplam Puan	26.00-104.00	45.00-96.00	71.22±9.18
Hemşirelerin Bağlamsal Performans Ölçeği			
Kişisel Destek	24.00-120.00	60.00-120.00	102.96±10.91
Organizasyonel Destek	21.00-105.00	23.00-105.00	81.12±17.54
Bağlamsal Performans Ölçeği Toplam Puan	45.00-225.00	106.00-225.00	184.07±24.72

Min-Maks: Minimum-Maksimum * : Ortalama±Standart sapma

Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği ve Bağlamsal Performans Ölçeği arasındaki ilişkiyi gösteren korelasyon analizi bulgularına göre; kişisel destek ile MBÖ alt boyutlarından çaba gösterme istekliliği arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki ($r:0.261$ $p<0.05$); hedef ve değerlere inanç arasında pozitif yönde zayıf ilişki ($r:0.191$ $p<0.05$) saptandı. Organizasyonel destek ile Mesleğe Bağlılık Ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r:0.253$ $p<0.05$) ilişki; Organizasyonel Destek ile MBÖ alt boyutlarından çaba gösterme istekliliği puanı arasında pozitif yönde güçlü düzeyde ($r:0.618$ $p<0.05$) ilişki; meslek üyeliğini sürdürme puanı arasında negatif yönde orta düzeyde ($r:-0.385$ $p<0.05$) ilişki; hedef ve değerlere inanç puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r:0.262$ $p<0.05$) ilişki saptandı. Bağlamsal Performans Ölçeği toplam puanı ile Mesleğe Bağlılık Ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde zayıf ilişki ($r =0.224$ $p<0.05$); Bağlamsal Performans Ölçeği toplam puanı ile MBÖ alt boyutlarından çaba gösterme istekliliği puanı arasında pozitif yönde güçlü düzeyde ($r:0.553$ $p<0.05$) ilişki; meslek üyeliğini sürdürme puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r:0.331$ $p<0.05$) ilişki; hedef ve değerlere inanç puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r:0.271$ $p<0.05$) ilişki saptandı (Tablo 3).

Tablo 3. Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği ve Bağlamsal Performans Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki (n=138)

BPÖ	MBÖ Toplam	MBÖ		
		Çaba Gösterme İstekliliği	Meslek Üyeliğini Sürdürme	Hedef ve Değerlere İnanç
Kişisel Destek	$r:0.146$	$r:0.261$	$r:-0.132$	$r:0.191$
	$p:0.087$	$p:0.002$	$p:0.123$	$p:0.025$
Organizasyonel Destek	$r:0.253$	$r:0.618$	$r:-0.385$	$r:0.262$
	$p:0.003$	$p:0.000$	$p:0.000$	$p:0.002$
BPÖ Toplam	$r:0.244$	$r:0.553$	$r:0.331$	$r:0.271$
	$p:0.004$	$p:0.000$	$p:0.000$	$p:0.001$

BPÖ: Bağlamsal Performans Ölçeği, MBÖ: Mesleğe Bağlılık Ölçeği, Pearson korelasyon testi

TARTIŞMA

Toplam Ölçek Puan Ortalamalarına İlişkin Verilerin Tartışılması

Mesleki bağlılık her geçen gün daha da fazla ele alınan bir konu haline gelmektedir. Bu çalışmada, hemşirelerin Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği toplam puanından alınabilecek değerler göz önünde bulundurulduğunda (26.00-104.00) elde edilen puan ortalamasının (71.22±9.18) yüksek olduğu söylenebilir. Konu ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde; hemşirelerin mesleki bağlılıklarının düşük düzeyde bulunduğu çalışmalar^{5,7,10} mevcutken, yüksek bulunduğu çalışmalar da^{8,11} mevcuttur. Sonuçların farklı olmasının çalışmaya katılan örneklem grubunu oluşturan değişkenlerin farklılığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada, hemşirelerin Bağlamsal Performans Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının ortalamasının üzerinde olduğu saptandı. Konu ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde; hemşirelerin bağlamsal performans düzeyi yüksek bulunmuş, özellikle Kişisel Destek alt boyutunun, Organizasyonel Destek alt boyutuna göre daha iyi olduğu belirtilmiştir²³. Hetzler (2007)'in ve Johari ve arkadaşlarının (2011) farklı zamanlarda yaptıkları çalışmalarında da bağlamsal performans puanlarının, ortalamaların üzerinde olduğu bulunmuştur^{28,29}. Bu araştırma sonuçlarına da dayanarak hemşirelerin bağlamsal performanslarının çoğunlukla yüksek düzeyde olduğu söylenebilir.

Mesleğe Bağlılık Ölçeği Toplam Puanı ile Bağlamsal Performans Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye İlişkin Verilerin İncelenmesi

Bu çalışmada, Mesleğe Bağlılık Ölçeği toplam puanı ile Bağlamsal Performans Ölçeği Organizasyonel Destek puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki saptandı. Mesleğe Bağlılık Ölçeği Çaba Gösterme İstekliliği alt boyut puanı ile Bağlamsal Performans Ölçeği Organizasyonel Destek puanı arasında pozitif yönde güçlü ilişki saptandı. Sonuç olarak hemşirelerin mesleğe bağlılık düzeyleri arttıkça bağlamsal performans düzeylerinin de arttığı belirlendi. Mesleğe bağlılık düzeyinin belirlenmesi ile ilgili yapılan çalışmalarda; Liu ve arkadaşları (2012) memnuniyet ile mesleğe bağlı kalma arasında pozitif ilişki olduğunu³⁰, Chien ve Yick de (2016) 139 katılımcıyla gerçekleştirdikleri çalışmada hemşirelerin mesleki memnuniyet düzeyleri azaldıkça, mesleği bırakma isteklerinin arttığını bildirmiştir³¹.

Hemşirelerin Mesleğe Bağlılık Ölçeği toplam puanları ile Bağlamsal Performans Ölçeği Kişisel Destek puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Buna göre mesleki bağlılık seviyeleri yüksek olan hemşireler, diğer personellerle birlikte uyum içinde çalışarak daha fazla destek sağlamaktadırlar. Kisa ve Kisa (2006), araştırmalarında mesleklerini sevdiğini bildiren hemşirelerin diğer personele daha fazla destek olduklarını bildirmişlerdir³².

Bağlamsal Performans Ölçeği Toplam Puanı ile Mesleğe Bağlılık Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye İlişkin Verilerin İncelenmesi

Bağlamsal performans ölçeği toplam puanı ile Mesleğe Bağlılık Ölçeği Çaba Gösterme İstekliliği alt boyut puanı arasında anlamlı bir ilişki saptandı. Araştırmamıza katılan hemşireler, fazla çalıştıkları için çaba gösterdiklerini ve/veya performans düzeylerinin yüksek olduğunu düşünmüş ve soruları da buna göre cevaplamış olabilirler. Sonuca göre, çaba gösterme istekliliği arttıkça performans düzeyi; performans düzeyi arttıkça da çaba gösterme istekliliği artmaktadır.

Bağlamsal performans ölçeği toplam puanı ile meslek üyeliğini sürdürme istekliliği arasında anlamlı ilişki saptandı. Buna göre, mesleklerine bağlı ve başka bir mesleğe geçmeyi düşünmeyen ve hemşirelik mesleğini seçtiğine pişman olmayan hemşirelerin performans düzeylerinin yüksek olduğu bulundu. Coomber ve Barriball (2007) yaptıkları araştırmada, mesleklerini severek yürüten hemşirelerin hasta ilişkilerinin ve performans düzeylerinin yüksek olduğunu saptamıştır³³. Siu (2002) da Çin’de bir hastanede yürüttüğü çalışmasında, başka meslek seçme şansı olmadığı ve ekonomik sebeplerle mecbur olduğu için hemşirelik mesleğini yürütenlerin, çalışma isteklerinin ve performans düzeylerinin düşük olduğunu belirtmiştir³⁴. Yapılan bir başka çalışmada da bağlamsal performans ile işten ayrılma niyeti arasında negatif yönde bir ilişkili olduğu tespit edilmiştir³⁵. Mesleki bağlılığı yüksek ve işini severek yapan bireylerin mesleğin hedeflerine ulaşabilmesi ve başarılı olabilmesi için gereken özveride bulunacakları düşünüldüğünden, gönüllülük esasına dayalı faaliyetleri kapsayan bağlamsal performans ile arasındaki ilişkinin paralel olmasının beklendiği bir sonuç olduğu söylenebilir.

Bağlamsal performans düzeyi ile hedef ve değerlere inanç puanları arasında anlamlı ilişki saptandı. Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeğinin Hedef ve Değerlere İnanç alt boyutunda cronbach alfa düşüktür. Ölçme aracında kullanılan madde sayısı, elde edilen iç tutarlılık katsayılarını etkilemekte ve madde sayısı az olan ölçeklerde Cronbach Alpha katsayısı gerçek değerden daha küçük çıkmaktadır³⁶. Bu ölçekte de hedef ve değerlere inanç alt boyutunun iç tutarlılık katsayısının düşük olmasının madde sayısı (5 madde) ilişkili olduğu düşünülmüştür. Kendilerine hedefler koyan ve inançları doğrultusunda çalışan hemşirelerin performans düzeylerinin de yüksek olduğu belirlendi. Literatür incelendiğinde, Flanagan (2006) ve Utriainen ve Kyngas (2009) tarafından yürütülen araştırmaların bizim çalışmamızı destekler nitelikte bulgular içerdiği saptanmıştır^{37,38}. Ayrıca Curtis (2007) de kendilerine belirli

bir hedef koymadan, sadece ekonomik amaçlarla çalışan hemşirelerin performans düzeylerinin düşük olduğunu bildirmişlerdir³⁹.

Bağlamsal Performans Ölçeği Toplam Puanı ile Mesleğe Bağlılık Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki İlişkiye İlişkin Verilerin İncelenmesi

Duygusal bağlılık, çalışanın örgütle bütünleşmesini, örgütle özdeşleşmesini ve örgütün üyesi olmaktan memnuniyet duymasını yansıtmaktadır. Duygusal bağlılığı fazla olan çalışanlar sadece çok istedikleri için örgütte kalmaya devam ederler⁴⁰. Çalışanların örgüte yönelik bu güçlü bağlılıkları daha fazla olumlu iş performansı göstermelerine öncülük etmektedir^{41,42}. Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği toplam puanı ve Bağlamsal Performans Ölçeği toplam puanı arasındaki ilişkiyi gösteren korelasyon analizi bulgularına göre; iki ölçeğin toplam puanları arasında olumlu bir ilişki olduğu saptandı. Hemşirelerin mesleğe bağlılık düzeyleri arttıkça bağlamsal performans düzeyi artmaktadır. Literatürde Cowin (2002), Liu ve ark. (2012), Molinari ve Monserud’un (2009) çalışma sonuçları bizim araştırmamızı destekler niteliktedir^{30,43,44}. Ashforth ve Mael (1989) ise çalışmalarında kendilerini örgütle güçlü bir şekilde tanımlayan çalışanların bağlılık, sadakat gibi daha fazla örgütü destekleyici tutumları olacağını bildirmişlerdir⁴⁵.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelerin mesleki bağlılıkları ile bağlamsal performansları arasında ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırma sonucunda;

Mesleğe Bağlılık Ölçeği ve Bağlamsal Performans Ölçeği toplam puan ortalamasının ortalamasının üstünde olduğu, meslek üyeliğini sürdürme ile kişisel destek ve organizasyonel destek arasında negatif yönde bir ilişki olduğu, Mesleğe Bağlılık Ölçeği Çaba Gösterme İstekliliği alt boyut puanı ile Bağlamsal Performans Ölçeği Organizasyonel Destek alt puanı ve toplam puanı arasında pozitif yönde güçlü ilişki olduğu; hemşirelerin mesleğe bağlılık düzeylerinin arttıkça bağlamsal performans düzeylerinin de arttığı saptandı.

Hemşirelerin mesleğe olan bağlılığını arttırabilecek organizasyon, iletişim kanallarının açıklığı (idari yönetim, çalışan ekip), yeterli hemşire sayısı, ekonomik getiriler ve sosyal haklar gibi faktörlerin tekrar gözden geçirilmesinin ve iyileştirilmesinin hemşirelerin bağlamsal performanslarını arttırabileceği düşünülmektedir. Özellikle mesleki bağlılık ve bağlamsal performans arasındaki ilişkiyi olumlu etkilemek adına hemşirelerin organizasyon aşamalarında yer alması önerilmektedir.

Etik Kurul Onayı: Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu’ndan alınmıştır (Karar No: 22/05/2019-20.478.486).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Bildirilmemiştir.

Katılımcı Onamı: Hemşirelerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Yazar katkıları:

Araştırma dizaynı: KÇ

Veri toplama: AB

Literatür araştırması: AB

Veri Analizi: AB

Makale yazımı: AB, KÇ

Teşekkür: Çalışmaya katılan tüm katılımcılara teşekkür ederiz.

Ethics Committee Approval: Approval was obtained from Health Sciences Ethics Committee of Manisa Celal Bayar University (Decision number: 22/05/2019- 20.478.486).

Conflict of Interest: Not reported.

Funding: None.

Exhibitor Consent: Informed consent was obtained from nurses.

Author contributions:

Study design: KC

Data collection: AB

Literature search: AB

Data analysis: AB

Drafting manuscript: AB, KC

Acknowledgement: We would like to thank all nurses who approved to participate to the study.

KAYNAKLAR

1. Lee K, Carswell JJ, Allen NJ. A meta-analytic review of occupational commitment: Relation with person and work-related variables. *J Appl Psychol.* 2000;85: 799-811.
2. Çetinkaya A, Özmen D, Temel AB. Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi.* 2015;8(2):54-60.
3. Korkmaz F, Görgülü S. Hemşirelerin, meslek ölçütleri bağlamında hemşireliğe ilişkin görüşleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi.* 2010;1-17.
4. Benligiray S, Sönmez H. Hemşirelerin mesleki bağlılıkları ile diğer bağlılık formları arasındaki ilişki: Örgüte bağlılık, işe bağlılık ve aileye bağlılık. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi.* 2011;18(1):28-40.
5. Derin N, İlkım NŞ, Yayan H. Hemşirelerde mesleki bağlılığın mesleki prestijle açıklanması. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 2017;4(3):24-37.
6. Tak B, Özçakır A, Çiftçioğlu A, Divleli A. Mesleki bağlılığın bireylerin mesleklerine ve çalıştıkları örgüte ilişkin tutumlarını nasıl etkilediğini anlamaya yönelik alan araştırması. *İş Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi.* 2009;11(3):89-102.
7. Drey N, Gould D, Allan T. The relationship between continuing professional education and commitment to nursing. *Nurse Educ Today.* 2009;29(7):740-5.
8. Akbari O, Vagharseyyedin SA, Farajzadeh Z. The relationship of organizational justice with nurses' Professional commitment. *Modern Care Journal.* 2015;12(1):31-8.
9. Stordeur S, D'hoore W, Van Der Heijden B, DiBisceglie M, Laine M, Van der Schoot. Leadership, job satisfaction and nurses' commitment. In working conditions and intent to leave the profession among

nursing staff in Europe (Report No 2003:7)". *Saltsa, 2003.*

10. Aslan Ş. Örgütsel vatandaşlık davranışı ile örgütsel bağlılık ve mesleğe bağlılık arasındaki ilişkilerin araştırılması. *Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi.* 2008;15(2):163-78.
11. Cihangiroğlu N, Şahin B, Teke A, Uzuntarla Y. Hemşirelerin çatışma ve mesleki bağlılık düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi.* 2015;29(4):599-610.
12. Meyer JP, Stanley DJ, Herscovitch L, Topolnysky L. Affective, continuance, and normative commitment to the organization: A meta-analysis of antecedents, correlates, and consequences. *J Vocat Behav.* 2002;61:20-52.
13. Bakker AB, Demerouti E, Euwema M. Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *J Occup Health Psychol.* 2005;10:170-80.
14. Yıldız H, Kavak O. The regulatory role of compassion in the influence of the personality trait of responsibility on task and contextual performance. *Journal of Management, Marketing and Logistics (JMML).* 2017;4(4):408-22.
15. Akça M, Yurtçu BG. Çalışma ortamı özelliklerinin hekimlerin görev ve bağlamsal performansına etkisi. *International Journal of Academic Value Studies.* 2017;3(15):197-207.
16. Yıldız B, Çakı N. Algılanan örgütsel desteğin bağlamsal performans üzerindeki etkisinde bireysel şükranın aracı rolü. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi.* 2018;32:69-86.
17. Eryılmaz İ, Gülova AA. Örgüt kültürü ve bağlamsal performans arasındaki ilişkide temel motivasyon kaynaklarının biçimleyici rolü. *Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi.* 2019;26(2):495-514.
18. Aslan M, Yıldırım A. Hastanede çalışan hemşirelerde bağlamsal performans ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi.* 2017;14(2):104-11.
19. Greenslade JH, Jimmieson NL. Distinguishing between task and contextual performance for nurses. Development of a job performance scale. *J Adv. Nurs.* 2007;58(6):602-11.
20. Kidder DL. The influence of gender on the performance of organizational citizenship behaviours. *Journal of Management.* 2002;28:629-48.
21. Kâhya E. The effects of job characteristics and working conditions on job performance. *Int J Ind Ergon.* 2007;37:515-23.
22. Aksoy A. Algılanan örgütsel politikanın bağlamsal performans üzerine etkisi: TRB1 Bölgesi İmalat Sektörü Üzerine Bir Araştırma. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi.* 2016;4(33):51-60.

23. Aslan M. Hastanelerde alışan hemşirelerin bağlamsal performans düzeyleri ve ilişkili faktörler [Doktora tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2012.

Araştırma makalesi Research article

Determination of the Attitudes of the Health Staff Working for the Institutions Providing Primary Health Care Towards Ageism



Funda TUNCER ŞAHİN¹, Evrim BAYRAKTAR², Zeliha KAYA ERTEN³

ABSTRACT

Aim: This descriptive and correlational study was conducted to determine the attitudes of the health care staff who work for the institutions providing primary health care services in Kayseri.

Material and Methods: The study was conducted with 259 individuals who agreed to participate in the study. In the quantitative part of the study, a questionnaire form and the Ageism Attitude Scale were used. In the qualitative part of the research, in-depth interviews were conducted with eight health care personnel who had the highest and lowest scores on the Ageism Attitude Scale and agreed to interview. Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, and chi-square tests were used to analyze the data. The statistical significance level was taken as 0.05 in all tests.

Results: In the study, it was found that while male health care personnel wanted to live with the elderly, female health care personnel did not ($p < 0.05$). In the mean score distribution of the ageism attitude scale, it was determined that physicians and health officers had higher positive discrimination scores towards the elderly. Nurses' and midwives' negative discrimination scores against the elderly were higher than the other groups ($p < 0.05$). As the education level increased, the scores of positive discrimination against the elderly also increased.

Conclusion: In the research, we can say that healthcare personnel discriminates elderly at different points. The important thing is to reveal the prejudices of the health personnel about the elderly and ensure that the health personnel serving the elderly are aware of these prejudices. We think that this research will give health care professionals an insight.

Keywords: Ageism, elderly, health care staff

ÖZ

Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Veren Kurumlarda Çalışan Sağlık Personelinin Yaşlı Ayrımcılığına İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi

Amaç: Bu çalışma Birinci Basamak Sağlık Hizmeti veren kurumlarda görev yapan sağlık personelinin yaşlı ayrımcılığı hakkındaki tutumunu belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma çalışmaya katılmayı kabul eden 259 kişi ile tamamlanmıştır. Araştırmanın nicel kısmında sağlık çalışanlarının sosyodemografik ve aile özelliklerini tespit etmeye yönelik anket formu ve Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmada Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği (YATÖ) puanları en yüksek ve en düşük çıkan ve görüşme yapmayı kabul eden 8 sağlık personeli ile derinlemesine görüşülmüştür. Verilerin analizinde Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis ve ki-kare testi kullanılmıştır. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

Bulgular: Araştırmada erkek sağlık personeli yaşlı ile birlikte yaşamak isterken, kadın sağlık personelinin istemediği bulunmuştur ($p < 0.05$). Yaşlı ayrımcılığı tutum ölçeği ortalama puan dağılımlarında ise doktor ve sağlık memurlarının yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık puanlarının daha yüksek olduğu, hemşire ve ebelerin yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık puanlarının diğer gruplara göre yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Eğitim durumu yükseldikçe yaşlıya yapılan olumlu ayrımcılık puanları da artmaktadır.

Sonuç: Araştırmada sağlık personelinin farklı noktalarda yaşlı ayrımcılığı yaptığını söyleyebiliriz. Önemli olan ise sağlık personelinin yaşlı konusundaki ön yargılarının ortaya çıkarılması ve yaşlıya hizmet veren sağlık personelinin bu ön yargılarının farkında olarak hizmet vermelerinin sağlanmasıdır. Bu araştırma ile sağlık çalışanlarına bir iç görü kazandıracağını düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Sağlık personeli, yaşlı, yaşlı ayrımcılığı

¹Lecturer, Aksaray University Health Care Services Department, Elderly Care, Aksaray, Turkey, E-posta: fundatuncersahin@gmail.com, Phone: +90382 2882806, ORCID: 0000-0003-0998-3026

²PHD, Erciyes University, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Kayseri, Turkey, E-posta: evrim_albayrak@hotmail.com, Phone: +90 352 437 9281, ORCID: 0000-0002-2914-197x

³PHD, Nuh Naci Yazgan University, Faculty of Health Sciences, Department of Public Health Nursing, Kayseri, Turkey, E-posta: kayazkaya@gmail.com, Phone: +903523240000-5151, ORCID: 0000-0003-1229-7350

Geliş Tarihi: 27 Mart 2020, Kabul Tarihi: 30 Mart 2021

Atıf/Citation: Tuncer Şahin F, Bayraktar E, Kaya Erten Z. Determination of the Attitudes of The Health Staff Working for the Institutions Providing Primary Healthcare Towards Ageism. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2021;8(2):167-177. DOI: 10.31125/hunhemsire.966389

INTRODUCTION

Aging is a process that continues from birth to death, as in every living thing¹⁻³. In this process, individuals experience many physiological, sociological, and psychological changes¹⁻⁶. These changes can cause many problems in the lives of the elderly. As in the world, life expectancy in Turkey has also been increasing, and it causes an increase in the elderly population steadily. The elderly population in the world was found as 9.3% in 2019. In Turkey, the elderly population increased to 9.1% in 2019. Population projections estimate that the elderly population will continue to grow. According to the population projections, the rate of the elderly population is projected to be 10.2% in 2023, 12.9% in 2030, 16.3% in 2040, 22.6% in 2060, and 25.6% in 2080⁷.

According to the statistics, Turkey is among the developing countries where the aging process is fast⁶⁻¹¹. Aging often means disability or an increase in disability. With the increase in the disability of the elderly, they need others, and they are more dependent on others for daily activities such as dressing, bathing, moving, and eating¹². With the rapid increase in the elderly population in developed and developing countries, many individual and social problems emerge. These problems can be stated as the lack of adequate access to health care services, failure to cover health expenditures, inability to benefit from social security institutions and financing, reduced income after retirement, and limited employment opportunities for the elderly⁸. In addition, it is expected that the elderly will face some other problems such as a reduction in social support from their families and their immediate environment, adaptation or non-adaptation to the aging process, accommodation, and daily care^{8,13}. With the change in the sociocultural structure of societies, the age perceptions of individuals and society are also changing. Along with the changing age perception, elderly neglect and abuse in the society and problems such as ageism can also be seen⁸.

There are many definitions of ageism in literature, and the most common definition is the one by Palmore. According to this definition, ageism is explained as a term expressed through prejudices, attitudes, and behaviors towards older people^{1-4,6,10,12,14}. Recent studies show that the elderly are exposed to discrimination in their families and institutions where they receive service^{8,15}. The opinion that the elderly are discriminated in all areas of health care is becoming increasingly common³. Ageism is important for people living in all areas of society, but it is much more important for health workers. A positive attitude towards the elderly is predicted to improve the quality of life of the elderly⁴. Especially the attitude of the health care providers who work in primary health care institutions and who have one-to-one contact with the elderly is critical. Studies are revealing that health care providers have negative and positive attitudes towards elderly individuals^{10,11,16-19}. Nurses' prejudices, values, beliefs, lack of knowledge, and negative attitudes about ageism are stated to reduce not only the quality of the care given to elderly people but also the self-esteem of elderly individuals^{20,21}. Studies conducted

on this subject are mostly based on quantitative data^{2,3,6,8,11,13,20,22,23}. It is crucial to reveal the prejudices of the health care providers about the elderly and ensure that the health care providers serving the elderly are aware of these prejudices.

Aim

This study was conducted in Kayseri province center and in the central districts to determine the attitude of the health care providers working in primary health care institutions towards the elderly.

MATERIAL and METHODS

Study Design

This descriptive study was carried out to determine the attitude of the health care staff working in primary health care institutions in the center of Kayseri and the districts towards the elderly.

Study Sample

The study was conducted at 42 centers, including primary care clinics (PCC) in Melikgazi, Kocasinan, Talas, Hacilar, and Incesu districts and community health centers (CHC) and home care centers in the center of Kayseri between the years 2016-2017.

The research population consists of 342 health care providers. Sample selection was not made, and all of the healthcare providers working at that time and agreeing to participate in the research were included in the study. The sample of the study consisted of 259 people. The participation rate was 75.73%.

Eight healthcare providers who had the highest and lowest scores after the quantitative evaluation and who agreed to in-depth interviews were interviewed for 10-15 minutes. Interviews were recorded on tape.

Data Collection Tools

Questionnaire Form

The questionnaire was formed by literature review and included 29 questions which had 23 questions aiming to define the sociodemographic and family characteristics of the healthcare providers and six questions seeking to determine their states about the elderly^{1,2,4-6,11,13}.

Ageism Attitude Scale (AAS)

"Ageism Attitude Scale" was used to determine the attitudes of the healthcare providers working at the institutions providing primary health care service towards ageism. Vefikuluçay developed the scale in 2008, and a validity and reliability study (Cronbach Alpha Reliability Coefficient 0.80) was conducted¹. The scale includes 23 items and three subtitles: positive discrimination towards the elderly, negative discrimination towards the elderly, and restricting the life of the elder. In the Ageism Attitude Scale, 1st, 5th, 12th, 14th, 17th, 19th, 21st, 22nd, and 23rd questions are for determining restricting the life of the elder, 2nd, 4th, 6th, 7th, 8th, 9th, 13th, and 20th questions are for positive discrimination towards the elderly, and the 3rd, 10th, 11th, 15th, 16th, and 18th questions are for negative discrimination towards the elderly. The scale is a 5-point Likert scale, and the participants are asked to answer each phrase as "strongly disagree", "disagree," "undecided", "agree" and "strongly agree." When assessing the scale, for the phrases

including positive discrimination towards the elderly, “strongly agree” is scored as 5, “agree” as 4, “undecided” as 3, “disagree” as 2, and “strongly disagree” as 1. For negative expressions for ageism, “strongly agree” is scored as 1, “agree” as 2, “undecided” as 3, “disagree” as 4, and “strongly disagree” as 5. The maximum score obtained from the scale is 115, and the minimum score is 23¹ (the study about validity and reliability is given in the References). In our study, Cronbach Alpha Reliability Coefficient is 0,68.

In-Depth Interview Form

In the in-depth interview part of the study, a semi-structured questionnaire form was used. The questions were formed by consulting two specialist lecturers and by depending on the literature^{1,2,4,6,16}. In the interview form used in the interviews with the health care providers, the following topics were identified as themes.

In-depth interview themes

- Opinion on the physical appearance of the elderly
- Opinion on the psychology of the elderly
- Opinion on the participation of senior citizens in working life
- Opinion about the sexual life of the elderly
- Opinion on neglect, abuse, and violence against the elderly

Data Collection

The researcher collected the quantitative data the same day after the questionnaires were distributed and filled in between May 2016 and April 2017. A team including a moderator and a reporter conducted the in-depth reviews. The voice recording method was used to record the data obtained by the interviews. The same person performed the interviews to get a valid and reliable result.

Data Analysis

The data obtained from the research were evaluated by using IBM SPSS Statistics 21.0 (Chicago, USA) statistical package. The normality test was applied with the Kolmogorov-Smirnov (K-S) test to determine whether the data showed normal distribution and the data distribution was not normal²⁴. Mann-Whitney U test was used to compare two independent groups, and the Kruskal-Wallis test was used to compare three or more groups. Chi-square test (X^2) was used to compare the categorical variables. For the values below 5, Fisher’s Exact Chi-square test was used. The value of $p < 0.05$ was accepted as significant.

After the qualitative data were decoded by the researcher, records and the record inventory were examined by three other lecturers to ensure the reliability of the data, and they were compared with the researchers’ inventory. The qualitative data were presented in the determined thematic fields afterward the quantitative data.

Ethical Approval

Necessary permissions were obtained from the institutions where the research would be carried out. Also, after the approvals from the academic board and Erciyes University Ethics Committee (2016/21) received, institutions were applied for permission. The research was started after obtaining the necessary permissions. The health care staff who participated in the study were informed about the

research content, and their written and verbal consents were obtained before conducting the questionnaire.

Research participation criteria

All health care providers working at the primary health care institutions and accepting to participate in the study were included in the study.

Research variables

Dependent variables consist of the data obtained from the Ageism Attitude Scale.

Independent variables consist of the demographic characteristics of the healthcare providers, such as profession and age.

Limitations

The limitation of this study is that the research was done in only one city. Therefore, the findings cannot be generalized to all primary health care professionals; generalization can be made only for health care professionals working in institutions where the research was conducted. In addition, the fact that the validity and reliability study of the “Ageism Attitude Scale” used in the study was conducted on university students but not on health care professionals can be seen as a limitation for the research. Although the Cronbach alpha coefficient found in the study is an acceptable value as 0.68, it is believed that it was resulted as so depending on the sample selection. It is believed that developing and conducting a scale measuring the ageism attitudes of the health care professionals is necessary for the reliability of the findings for the researchers desiring to carry on studies on the issue.

RESULTS

The average age of the healthcare providers participating in the study is 39.2. 67.6% of the participants are female, and 32.4% are male. 37.5% of the staff are physicians, 26.3% are midwives, and 24.7% are nurses. 46% of them have a bachelor's degree, and the tenure of 43.6% is 20 years and above. 87.6% of the staff are married, 93.8% have a nuclear family structure, 20.5% do not have children, and 58.3% have children. The income of 64.9% of the health care staff is equal to their expenses (Table 1).

Table 1. Distribution of Demographic Characteristics of Health Care Providers (n=259)

Demographic Characteristics	n	%	Demographic Characteristics	n	%
Age			Education		
18 -24	18	6.9	PhD	6	2.3
25-34	47	18.1	MSc	38	14.7
35-44	117	45.5	Associate	59	22.8
45-54	71	27.4	Bachelor	121	46.7
55-64	6	2.3	High School	35	13.5
Gender			Marital Status		
Female	175	67.6	Married	227	87.6
Male	84	32.4	Single	30	11.6
Occupation			Working Year in the Profession		
Physician	97	37.5	1-4 years	23	8.9
Midwife	68	26.3	5-9 years	27	10.4
Nurse	64	24.7	10-14 years	43	16.6
Health Officer	14	5.4	15-19 years	53	20.5
Others	16	6.2	20 years and above	113	43.6

Table 1. Distribution of Demographic Characteristics of Health Care Providers(n=259) (continous)

Family Type	n	%	Number of Children	n	%
Nuclear	242	93.8	1-2	151	58.3
Extended	16	6.2	3-4	55	21.2
			None	53	20.5
Monthly Income			Total	259	100
Income equals expense	168	64.9			
Income is more than the expense	55	21.2			
Income is less than the expense	36	13.9			
Total	259	100			

59.1% of the healthcare providers reported that they lived with an elderly individual in any period of their lives, and 44.4% reported that they lived with their grandmothers/grandfathers. 14.7% of them reported that they lived with their parents after they got married. 39.6% of the healthcare providers stated that they lived with an elderly individual for 1-4 years, and 29.9% lived with an elderly individual for 11-16 years. 13.6% of them indicated that their role in elderly care was providing healthcare, the role of 42.9% was to support the elderly in their daily life skills, and 43.5% stated that the elderly they live with did not need care (Table 2). 54.4% of the health care staff included in the study do not want to live with their parents after they get married. 52.5% of the health care staff who do not want to live with their parents state that they do not want to disarrange; 18.6% claim that they have conflicts in communication with the elderly; 12.4% state that the elderly want to live independently, and 11.5% indicate that their houses are small and they have a busy life. 5.3% of them do not present a reason of their unwillingness to live with the elderly. 28% of the healthcare staff who stated they did not want to live with the elderly did not state any reason. 45% of the healthcare providers want to live with their parents after they start their own family. 32.7% of the staff want to live with the elderly since they have love and respect. 30.2% of them accept caring for the elderly as a responsibility. 25.9% consider the comfort of themselves and the elderly. 11.2% of them want to improve their family ties, and they see the elderly as guides to themselves. 2 healthcare providers stated that they wanted to live with the elderly, but they did not state any reasons for this.

Table 2. Distribution of Health Care Provider's Living with an Elderly and Their Living Conditions

The state of living with an elderly in any period of one's life n=259	n	%
I lived	154	59.1
I did not live	105	40.9
The elderly who had been lived with so far n(259)		
Grandmother-Grandfather	116	44.4
None	105	40.9
Parents after Marriage	38	14.7

Table 2. Distribution of Health Care Provider's Living with an Elderly and Their Living Conditions (continuos)

Time Spent with the Elderly in the Same House n(154)	n	%
1-4 years	61	39.6
5-10 years	47	30.5
11 and above	46	29.9
Role in the Care of the Elderly n(154)		
Supporting daily life skills	67	43.5
No care needs	66	42.9
Health care	21	13.6
The Desire to Live with Parents after Starting Their Own Family n (259)		
I do not want	141	54.4
I want	118	45.6
The Reason of the Desire n (116)		
Love and respect to the elderly	38	32.7
To consider the care of the elderly as a responsibility	35	30.2
For the comfort of the elderly and themselves	30	25.9
To desire to improve family ties and to see the elderly as guides	13	11.2
The Reason of Unwillingness n (113)		
I don't want to disarrange my life	59	52.2
Conflicts in communication	21	18.6
The elderly want to maintain their independence	14	12.4
Small houses and busy life conditions	13	11.5
No reason	6	5.3

In Table 3, sociodemographic characteristics of the healthcare staff and their state of willingness to live with the elderly were compared. When gender and willingness for living with the elderly were compared, it was found that male staff reported their willingness for living with the elderly more than the female ones ($p<0.05$). A statistically significant difference was found between the occupation groups and the willingness to live with the elderly. Physicians and health officers are more willing to live with the elderly when compared to midwives and nurses ($p<0.05$). The state of living in an extended family in childhood and willingness to live with the elderly were examined. 52.0% of the healthcare providers who had lived in an extended family were willing to live with an elderly, and 60.3% of the healthcare providers who had not lived in an extended family stated that they did not want to live with the elderly ($p<0.05$).

Table 3. The Desire to Live with the Elderly according to the Demographic Data of the Health Care Providers

Descriptive Characteristics	The Desire to Live with the Elderly			
	I want	%	I don't want	%
Gender				
Female	62	35.4	113	64.6
Male	56	66.7	28	33.3
Total	118	45.6	141	54.4
Test statistics (X ²)	22.330 ^a			
p	0.000			
Marital Status				
Married	106	46.7	121	53.3
Single	12	37.5	20	62.5
Total	118	45.6	141	54.4
Test statistics (X ²)	0.956 ^a			
p	0.580			
Occupation				
Physician	53	54.6	44	45.4
Nurse	22	34.4	42	65.6
Health officer	9	64.3	5	35.7
Midwife	23	33.8	45	66.2
Others	11	68.8	5	31.3
Total	118	45.6	141	54.4
Test statistics (X ²)	15.676 ^a			
p	0.003			
Education				
PhD	2	33.3	4	66.7
MSc	23	60.5	15	39.5
Bachelor	58	47.9	63	52.1
Associate	19	32.2	40	67.7
High school	16	45.7	19	54.3
Total	118	45.6	141	54.4
Test statistics (X ²)	8.316 ^a			
p	0.081			
Working year in the profession				
1-4 years	9	39.1	14	60.9
5-9 years	12	44.4	15	56.6
10-14 years	17	39.5	26	60.5
15-19 years	25	47.2	28	52.8
20 years and above	55	48.7	58	51.3
Total	118	45.6	141	54.4
Test Statistics (X ²)	1.523 ^a			
p	0.823			
Monthly Income				
Income is less than the expense	16	44.4	20	55.6
Income equals expense	70	41.7	98	58.3
Income is more than the expense	118	45.6	141	54.4
Total	118	45.6	141	54.4
Test Statistics (X ²)	4.577 ^a			
p	0.101			
Extended family life during childhood				
Yes	64	52.0	59	48.0
No	54	39.7	82	60.3
Test statistics (X ²)	3.957 ^a			
p	0.047			

In Table 4, the demographic data of the healthcare providers were compared with the total score and subscore averages of the ageism attitude scale. When the difference between females and males was examined, no difference was found between the total average score and the average score of restricting the life of the elder. The averages of the positive and negative discrimination towards the elderly were found statistically different. While the male health care providers' score average of the positive discrimination towards the elderly was higher, the female health care providers' score average of the negative discrimination towards the elderly was higher ($p < 0.05$). When the distributions of the average scores of the ageism attitude scale were examined in terms of age groups, the difference between the distributions of positive and negative discrimination average scores was found statistically significant ($p < 0.05$). The difference arises from the health care providers between the ages 18-28 and 55-64. While the positive discrimination average score of the health care providers between the ages of 55-64 is higher, the negative discrimination average score of the health care providers between the ages of 18-24 is higher. The willingness to live with the elderly after starting a family was compared with the average scores of the ageism attitude scale. It was found that the positive discrimination average scores of the health care providers who wanted to live with the elderly were higher ($p < 0.05$). In addition to these findings, a participant stated in our qualitative data that *"Old age could be nice, we can think of it as maturity, but until when? Until one cannot stand on his/her own! I think, after that, it is a misery for the elderly and a burden for the person taking care of him/her..."* (K.Ç., 50, female, nurse).

Table 4. The Distribution of the AAS Average Scores according to the Demographic Data of the Health Care Providers

The Score Averages of Ageism Attitude Scale						
	n	%	Total Score	Restricting the life of the Elder	Positive Discrimination Towards the Elderly	Negative Discrimination Towards the Elderly
			Median (25-75)%	Median (25-75)%	Median (25-75)%	Median (25-75)%
Gender						
Female	175	67.6	65.72 %(62-71)	19.26 %(17-21)	29.33 %(27-33)	17.12 %(15-19)
Male	84	32.4	66.10 %(63-70)	18.64 %(17-21)	31.66 %(30-34)	15.79 %(14-18)
Test Statistics			-0.43	-1.26	-3.86	-3.25
p			0.662	0.205	0.000	0.001
Age						
18-24	18	6.9	70.00 %(65.75-75.25)	19.55 %(17-22.25)	31.11 %(30-32)	19.33 %(18.50-21.50)
25-34	47	18.1	65.42 %(61-71)	19.65 %(17-22)	28.00 %(26-31)	17.68 %(15-21)
35-44	117	45.5	65.27 %(62-70)	18.82 %(17-21)	30.10 %(27-34)	16.35 %(14-18)
45-54	71	27.4	65.64 %(64-69)	18.83 %(17-21)	30.95 %(29-34)	15.85 %(14-18)
55-64	6	2.3	70.16 %(66.25-74)	20.33 %(18.50-22.25)	32.16 %(30.50-33.50)	17.66 %(14-20.25)
Test Statistics			11.20	4.98	13.71	21.45
p			0.024	0.289	0.008	0.000
The state of willingness for living with the elderly after starting their own family						
I want	118	45.6	66.17 %(63-71)	18.75 %(17-21)	31.07 %(29-35)	16.34 %(14-19)
I do not want	141	54.4	65.56 %(61-70)	19.31 %(17-21.50)	29.26 %(27-33)	16.98 %(15-19)
Test Statistics			-1.178	-1.475	-3.35	-1.52
p			0.239	0.140	0.001	0.127

In Table 5, when the occupational groups and the score averages of the ageism attitude scale were examined, it was determined that the physicians' and health officers' positive discrimination attitude average scores were higher than nurses' and midwives' ($p < 0.05$). The question that "What do you think about the 60 years old and above individuals' participation in production and work life?" was asked, and a female physician stated her positive opinions on that "... if they are strong enough, of course, they should participate. As long as their health is convenient, they can. Many people can participate. They can share their knowledge. They cannot participate in the active works requiring physical strength, but they can participate in different works. Even they can advise at homes; sharing experience can be sufficient..." (E.A., 47, female, physician). On the other hand, a nurse participant answered the same question by stating her negative thoughts about old age and the elderly by saying that "... I think they cannot participate in the

production. I don't think they can, but I wish they could do. Then they feel more peaceful and happier. They feel that they serve a purpose. For example, I wish they had hobbies such as making flowers or beading as a part of community health. I think it will be very good for them to be interested in something even if they cannot do properly..." (K.Ç., 50, female, nurse). According to the comparison of the education levels and ageism attitude scale, it was found that high school graduates' negative discrimination score averages were high, and the positive discrimination score averages of those having MSc and PhD degrees were higher ($p < 0.05$). As the education level gets lower, the negative ageism score increases. When the working year in the profession and ageism attitude scale were compared, it was found that the negative discrimination score of the health care staff who had been working for 1-5 years was higher ($p < 0.05$). As the working year in the profession increases, the negative ageism score decreases.

Table 5. The Distribution of the Average Scores of AAS in terms of the Demographic Data of the Health Care Providers

		The Score Averages of Ageism Attitude Scale			
	n-%	Total Score	Restricting the life of the Elder	Positive Discrimination Towards the Elderly	Negative Discrimination Towards the Elderly
		Median (25-75)%	Median (25-75)%	Median (25-75)%	Median (25-75)%
Occupation					
Physician	97-37.5	65.83 %(62-70)	18.68 %(16.50-21)	31.41 %(29-34)	15.74 %(14-18)
Nurse	64-24.7	66.40 %(63.25-71)	20.07 %(18-22)	28.79 %(26-32)	17.53% (15-19.75)
Health Officer	14-5.4	67.64 %(62.75-71.50)	19.42 %(18-22.25)	31.00 %(27.25-34.50)	17.21 %(14.75-20.25)
Midwife	68-26.3	64.36 %(59-70)	18.50 %(16-20)	29.02 %(27-32)	16.83 %(15-19)
Others	16-1.7	68.37 %(64.25-74.50)	19.37 %(18-20.75)	30.93 %(30-30.75)	18.06 %(13.75-21.75)
Test Statistics		5.560	8.890	19.067	13.507
p		0.235	0.064	0.001	0.009
Education					
PhD	6-2.3	64.50 %(62.25-66.25)	16.66 %(15.25-18.25)	32.83 %(30.50-34.75)	15 %(14.50-16)
MSc	38-14.7	65.13 %(61.75-70)	18.71 %(16-21)	31.05 %(27-35)	15.36 %(14-18)
Bachelor	59-22.8	65.61 %(62-71)	19.12 %(17-21)	30.03 %(28-33.50)	16.45 %(14.50-18.50)
Associate	121-46.7	65.52 %(60-69)	18.64 %(17-20)	28.83 %(26-32)	17.05 %(15-19)
High school	35-13.5	69.88 %(65-75)	20.34 %(18-23)	30.88 %(30-32)	18.65 %(15-21)
Test Statistics		14.69	9.90	9.99	18.95
p		0.005	0.042	0.041	0.001
Working year in the profession					
1-4 years	9-39.1	67.39 %(66-74)	19.82 %(17-22)	29.04 %(28-32)	18.52 %(17-21)
5-9 years	12-44.4	67.25 %(62-70)	19.44 %(17-21)	29.77 %(27-32)	18.03 %(16-20)
10-14 years	17-39.5	65.79 %(61-71)	18.93 %(17-21)	29.83 %(26-34)	17.02 %(15-19)
15-19 years	25-47.2	65.05 %(61.50-70.50)	18.75 %(17-20.50)	30.41 %(28-33)	15.88 %(14-18)
20 years and above	55-48.7	65.58 %(63-69.50)	19.00 %(17-21)	30.31 %(28-33.50)	16.25 %(14-18)
Test Statistics		7.292	3.09	2.702	17.79
p		0.121	0.543	0.609	0.001

The participants were asked about their thoughts on old age. 66% of them stated their thoughts as compassion. 17.3% defined old age as a disease, 9.6% as a dependency, 2.8% as weakness, and 1.9% as wisdom. In addition to these findings, E.A. (47, female, physician) stated for our qualitative data that “...people are in the mood of old age after a certain age. They are in the mood that they have some problems due to their age. Generally, they are heading for a fall. I think that if people are healthy, they should be as old as they feel psychologically. Being away from their children, being dependent, and having some chronic diseases can affect people psychologically. I think people are not at the physical age, but they are as old as they feel if they are healthy...”

R.H (43, female, lab technician) statement: “I think young individuals do not understand old individuals entirely. Ummm... the reason for this is those young individuals do not want to engage in old individuals. They don't want to engage in dialogue. Now technology has improved, there are cell phones, that is, they prefer to engage in their social life rather than in the elderly. The elderly expect attention and love from the young. They want the others to be interested and chat with them. Ummm... They want warm communication, but they do not have that.”

The statement of Ö.G. (43, female, midwife), on how she sees the psychology of the elderly: “The elderly think that they are neglected by their children, daughters-in-law, and grandchildren as I have observed the patients who come here. They have a longing for the past. In the past, they were all together. Now they think they are alone. They want to live together, so I don't think they are in a good mood. Their expectations from the young are too much. They expect from their children, from other people; they always expect things from others. They make themselves unhappy since they have too many expectations.”

The statement of M.A. (39, male, health officer) on what he thinks about the psychological health state of the elderly: “Even if they have raised strong individuals, the elderly are not benefited much psychologically after a certain age. I see they isolate themselves, and I think this affects them psychologically very much. I think society pushes them, pushes them to loneliness. This is so in our society. I don't know if this is so in other societies, I haven't searched about it. However, as we see, the elderly are more active in other societies. They are more active than the ones we see in our environment. They are more social. I feel that the elderly in our society isolate themselves, and also we push them to retire into their shells.”

The statement of G.B. (42, female, midwife) about the old age and the participation of the elderly in working life: “I

think they should be in working life to benefit from their wide experiences, but perhaps there can be works they cannot put up with. In this case, they can take passive roles. These roles may be in the management, or their experiences can be benefitted. There are many professors above the ages 65 and 70 in our country or the world. How can we isolate people who have devoted themselves to society? They have made a great effort. How can we isolate people at that age? We have cardiac surgeons above 70 years old. Can we isolate these people by saying that they are old?"

DISCUSSION

Most of the health care providers included in the research are females (Table 1). Generally, women provide care for the elderly in the world and our country. With the involvement of women in working life, it is thought that the load of elderly care on women, who are exposed to every type of gender apartheid, especially in our country, has increased. It is thought that this burden results in the situation that the women participating in the working life do not want to take the responsibility of the elderly individuals' care at home^{25,26}.

In Turkish society, it is important to respect the elderly, listen to their advice, and look after them^{1,27}. The rate of the health care providers stating that they wanted to live with their parents was 45.6%, and 32.7% of them indicated that they felt love and respect for the elderly, 30.3% stated that looking after the elderly was a responsibility, and 11.2% stated that they wanted to improve their family ties (Table 2). They said that elderly individuals were good guides, and it was better to live together to comfort the elderly and themselves. The number of people who want to live with the elderly decreases due to the changing social structure, rural-urban migration, nuclear family's becoming widespread, small houses, and people's desire to spend more time with their nuclear family^{4,5,28}. When the reasons for the unwillingness to live with the elderly (parents) were examined, the participants mentioned the conflicts in communication, small houses, and busy life conditions. Female health care providers stated the willingness to live with the elderly less than the male ones ($p<0.05$) (Table 3). In the literature, some studies reveal that there is no difference in ageism in terms of gender^{1,13,29-31}, but others reveal that there is a difference^{4,20,25,32}. In this study, negative ageism scores of females were found higher when compared to males ($p<0.05$) (Table 3). This result may be because women have many responsibilities both at work and at home. In Turkey, care of the elderly is usually the responsibility of women according to gender roles. The women providing care expect support from others, and they also expect the elderly to take their responsibilities. When these expectations fail to be satisfied, they may not want to provide care.

When the state of willingness to live with the elderly was examined in terms of occupational groups, most physicians, health officers, emergency medical technicians, and lab technicians were willing to live with the elderly. However, most nurses and midwives did not want to live with an elderly individual ($p<0.05$) (Table 3). In the comparison of

the occupational groups with the score averages they obtained from the scale, the difference was statistically significant ($p<0.05$) (Table 3). The positive discrimination score averages of the physicians and health officers were found higher than the other occupational groups. The negative discrimination score averages of the nurses and midwives were found higher than the other occupational groups. The majority of the physicians and all health officers included in the study were males, and the whole nurses and midwives were females. This conforms to the other data obtained from the research. According to the study conducted by Ögönder et al., physicians take a positive attitude towards the elderly³³⁻³⁵. This result is similar to our findings.

"How their appearance should be? They should take good care of themselves. They should be dressed as they are happy. Of course, some need to use canes. Umm.. in our society, there is so much vitamin D deficiency and osteolysis, so their body can be bent. I don't know if I would express this physical appearance as the appearance. That is .. umm.. I think.. years ago...as we have learned that people at the age of 40, our parents.. they do not wear red clothes, colorful clothes. They were in the mood of being elderly. However, as I said, I am about 50, and I wear red clothes, pink ones and also purple ones.. that is I prefer the colors that I like." (E.A., 47, female, physician).

"I don't think they will be productive after that age. However, as I said, it isn't right for them to take a back seat. They should produce what they can produce, do what they can do. Nobody will find it odd, ummm... nobody will look down on what they do. Ummm... it is important to do what they can. Ummm... neither we nor the society expects great productivity from them. They should do what they can, and they shouldn't take the back seat." (Ö.G., 43, female, midwife).

"I don't think they can participate in the production. I don't think they can do; I wish they could. Then they would feel more peaceful, happier, and useful. Not the production, but, for example, I wish they had some hobbies such as making artificial flowers or beading, by being a part of society health. I think, even if they cannot do properly, it will be good to try to do something for them." (K.Ç., 50, female, nurse).

In addition to the quantitative data, it can be stated that the data obtained from the interviews with the health care providers support the quantitative data when they are evaluated in terms of occupational groups. When the ages of the health care providers were compared with the ageism attitude score averages, it was found that there was a significant difference between the score averages of the participants in the 18-24 age group and the ones in the 55-64 age group (Table 4) ($p<0.05$). Adibelli et al. found that the participants above 25 had more positive discrimination towards the elderly¹⁷. Soyuer et al. determined that as the students studying in health care progressed in their education, their attitude towards the elderly became more positive with the effect of the courses they took¹¹. In another study, it was found that the young were in a more positive attitude towards the elderly in the later periods of their lives³⁶. It was determined that individuals between the

ages of 25-54 had more negative attitudes towards the elderly. It can be stated that rural-urban migration and nuclear family structure have become more common with the changing social structure. People want to be interested in their own family and do not want to live with the elderly³⁷. It was determined that the health care providers between the ages 55-64 had a more positive attitude towards the elderly. In the literature, there are some similar studies^{4,11}. World Health Organization (WHO) defines old age as the age of 65 and above. It can be considered that the health care providers between the ages 55-64 had a higher score average since they had more working time in the profession and their ages were close to the age that WHO stated.

However, when the educational status of the health care providers was compared to the ageism attitude score averages, it was found that the average score of the ones who were more highly trained got lower (Table 5) ($p<0.05$). Yılmaz et al. examined the attitudes of young adults towards ageism in their study. They found that high school and bachelor degree graduates had more positive discrimination towards the elderly when compared to the primary school and secondary school graduates³. Külahçı evaluated the ageism in the freshmen and senior nursing students, and he determined that senior students had a more positive attitude than the freshmen. The result was that as the educational status increased, ageism decreased³⁸. Ünal et al. found that university graduates had more negative attitudes when compared with the elementary and high school graduates⁵. When the working year and ageism attitude scale scores were compared, it was seen that the health care providers who worked between 1-5 years revealed more ageism according to the negative discrimination score averages ($p<0.05$). As the working years in the profession increases, discrimination against the elderly decreases. In the study conducted by Ünal et al., it was determined that as the working year increases, ageism became more positive⁵. This result is similar to our findings.

While 52.0% of the health care providers who had lived in an extended family in childhood period were willing to live with the elderly, 60.3% of the participants who had not lived in an extended family during childhood period stated that they did not want to live with the elderly (Table 3). In the study conducted by Ünal et al., it was detected that individuals living in an extended family spend more time with the elderly, and they have positive thoughts about the elderly⁵. Living in an extended family and having been accustomed to this situation can comfort individuals about the willingness to live with an elderly^{39,40}. However, people who have grown up in a nuclear family may not want to give up their lifestyles (having their own bedroom and having only their own rules). This case can explain why health care providers growing up in a nuclear family do not want to live with the elderly.

In the research, while some health care providers take old age and getting old as compassion and wisdom, others express their opinions about old age as a disease, dependency, and weakness. In the studies conducted by Külahçı and Adibelli et al., it is stated that nursing students

express their thoughts on the old age as “dependency on someone else, hopelessness, loneliness and poverty”^{9,38}. Özdemir and Bilgili state that students report that old age is associated with the concepts of disease, compassion, and weakness⁴. In the related studies, it can be stated that old age is usually associated with negative situations. It can be thought that there are physical, social, and psychological losses with old age, and these might cause negative thoughts. Positive thoughts of the health care providers included in the study are more than negative thoughts.

CONCLUSIONS

Depending on the data obtained from this research and the statements of the health care providers, it is determined that the participants' thoughts that there is ageism in the society on different points. In addition, it can be stated that health care providers have positive and negative thoughts about old age. It can be thought that especially female health care providers should be trained on ageism and old age so that their risk of discrimination decreases. During the training on ageism, it is thought that the health care providers who work with the elderly will increase their knowledge about old age characteristics, and this knowledge will help health care providers to expand their awareness for the elderly and to be more patient and calmer towards them.

Ethics Committee Approval: Approval was obtained from the Ethics Committee of Erciyes University (2016/21).

Conflict of Interest: Not reported.

Funding: None.

Exhibitor Consent: Informed consent was obtained from health care professionals.

Author contributions:

Study design: FTS, EB, ZKE

Data collection: FTS, EB, ZKE

Data analysis: FTS, EB, ZKE

Drafting manuscript: FTS, EB, ZKE

Acknowledgement: We would like to thank all health care professionals who participated in the study and Bilge Firdevs Gökdoğan for her supports in the English translation and editing of the manuscript.

Etik Kurul Onayı: Erciyes Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul’undan alınmıştır (2016/21).

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yoktur.

Katılımcı Onamı: Sağlık personelinin bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Yazar katkıları:

Çalışma dizaynı: FTŞ, EB, ZKE

Veri toplama: FTŞ, EB, ZKE

Veri analizi: FTŞ, EB, ZKE

Makale yazımı: FTŞ, EB, ZKE

Teşekkür: Çalışmaya katılan tüm sağlık personeline teşekkür ederiz. Araştırmaya çeviri ve düzeltme için destek veren Bilge Firdevs GÖKDUMAN’a teşekkür ederiz.

REFERENCES

1. Vefikuluçay Yılmaz D, Terzioğlu F. Development and psychometric evaluation of ageism attitude scale among the university students. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2011;14(3):259-68.
2. Koç A, Yıldırım R, Gürcü M, Uluçay DV. An evaluation of the behaviours of the college students towards ageism. *Ann Eurasian Med*. 2013;1(3):49-55.
3. Yılmaz M, Altıok M, Polat B, Darıcı M, Sungur MA. Genç erişkinlerin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları. *Turkish J Geriatr*. 2012;15(4):416-23.
4. Özdemir Ö, Bilgili N. Sağlık hizmetlerinde yaşlı ayrımcılığı. *Gülhane Med J*. 2014;56:128-31.
5. Ünal D, Soyuer F, Elmalı F. Geriatri merkez çalışanlarının tutumunun değerlendirilmesi. *Kafkas Med Sci J*. 2012;2(3):115-20.
6. Schniter E, Shields TW. Ageism, honesty and trust. *J Behav Experimental Econ*. 2014;51:19-29.
7. Demographic change of the elderly population [Internet]. 2020 [Cited 18 Nov 2020]. Available from: <https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/45354/age-population-demographic-change-2020.pdf>
8. Yılmaz E, Özkan S. Hemşirelik öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları. *Maltepe Univ Nurs Sci Art J*. 2010;3(2):35-52.
9. Adıbelli D, Türkoğlu N, Kılıç D. Öğrenci hemşirelerin yaşlılığa ilişkin görüşleri ve yaşlılara karşı tutumları. *Dokuz Eylül University Faculty of Nursing Electronic Journal* [Internet]. 2013 [Cited 3 Jan 2018]. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/deuhfed/issue/46815/587074>
10. Güven ŞD, Muz GU, Efe Ertürk N. Üniversite öğrencilerini yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları ve bu tutumların bazı değişkenlerle ilişkisi. *Anadolu Nurs Heal Sci J*. 2012;15:99-105.
11. Soyuer F, Ünal D, Güleser N, Elmalı F. Sağlık meslek yüksek okulu öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları ve bu tutumların bazı demografik değişkenlerle ilişkisi. *Mersin University Health Science Journal*. 2010;3(2):20-5.
12. Palmore, E. Ageism: Negative and positive. (2nd ed.). New York: Springer Publishing Co; 1999.
13. Akdemir N, Çınar F, Görgülü Ü. Yaşlılığın algılanması ve yaşlı ayrımcılığı. *Turkish J Geriatr*. 2007;10 (4):215-22.
14. Treharne G. Attitudes towards the care of elderly people: are they getting better? *J Adv Nurs*. 1990;15(7):777-81.
15. Altay B, Aydın T. Hemşirelik öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına yönelik tutumlarının değerlendirilmesi. *Education and Research in Nursing Journal* [Internet]. 2015 [Cited 3 Jan 2018]. Available from: <http://www.kuhead.org/jvi.aspx?pdid=kuhead&plng=tur&un=KUHEAD-79664&look4=>
16. Lee M, Reuben DB, Ferrell BA. Multidimensional attitudes of medical residents and geriatrics fellows toward older people. *West J Emerg Med*. 2005;53:489-94.
17. Hughes NJ, Soiza RL, Chua M, Hoyle GE, MacDonald A, et al. Medical student attitudes toward older people and willingness to consider a career in geriatric medicine. *J Am Geriatr Soc*. 2007;56(2):334-8.
18. Tel H, Yıldırım M. Yaşlılara verilen hizmeti etkileyen bir faktör: Sağlık çalışanlarının yaşlılara yönelik tutumları. In: 6th National Geriatrics Conference. 2007.
19. Tezcan S, Seçkiner P. Türkiye’de demografik değişim; yaşlılık perspektifi. In: *Elderly Health: Problems and Solutions* [Internet]. 2012 [Cited 3 Jan 2018]. Available from: http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/yaslisagligiyeni16.7.2012.pdf
20. Dinçer Y, Usta E, Bulduk S. Üniversite öğrencileri gözüyle yaşlılık nasıl algılanıyor? *Elderly Problems Research Journal* [Internet]. 2016 [Cited 3 Jan 2018]. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/yasad/issue/23911/254823>
21. Boz H, Gökçe N, Özüstün Kırıl A, Mutlu E, Selvi N, Ünlü D, et al. Sağlık bilimleri fakültesi ve iktisadi ve idari bilimler fakültesi öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları. *Sağlık Akad Kastamonu* [Internet]. 2017 [Cited 3 Jan 2018]. Available from: <http://dergipark.gov.tr/doi/10.25279/sak.303050>
22. Yılmaz D, Terzioğlu F. Development and psychometric evaluation of ageism attitude scale among the university students. *Turkish J Geriatr*. 2011;14(3):416-23.
23. McKinlay A, Cowan S. Student nurses’ attitudes towards working with older patients. *J Adv Nurs* [Internet]. 2003 [Cited 3 Jan 2018]. Available from: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02713.x>
24. Demir E, Saatçioğlu Ö, İmrol F. Uluslararası dergilerde yayımlanan eğitim araştırmalarının normallik varsayımları açısından incelenmesi. *Current Research in Education*. 2016;2(3):130-48.
25. Ögütöğulları E, Kılıç C. Türkiye işgücü piyasasında yeni bir problem alanı: 40 yaş ve üstü işsizler. *Labor Relationships J*. 2016;7(1):85-97.
26. Kaçan H, Dibekli E, Akkan K. The evaluation of ageism attitude levels of individuals in society. *Elderly Problems Research Journal* [Internet]. 2018 [Cited 15 Dec 2019]. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/yasad/issue/41789/368469>
27. Giardina-Roche C, Black ME. Attitudes of diploma student nurses toward adult clients. *J Nurs Educ*. 1990;29(5):208-14.
28. Çilingiroğlu N, Demirel S. Yaşlılık ve yaşlı ayrımcılığı (Old age and ageism). *Turkish J Geriatr*. 2004;7(4):225-30.
29. Reuben DB, Fullerton JT, Tschann JM, Croughan-Minihane M. Attitudes of beginning medical students

- toward older persons: A five-campus study. Univ Calif Acad Geriatr Soc [Internet]. 1995 [Cited 3 Jan 2018]. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1995.tb06626.x>
30. Bulut E, Çilingir D. Yaşlı ayrımcılığı ve hemşirelik bakımına yansımaları. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2016;15(5):446-9.
 31. Yardımcı Gürel T. Hemşirelik öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına yönelik tutumları ve etkileyen faktörler. Turkey Clinical Journal of Nursing Science. 2019;11(4):381-9.
 32. Koç A, Öztaş D, Uysal N, Demircan Z, Erdem Ö, Sarı E. Klinik hemşirelerinin yaşlılara ilişkin düşünce ve tutumları. Ankara Medical Journal. 2018;18(4):500-7.
 33. Ogender O, Yapıcı G, Taşdelen B, Akça T. Mersin ilinde bir grup hekimin yaşlı ayrımcılığı hakkında düşünceleri. Turkish J Geriatr. 2012;15(4):409-15.
 34. Kissal A, Okan F. Attitudes of health care workers working at family health centers in Tokat towards ageism. Turkey Journal of Family Practice. 2018;22(4):202-12.
 35. Naldan M E, Kara D, Soyalp C, Gürol A. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan sağlık personelinin yaşlılığa ilişkin ayrımcı tutumlarının değerlendirilmesi. Bakirkoy Medical Journal. 2018;14(1):8-16.
 36. Mandıracıoğlu A, Çam MO. Huzurevi çalışanlarının sorunları ve çalışanlar hakkında görüşleri. Turkish J Geriatr. 2004;7:29-32.
 37. Rosowsky E. Ageism and professional training in aging: who will be there to help? Generations. 2005;29(3):55-8.
 38. Külahçı H. Hemşirelik lisans programı birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinin yaşlılık ve yaşlanmaya ilişkin düşüncelerinin ve görüşlerinin değerlendirilmesi. Dokuz Eylul Univ Sch Nurs Electron J. 2010;3(1):15-21.
 39. Kaçan H, Dibekli E, Akkan K. The evaluation of ageism attitude levels of individuals in society. Elderly Problems Research Journal. 2018;11(2):8-15.
 40. Okuyan Birimoğlu C, Karasu F. Yaşlı bakım personelinin yaşlılara karşı tutumlarının belirlenmesi: bakım sorunları ve müdahale önerileri. Adıyaman University Journal of Health Sciences. 2020;6(1):77-83.

Araştırma makalesi

Research article

Yaşlı Bireylerde Uyku Sorunlarını Gidermeye Yönelik
Nonfarmakolojik Müdahaleler: Sistemik DerlemeGülfidan BAŞER¹, Filiz HİSAR²

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada yaşlı bireylerde uyku sorunlarını gidermeye yönelik nonfarmakolojik müdahaleleri içeren randomize kontrollü çalışmaların sistemik olarak incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma için, Nisan-Haziran 2019 tarihleri arasında; Google Akademik, Wiley, Web of Science, Springer Link, Scopus, Science Direct, Clinical Key, CINAHL, PubMed, Ulusal Tez Merkezi (<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>), Dergipark ve Ulakbim arama motorlarından tarama yapılmıştır. Sistemik derlemeye Ocak 2014-Mayıs 2019 yıllarında yayımlanmış, yaşlılıkta uyku sorunlarına yönelik kullanılan nonfarmakolojik yöntemleri bildiren randomize kontrollü çalışmalar dahil edilmiştir.

Bulgular: Tarama sonucunda altı çalışma ile veri çekme işlemi gerçekleştirilmiştir. İncelenen çalışmalarda yaşlı bireylerde uyku ile ilgili görülen sorunlara yönelik kullanılan yöntemler; bilişsel davranışçı terapi, müzik terapi, anımsama terapisi, fitoterapi (papatya özü), akupres, refleksoloji ve ayak banyosu olarak sıralanmaktadır.

Sonuç: Sonuç olarak bu sistemik derlemeye dahil edilen çalışmalarda uygulanan yöntemlerin hiçbir yan etkisi bildirilmemiştir. Kullanılan yöntemlerin hepsinde uyku kalitesinde iyileşmeler olduğu görülmektedir. Bu yöntemler uyku sorunlarını gidermeye yönelik kolaylıkla kullanılacak yöntemler olmakla birlikte bu çalışmaların tekrarlanıp daha güçlü kanıtların sunulmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Kanıtı dayalı uygulamalar, nonfarmakolojik müdahale, uyku, yaşlı

ABSTRACT

Nonpharmacological Interventions towards the Sleep Problems in the Elderly: A Systematic Review

Aim: This study aims to perform a systematic review of the randomized controlled studies conducted on nonpharmacological interventions to relieve sleep problems in the elderly.

Material and Methods: Google Scholar, Wiley, Web of Science, Springer Link, Scopus, Science Direct, Clinical Key, CINAHL, PubMed, National Thesis Center (<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>), Dergipark and Ulakbim databases were searched between April and June 2019. Randomized controlled trials, published between January 2014 and May 2019, reporting nonpharmacological methods used for sleep problems in the elderly were included in the systematic review.

Results: As a result of the database search, six studies were used for data collection. In the studies reviewed, the common methods used for the sleep-related problems in the elderly include cognitive behavioral therapy, music therapy, reminiscence therapy, phytotherapy (chamomile extract), acupressure, reflexology, and foot bath.

Conclusion: As a result, no side effects of the methods applied were reported in the studies included in this systematic review. All of the methods used seem to have improvements in sleep quality. Although these methods are easily used to solve sleep problems, there is a need to repeat these studies and provide stronger evidence.

Keywords: Elderly, evidence-based practice, nonpharmacological intervention, sleep

¹Öğr. Gör., KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Konya, Türkiye, E-posta: gulfidan.baser@gmail.com, Tel: 444 1251-7550, ORCID: 0000-0002-0171-4377

²Prof. Dr., Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Konya, Türkiye, E-posta: filiz.hisar@gmail.com, Tel: +90 332 320 40 49, ORCID: 0000-0003-0640-0091

Geliş Tarihi: 09 Haziran 2020, Kabul Tarihi: 30 Mart 2021

Atrf/Citation: Başer G, Hisar F. Yaşlı Bireylerde Uyku Sorunlarını Gidermeye Yönelik Nonfarmakolojik Müdahaleler: Sistemik Derleme. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2021;8(2):178-185. DOI: 10.31125/hunhemsire.966442

GİRİŞ

Yaşlanma ile birlikte uyku yapısında değişiklikler beklenmektedir. Bu değişiklikler toplam uyku süresi ve uyku sürekliliğinde azalma şeklinde görülmektedir¹⁻³. Uyku sürekliliği, hem uykuya daldıktan sonra uyanma ile hem de uyku başlangıcındaki gecikme artışından dolayı yaşlanmayla birlikte azalmaktadır².

Yaşlı bireylerde uyku bozuklukları prevalansı %24 ile %70.4 arasında değişmektedir⁴⁻⁶. Uyku bozuklukları, özellikle yaşlı bireylerin zihinsel ve fiziksel sağlıkları üzerinde olumsuz etkiler neden olmaktadır⁴. Gece uyku bozukluğu ve gündüz uykululuk hali olan yaşlı bireylerde olmayanlara göre kognitif fonksiyon bozukluğu görülme riski daha yüksektir⁷. Altı yıllık bir prospektif çalışmanın sonuçlarına göre gündüz gerçekleşen aşırı uyku halinin yaşlı bireylerde ilk ve tekrarlayan kardiyovasküler hastalıklar riskini artırdığı bildirilmiştir⁸. Kore’de yapılan bir çalışmada ise yaşlı bireylerin yaklaşık üçte birinin insomniadan muzdarip olduğu ve insomnia hastalarının, özellikle de depresif belirtiler olmak üzere çeşitli komorbid durumlar gösterdiği belirtilmektedir⁹.

Uykunun, homeostazi devam ettirmek gibi önemli bir işlevi vardır¹⁰. Bu nedenle yaşlı bireylerde uyku bozukluklarına yönelik müdahalelerin bilinmesi hayati önem taşımaktadır. Uyku bozukluklarının çoğunun yönetimi genellikle hem farmakolojik hem de farmakolojik olmayan müdahaleleri içeren çoklu terapötik rejimler gerektirir¹¹. Literatürde nonfarmakolojik müdahalelerin ilaç tedavilerine kıyasla yan etkilerinin daha az olduğu belirtilmektedir¹²⁻¹⁴.

Yaşlı bireylerin bakımıyla ilgilenen gruplardan biri de hemşirelerdir. Hemşireler huzurevlerinde ve primer bakım merkezlerinde yaşlılarla çalışmaktadır. Sağlık sektörünün en büyük bölümü olan ve kanıta dayalı pratiğin bir uygulama normu olarak tercüme edilen hemşirelerin, nonfarmakolojik uygulamalar konusundaki kanıtları bilmesi hayati önem taşımaktadır¹⁰. Bu nedenle bu çalışmada yaşlı bireylerde uyku sorunlarını gidermeye yönelik nonfarmakolojik müdahaleleri içeren randomize kontrollü çalışmaların sistematik olarak incelenmesi amaçlanmıştır. Literatürde bu konuda yapılmış benzer çalışmalar bulunmakla birlikte^{15,16} bu çalışmalar örneklem, tarama zamanı ve uyku kalitesi için özellikle belirtilmiş nonfarmakolojik bir yöntemin etkinliğinin araştırılması gibi özelliklerinden dolayı farklılık göstermektedir. Bu sistematik derlemenin uyku bozukluklarına yönelik nonfarmakolojik uygulamalar konusunda ortak bir bakış açısı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada yaşlı bireylerde uyku sorunlarını gidermeye yönelik nonfarmakolojik müdahaleleri içeren randomize kontrollü çalışmaların sistematik olarak incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın soruları;

1. Yaşlı bireylerde uyku kalitesini etkileyen nonfarmakolojik yöntemler nelerdir?
2. Yaşlı bireylerde uyku kalitesini etkileyen nonfarmakolojik yöntemlerin etkinliğinin kanıtları nelerdir?

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırma Türü

Bu çalışmanın türü sistematik derleme olup, sistematik derleme protokolünün oluşturulması ve makalenin yazımında PRISMA Bildirimi’nden yararlanılmıştır¹⁷.

Tarama stratejisi

Çalışma için, Nisan-Haziran 2019 tarihleri arasında; Google Akademik, Wiley, Web Of Science, Springer Link, Scopus, Science Direct, Clinical Key, CINAHL, PubMed, Ulusal Tez Merkezi (<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/>), Dergipark, ve Ulakbim arama motorlarından tarama yapılmıştır. Taramada Türkçe “yaşlı” ve “uyku” veya “uyku kalitesi” ve “randomize kontrollü çalışma” ve “nonfarmakolojik”; İngilizce “elderly” or “older people” and “sleep” or “sleep quality” and “randomized controlled trial” and “nonpharmacologic” anahtar kelimeleri kullanılmıştır. Sistematik derlemeye Ocak 2014-Mayıs 2019 yıllarında yayımlanmış, yaşlılıkta uyku sorunlarına yönelik kullanılan nonfarmakolojik yöntemleri bildiren çalışmalar dahil edilmiştir.

Uygunluk Kriterleri

Bu çalışmaya, 60 yaş ve üstü, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi skoru 5’ten büyük olan, uyku sorununa yönelik tıbbi tedavi almayan, bilişsel işlev bozukluğu olmayan bireylerin dahil edildiği, uyku sorunlarına yönelik müdahaleleri içeren, 2014 ve sonrasında yayınlanan randomize kontrollü çalışmalar dahil edilmiştir.

Çalışmaların belirlenmesi ve seçimi

Bu çalışmaya, Türkçe ve İngilizce olarak yayınlanmış, yaşlı bireylerde uyku bozukluklarına yönelik nonfarmakolojik girişimlerin etkisini bildiren randomize kontrollü araştırma makaleleri alınmıştır. Makale seçim sürecinin ayrıntıları Şekil 1’de verilmiştir. Bu sistematik derlemede çalışmaların belirlenmesi ve seçimi iki araştırmacı tarafından bağımsız olarak yapılmış ve herhangi bir çalışma hakkında görüş farklılığı olduğunda tartışılarak uzlaşmaya varılmıştır. Başlık ve özete göre yapılan seçimden sonra 28 makale tam metne göre kalite değerlendirmesine alınmıştır.

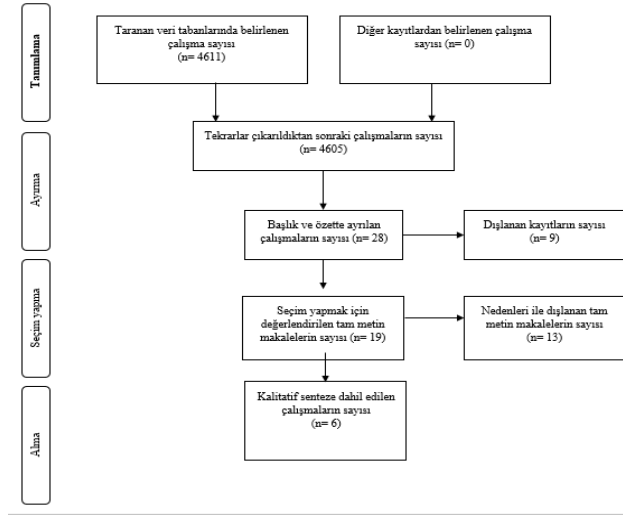
Çalışmaların metodolojik kalitesinin değerlendirilmesi

Bu sistematik derlemeye alınan makalelerin metodolojik kalitesi iki araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir. Çalışmada randomize kontrollü araştırmaların kalitesini değerlendirmek için “The Joanna Briggs Institute Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews Checklist for Randomized Controlled Trials” kullanılmıştır¹⁸. Bu, randomize kontrollü araştırma makalelerinin hazırlanması sırasında, makalede yazılması gereken bölümleri gösteren 13 maddeden oluşan bir kontrol listesidir. Kalitatif senteze dahil edilen çalışmaların sayısı 6’dır (Şekil 1).

Verilerin çekilmesi ve analizi

Araştırma verilerini elde etmek için araştırmacılar tarafından geliştirilen veri çekme aracı kullanılmıştır (Tablo 1). Bu veri çekme aracı ile sistematik derlemeye alınan çalışmaların yapıldığı ve yayınlandığı yıl, çalışma deseni, veri toplama aracı, araştırmanın yapıldığı ülke, çalışma alanı, örneklem hacmi, yaş, uygulanan nonfarmakolojik yöntem ve girişimlerin etkisi hakkındaki verilerin toplanması

sağlanmıştır. Veri çekme işlemi birinci araştırmacı tarafından bağımsız olarak yapılmış ve ikinci araştırmacı tarafından kontrol edilmiştir.



Şekil 1. Çalışmaların Seçimi ve Alınma Süreci

İstatistiksel çözümleme

Uygulanan yöntem, araştırma deseni ve müdahale sürelerindeki değişiklikler nedeniyle meta-analiz yapılamamış, elde edilen veriler tablolaştırılarak sunulmuştur (Tablo 1).

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu sistematik derleme için sadece İngilizce ve Türkçe dillerinde tarama yapılmış olması araştırmanın sınırlılığıdır.

BULGULAR

Tarama bulguları

Tarama sonucunda başlangıçta 4611 çalışmaya ulaşılmış, tekrar eden çalışmaların çıkarılması ve başlık ve özete göre yapılan seçimden sonra 28 çalışma tam metne göre kalite değerlendirmesine alınmıştır. Kalite değerlendirilmesinden sonra da 6 çalışma ile veri çekme işlemi gerçekleştirilmiştir.

Metodolojik kalite değerlendirme bulguları

Bu sistematik derlemeye 13 maddelik Joanna Briggs Institute (JBI) kontrol listesinin en az dokuzunu karşılayan randomize kontrollü çalışmalar dahil edilmiştir.

Çalışmaların özellikleri

Sistematik derlemeye altı çalışma dahil edilmiştir. Bu çalışmalar 2010-2017 yıllarında Dünya’da ve Türkiye’de yapılmış ve İngilizce olarak 2014-2019 yıllarında yayınlanmış, yaşlı bireylerde uyku bozukluklarını gidermeye yönelik uygulanan nonfarmakolojik müdahaleleri içeren randomize kontrollü çalışmalardır. Çalışmalarda verilerin toplandığı ve yayımlandığı zaman arasındaki süre ortalaması üç yıl olarak bulunmuştur. Ancak araştırmaların bir tanesinde verilerin toplandığı yıl bildirilmemişti. Çalışmalarda toplam 498 kişi yer almıştı. Çalışmalar Dünya’nın beş farklı ülkesinde yapılmıştı. Çalışmalarda verilerin huzurevleri, sağlık bakım merkezleri ve toplum merkezlerinde toplandığı görülmüştür. Çalışmaların

örneklem hacminin 54-159 arasında değiştiği belirlenmiştir (Tablo 1).

Yaşlı bireylerde uyku ile ilgili görülen sorunlara yönelik kullanılan yöntemler

İncelenen çalışmalarda yaşlı bireylerde uyku ile ilgili görülen sorunlara yönelik kullanılan yöntemler; bilişsel davranışçı terapi, müzik terapi, anımsama terapisi, fitoterapi (papatya özü), akupres, refleksoloji ve ayak banyosu olarak sıralanmaktadır.

Sonuç Ölçütleri

Sistematik derlemeye dahil edilen altı çalışmada da uyku kalitesinin belirlenmesi amacıyla PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index) kullanılmıştır.

Müdahale Kategorisine Göre Araştırma Sonuçları Zihin Beden Temelli Uygulamalar

Sistematik derlemeye dahil edilen çalışmaların üçü zihin beden temelli uygulamaları objektif ölçüm teknikleriyle değerlendirmiştir¹⁹⁻²¹. Bu çalışmalarda kullanılan yöntemler bilişsel davranışçı terapi, müzik terapi ve anımsama terapisi olarak sıralanmaktadır. Klinisyen olmayan uyku koçları tarafından sunulan ve altı hafta süren yapılandırılmış bir bilişsel davranışçı terapi programı bireysel ve grup terapisi olmak üzere iki farklı gruba uygulanmış, üçüncü grubun da rutin bakımı sürdürülmüştür. Bireysel ve grup davranışçı terapi müdahalesinin kronik uykusuzluğu olan yaşlı bireylerde uyku kalitesini önemli ölçüde arttırdığı ve uykudaki bu iyileşmenin 12 aya kadar sürdürüldüğü ve iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir¹⁹. Müzik terapinin uyku kalitesine etkisinin PSQI puanı ile değerlendirildiği çalışmada yapılan ön testte bütün katılımcıların uyku kalitesi düşük çıktığı için öncelikle deney ve kontrol grubuna 10-15 dakika süren bir seanslık uyku hijyeni eğitimi verilmiştir. Uyku hijyeni eğitiminin ardından deney grubuna müzik müdahalesi konusunda deneyimli uzmanlar tarafından seçilen Çin enstrümental klasik müzik, Batı klasik müziği, doğal sesler ve enstrümental klasik şarkıları içeren 169 parçadan oluşan bir listeden katılımcılara seçtiği şarkı üç ay boyunca gecelik 30-45 dakika dinletilmiştir. Sonuçta 1., 2. ve 3. aylarda uyku kalitesinin sürekli iyileştiği sonucu elde edilmiştir²⁰. Anımsama terapisi, müdahale grubundaki katılımcılara 25-30 dakika süren bireysel seanslar şeklinde haftada bir kez 12 hafta boyunca uygulanmış, kontrol grubuna herhangi bir girişimde bulunulmamıştır²¹. 12 haftanın sonunda yapılan ölçümlerde anımsama terapisinin huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde uyku kalitesi üzerine olumlu etkileri olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Biyolojik Temelli Uygulamalar

Biyolojik temelli uygulamalardan fitoterapinin kullanıldığı bir çalışmada papatya özünün yaşlı bireylerde uyku kalitesi üzerinde etkinliği değerlendirilmiştir. Bu çalışmada deney grubuna 200mg’lık papatya özü kapsüllerinden 28 gün boyunca günde iki tane verilmiştir. Kontrol grubundaki katılımcılara ise benzer şekilde buğday kapsülleri (200 mg) verilmiştir. Uyku kalitesi müdahaleden hemen önce, müdahalenin başlamasından iki hafta sonra, müdahalenin tamamlanmasından hemen sonra ve müdahalenin tamamlanmasından iki hafta sonra olmak üzere dört

ölçümle değerlendirilmiştir. 1. ve 2. ölçümlerde deney ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark olmamakla birlikte 3. ve 4. ölçümlerde deney ve kontrol grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur²².

Alternatif Tıbbi Sistemler/Geleneksel Sağlık Sistemleri

Akupres müdahalesinin uyku kalitesine etkisini inceleyen bir çalışma sistematik derlemeye dahil edilmiştir. Bu çalışmada belirlenen akupunktur noktalarına (Tian-Zhu, Ju-Que, Yong-Quan, Bai-Hui ve Nei-Guan) uygulanan akupresin huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde uyku kalitesine etkisi ölçülmek istenmiştir. Deney grubuna sekiz hafta, haftada üç kez belirlenen akupunktur noktalarına 24 dakika süreyle akupres uygulanırken, kontrol grubuna akupunktur noktası olmayan bölgelere deney grubuyla aynı şekilde akupres uygulanmıştır. Müdahaleden hemen önce, müdahale bittikten sonra ve müdahalenin bitişinde dört hafta sonra uyku kalitesi ölçümleri yapılmıştır. İkinci ve üçüncü ölçümlerde deney ve kontrol gruplarının uyku kalitesi puanlarında anlamlı fark bulunmuş ve belirlenen akupunktur noktalarının uyku kalitesini iyileştirdiği belirtilmiştir²³.

Manipülatif ve Beden Temelli Uygulamalar

Manipülatif beden temelli uygulamalardan refleksoloji ve ayak banyosunu içeren bir çalışma sistematik derlemeye dahil edilmiştir. Üç gruplu randomize kontrollü çalışmada bir gruba refleksoloji, bir gruba ayak banyosu ve diğer bir gruba da rutin bakım uygulanmıştır. Refleksoloji uygulaması altı hafta boyunca, haftada bir kez 10 dakika boyunca her ayağa zeytinyağı ile yapılmıştır. Ayak banyosu için katılımcılardan altı hafta boyunca her gece ayağını 41-42°C sıcak su ile doldurulmuş 10 cm yüksekliğinde plastik bir kaba yerleştirmeleri istenmiştir. Ayak banyosu uyku saatlerinden bir saat önce 20 dakika süreyle yapılmıştır. Bu çalışmaya göre refleksoloji ve ayak banyosu uygulaması, yaşlı bireylerde uyku kalitesini müdahale öncesi uyku kalitesine göre arttıran iki ayrı uygulama olarak belirtilmektedir²⁴.

TARTIŞMA

Bu sistematik derlemede, yaşlı bireylerde uyku sorunlarını gidermeye yönelik kullanılan nonfarmakolojik yöntemler ve uyku kalitesine etkisine dair mevcut ampirik kanıtlar özetlenmiştir. Sistematik derlemeye dahil edilen çalışmalarda değerlendirilen yöntemler; bilişsel davranışçı terapi, müzik terapi, anımsama terapisi, papatya özü, akupres, refleksoloji ve ayak masajı şeklinde sıralanmaktadır. Bu yöntemlerin hepsinin uygulama öncesine göre uyku kalitesini arttırıcı etkisi olduğu bulunmuştur.

Uyku kalitesine etkisi bulunan uygulamalardan biri bilişsel davranışçı terapidir. Bilişsel davranışçı terapi; düşüncelerimizin, ne hissettiğimizi ve nasıl davrandığımızı belirlediğini vurgulayan yapılandırmış bir terapi şeklindedir²⁵. Alessi ve diğerleri (2016)'nin uyguladığı bilişsel davranışçı terapi programı; uyaran kontrolü, uyku kısıtlaması, bilişsel terapi ve uyku hijyeni konularında verilen eğitimleri kapsamaktaydı. Bu programın, uyku kalitesini önemli ölçüde arttırdığı ve uykudaki bu iyileşmenin 12 aya kadar sürdürüldüğü belirtilmiştir¹⁹. Buna paralel olarak uyku

bozukluğu olan yaşlı bireylerde bilişsel davranışçı terapinin terapötik etkilerinin incelendiği bir çalışmada tedaviden hemen sonra ve üç aylık izlemde uyku kalitesinde iyileşmeler olduğu bildirilmiştir²⁶. Bilişsel davranışçı terapinin kronik uykusuzluk probleminde kullanılacak etkili bir yöntem olduğuna yönelik güçlü kanıtlar bulunmaktadır²⁷.

Müzik terapi uyku kalitesini arttırmak amacıyla sıklıkla kullanılan bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır^{28,29}. Müzik terapi vücut hızını yavaşlatma ve otonom sinir sistemini ayarlama (sempatik sistemi baskılamak ve parasempatik sistemi etkinleştirmek gibi) etkisi nedeniyle uyku kalitesini etkilediği bilinmektedir³⁰. Bu sistematik derlemede müzik terapinin uyku kalitesini iyileştirmede etkili bir yöntem olduğu görülmektedir²⁰. Literatürde bunu destekleyen çalışmalar mevcuttur^{31,32}.

Anımsama terapisinin bilişsel işlev, hafıza ve yaşam kalitesi üzerine olumlu etkilerinin olduğu bilinmektedir²⁴. Duru Aşiret, 2018'in çalışmasında anımsama terapisinin uyku kalitesi üzerine etkileri değerlendirilmiş ve uyku kalitesini arttırdığı yönünde bulgular elde edilmiştir. Literatürde anımsama terapisinin uyku kalitesi üzerine etkilerini değerlendiren çalışmalar kısıtlı olmakla birlikte uyku problemlerinde etkili bir yöntem olduğu bildirilmektedir^{33,34}. Alzheimer tanısı olan bireylerde anımsama terapisinin günlük yaşam aktivitelerine etkisini değerlendirdiği çalışmada ise uyku boyutunda bir değişim yaratmadığı bildirilmiştir³⁵. Fitoterapi uyku kalitesini arttırmak için yaygın kullanılan bir yöntemdir. Tart kiraz suyu, papatya özü, kırmızı adaçayı, melek otu, mandalina, kullanılan yöntemlerden bazılarıdır^{36,37}. Bu sistematik derlemeye dahil edilen çalışmada papatya özünün yaşlı bireylerde uyku kalitesine etkisi değerlendirilmiş ve uyku kalitesini önemli ölçüde arttırabileceği belirtilmiştir²². Katılımcılar 28 gün boyunca papatya özü kapsüllerini kullanmıştır. İki hafta sonra yapılan ölçümlerde deney ve kontrol gruplarında anlamlı fark olmamakla birlikte 4 ve 6. haftaların sonunda yapılan ölçümlerde papatya özü kullananların uyku kalitesinde anlamlı şekilde iyileşme olduğu bulunmuştur. Katılımcılara iki hafta boyunca papatya çayı içirilmesinin uyku kalitesine etkisinin değerlendirildiği bir diğer çalışmada iki haftanın sonunda uyku kalitesinde iyileşmeler gözlenmiş. Ancak dört hafta sonunda yapılan ölçümlerde uyku kalitesindeki iyileşme gözlenmemiştir³⁸. Literatürde papatyanın kısa vadede uyku kalitesini iyileştirmede güvenli bir yöntem olduğunu belirten bir meta-analiz çalışması bulunmaktadır³⁹.

Akupres, vücuttaki belirli noktalara basıncın uygulandığı geleneksel bir yöntemdir⁴⁰. Akupres; ağrı, öksürük, konstipasyon, obezite, dismenore, depresyon, anksiyete ve uyku bozuklukları gibi durumlarda kullanılmaktadır⁴¹⁻⁴⁴. Belirlenen akupunktur noktalarına (Tian-Zhu, Ju-Que, Yong-Quan, Bai-Hui ve Nei-Guan) uygulanan akupresin huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde uyku kalitesini artırabileceği belirtilmiştir²³. Literatürde de akupresin, farklı hastalarda yan etki oluşturmadan algılanan uyku kalitesini iyileştirme potansiyeline sahip bir yöntem olduğu vurgulanmaktadır⁴⁰.

Tablo 1. Sistematik Derlemeye Alınan Randomize Kontrollü Çalışmaların Özellikleri

	Yazarlar, Yıl	Çalışmanın yapıldığı yıl	Çalışmanın deseni	Veri Toplama Aracı	Ülke	Çalışma Alanı	Örneklem Hacmi	Yaş	Uygulanan Yöntem	Bulgular
1	Valizadeh ve ark. 2015	2013	Randomize kontrollü deney	PSQI	İran/Tabris	Sağlık Bakım Merkezi	Deney (Refleksoloji): 23 Deney (Ayak banyosu): 23 Kontrol (Rutin bakım): 23	60-75 yaş	Refleksoloji Ayak banyosu Rutin bakım	Sonuçlar, refleksoloji ve ayak banyosu gruplarında öncekine kıyasla müdahale sonrası PSQI puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiş (p=0.01, p=0.001); ancak, kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiş (p=0.14).
2	Alessi ve ark. 2016	2010-2013	Randomize kontrollü deney	PSQI	ABD	Gazi İşleri Bakanlığı Sağlık Sistemi	Deney (Grup Bilişsel davranışçı terapi): 52 Deney (Bireysel Bilişsel davranışçı terapi): 54 Kontrol (Rutin bakım): 53	60 yaş ve üzeri	Grup bilişsel davranışçı terapi Bireysel bilişsel davranışçı terapi Rutin bakım	Müdahale grubunda, bireysel ve grup bilişsel davranışçı terapi alan bireyler arasında herhangi bir zaman noktasında PSQI puanlarında anlamlı bir fark bulunmamış (p>0.12). Klinisyen olmayan uyku koçları tarafından verilen yapılandırılmış, manuel tabanlı bir bilişsel davranışçı terapi programı, kronik uykusuzluğu olan yaşlı bireylerde PSQI puanı ile değerlendirilen uyku kalitesini anlamlı ölçüde arttırmış ve uykudaki bu iyileşme 12 aya kadar sürdürülmüş.
3	Wang ve ark. 2016	2011-2012	Randomize kontrollü deney	PSQI	Shaanxi/China	Kentsel Toplum Merkezi	Deney (müzik terapi ve uyku hijyeni eğitimi): 32 Kontrol (uyku hijyeni eğitimi): 32	60 yaş ve üzeri	Müzik terapi Uyku hijyeni eğitimi	Müdahale grubu, PSQI skorunun başlangıçta 13.53, 1 ayda 9.28, 2 ayda 8.28 ve 3 ayda 7.28 olması ile uyku kalitesinde sürekli iyileşmeler görülmüş (p <0.05). Kontrol grubunun PSQI skoru da başlangıçta 12.26'dan 3 ayda 8.72'ye düşmüş ancak müdahale grubu her ölçümde daha büyük iyileşmeler elde etmiş (p <0.05).
4	Adib-Hajbaghery ve Mousavi 2017	2016	Randomize kontrollü deney	PSQI	Karai/ Iran	Huzurevi	Deney (papatya özü):30 Kontrol (buğday unu kapsülü):30	60 yaş ve üzeri	Papatya özü Buğday unu kapsülü	1. ve 2. ölçümlerde deney ve kontrol grupları arasında ortalama PSQI skorunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış (sırasıyla p=0.639 ve 0.142), 3. ve 4. ölçümde ise bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş (sırasıyla p=0.007 ve 0.002).
5	Lai ve ark. 2017	Belirsiz	Randomize kontrollü deney	PSQI	Taiwan	Huzurevi	Deney (akupres): 31 Kontrol (sahte akupunktur noktalarına akupres uygulaması): 31	65 yaş ve üzeri	Akupres Sahte akupres	Müdahale sonrası yapılan iki ölçümde de deney grubu ile kontrol grubu PSQI puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş (p<0.001).
6	Duru Aşiret 2018	2017	Randomize kontrollü deney	PSQI	Turkey	Huzurevi	Deney (Animsama terapisi): 28 Kontrol (Rutin bakım): 26	65 yaş ve üzeri	Animsama terapisi	Deney ve kontrol gruplarının müdahale sonrası PSQI skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş (p<0.05). Müdahale grubunun en son ortanca skoru kontrol grubundan daha düşük bulunmuş.

Manipülatif beden temelli uygulamalardan refleksoloji uygulamasında ayaklardaki sinir uçlarına uygulanan bir basınç vücudun belirli bölümlerinde sensör görevi görmektedir ve bu sensörlerin kan dolaşımını arttırma, enerji verme, gevşetme ve homeostazı sürdürme gibi etkisi vardır⁴⁵. Ilık su ile yapılan bir ayak banyosunun uyku kalitesine etkisi ise sirkadiyen vücut ısısı ritmiyle ilişkilendirilmiştir. Buna göre çekirdek (rektal) vücut sıcaklığı uykudan uyanınca en düşük seviyededir ve gün boyu yükselmektedir. Uyku başlangıcından önce ise sabah ulaşacağı en düşük noktaya doğru düşmeye başlar. Uykudan önce eller ve ayaklara sıcak uygulama yapmak periferik sıcaklık ile çekirdek sıcaklık arasındaki farkı arttırmakta ve bu da uykunun başlamasını kolaylaştırabilmektedir⁴⁶. Bu sistematik derlemeye dahil edilen çalışmada refleksoloji ve ayak banyosu uygulamalarının, uyku kalitesini arttırmada ayrı ayrı etkili yöntemler olduğu belirtilmiştir²⁴. Literatürde uyku kalitesini arttırmada refleksolojinin sırt masajından daha etkili bir uygulama olduğunu belirten bir çalışma bulunurken⁴⁷, uyku kalitesini iyileştirmede refleksoloji ve ayak banyosu uygulamalarının birlikte yapılmasının ayrı ayrı yapılmasından daha etkili olduğunu bildiren bir çalışmaya da ulaşılmıştır⁴⁸.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu sistematik derleme ile yaşlı bireylerde uyku sorunlarını gidermeye yönelik kullanılan nonfarmakolojik müdahaleler incelenmiştir. Derlemeye dahil edilen çalışmalarda uygulanan yöntemlerin hiçbir yan etkisi bildirilmemiştir. Kullanılan altı yöntemde de uyku kalitesinde iyileşmeler olduğu görülmektedir. İncelenen bu yöntemler zihinsel ve fiziksel sağlığı etkileyerek uyku kalitesini arttırmaktadır. Bu yöntemler uyku sorunlarını gidermeye yönelik kolaylıkla kullanılacak yöntemlerdir. Çalışmaların örneklem sayılarının düşük olması genellenebilirliği azaltmaktadır. Kullanılan yöntemlerin uzun süreli etkilerinin bilinmesi için bundan sonra yapılacak çalışmalarda daha uzun süreli izlem yapılması önerilmektedir. Bu çalışmaların tekrarlanıp dahagüçlü kanıtların sunulmasına ihtiyaç vardır.

Etik Kurul Onayı: -

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Bildirilmemiştir.

Katılımcı Onamı: -

Yazar katkıları:

Araştıma dizaynı: GB, FH

Veri toplama: GB, FH

Veri analizi: GB, FH

Makale yazımı: GB, FH

Teşekkür: -

Ethics Committee Approval: -

Conflict of Interest: Not reported.

Funding: None.

Exhibitor Consent: -

Author contributions:

Study design: GB, FH

Data collection: GB, FH

Data analyses: GB, FH

Drafting manuscript: GB, FH

Acknowledgement: -

KAYNAKLAR

- Hernandez AB, Feinsilver SH. Sleep in the Elderly: Normal and Abnormal. Pandi-Perumal SR. Synopsis Of Sleep Medicine. USA: Apple Academic Press Inc; 2017.
- Zalai D, Bingeliene A, Shapiro C. Sleepiness in the Elderly. Sleep Med Clin. 2017;12(3):429-41.
- Gooneratne NS, Vitiello MV. Sleep in older adults: normative changes, sleep disorders, and treatment options. Clin Geriatr Med. 2014;30(3):591-627.
- Luo J, Zhu G, Zhao Q, Guo Q, Meng H, Hong Z. et al. Prevalence and risk factors of poor sleep quality among chinese elderly in an urban community: Results from the Shanghai aging study. PLoS ONE. 2013;8(11):10-17.
- Gindin J, Shochat T, Chetrit A, Epstein S, Ben Israel Y, Levi S et al. Insomnia in long-term care facilities: a comparison of seven european countries and Israel: the services and health for elderly in long term care study. J Am Geriatr Soc. 2014;62(11):2033-39.
- Demir G, Özen B, Zincir H, Bulucu-Boyuksoy GD. Sleep quality in elderly individuals and related factors Sleep quality. J Clin Anal Med. 2018;9(2):97-101.
- Soykök G, Yılmaz R, Şentürk Al, Çevimk Ş, Figül Gökçe Ş, Kayım Yıldız Ö et al. Association of sleep quality and daytime sleepiness with cognition in the elderly. Turkish Journal of Geriatrics. 2015;18(2):123-29.
- Jaussett I, Empana JP, Ancelin ML, Besset A, Helmer C, Tzourio C, et al. Insomnia, daytime sleepiness and cardio-cerebrovascular diseases in the elderly: a 6-year prospective study. PLoS ONE. 2013;8(2).
- Kim WH, Kim BS, Kim SK, Chang SM, Lee DW, Cho MJ, Bae JN. Prevalence of insomnia and associated factors in a community sample of elderly individuals in South Korea. Int Psychogeriatr. 2013;25(10),1729-37.
- Makic MBF, Rauen C, Watson R, Poteet AW. Examining the evidence to guide practice: challenging practice habits. Crit Care Nurse. 2014;34(2):28-5.
- Auld F, Maschauer EL, Morrison I, Skene DJ, Riha RL. Evidence for the efficacy of melatonin in the treatment of primary adult sleep disorders. Sleep medicine reviews. 2017;34:10-22.
- Fayazi S, Babashahi M, Rezaei M. The effect of inhalation aromatherapy on anxiety level of the patients in preoperative period. Iran J Nurs Midwifery Res. 2011;16(4):278-83.
- Bikmoradi A, Seifi Z, Poorolajal J, Araghchian M, Safiaryan R, Oshvandi K. Effect of inhalation aromatherapy with lavender essential oil on stress and vital signs in patients undergoing coronary artery bypass surgery: A single-blinded randomized clinical trial. Complement Ther Med. 2015;23(3):331-38.
- Midilli TS, Eşer İ, Yücel Ş. The use of nonpharmacological methods in pain management of nurses working in surgical clinics and factors

- affecting their use. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019;10(1):60-6.
15. Du S, Dong J, Zhang H, Jin S, Xu G, Liu Z, et al. Taichi exercise for self-rated sleep quality in older people: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2015;52:368–379.
 16. Shang B, Yin H, Jia Y, Zhao J, Meng X, Chen L, et al. Nonpharmacological interventions to improve sleep in nursing home residents: A systematic review. *Geriatr Nurs*. 2019;40(4):405-16.
 17. Karaçam Z. Sistematik derleme metodolojisi: Sistematik derleme hazırlamak için bir rehber. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2014;6(1):26-33.
 18. Joanna Briggs Institute. Checklist for Randomized Controlled Trials. *Critical Appraisal tools*. 2019;1–9.
 19. Alessi C, Martin JL, Fiorentino L, Fung CH, Dzierzewski JM, Rodriguez Tapia JC, et al. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Older Veterans Using Nonclinician Sleep Coaches: Randomized Controlled Trial. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(9):1830-38.
 20. Wang Q, Chair SY, Wong EML, Li X. The Effects of Music Intervention on Sleep Quality in Community-Dwelling Elderly. *J Altern Complement Med*. 2016;22(7):576-584.
 21. Duru Aşiret G. Effect of reminiscence therapy on the sleep quality of the elderly living in nursing homes: A randomized clinical trial. *Eur J Integr Med*. 2018;20:1-5.
 22. Adib-Hajbaghery M, Mousavi SN. The effects of chamomile extract on sleep quality among elderly people: A clinical trial. *Complement Ther Med*. 2017;25:109-14.
 23. Lai FC, Chen IH, Chen PJ, Chen IJ, Chien HW, Yuan CF. Acupressure, Sleep, and Quality of Life in Institutionalized Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(5):103-8.
 24. Valizadeh L, Seyyedrasooli A, Zamanazadeh V, Nasiri K. Comparing the Effects of Reflexology and Footbath on Sleep Quality in the Elderly: A Controlled Clinical Trial. *Iran Red Crescent Med J*. 2015;17(11):1-8.
 25. Özcan Ö, Gül Çelik G. Bilişsel Davranışçı Terapi. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics*. 2017;3(2):115-20.
 26. Lovato N, Lack L, Kennaway DJ. Comparing and contrasting therapeutic effects of cognitive-behavior therapy for older adults suffering from insomnia with short and long objective sleep duration. *Sleep Med*. 2016;22:4-12.
 27. Trauer JM, Qian MY, Doyle JS, Rajaratnam SMW, Cunnington D. Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2015;163(3):191-204.
 28. Jespersen K, Koenig J, Jenum P, Vuust P. Music for insomnia in adults (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015;(8):2-4.
 29. Meghani N, Tracy MF, Hadidi NN, Lindquist R. Part II: The Effects of Aromatherapy and Guided Imagery for the Symptom Management of Anxiety, Pain, and Insomnia in Critically Ill Patients: An Integrative Review of Current Literature. *Dimens Crit Care Nurs*. 2017;36(6):334-48.
 30. Nilsson U. Soothing music can increase oxytocin levels during bed rest after open-heart surgery: a randomised control trial. *J Clin Nurs*. 2009;8:2153-61.
 31. Shum A, Taylor BJ, Thayala J, Chan MF. The effects of sedative music on sleep quality of older community-dwelling adults in singapore. *Complement Ther Med*. 2014;22(1):49-56.
 32. Huang CY, Chang ET, Lai HL. Comparing the effects of music and exercise with music for older adults with insomnia. *Appl Nurs Res*. 2016;32:104-10.
 33. Sok SR. Effects of individual reminiscence therapy for older women living alone. *Int Nurs Rev*. 2015;62(4):517-24.
 34. Musavi M, Mohammadian S, Mohammadinezhad B. The effect of group integrative reminiscence therapy on mental health among older women living in Iranian nursing homes. *Nurs Open*. 2017;4(4):303-9.
 35. Duru Aşiret G, Kapucu S. The Effect of Reminiscence Therapy on Cognition, Depression, and Activities of Daily Living for Patients with Alzheimer Disease. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2016;29(1):31-7.
 36. Singh A, Zhao K. (2017). Treatment of Insomnia With Traditional Chinese Herbal Medicine. *Int Rev Neurobiol*. 2017;135:97-115
 37. Lasso J, Finley JW, Karki N, Liu AG, Prudente A, Tipton R, et al. Pilot Study of the Tart Cherry Juice for the Treatment of Insomnia and Investigation of Mechanisms. *Am J Ther*. 2018;25(2):194-201.
 38. Chang SM, Chen CH. Effects of an intervention with drinking chamomile tea on sleep quality and depression in sleep disturbed postnatal women: A randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. 2016;72(2):306-15.
 39. Hieu TH, Dibas M, Surya Dila KA, Sherif NA, Hashmi MU, Mahmoud M, et al. Therapeutic efficacy and safety of chamomile for state anxiety, generalized anxiety disorder, insomnia, and sleep quality: A systematic review and meta-analysis of randomized trials and quasi-randomized trials. *Phytother Res*. 2019;33(6):1604-15.
 40. Waits A, Tang YR, Cheng HM, Tai CJ, Chien LY. Acupressure effect on sleep quality: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev*. 2018;37:24-34.
 41. Hmwe NTT, Subramanian P, Tan LP, Chong WK. The effects of acupressure on depression, anxiety and stress in patients with hemodialysis: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(2):509-18.
 42. Cha NH, Sok SR. Effects of Auricular Acupressure Therapy on Primary Dysmenorrhea for Female High School Students in South Korea. *J Nurs Scholarsh*. 2016;48(5):508-16.
 43. Liu XR, Feng L, Nicole R, Wong NS. Effects of auricular acupressure therapy for preventing constipation in leukemia patients undergoing chemotherapy:

- Protocol for a systematic review. Eur J Integr Med. 2017;15:42-6.
44. Mehta P, Dhapte V, Kadam S, Dhapte V. Contemporary acupressure therapy: Adroit cure for painless recovery of therapeutic ailments. J Tradit Complement Med. 2017;7(2):251-63.
 45. Rambod M, Pasyar N, Shamsadini M. The effect of foot reflexology on fatigue, pain, and sleep quality in lymphoma patients: A clinical trial. Eur J Oncol Nurs. 2019;43:101678.
 46. Liao WC, Chiu MJ, Landis CA. A warm footbath before bedtime and sleep in older Taiwanese with sleep disturbance. Res Nurs Health. 2008;31(5):514-28.
 47. Unal KS, Balci Akpinar R. The effect of foot reflexology and back massage on hemodialysis patients' fatigue and sleep quality. Complement Ther Clin Pract. 2016;24:139-44.
 48. Rahmani A, Naseri M, Salaree MM, Nehrir B. Comparing the Effect of Foot Reflexology Massage, Foot Bath and Their Combination on Quality of Sleep in Patients with Acute Coronary Syndrome. J Caring Sci. 2016;5(4):299-306.

Araştırma makalesi

Research article

Ebeveynlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Çocukluk
Dönemi Aşılarına Yönelik Tutum ve Davranışlarıyla
İlişkisiBekir ERTUĞRUL¹, Sevil ALBAYRAK²

ÖZ

Amaç: Araştırma, ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin çocukluk dönemi aşılarına yönelik tutum ve davranışlarıyla ilişkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte yapılan araştırma Kırıkkale ili merkez ilçesinde 0-12 aylık yaş grubunda çocuğu olan 279 ebeveynle yürütüldü. Örneklemde lot kalite tekniği kullanıldı. Yazılı izin ve etik kurul onayı alındı. Araştırmanın verileri Tanımlayıcı Soru Formu ve Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması kullanılarak öz-bildirime dayalı toplandı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare kullanıldı.

Bulgular: Ebeveynlerin ortalama yaşının 30 (25-34) olduğu, annelerin %45.1'inin, babaların %47.4'ünün üniversite ve sonrası eğitim düzeyine sahip olduğu belirlendi. Ebeveynlerin sağlık okuryazarlık puan ortalamasının 30.57±8.30 olduğu, %62.8'inin genel sağlık okuryazarlık düzeyinin yetersiz ve sorunlu-sınırlı olduğu belirlendi. Ölçek puan ortalaması ile anne-baba olma durumu ve en uzun yaşanan yer arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0.05). Ebeveynlerin %98.6'sının çocuklarına aşı yaptırdığı belirlendi.

Sonuç: Ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyinin çocukluk dönemi aşılarına yönelik tutum ve davranışlarıyla ilişkisi olmadığı belirlendi.

Anahtar kelimeler: Aşı, halk sağlığı hemşiresi, lot kalite tekniği, sağlık okuryazarlığı

ABSTRACT

The Relationship of Parents' Health Literacy Level with Attitudes and Behaviors Towards Childhood Vaccines

Aim: The research was conducted to determine the relationship of parents' health literacy level with their attitudes and behaviors towards childhood vaccines.

Material and Methods: This descriptive study was conducted with 279 parents with children in the age group of 0-12 months in the Central District of Kırıkkale province. Lot quality technique was used in the sampling. Written permission and ethics committee approval were obtained. The data were collected based on self-reporting using the Descriptive Questionnaire and the Turkish version of the European Health Literacy Scale. Descriptive statistical tests and Chi-Square were used in the analysis of the data.

Results: The median age of the parents was 30 years (25-34), with 45.1% of the mothers and 47.4% of the fathers had a university and postgraduate education level. It was determined that the average health literacy score of parents was 30.57±8.30 and that the overall health literacy level of 62.8% was insufficient and problematic-limited. The difference between the average scale score and the state of being a parent and the longest living place was found statistically significant (p<0.05). It was found that 98.6% of parents had their children vaccinated.

Conclusion: It was determined that parents' level of health literacy was not related to their attitudes and behaviors towards childhood vaccines.

Keywords: Health literacy, lot quality technique, public health nurse, vaccine

¹Öğr. Gör., Başkent Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, İlk ve Acil Yardım Programı, Ankara, Türkiye, E-posta: bertugrul@baskent.edu.tr, Tel: +90 531 640 30 46, ORCID: 0000-0003-2787-0869

²Doç. Dr., Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Kırıkkale, Türkiye, E-posta: sevilalbayrak@kku.edu.tr, Tel: +90 318 357 37 38, ORCID: 0000-0001-9787-5716

Geliş Tarihi: 04 Temmuz 2020, Kabul Tarihi: 30 Mart 2021

*Bu araştırma, yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

**Bu araştırma, 26-30 Kasım 2019 tarihlerinde gerçekleştirilen 3. Uluslararası 21. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Atıf/Citation: Ertuğrul B, Albayrak S. Ebeveynlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Çocukluk Dönemi Aşılarına Yönelik Tutum ve Davranışlarıyla İlişkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2021;8(2):186-195. DOI: 10.31125/hunhemsire.966461

GİRİŞ

Sağlıkta sosyal eşitsizliklerin merkezinde yer alan okuryazarlığın, sağlık sistemlerinde çok az dikkate alınmasına rağmen¹, sağlık sisteminin giderek daha karmaşık hale gelmesiyle birlikte önemi artmaktadır. Sağlık okuryazarlığının da sağlık hizmeti alan kişilerin bu sistemi etkin kullanabilmesi ve toplum sağlığının gelişmesine katkı sağlaması gibi nedenlerden dolayı önemi artmaktadır².

Sağlık okuryazarlığı başlangıçta klinik çalışmaların odak noktasıyken giderek toplum temelli sağlık araştırmalarında kullanılmaya başlanmıştır³. Yapılan çalışmalar, düşük sağlık okuryazarlığı olan kişilerin, doktorun talimatlarını ve tavsiyelerini veya sağlık eğitimini ve tanıtım materyallerini anlamada zorluk yaşadığını, bağışıklama hakkında da yeterli bilgiye sahip olmayabileceklerini göstermektedir⁴.

Sağlık okuryazarlığı bireyin kendisinin ve çocuklarının hastalıklardan korunmasında önemli rol oynamaktadır. Bireylerin hastalanmadan önce hastalıklara karşı bağışık hale gelmesi için aşı olması gerekmektedir. Aşilar 20. yüzyılın en büyük halk sağlığı başarılarından biri olarak kabul edilmektedir. Ülkemizde olduğu gibi dünyada da çiçek hastalığının ortadan kaldırılmasında ve çocuk felci, kızamık, kızamıkçık ve diğer bulaşıcı hastalıkların kontrol edilmesinde etkin rol almıştır⁵. Aşılama, çocuklarda bağışıklamayı sağlayarak dünya çapında bulaşıcı hastalıkların mortalite ve morbidite insidansını önemli ölçüde azaltmıştır. Avustralya'da çocukluk dönemi aşı alımı, son 5 yılda %92.9'a ulaşan kapsamı ile yüksek seviyededir⁶. Ekonomi Kalkınma ve İşbirliği Örgütü ülkeleri genelinde bir yaşındaki çocukların %95'i 3 doz kombine difteri, tetanoz ve boğmaca aşısı almıştır⁷.

Hastalığın önlenmesi ve ortadan kaldırılmasındaki etkinliğine rağmen, birçok ülkede rutin çocukluk çağı aşısı yaptırma alışkanlığı düşüktür⁸. Ebeveynlerin aşıları reddetme kararları, dünyanın birçok yerinde önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Düşük aşı kapsamındaki alanların, çoğu zaman belirli coğrafi konumlarda kümelenmesi halk sağlığı için uygulama ve politika kaygıları yaratmaktadır⁹. Son yıllarda aşılar karşı gelişen şüphe aşı ile önlenemez hastalıkların, salgınların ve ölümlerin devam etmesine neden olmaktadır¹⁰. Aşılamaya olan güvenin artmasına yardımcı olmak ve aşıya karşı yanlış inanışın önüne geçmek için, bireylerin aşıya olan tutumları ile içinde buldukları geniş demografik ve psikososyal özellikler arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılması gerekmektedir^{11,12}.

Ebeveynlerin çocuklarını bağışıklama ve aşılama kararlarını etkileme noktasında halk sağlığı hemşireleri aktif rol almaktadır. Halk sağlığı hemşirelerinin ebeveynlerle iletişim kurmak, ebeveynleri hastalıkların riskleri ve aşıların yan etkileri hakkında bilgilendirmek gibi görevleri bulunmaktadır. Halk sağlığı hemşireleri aşıların güvenilirliği ile ilgili ebeveynlerin kaygılarını değerlendirme ve aşı yaptırmanın önündeki engelleri ortadan kaldırmada önemli rol oynar. Güvenilir sağlık hizmetinin sağlayıcıları olan halk sağlığı hemşireleri, ebeveynlerin çocuklarına bağışıklık kazandırma kararlarını etkileyerek salgınları önlemeye yardımcı olabilmektedir¹³.

Halk sağlığı hemşireliği alanında doğrudan ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyleriyle çocukluk dönemi aşılarına yönelik tutum ve davranışları arasındaki ilişkiyi değerlendiren araştırmalara rastlanmamıştır.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, 0-12 ay yaş grubunda çocuğu olan ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin çocukluk dönemi aşılarına yönelik tutum ve davranışlarıyla olan ilişkisini tespit etmek amacıyla yapılmıştır.

Bu araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

1. Ebeveynlerin aşı tutum ve davranışları nelerdir?
2. Ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyi nasıldır?
3. Ebeveynlerin sosyo-demografik özellikleri ve aşılarla yönelik tutum ve davranışları ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı tipte yapılmıştır. Kırıkkale ili merkez ilçesine bağlı mahallelerde 11-31 Ocak 2019 tarihinde yapılmıştır.

Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Kırıkkale ili merkez ilçesine bağlı 31 mahallede ikamet eden 0-12 ay yaş grubu 2599 çocuğun ebeveynleri oluşturmaktadır. Aşılama hizmetlerinin toplum üzerindeki etkisinin tespiti ve saha çalışmaları için kullanılan lot kalite tekniği (LKT) sayesinde bölgedeki küçük yerleşim yerleri ve araştırma yapılan tüm nüfus içerisindeki farklı yerlerin karşılaştırılması yapılabilmektedir. Ayrıca aşılama faaliyetlerinin etkinlikleri ve bölgesel haritaları çıkarılabilmektedir¹⁴. Araştırmada optimum örneklem büyüklüğü, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Genişletilmiş Bağışıklama Programı araştırmalarında, LKT'nin saha uygulamaları için geliştirdiği güven aralığı ve güvenilirlik düzeyine göre belirlenmiştir¹⁴. Araştırma için güven aralığı $\pm 7\%$ ve güvenilirlik düzeyi 95% seçilerek, DSÖ'nün geliştirdiği tablodan örneklem büyüklüğü 196 kişi bulunmuştur (Tablo 1). Örneklem büyüklüğü belirlenirken hedeflenen nüfusun 10% 'undan daha büyük bir oran belirlenemez. Hesaplama sonucunda 10% 'un üzerinde bir değer tespit edilmesi halinde örneklem büyüklüğünün azaltılması gerekmektedir. Örneklem oranı örneklem büyüklüğünün hedef nüfusa oranı olan $196/2599=7.5\%$ olarak bulunmuştur. Her mahalle bir lot kabul edilerek toplam 31 lot üzerinde çalışılmıştır. En az lot örneklem büyüklüğü genel örneklem büyüklüğünün lot sayısına oranı olup $196/31=6.3$ kişi bulunmuş bir üst sayıya yuvarlanarak 7 kişi olarak tespit edilmiş ve her lotta 9 ebeveyn değerlendirilmiştir. Böylece her lot bölgesinden 9 kişi olmak üzere 31 lot bölgesinde 0-12 ay yaş grubu 279 çocuğun ebeveynleri araştırmanın örneklemini oluşturmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. LKT Genel Örneklem Büyüklüğü Belirleme Tablosu¹⁴

İstenilen güven aralığı	İstenilen güvenilirlik düzeyi		
	%90	%95	%99
±1%	6718	9512	16317
±2%	1688	2395	4130
±3%	751	1066	1840
±4%	423	600	1036
±5%	270	384	663
±6%	188	267	461
±7%	138	196	338
±8%	106	150	259
±9%	83	119	205
±10%	68	96	166

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından oluşturulan Tanımlayıcı Soru Formu¹⁵ ve Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR) Formu¹⁶ kullanılarak toplanmıştır. Tanımlayıcı Soru Formu, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve aşı yaptırmayı/yaptırmamaya karşı görüşleri, aşılarda bilgileri öğrendiği yer ve kişi, aşılarda bilgisi ve tutumları ile ilgili 33 yapılandırılmış sorudan oluşmaktadır. ASOY, 2012 yılında Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu tarafından geliştirilmiştir. ASOY'un Türkçe'ye uyarlanmış hali olan ASOY-TR'nin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Abacıgil, Harlak ve Okyay tarafından 2016 yılında yapılmıştır. 47 sorudan oluşan bu ölçek, 4 dereceli olup her madde 1=çok zor, 2=zor, 3=kolay, 4=çok kolay olarak belirlenmiştir. Ölçekten alınan puanlar 4 kategoride değerlendirilmiştir: (0-25) puan: yetersiz sağlık okuryazarlık, (>25-33): sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlık, (>33-42): yeterli sağlık okuryazarlık, (>42-50): mükemmel sağlık okuryazarlık olarak belirlenmiştir. Ölçeğin cronbach alpha değeri sırasıyla; Tedavi ve Hizmet Boyutu için 0.86, Hastalıklardan Korunma Boyutu için 0.87, Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu için 0.91 ve genel sağlık okuryazarlığı için 0.95 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise ölçeğin cronbach alpha değerleri sırasıyla, Tedavi ve Hizmet Boyutu için 0.90, Hastalıklardan Korunma Boyutu için 0.87, Sağlığın Geliştirilmesi Boyutu için 0.90 ve genel sağlık okuryazarlığı için de 0.95 bulunmuştur.

Verilerin Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmada veriler, Kırıkkale ili merkez ilçesindeki mahallerin her biri bir lot bölgesi kabul edilerek 31 lottaki 0-12 ay yaş grubu çocuğa sahip ebeveynlere veri toplama araçları uygulanarak elde edilmiştir. Araştırmacı ve araştırmacı tarafından anketin uygulanması sırasında dikkat edilecek konular hakkında bir saat eğitim verilen anketörler, araştırmayı kabul eden ebeveynlerle yüz yüze görüşerek veri toplama işlemini gerçekleştirmiştir. Veri toplamada bireylerin yaşadığı ortamda değerlendirilmesi ve evrenin büyük olduğu araştırmalarda kullanılan rastlantısal güzergâh örnekleme yöntemi kullanılmış ve ilk evi belirlemek için her mahallenin muhtarıyla görüşülmüştür. Muhtarlığa en yakın evden başlayarak gerekli lot sayısına ulaşılmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS for Windows 17 paket programı ile analiz edilmiştir. Örneklem sayısı 30'dan büyük olduğu için Kolmogorov-Smirnov testi yapılmış, bağımsız değişkenlerin

normal dağılıma uygun olmadığı, ASOY-TR ve alt boyut puanlarının normal dağıldığı belirlenmiştir. Verilerin analizinde sayı, yüzde, en düşük ve en yüksek değer, ortalama, ortanca (%25 ve %75 çeyrek) ve bağımsız değişkenler ile kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılarak istatistiksel analizler yapılmış, anlamlılık düzeyi p<0.05 olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik kurallara uygunluğu açısından Kırıkkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan 24.10.2018 tarihli 2018.10.13 karar numarasıyla onay alınmıştır. Veri toplamak için Kırıkkale İl Sağlık Müdürlüğü'nden 11.01.2019 tarihli 46743357-799 sayılı izin alınmıştır. ASOY Türkçe Uyarlamasını kullanmak için Filiz Abacıgil'den elektronik posta yoluyla izin alınmıştır. Araştırmada Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygunluk ilkesi yerine getirilmiştir. Katılımcılardan "Bilgilendirilmiş Onam İlkesi", "Gönüllülük İlkesi" ve "Gizlilik İlkesi" yerine getirilerek yazılı onam alınmıştır. Araştırma ve Yayın Etiği'ne uyulmuştur.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma 12 ay ve altında çocuğa sahip olan ve veri toplama sırasında evde bulunan gönüllü ebeveynlerle yürütülmüştür.

BULGULAR

Araştırmaya katılan 279 ebeveynin ortalama yaşı 30 (25-34), ortalama çocuk sayısı 2 (1-2) olarak belirlenmiştir. Ebeveynlerin sahip oldukları bebeklerin ortalama yaşı 8 (4-12) ay olarak bulunmuştur (Tablo 2).

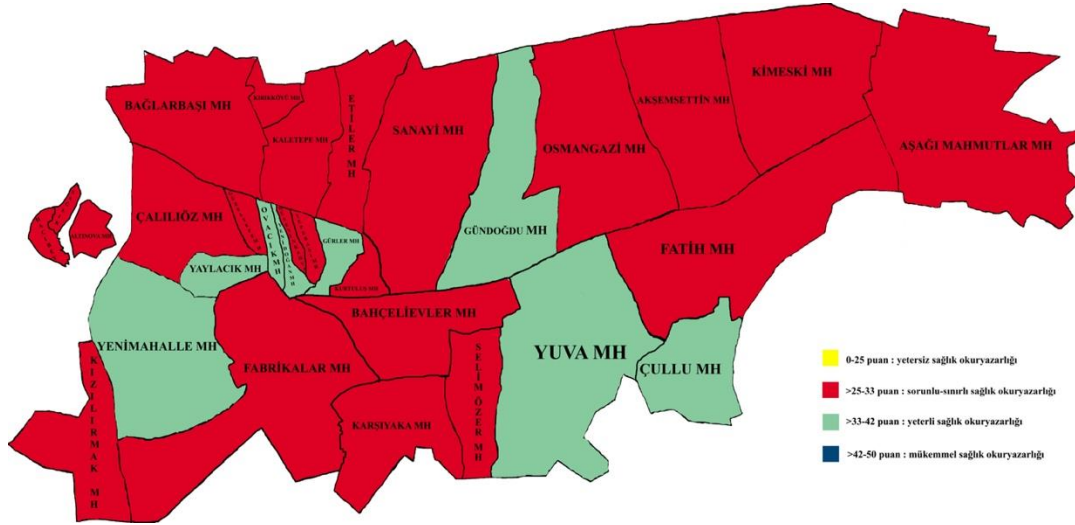
Tablo 2. Ebeveynlerin ve Çocukların Demografik Özellikleri (n=279)

Demografik Özellikler	n	X±SS (en az-en çok)	Ortanca (%25-%75 çeyrek)
Yaş	279	30.18±6.16 (19-58)	30 (25-34)
Çocuk sayısı	279	1.74±0.83 (1-4)	2 (1-2)
Çocuğun yaşı (ay)	279	7.79±3.74 (1-12)	8 (4-12)

X±SS: Ortalama, standart sapma

Kırıkkale ili Merkez ilçesine bağlı mahallelerde ikamet eden ebeveynlerin %62.8'inin genel sağlık okuryazarlık düzeyinin yetersiz ve sorunlu-sınırlı olduğu belirlendi. Ebeveynlerin genel sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarına göre Yenimahalle, Yaylacık, Ovacık, Yenidoğan, Gürler, Gündoğdu, Yuva ve Çullu mahallelerinde yaşayan ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyleri yeterli olarak tespit edilmiştir. Diğer mahallelerde ikamet eden ebeveynlerin ise sağlık okuryazarlık düzeylerinin sorunlu-sınırlı olduğu bulunmuştur (Şekil 1).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin ASOY-TR Tedavi ve Hizmet Alt Boyutu puan ortalaması 31.91±8.90, Hastalıklardan Korunma Alt Boyutu puan ortalaması 30.34±9.16, Sağlığı Geliştirme Alt Boyutu puan ortalaması 29.44±9.48 ve genel sağlık okuryazarlığı toplam puan ortalaması 30.57±8.30 olarak tespit edilmiştir. Ebeveynlerin genel sağlık okuryazarlık düzeylerinin sorunlu-sınırlı olduğu görülmektedir (Tablo 3).



Şekil 1. Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Dağılımı

Tablo 3. ASOY-TR ve Alt Boyutlarından Alınan Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=279)

	N	En az- En çok	Ortalama±Standart sapma
Tedavi ve hizmet	279	2.08-50.00	31.91±8.90
Hastalıklardan korunma	279	0.00-50.00	30.34±9.16
Sağlığı geliştirme	279	0.00-50.00	29.44±9.48
Genel	279	2.13-50.00	30.57±8.30

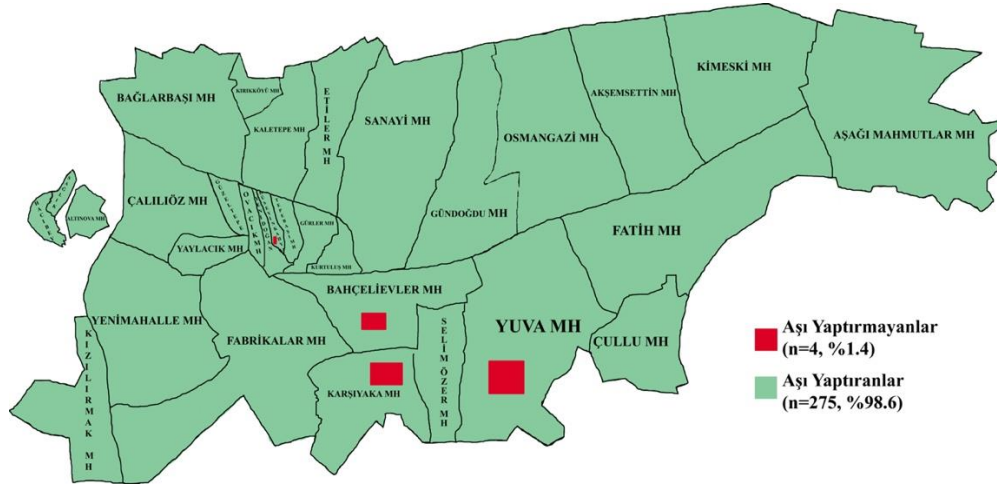
Ebeveynlerin %98.6'sının çocuklarına aşı yaptırdığı belirlenmiştir. Bu araştırmada Kırıkkale ili Merkez ilçesine bağlı 4 mahallede bazı ebeveynlerin çocuklarını aşılatmadığı tespit edilmiştir. Bunlar; Hüseyin Kahya, Bahçelievler, Karşıyaka ve Yuva Mahalleleri'dir. Geri kalan tüm mahallelerde tam aşılanmanın sağlandığı tespit edilmiştir (Şekil 2).

Ebeveynlerin %74.6'sı bebeklerinin sağlığı ve aşılama durumları hakkında eşleriyle birlikte karar verdiklerini belirtmiştir. Ebeveynlerin %75.3'ünün aşılar hakkında bilgiyi doktordan aldığı, %56.3'ünün ise ebe/hemşireden aldığı belirlenmiştir. Ebeveynlerin %93.2'si bebeklerinin aşısının aile hekimliğinde yapıldığını ve %61.6'sı bebeklerinin aşı sonrasında herhangi bir yan etki yaşamadığını belirtmiştir. Ebeveynlerin yarısından fazlası (%57.7) rutin aşıların hastalık durumunda ertelenebileceğini ifade ederken %38'i ise ateş durumunda ertelenebileceğini ifade etmiştir. Ebeveynlerin %98.6'sı çocuklarına aşı yaptırdığını, %95.3'ü ise aşı yaptırmamanın gerekli olduğunu belirtmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Ebeveynlerin Aşılarla İlgili Davranış Özelliklerinin Dağılımı

Davranış özellikleri	n	%
Çocuğun sağlığıyla ilgili ve aşılar konusunda kararları veren ebeveyn		
Anne	68	24.4
Baba	4	1.4
Anne ve baba birlikte	207	74.2
Aşılar hakkında bilginin öğrenildiği yer/Kişi*		
Doktor	210	75.3
Ebe/Hemşire	157	56.3
TV, radyo, gazete	37	13.3
İnternet	63	22.6
Komşular/Akrabalar	11	8.6
Aşıların yapıldığı yer*		
Bilmiyorum	3	1.1
Aile hekimliği	260	93.2
Hastane	99	35.5
Aşı kaynaklı yan etki yaşama		
Evet	103	36.9
Hayır	172	61.6
Aşı yaptırmadım	4	1.5
Rutin aşıların ertelenebilme durumu*		
Hastalık	161	57.7
Ateş	106	38.0
Ertelenemez	17	6.1
Bilmiyorum	63	22.6
Çocuklara aşı yaptırma durumu		
Evet	275	98.6
Hayır	4	1.4
Aşı yaptırmamanın gerekli olduğunu düşünme		
Evet	266	95.3
Hayır	13	4.7

* Birden fazla seçeneğe işaretlendiği için n değişmiştir.



Şekil 2. Aşılama Durumu

Ebeveynlerden annelerin %34.3'ünün, babaların ise %47.8'inin sorunlu-sınırlı düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu tespit edilmiştir. Ebeveynlerden babaların sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyi annelere oranla daha yüksektir. ($\chi^2=8.441$; $p=0.038$) (Tablo 5).

Ebeveynlerden 15-24 yaş grubunda olanların %36.7'sinin sağlık okuryazarlık düzeyi yeterli iken 25-34 yaş grubundakilerin %33.3'ünün, 35 yaş ve üzeri ebeveynlerin %50.8'inin sağlık okuryazarlık düzeyinin sorunlu-sınırlı olduğu tespit edilmiştir. Ebeveynlerin yaşı ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=11.086$; $p=0.086$) (Tablo 5).

Annelerin sağlık okuryazarlık düzeyi ilköğretim mezunu olanların %36.4'ünün, lise mezunlarının %37.9'unun, üniversite ve sonrası eğitim seviyesinde olanların %35.7'sinin sorunlu-sınırlı düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Babaların da ilköğretim mezunu olanların %38.6'sinin sağlık okuryazarlık düzeyi yeterli iken lise mezunlarının %38.8'inin, üniversite ve sonrası eğitim seviyesinde olanların %37.9'unun sağlık okuryazarlık düzeyinin sorunlu-sınırlı olduğu tespit edilmiştir. Anne ve babanın eğitimi ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (sırasıyla $\chi^2=7.435$; $p=0.282$; $\chi^2=9.254$; $p=0.160$) (Tablo 5).

Ebeveynlerin aylık gelir durumu açısından sağlık okuryazarlık düzeyine bakıldığında geliri giderinden fazla olanların %35.1'inin, geliri giderinden az olanların %32.1'inin sağlık okuryazarlık düzeyi yeterli iken geliri giderine eşit olanların %42.4'ünün sorunlu-sınırlı düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Ailelerin aylık gelir durumları ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=6.910$; $p=0.329$) (Tablo 5).

Ebeveynlerin en uzun yaşadıkları yer ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde köy/kasabada yaşayanların %50'sinin, kent merkezinde yaşayanların %33.1'inin sağlık okuryazarlık düzeyi yetersiz iken büyükşehirde yaşayanların %46.1'inin sağlık okuryazarlık düzeyi sorunlu-sınırlı olarak tespit edilmiştir. Ebeveynlerin en uzun süre yaşadıkları yer ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur

($\chi^2=26.126$; $p=0.000$). Farkın kaynağı incelendiğinde köy/kasabada yaşayanların yetersiz sağlık okuryazarlık oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

Ebeveynlerin zorunlu aşılama programları hakkındaki düşüncesi incelendiğinde %81.4'ü aşı yaptırmamanın zorunlu olması gerektiğini düşünmektedir. Sağlık okuryazarlık düzeyi ile zorunlu aşılama programları hakkındaki düşünce arasındaki ilişki incelendiğinde sağlık okuryazarlık düzeyi sorunlu-sınırlı olan ebeveynlerin %36.6'sı aşı yaptırmamanın zorunlu olması gerektiğini, %36.5'i ise zorunlu olmaması gerektiğini ifade etmiştir. Ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ile zorunlu aşılama programları hakkındaki düşünceleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=0.334$; $p=0.953$) (Tablo 5).

Ebeveynlerin çocuklarına aşı yaptırmama ve aşıların gerekli olduğunu düşünme durumları ile sağlık okuryazarlığı karşılaştırılmak istenmiştir. Ancak ebeveynlerden dördünün çocuğuna aşı yaptırmadığı ve 13 kişinin aşı yaptırmamanın gereksiz olduğunu düşündüğü görüldüğü için istatistiksel bir değerlendirme yapılamamıştır.

Tablo 5. Ebeveynlerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Aşı Yaptırma Düşünceleri ile Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Karşılaştırılması (n=279)

Değişkenler	n (%)	Yetersiz sağlık okuryazarlık n (%)	Sorunlu-sınırı sağlık okuryazarlık n (%)	Yeterli sağlık okuryazarlık n (%)	Mükemmel sağlık okuryazarlık n (%)	p	χ^2
Ebeveynlik durumu							
Anne	233 (83.5)	59 (25.3)	80 (34.3)	74 (31.8)	20 (8.6)	0.038*	8.441
Baba	46 (16.5)	14 (30.4)	22 (47.8)	5 (10.9)	5 (10.9)		
Yaş							
15-24	49 (17.6)	14 (28.6)	14 (28.6)	18 (36.7)	3 (6.1)	0.086	11.086
25-34	165 (59.1)	43 (26.1)	55 (33.3)	51 (30.9)	16 (9.7)		
35+	65 (23.3)	16 (24.6)	33 (50.8)	10 (15.4)	6 (9.2)		
Anne eğitimi							
İlköğretim	66 (23.7)	22 (33.3)	24 (36.4)	18 (27.3)	2 (3.0)	0.282	7.435
Lise	87 (31.2)	24 (27.6)	33 (37.9)	23 (26.4)	7 (8.1)		
Üniversite ve sonrası	126 (45.1)	27 (21.4)	45 (35.7)	38 (30.2)	16 (12.7)		
Baba eğitimi							
İlköğretim	44 (15.7)	15 (34.1)	12 (27.3)	17 (38.6)	0 (0.0)	0.160	9.254
Lise	103 (36.9)	26 (25.2)	40 (38.8)	26 (25.2)	11 (10.8)		
Üniversite ve sonrası	132(47.4)	32 (24.2)	50 (37.9)	36 (27.3)	14 (10.6)		
Gelir durumu							
Gelir giderden az	78 (28.0)	21 (26.9)	23 (29.5)	25 (32.1)	9 (11.5)	0.329	6.910
Gelir gidere eşit	144 (51.6)	39 (27.1)	61 (42.4)	34 (23.6)	10 (6.9)		
Gelir giderden fazla	57 (20.4)	13 (22.8)	18 (31.6)	20 (35.1)	6 (10.5)		
En uzun yaşanan yer							
Büyükşehir	102 (36.6)	11 (10.8)	47 (46.1)	37 (36.3)	7 (6.8)	0.000*	26.126
Kent merkezi	157 (56.3)	52 (33.1)	49 (31.2)	39 (24.8)	17 (10.9)		
Köy/Kasaba	20 (7.1)	10 (50.0)	6 (30.0)	3 (15.0)	1 (5.0)		
Zorunlu aşılama programı hakkında düşünce							
Zorunlu olmalı	227 (81.4)	58 (25.6)	83 (36.6)	65 (28.6)	21 (9.2)	0.953	0.334
Zorunlu olmamalı	52 (18.6)	15 (28.8)	19 (36.5)	14 (26.9)	4 (7.8)		

* p<0.05 değeri anlamlıdır, χ^2 : Ki Kare Testi.

TARTIŞMA

Ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin çocukluk dönemi aşılarna yönelik tutum ve davranışlarıyla olan ilişkisini tespit etmek amacıyla yürütülen araştırma bulguları, araştırma soruları ve literatürden elde edilen bilgiler doğrultusunda tartışılmıştır. Bu çalışmada ebeveynlerin ASOY-TR genel sağlık okuryazarlık puan ortalamasının 30.57 ± 8.30 olduğu görülmüştür. Avrupa genelinde yapılan bir araştırma sonucunda Avrupa genel sağlık okuryazarlığı ortalaması 33.8 ± 7.95 olarak bulunmuştur. Bu ülkeler içerisinde Hollanda, İrlanda, Almanya ve Polonya gibi bazı Avrupa ülkelerinde genel sağlık okuryazarlık düzeylerinin ortalamasının da üzerinde olduğu belirlenmiştir¹⁷. Yurt içerisinde yapılan 23 ili kapsayan bir çalışmada Türkiye geneli sağlık okuryazarlık ortalaması 30.4 ± 0.16 olarak bulunmuştur¹⁸. Avrupa'nın sağlık okuryazarlık düzeyinin Türkiye'nin üzerinde olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada ebeveynlerden annelerin babalara oranla sağlık okuryazarlık düzeyi puanı daha yüksek olup fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.038$). Çatı, Karagöz, Yalman ve Öcel'in (2018) yaptığı bir çalışmada cinsiyet ile sağlık okuryazarlığı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır¹⁹. Öncü vd. (2018) yaptığı bir başka çalışmada erkeklerin kadınlara oranla sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$)²⁰. Yapılan çalışmalarda sağlık okuryazarlığının cinsiyetten etkilenmesi ile ilgili farklı sonuçlar elde edilmiştir. Ancak çalışmalar incelendiğinde bu çalışmadaki annelerin eğitim düzeyinin diğer çalışmalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin azaldığını gösteren çalışmalar oldukça fazladır^{16,17,21,22}. Özellikle Avrupa'daki yapılan çalışmalarda 66 ile 75 yaş arasındaki bireylerin %51,8'inin sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu görülmektedir^{17,23}. Buna karşın literatür taramalarında yaş ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında herhangi bir farkın olmadığı çalışmaya da rastlanmıştır²⁴. Bu çalışmaya katılan ebeveynlerin yaşı ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.086$). Yapılan çalışmalar arasındaki farklılığın kaynağına bakıldığında, bu çalışmaya katılan bireylerin yaş gruplarının dağılımlarının birbirine yakın olmasından ve ileri yaş grubunu temsil eden örneklem az olmasından kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Bu çalışmada anne ve baba eğitim durumu ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (sırasıyla $p=0.282$ ve $p=0.160$). Literatür taramalarında düşük eğitim seviyeleri ile düşük sağlık sonuçları arasında güçlü bir bağ olduğu görülmektedir²¹. Özellikle eğitim seviyesinin düşüklüğü ekonomik kaynakların az kullanılmasına, sağlık hizmetlerine erişim noktasında sorunların yaşanmasına, sosyal destek eksikliğine ve istenmeyen sağlık davranışlarına neden olmaktadır. ABD'de yapılan bir çalışmada bireylerin eğitim durumu ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0.01$)²⁵. Yurt içinde yapılan bir başka çalışmada eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin sağlık okuryazarlığının yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$)¹⁶.

Bu çalışmaya katılan anne ve babaların eğitim seviyelerinin oldukça yüksek olması sebebiyle yapılan diğer çalışmalarda farklılığın ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada büyükşehir ve kent merkezinde daha uzun süre yaşayanların köy/kasabada yaşayanlara oranla sağlık okuryazarlık düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.00$). Bu araştırma sonuçlarına benzer olarak yapılan çalışmalarda kırsal kesimde yaşayanların kentte yaşayanlara göre sağlık okuryazarlığının daha düşük olduğu görülmüştür^{26,27}.

Sağlık okuryazarlığı ebeveynlerin aşı tercihlerinin ölçülmesi açısından son derece önemlidir. Ölçüm tercihleri genellikle ebeveynlerin aşılarda risk bilgilerini yorumlamasını ve değerlendirmesini gerektirir.

Önceki çalışmalar düşük eğitim seviyesi ve düşük sağlık okuryazarlığı olan bireylerin aşılarda hakkındaki bilgileri istemede güçlük yaşadıklarını göstermektedir^{28,29}. Araştırmada ebeveynlerin %98.6'sının çocuklarını aşılattığı görülmüştür. Aşılarda tüm dünyada kullanılan koruyuculuğu yüksek, maliyeti düşük ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele kapsamında kullanılan en etkin halk sağlığı uygulamalarının başında gelmektedir. ABD Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezinin (2017) 19-35 aylık çocuklar üzerinde yapmış olduğu çalışmada aşılanma oranının %90'ın üzerinde olduğu görülmektedir³⁰. Avustralya Hükümeti Sağlık Departmanı (2018) verilerine göre ülke genelinde bir yaş ve altı çocukların aşılanma oranı %94.1 olarak belirtilmiştir³¹. Türkiye'de Taşar ve Dallar (2015) yapmış olduğu çalışmada aşılanma oranlarının %90'ın üzerinde olduğu görülmektedir³². Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (2018) verilerine göre Türkiye'de 12-23 ay yaş grubunda bulunan çocukların %67'sinin yaşa uygun tam aşıları olduğu tespit edilmiştir³³.

Bu araştırma sonuçlarına göre Kırıkkale ilindeki aşılanma oranı yapılan çalışmalarda gösterilenden daha yüksektir. Avrupa ülkelerinde aşılanma oranının gelişmemiş ülkelerdeki aşılanma oranından yüksek olduğu görülmüştür. Bu çalışmada aşılanma oranının yüksek çıkmasının nedeninin aşılarda tamamlanmamış olması ve ebeveynlerin aşıya güvenmelerinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Bu çalışmada ebeveynlerin %75.3'ü aşılarda hakkındaki bilgiyi doktordan, %56.3'ü ise hemşire/ebeden aldığını ifade etmişlerdir. Üst solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocukların ailelerinin influenza aşısı hakkındaki düşüncelerinin belirlendiği bir çalışmada ebeveynlerin %59.7'si aşılarda hakkındaki bilgiyi doktordan aldıklarını belirtmiştir³⁴. Yapılan çalışmalarda çalışmamızla benzer sonuçlar bulunmuş olup aşılarda hakkındaki bilginin doktor ve hemşirelerden alındığı belirtilmiştir.

Bu çalışmada ebeveynlerin %93.2'si çocuklarına aşıyı aile hekimliğinde yaptırdığını ifade etmiştir. Kürtüncü, Alkan, Bahadır ve Arslan'ın (2017) Zonguldak ilinde yaptığı bir çalışmada annelerin %94.4'ü, Taşar ve Dallar'ın (2015) yaptığı bir başka çalışmada ise katılımcıların %90.2'si aşılarda yaptırdığı yer olarak aile hekimliğini belirtmiştir^{32,35}. Yurt içerisinde yapılan diğer çalışmalarda benzer şekilde ebeveynler aşılanma konusunda aile sağlığı merkezlerini tercih etmektedir. Temel sağlık hizmetlerinin aile sağlığı merkezlerinde verildiği ülkemizde bu durumun ebeveynler

tarafından doğru algılandığı görülmektedir. Aile hekimliklerinde aşıların uygulanması ve takibinin yapılması ebe ya da hemşirelere aittir. Ebeveynlerin ebe ya da hemşireler tarafından bilgilendirilmesi daha az maliyetli ve uygun olacaktır.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin %57.7'si hastalık, %38.0'i yüksek ateş durumunda rutin aşıların ertelenebileceğini ifade etmiştir. İncili'nin (2009) yaptığı bir çalışmada ise annelerin %35'i hastalık, %47'si yüksek ateş durumunda ertelenebileceğini belirtmiştir¹⁵. Ebeveynlerin büyük bir kısmının rutin aşıların hastalık ve yüksek ateş durumlarında ertelenebileceğini bilmeleri önemli bulunmuştur. Ancak çocukların aşılama durumlarının ertelenmesi kararını aile hekimliğinde görev alan sağlık personellerinin vermesi gerekmektedir. Ailelerin tek başına aşıların ertelenmesi kararını vermesinin kaçırılmış aşıların sayısının artmasına neden olacağı düşünülmektedir.

Aşılama, çocuklarda bağışıklamayı sağlayarak dünya çapında bulaşıcı hastalıkların mortalite ve morbidite insidansını önemli ölçüde azaltmıştır⁹. Uganda'da yapılan bir çalışmada annelerin %63.9'u aşı yaptırtmanın gerekli olduğunu belirtmişlerdir³⁶. Yurt içerisinde Candan'ın (2017) yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %74.6'sı aşı yaptırtmanın gerekli olduğunu belirtmiştir³⁷. Bu çalışmada ebeveynlerin %95.3'ü aşı yaptırtmanın gerekli olduğunu belirtmiştir. Bu oran diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında oldukça yüksektir. Bu durumda Kırıkkale ilinde aile sağlığı merkezlerinde verilen hizmetin güçlü olduğu düşünülebilir.

Anayasa Mahkemesinin aşılar hakkında 11 Kasım 2015 tarihindeki hak ihlali kararından bu yana, Türkiye'de aşılama durumu yasal olarak zorunlu değildir³⁸. Bu çalışmadaki ebeveynlerin %81.4'ü zorunlu aşılama programı kapsamındaki aşıların zorunlu olması gerektiğini düşünmektedir. Canbolat'ın (2018) kentsel bölgede yaptığı bir çalışmada bireylerin %67.1'i aşıların zorunlu olması gerektiğini düşünürken, %32.9'u zorunlu olmaması gerektiğini düşünmektedir³⁹. Bu araştırma da diğer çalışmalarla benzerdir. Toplumun büyük bir kısmı aşılama programındaki aşıların zorunlu olması gerektiğini düşünmektedir. Ancak zorunlu olmaması gerektiğini düşünen bireylerin sayısı da az değildir. Bu da zaman içerisinde aşı reddi konusunu gündeme getirmektedir. Bir toplumda aşılar karşı reddin artması, bu durumun zaman içinde halk sağlığı sorunlarını da arttıracaklarını düşündürmektedir.

Ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyleri; aşılamının öneminin kavranması, çocuk aşılama programlarına erişimin sağlanması ve aşıların tamamlanması açısından önemli görülmele birlikte⁴⁰, yapılan bazı araştırmalar sağlık okuryazarlık düzeyiyle aşılama kararları arasında herhangi bir ilişkinin olmadığını göstermiştir^{41,42}. Bu çalışmada da ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ile zorunlu aşılama programları hakkındaki düşünce arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.334).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmaya katılan ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesine yönelik maddelere verdiği yanıtlara göre sağlık okuryazarlığının yüksek oranda

sorunlu-sınırlı düzeyde olduğu görülmüştür. Babaların annelere oranla sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Köy/kasabada yaşayanların yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi kent merkezi ve büyükşehirde yaşayanlara oranla daha yüksek bulunmuştur. Ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ile zorunlu aşılama programları hakkındaki düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ebeveynlerin gelir ve eğitim durumları ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Bu sonuçlar birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin bireyleri değerlendirirken eğitim ve gelir durumlarından bağımsız bir şekilde sağlık okuryazarlık düzeylerini de değerlendirmesi gerektiğini düşündürmektedir. Kırıkkale'de aşı yaptırtmayan ebeveynlerin olduğu mahallelerde aşı ile ilgili aile sağlığı merkezinde çalışan hemşireler tarafından gerekli bilgilendirmelerin yapılması gerektiğini düşündürmektedir. Sağlık okuryazarlık düzeyinin artırılması ve ebeveynlerin aşılar hakkında bilgilendirilmesi amacıyla ilgili kurumların eğitim planlaması yaparak, eğitici videolar, broşürler ve afişler hazırlaması önerilir. Ayrıca bu araştırmanın ülkenin 81 ilinde yapılması ve il bazında sonuçlarıyla birlikte halk sağlığı bilgilendirme çalışmaları yapılması önerilir.

Etik Kurul Onayı: Kırıkkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Karar tarihi: 24.10.2018; Karar no: 2018.10.13).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Bildirilmemiştir.

Katılımcı Onamı: Ebeveynlerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Yazar Katkıları:

Araştırma dizaynı: BE, SA

Veri toplama: BE

Literatür araştırması: BE, SA

Makale yazımı: BE, SA

Teşekkür

Araştırmaya katılan tüm ebeveynlerimize teşekkür ederiz.

Ethics Committee Approval: It was taken from Kırıkkale University Non-Interventional Research Ethics Committee (Decision date: 24.10.2018; Decision no: 2018.10.13).

Conflict of Interest: None.

Funding: Not reported.

Exhibitor Consent: Informed consent was obtained from the parents.

Author contributions:

Study design: BE, SA

Data collection: BE

Literature search: BE, SA

Drafting manuscript: BE, SA

Acknowledgement

Thanks to all our parents who participated in the study.

KAYNAKLAR

1. Ronson B, Rootman I. Literacy And Health Literacy: New understandings about their impact on health. Daniel Raphael (Editör). Social Determinants of

- Health: Canadian Perspectives. Toronto: Canadian Scholars' Press; 2009.
2. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care [ACSQHC]. Health Literacy: Taking Action to Improve Safety and Quality, Avustralya [İnternet]. 2014 [Erişim Tarihi 31 Aralık 2018]. Erişim adresi: <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2014/08/Health-Literacy-Taking-action-to-improve-safety-and-quality.pdf>
 3. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008;67(12):2072-8.
 4. Scott TL, Gazmararian JA, Williams MV, Baker DW. Health literacy and preventive health care use among medicare enrollees in a managed care organization. Med Care. 2002;40(5):395-404.
 5. Görak G, Savaşer S, Yıldız S. Bulaşıcı hastalıklar hemşireliği. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2018.
 6. Australian Government: Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). Healthy Communities: Immunisation Rates for Children in 2015-16 [İnternet]. 2017 [Erişim Tarihi 12 Kasım 2018]. Erişim adresi: <https://www.myhealthycommunities.gov.au/our-reports/immunisation-rates-for-children/june-2017>
 7. Ekonomi Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD]). Childhood vaccination [İnternet]. 2020 [Erişim Tarihi: 10 Kasım 2020] Erişim adresi: http://www.oecd.org/social/family/CO_1_4_Childhood_vaccination.pdf
 8. Maglione MA, Das L, Raaen L, Smith A, Chari R, Newberry S, et al. Safety of vaccines used for routine immunization of U.S. children: A systematic review. Pediatrics. 2014;134(2):325-37.
 9. Frawley JE, Foley H, McIntyre E. The associations between medical, allied and complementary medicine practitioner visits and childhood vaccine uptake. Vaccine. 2018;36(6):866-72.
 10. Dey A, Knox S, Wang H, Beard FH, McIntyre PB. (2016). Summary of National Surveillance Data on Vaccine Preventable Diseases in Australia 2008-2011 [İnternet]. 2016 [Erişim Tarihi 25 Aralık 2018]. Erişim adresi: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/cda-cdi40suppl.htm>
 11. Sadaf A, Richards JL, Glanz J, Salmon DA, Omer SB. A systematic review of interventions for reducing parental vaccine refusal and vaccine hesitancy. Vaccine. 2013;31(40):4293-304.
 12. World Health Organization. Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy [İnternet]. 2014 [Erişim Tarihi: 31 Aralık 2018] Erişim adresi: https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf
 13. Wade GH. Nurses as primary advocates for immunization adherence. MCN Am J Matern Child Nurs. 2014;39(6):351-6.
 14. World Health Organization (WHO). Monitoring immunization services using the lot quality technique, Geneva: Global programme for vaccines and immunization vaccine research and development; 1996.
 15. İncili HD. Çocuk Polikliniklerimize Başvuran Çocukların Annelerinin Aşılar İle İlgili Bilgi Düzeyleri [Uzmanlık tezi]. İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2009.
 16. Abacıgil F, Harlak H, Okyay P. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe uyarlaması. Pınar Okyay, Filiz Abacıgil, (Editörler). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Ankara: Anıl Matbaa; 2016.
 17. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). Eur J Public Health. 2015;25(6):1053-8.
 18. Tanrıöver MD, Yıldırım HH, Ready ND, Çakır B, Akalın HE. Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. Ankara: Altan Özyurt Matbaacılık; 2014.
 19. Çatı K, Karagöz Y, Yalman F, Öcel Y. Sağlık okuryazarlığının hasta memnuniyeti üzerine etkisi. Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2018;14(1):67-88.
 20. Öncü E, Vayisoğlu SK, Güven Y, Aktaş G, Ceyhan H, Karakuş E. Hipertansiyonu olan bireylerin kronik hastalık yönetimine ilişkin değerlendirmeleri ve sağlık okur-yazarlığı ile ilişkisi. Anatol JFM. 2018;1:31-2.
 21. Van der Heide I, Uiters E, Sørensen K, Röthlin F, Pelikan J, Rademakers J, et al. Health literacy in Europe: The development and validation of health literacy prediction models. Eur J Public Health. 2016;26(6):906-11.
 22. Deniz S, Öztaş D, Akbaba M. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Sakarya Tıp Dergisi. 2018;8(2):214-28.
 23. HLS-EU Consortium. Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Survey HLS-EU [İnternet]. 2012 [Erişim Tarihi 1 Aralık 2018]. Erişim adresi: http://ec.europa.eu/eahc/documents/news/Comparative_report_on_health_literacy_in_eight_EU_member_states.pdf
 24. Akbolat M, Kahraman G, Erigüç G, Sağlam H. Sağlık okuryazarlığı hasta-hekim ilişkisini etkiler mi? Sakarya ilinde bir araştırma. TAF Prev Med Bull. 2016;15(4):354-62.
 25. Yamashita T, Brown JS. Does cohort matter in the association between education, health literacy and health in the USA? Health Promot Int. 2017;32(1):16-24.
 26. Saltık A. Anayasa Mahkemesi'nin Zorunlu Aşı Uygulamasının Yasal Düzenleme Bulunmaması Gereğiyle Hak İhlali Olduğuna İlişkin Bireysel

- Başvurular Üzerine Verdiği Kararların Değerlendirilmesi [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi; 2018.
27. Canbolat KS. Kentsel Bölge Toplumunun Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Tutumlarının Sağlık İnanç Modeline Göre Değerlendirilmesi [Yüksek lisans tezi]. Konya: Selçuk Üniversitesi; 2018.
 28. Johri M, Subramanian SV, Sylvestre MP, Dudeja S, Chandra D, Koné GK, et al. Association between maternal health literacy and child vaccination in India: A cross-sectional study. *J Epidemiol Community Health*. 2015;69(9):849-57.
 29. Pati S, Feemster KA, Mohamad Z, Fiks A, Grundmeier R, Cnaan A. Maternal health literacy and late initiation of immunizations among an inner-city birth cohort. *Matern Child Health J*. 2011;15(3):386-94.
 30. Duman A. Fatih İlçesinde İlkokul 1. Sınıf Aşılamalarında Velilerin Genel Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini Ve Etkileyen Faktörleri Belirleme [Uzmanlık tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2017.
 31. Çimen Z, Temel BA. Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisi ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2017;33(3):105-25.
 32. Golboni F, Nadrian H, Najafi S, Shirzadi S, Mahmoodi H. Urban-rural differences in health literacy and its determinants in Iran: a community-based study. *Aust J Rural Health*. 2018;26(2):98-105.
 33. Waters EA, Weinstein ND, Colditz GA, Emmons K. Formats for improving risk communication in medical trade off decisions. *J Health Commun*. 2006;11(2):167-82.
 34. Galesic M, Garcia-Retamero R. Statistical numeracy for health: a cross-cultural comparison with probabilistic national samples. *Arch Intern Med*. 2010;170(5):462-8.
 35. Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention [CDC]). Immunize [İnternet]. 2017 [Erişim Tarihi: 24 Ocak 2019]. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/immunize.htm>
 36. Avustralya Hükümeti Sağlık Departmanı [Australian Government Department of Health]. Immunisation [İnternet] (t.y.) [Erişim Tarihi: 23 Ocak 2019]. Erişim adresi: <https://beta.health.gov.au/health-topics/immunisation/childhood-immunisation-coverage/immunisation-coverage-rates-for-all-children>
 37. Taşar MA, Dallar YB. Ankara'da sosyoekonomik düzeyi düşük olan bölgede kaçırılmış aşı fırsatlarının irdelenmesi. *TAF Prev Med Bull*. 2015;14(4):279-83.
 38. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması [İnternet]. 2019 [Erişim Tarihi 7 Nisan 2020]. Erişim adresi: www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/sonuclar_sunum.pdf
 39. Topaloğlu N, Yıldırım Ş, Tekin M, Saçar S, Peker E, Şahin EM. Üst solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocukların ailelerinin influenza aşısı hakkındaki düşünceleri. *International Journal of Clinical Research*. 2013;1(1):10-13.
 40. Kürtüncü M, Alkan I, Bahadır Ö, Arslan N. Zonguldak'ın kırsal bir bölgesinde yaşayan çocukların aşılanma durumu hakkında annelerin bilgi düzeyleri. *Electronic Journal of Vocational Colleges*. 2017;7(1):8-17.
 41. Vonasek BJ, Bajunirwe F, Jacobson LE, Twesigye L, Dahm J, Grant MJ, et al. Do maternal knowledge and attitudes towards childhood immunizations in rural uganda correlate with complete childhood vaccination? *PLOS ONE*. 2016;11(2):e0150131.
 42. Candan H. Bir Üniversite Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne Başvuran Hastaların Erişkin Aşuları Hakkındaki Farkındalıklarının ve Mevcut Erişkin Aşılanma Durumlarının Tespiti ve Değerlendirilmesi [Tıpta uzmanlık tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi; 2017

Araştırma makalesi

Research article

Prematüre Bebek Annelerinin Yenidoğan Yoğun Bakım
DeneyimleriDilek ERYÜRÜK¹, Öznur BAŞDAŞ², Zübeyde KORKMAZ³, İlknur YILDIZ⁴,
Özlem MUMCU⁵, Meral BAYAT⁶

ÖZ

Amaç: Sağlıklı bir bebeğe kavuşmayı bekleyen anne, erken doğumu takiben Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerindeki (YYBÜ) koşullar nedeniyle kriz yaşayabilir. Bu krizin başarılı bir şekilde yönetilebilmesi için annelerin yaşadıkları duyguların ve beklentilerinin belirlenmesi önemlidir. Bu çalışma, YYBÜ'ye yatan bebeklerin annelerinin beklenti ve deneyimlerinin belirlenmesi amacı ile nitel çalışma olarak yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmanın verileri, YYBÜ'ye bebeği yatan 10 anne ile derinlemesine bireysel görüşme yapılarak toplanmıştır. Elde edilen veriler içerik analizi ile değerlendirilmiştir. Annelerin; yaşadıkları duygular, bebeğin bakımına ilişkin görüşleri ve hemşirelerden beklentileri derlenerek sunulmuştur.

Bulgular: Çalışmada annelerin bebekleri ile ilgili anksiyete, kaygı, korku ve üzüntü yaşadıkları, bebeğin durumu ile ilgili açık-anlaşırlar bilgi almak ve bebeklerinin bakımına katılmak istedikleri belirlenmiştir.

Sonuç: YYBÜ'ye bebeği yatan annelerin yaşadıkları duygular ve kriz durumu ile baş edebilmeleri için hemşirelerin annelere YYBÜ'yü tanıtmaları, bebeklerine ilişkin açık-anlaşırlar bilgi vermeleri, anne bebek etkileşimini ve annenin bakıma katılmasını desteklemeleri önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Anne deneyimi, bebek, hemşire, yenidoğan yoğun bakım ünitesi

ABSTRACT

Neonatal Intensive Care Experiences of Mothers of Premature Babies

Aim: While a mother expects a healthy baby, she may experience a crisis due to the conditions in the neonatal intensive care units (NICU) following premature birth. It is important to determine the feelings and expectations of mothers to manage this crisis successfully. This study was conducted as a qualitative study to determine the expectations and experiences of the mothers of babies hospitalized in the NICU.

Material and Methods: The data were collected through in-depth individual interviews with ten mothers whose babies were hospitalized in the NICU. The obtained data were evaluated by content analysis. Emotions experienced by the mothers, their views on the care of the baby, and their expectations from the nurses were compiled and presented.

Results: It was determined that mothers felt anxiety, fear, and sadness about their babies; they wanted to get clear and understandable information about the baby's condition and participate in their babies' care.

Conclusion: Nurses are recommended to introduce NICU to mothers, provide clear and understandable information about their babies, support mother-infant interaction and mother's participation in care to cope with the emotions and crisis experienced by mothers whose babies are hospitalized in NICU.

Keywords: Baby, maternal experience, neonatal intensive care unit, nurse

¹Dr. Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı Mezunu, Türkiye, E-posta: deryuruk@hotmail.com, Tel: 05522417130, ORCID: 0000-0002-4972-8276

²Doç.Dr., Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye, E-posta:obasdas@erciyes.edu.tr, Tel:03524374937/28568, ORCID: 0000-0003-0752-6614

³Dr.Öğr. Üyesi, Nuh Naci Yazgan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye, E-posta:32korkmaz@gmail.com, Tel: 05327113562, ORCID: 0000-0002-5516-4032

⁴Dr.Öğr. Üyesi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye, E-posta: ilknuryildiz@yahoo.com.tr, Tel: 05373769715, ORCID: 0000 0002 2574 7018

⁵Uzman Hemşire, Eskişehir Şehir Hastanesi, Eskişehir, Türkiye, E-posta: ozlemmumcu2015@gmail.com, Tel: 05549204542, ORCID: 0000 0002 0104 7834

⁶Prof.Dr., Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye, E-posta: mbyat@erciyes.edu.tr, Tel: 03524374937/28552, ORCID:0000-0002-7076-1097

Geliş Tarihi: 03 Eylül 2020, Kabul Tarihi: 30 Mart 2021

Atıf/Citation:Eryürük D, Başdaş Ö, Korkmaz Z, Yıldız İ, Mumcu Ö, Bayat M.Prematüre Bebek Annelerinin Yenidoğan Yoğun Bakım Deneyimleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2021; 8(2):196-202. DOI: 10.31125/hunhemsire.968835

GİRİŞ

Doğum yapmak ve bebek sahibi olmak insan hayatında önemli bir olaydır¹⁻³. Ebeveynler sağlıklı ve normal gelişimini tamamlamış bir bebeğe sahip olmayı hayal ederler. Zamanından önce, henüz gelişimini tamamlamamış bir bebeğin doğumu ve YYBÜ'ye yatışı ile ebeveynler stres ve kriz yaşarlar^{1,3,4-8}. Bu durumda inkâr, öfke, suçluluk, depresyon ve benlik saygısının azalması gibi tepkiler gösterebilirler^{1,7,9}.

Yenidoğan döneminde hastaneye yatışın en önemli nedenlerinden biri olan prematüreliliğin ebeveynlerde stres düzeyini artırdığı, hastalığın derecesine bakılmaksızın, çok kısa süreli yatışların bile bebek ve aile için travmatik olduğu bilinmektedir^{6,8,10-12}. Yine YYBÜ'de preterm bebeği olan ebeveynler ile yapılan çalışmalarda, ebeveynlerin depresyon, anksiyete, kontrol kaybı, gelecek korkusu, rol değişimi ve bebeğin iyileşmesine yönelik endişeler yaşadığı görülmüştür^{5,7,13}.

Yüksek teknoloji donanımları ile dikkat çeken YYBÜ'lerin, kalabalık, ışıklı, gürültülü ve ürkütücü yapısı ailelerin yaşadığı stresi artırmaktadır¹⁴. Bebeği ile etkileşimi bozulan ve bakımdan uzak tutulan aileler kendilerini çaresiz, gergin, sinirli ve karmaşık hissederler¹⁵. Çok küçük ve savunmasız olan bebeğini bilmediği cihazlara bağlı olarak gören ebeveynler keder ve üzüntü yaşayarak, yoğun bakım sürecine ilişkin olumlu veya olumsuz düşünce ve/veya deneyimler yaşarlar^{6,8,16-17}.

Ebeveynlerin YYBÜ'ye ilişkin olumlu deneyimler edinmelerinde sağlık ekibi üyelerinin rolü oldukça önemlidir. Bu noktada YYBÜ'nde bebeği olan ebeveynlerin duygu ve deneyimlerini ifade etme gereksinimlerinin desteklenmesi önemlidir^{7,9}. Lohusalığında etkisiyle daha duygusal tepkiler veren annelerin bu kritik süreçle baş etmelerinde sağlık ekibi üyelerinin desteği önem kazanır. Özellikle yenidoğana bütüncül bakım veren hemşirelerin bu konudaki girişimleri anneler için vazgeçilmezdir. Hemşireler YYBÜ'nde, yenidoğan ve ebeveynlerin psikolojik, psikososyal ve sosyo-kültürel ihtiyaçlarına odaklanmalı, ebeveynleri bakıma katmalı ve özellikle anneler ile iş birliği içinde olmalıdır^{1,7,9,17-18}. Ayrıca hemşireler YYBÜ'lerinde etkili bakım verebilmek için; yenidoğani bütüncül değerlendirmeleri ve annelerinin duygularını, bebeğin bakımına ilişkin görüşlerini ve hemşirelerden beklentilerini içeren bir bakım planı oluşturmalıdır^{16,19}.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, prematüre bebeği YYBÜ'ye yatan annelerin beklenti ve deneyimlerinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Bu çalışma, prematüre bebeği YYBÜ'ye yatan annelerin beklenti ve deneyimlerinin belirlenmesi amacı ile derinlemesine görüşme tekniği ile nitel araştırma türünde yapılmıştır.

Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırmanın örneklemini, çalışmanın yapıldığı devlet hastanesinin YYBÜ'ye 01-31 Ocak 2015 tarihleri arasında prematüre bebeği yatan, 18 yaş üzeri, herhangi bir iletişim

engeli olmayan 21 anne oluşturmuştur. Nitel araştırmalarda, araştırma kapsamına alınacak kişi sayısına ilişkin kesin bir kural belirtilmemektedir. Derinlemesine yapılan görüşmelerde veri doyumu ulaşılması amaçlanmaktadır²⁰⁻²². Çalışmada veri doygunluğuna ulaşılması nedeniyle araştırmayı katılmayı kabul eden 10 anne ile veri toplama aşaması sonlandırılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Veriler, araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan 'Anne Görüşme Formu' ile toplanmıştır. Formda anne ve bebeğin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin sorular ve prematüre bebek sahibi olma, bebeğin bakımı, üniteye yapılan uygulamalar ve hemşirelerden beklentilerine yönelik yarı yapılandırılmış sorular bulunmaktadır.

Verilerin Toplama Araçlarının Uygulanması

Derinlemesine bireysel görüşmeler gürültü ve bölünmelerin olmadığı ortamda bir araştırmacı tarafından yapılmış ve görüşmeler ses kayıt cihazına kaydedilmiştir. Her anne ile bir kez derinlemesine görüşme yapılmış, görüşme süreleri veri tekrarı ve veri doygunluğu esas alınarak ortalama 30-35 dakika sürmüştür. Görüşmelerin deşifresi başka bir araştırmacı tarafından yapılmıştır.

Verilerin Analizi

Deşifresi yapılan derinlemesine görüşmelerin içerik analizi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında uzman üç kişi tarafından tartışılarak yapılmıştır. Yapılan içerik analizi neticesinde üç tema ve alt temaları oluşturulmuştur.

Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmaya başlamadan önce bir üniversitenin girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulundan etik kurul onayı (23.01.2015/1426) alınmıştır. Annelere çalışma ile ilgili bilgi verilmiş, yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, bir devlet hastanesinin YYBÜ'de bebeği yatan belirli sayıda gönüllü anne görüşleriyle sınırlıdır ve araştırmadan elde edilen bulgular bu araştırma grubuna genellenebilir.

BULGULAR

Çalışmaya katılan annelerin yaş ortalaması 28,2 (24-40 yaş aralığında) ve %60'ı ilköğretim mezunudur. Katılımcıların %50'sinin ilk annelik deneyimi olduğu saptanmıştır.

Çalışmadan elde edilen veriler içerik analizi sonrasında annelerin yaşadıkları duygular, bebeğin bakımına ilişkin görüşleri ve hemşirelerden beklentileri olmak üzere üç tema oluşturulmuştur.

1. Annenin Yaşadığı Duygular

Çalışmaya katılan annelere prematüre bebeğe sahip olma ve bebeğinin YYBÜ'ye yatıyor olma durumunun nasıl bir deneyim olduğu sorulduğunda bütün anneler "çok kötü ve üzüntü verici bir durum" olarak tanımlamışlardır. Annelerin; yarısının (beş anne) ilk annelik deneyimi olduğu, ne yapacaklarını bilemedikleri, bebeğin sağlığına ilişkin büyük kaygı duydukları, anksiyete yaşadıkları, korku ve üzüntü hissettikleri saptanmıştır.

1. anne: "ne bileyim bi dondum kaldım yani."

2. anne: "çok kötü etkilendim. Merak ediyorsunuz bir sorun çıkar mı? Yaşar mı? Yaşamaz mı? Kâbus gibi. Yoğun bakım

zaten yoğun dedin mi bittik yani çok kötü hissediyorsun. Evde hiçbir şeyini açtırmak istemedim. Çok kötüydü yani...”

3. anne: “Çok üzuldüm çok üzücü bir durum. Çok üzücü...çoküzücü. Ama bir yanda da diyorum hani onlar sağlıklı olsun da burada da olsun diyorum yani. Yeterki iyi olsun da burada olacaksa burada olsun. İlk gördüğümde ay çok duyguluydu çok... Çok ağladım... Çok ağladım kuvözün başında çok ağladım... İnsan dayanamıyor.”

Anneler ilk kez YYBÜ'ye girdiğinde ve bebeği ziyaret ettiğinde, bebeğin gelişimi, emmesi ile ilgili geleceğe dönük yoğun kaygılar yaşadıklarını belirtmişlerdir.

5. anne: “Çiğerleri falan gelişmeyeceği için biraz korkuttu, biraz da çok küçük oldukları için emme durumları nasıl olur? Çıkabilir miyiz? Yapabilir miyiz? O düşünceler çok oldu, korkuttu bayağı beni... Hastane süreci sabırla beklemeyi öğretti. Süt sağmasını öğrendim. Bilmiyordum daha önce yapmamıştım. Çünkü önceki oğlum normal olmuştu. Prematür olmamıştı. O yüzden bi zorluk çekmemiştim. Bir problem olmamıştı. Bunda bayağı bir sıkıntı oldu diyebilirim yani. Çok üzuldüm özellikle göremediğim için. Emziremediğim için...”

6. anne: ‘...Çok üzuldüm... minicikti, çok ufaktı...’

9. anne: ‘... Bebeğimi yoğun bakıma gitti deyince, çok merak ettim. Kim merak etmez ki?’

2. Hemşirelerden Beklentileri

Annelerin hemşirelerden beklentileri; bebeklerinin ihtiyaçlarını karşılamaları, anne bebek etkileşimini sağlamaları, anneleri bebek bakımı için cesaretlendirmeleri, bebeğin durumu ile ilgili açık ve anlaşılır bilgi vermeleri olarak belirlenmiştir. Ayrıca anneler bebeklerine profesyonelce bakım verdikleri ve ihtiyaçlarını giderdikleri için YYBÜ hemşirelerine karşı minnettarlık hissettikleri belirlenmiştir.

1. anne: “... Allah razı olsun, çok memnun kaldım yani ilgililer çok çok ilgilendiler.”

2. anne: “...Bu kadar uğraştıklarını bilmiyordum... Biz orda bebeklerimizi emziriyoruz diğer bebekleri de görüyoruz candan birebir kendi bebekleri gibi yani gerçekten. Bi kere soğukkanlılar öyle olmaları gerekiyor çünkü ben paniğim tutamıyorum bile... O kadar güzel ilgileniyorlar ki eviriyorlar, çeviriyorlar. Sabırlılar ve uğraşıyorlar bebeklerle. Bu kadar olduğunu bilmiyordum yani güzel...”

3. anne: “...Hani böyle bir şeyin olacağı aklımın ucundan dahi geçmiyordu. Ama buraya düşünce hepsinden Allah bin kere razı olsun. Yani herkes çok iyi ilgilendi. Bizlere karşı olsun... Bebeklerim iyi oldu. Ben buradan çok memnunum. Çok memnunum.”

5. anne: “...En çok beklentim açık açık cevap vermeleri. Çünkü hani insan gerçekten görmediği için endişeleniyor. Tam ayrıntılı bilgi almadığı için çok tedirgin oluyor insan. Ben öyle oldum diğer anneleri bilmiyorum ama. Soruyorum sadece “iyi” hani benim için o iyi kelimesi yeterli olmadı. Çok ayrıntılı mesela diyorum kiloları olmadığı için veya eksik günler olduğu için şu kadar mama verdikten sonra emzirebileceksin diye bir açıklama olsaydı bana çok üzülmecektim. İnanın hatta ağlayacaktım bugün çağrılınca rahatladım. Büyük bi rahatlık. Sadece açık ve net olarak söylenmesini isterim yani...”

7. anne: “...Yarasına dokunamıyorum aslında ama taburcu olacak deyince mecbur bugün yaptık biraz pansuman ama zor oldu valla... Ben cesaret edemediğimden hemşire hanım yapalım dedi. Yaptık biraz ama zor...”

10. anne: “...Prematüre bebek servisinde çalışan hemşireler nasıl bebeğim dediğimde sonuna kadar bilgi verdiler... Cesaretlendirdiler beni...”

3. Bebeğin Bakımına İlişkin Görüşleri

Anneler; bebeğin evde bakımına ilişkin korku ve tek başına yetemeyeceklerini hissettiklerini, bebeğin bakımında deneyimli bir kişiden destek almak gerektiğini ve hastanede bebeğin daha iyi bakıldığını düşündüklerini dile getirmişlerdir.

1. anne: “...Kendi başıma şimdi küçük olunca cesaret edemeyeceğim, bir büyükten yardım destek alacağım galiba.”

2. anne: “...Yani elimizden geleni yapacağız da pek bilgim yok banyosu nasıl olur konuşmadık hiç beslenmesi, herhalde bu şekilde gider yani diye düşünüyorum... Korkuyorum, çok çok korkuyorum. Birebir bebekle tek başıma kalırsam ne yaparım diye düşünüyorum. Şimdi burada hemşireler var güveniyorum. ...Yapamayacağım dedim yani ne yapabilirim ki çok küçük. Düşürmekten korktum, emzirmekten, elimde tutmaktan bile korktum. İlk defa o kadar küçük bir bebek alıyorum çünkü ben kucağıma... Küçük çok fazla yardıma muhtaç, bende öyleyim ama (gülerek) bende çok korkuyorum. Bakalım ne yapacağız yani zor bir süreç olacak...”

5. anne: “...Tek başına yetemem biliyorum. Yani ablamlar artık biraz destek olacaklar bana. Banyolarıyla ilgili zaten ilk önce oğlumu da ablamlar yıkamıştı... Ben biraz daha büyüdükten sonra. Şimdi bile eminim ablamlar yıkar. Çünkü çok küçük oldukları için. Çok fazla dikkat etmem gerekiyor...”

TARTIŞMA

Annelerin; erken dünyaya gelen bebeğinin ihtiyaçlarını karşılayamama endişesi, bebeğin bakımına ilişkin korkuları ve bebeğine bakım veren hemşirelerden beklentilerini belirlemek önemlidir^{16,19}.

Bu çalışmada elde edilen bulgular annelerin; yaşadıkları duygular, bebeğin bakımına ilişkin görüşleri ve hemşirelerden beklentileri olmak üzere 3 ana tema üzerinden tartışılmıştır.

1. Annenin Yaşadığı Duygular

Prematüre doğum ve sonrasında bebeğin YYBÜ yatışı ebeveynler için kaygı ve stres verici bir durumdur. Ailenin keder yaşamasına ve psikolojik sorunlara neden olabilir^{1,2,6}. Özellikle annelik rolünün kaybının en büyük stres kaynağı olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle annelerin daha yoğun stres yaşadıkları ve bu kriz durumu ile baş edebilmeleri için desteğe ihtiyaç duydukları bilinmektedir¹⁴. Çalışmada da annelerin prematüre bebeğin sağlığına ilişkin büyük kaygı ve stres yaşadıkları, korku ve üzüntü hissettikleri saptanmıştır. Literatürde bebeği YYBÜ'ye yatan ebeveynlerin depresyon, anksiyete, uyku bozukluğu, yas ve izolasyon gibi psikolojik ve duygusal sorunlar yaşadıkları, bu durumu stres verici bir deneyim olarak tanımladıkları belirlenmiştir^{1,15,16,23-25}. Bebeği YYBÜ'ye yatan ebeveynlerin deneyimlerine yönelik dokuz çalışmanın incelendiği bir sistematik derlemede

hastaneye yatış stresi, ebeveynlik rollerinde değişim ve yenidoğanın hastaneye yatışının psikososyal sağlığa etkilerinin olduğu belirtilmiştir. Yine aynı derlemede bebeği YYBÜ'ye ebeveynlerin üzüntü, stres ve anksiyete yaşadığını, tüm ailenin özellikle annelerin süreçten daha çok etkilendiğini belirtilmiştir¹⁵. Benzer şekilde Whittingham ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada ebeveynlerin stres nedenlerinin bebeğin YYBÜ'ye yatışıyla birlikte yaşadıkları kontrol kaybı ve bebekle etkileşim yetersizliği olduğunu belirtmişlerdir^{24,25}. Yapılan diğer çalışmalarda da bebeğini emzirememesi ve dokunamamanın kriz ve stres verici bir olmasının yanı sıra^{1,3,23} bebeği ile duygusal yakınlık kurmayada engel olduğu belirtilmiştir²⁶. Ayrıca günlük yaşamın değişmesi, bebeğin durumuna ilişkin korkular, yetersiz bilgi, yoğun bakım ünitesinin çevresi ve ekiple yetersiz iletişimin de stresi arttıran faktörler olduğu gösterilmiştir^{1,3,23}.

Bebeğin miadından önce doğması ailelerin; normal doğum sürecini yaşayamamasına, bebeğin ve annenin daha uzun süre hastanede kalmasına, bebekten ayrılmaya ve bebeği kaybetme korkusuna yol açabilir¹. Aliabadi (2014)'de çalışmasında anneler için en büyük sorunun bebeklerinden ayrı kalmak olduğunu vurgulamıştır²⁷. Psikolojik olarak erken doğuma hazır olmayan ailenin bebeğin doğumu ile şok ve anksiyete yaşadığı, özellikle annenin ciddi bir endişe ve korku içerisinde olduğu bilinmektedir^{1,26}. Yaşanılan şokun sebebinin bebeğin görünümü ve yoğun bakıma yatırılması ile ilgili olduğu bilinmektedir^{27,28}. Hatta bebeğin taburculuğu sonrasında da annelerin önemli bir kısmında travmatizasyon belirtilerinin gözlemlendiği belirtilmektedir^{6,29}. Çalışmamızda da anneler, ilk kez YYBÜ'ye girdiğinde ve bebeğini ziyaret ettiğinde, bebeğin büyüme ve gelişiminin nasıl etkileneceğine ilişkin endişe ve besleme-emzirmeye yönelik yoğun kaygıları olduğunu ifade etmişlerdir. Anneler bebeklerin bakımı ile ilgilenmek istediklerini ancak bebeğe zarar vermektan korktuklarını belirtmişlerdir. Benzer şekilde Çağlar ve ark. (2019) çalışmalarında komplike tedavi ve bakım uygulamaları dışında annelerin bebeklerinin yanında olmak istediklerini vurgulamışlardır³⁰. Ayrıca literatürde annelerin, erken doğum yaparak sağlıklı bir bebek dünyaya getirdikleri için kendilerinin suçlu olduklarını düşündükleri belirtilmiştir¹⁶. Çalışmada da annelerin, annelik rolünü yerine getiremeyerek bebeğine yardım etmede kendini yetersiz hissettikleri tespit edilmiştir. Literatürde de bebekleri YYBÜ'lerde yatan annelerin en önemli problemlerinin bebeklerini kucaklayamamaları ve onları acı çekmekten koruyamadıklarını için kendilerini kötü hissetmeleri⁶ ve bebeklerinden uzun süre ayrı kalmaları³¹ olduğuna vurgu yapmıştır. Yine Shin (2004) çalışmasında annelerin bebek bakımında yetersiz kalacaklarını düşündüklerinde utanma, suçluluk ve başarısızlık duyguları yaşadıklarını belirlemiştir³². Bu bağlamda Beverly (2016) çalışmasında YYBÜ'ye bebeği yatan annelerin zihinsel sağlıklarının öneminden bahsederek annenin zihinsel sağlığını sürdürülebilirlik noktasında kaynakların doğru kullanılmasının gerekliliğine vurgu yapmıştır³³.

2. Hemşirelerden Beklentileri

Hemşireler, yoğun bakım sürecinde ailelerin yaşadığı sorunları tanımlayarak, terapötik iletişim kurma, duygusal

destek sağlama, hızlı ve doğru bilgilerle ebeveynleri destekleme, bebeğin bakımına katılımını sağlama gibi girişimlerle stres yaşayan ailenin sorunlarla baş edebilmesine yardımcı olurlar^{9,12,16,34}. Aile merkezli ve destekleyici hemşirelik girişimleri ailelerin yaşadığı olumsuz duyguları azaltarak olumlu psikososyal sonuçlar almayı sağlar¹⁶. Preterm bebeğin doğumu stres, postpartum depresyon, post travmatik stres bozukluğu, bağlanma ve süt üretimi açısından bir risk faktörü olarak sayılmaktadır^{10,35}. Annenin bebeği ile ilişki kurabilmesi için YYBÜ sağlık ekibi üyeleriyle güvenilir bir iletişim başlatması gerekir^{3,36}. Heo ve Oh (2019) çalışmalarında preterm bebek ebeveynlerinin ekiple etkili iletişime ihtiyaç duyduklarını belirtmiştir³⁵. Bu süreçte hemşirenin en önemli rollerinden biride bebeğin bakımında ebeveynlere rehberlik etmek ve ebeveynlik rollerini desteklemektir^{19,34,35}. Bebeği YYBÜ'ye yatan annelerin ihtiyaçlarına yönelik yapılan bir sistematik derlemede; annelerin gereksinimleri bilgilendirici eğitim, bebeğini koruyabilme ve bakımına katılmaya isteği, bireyselleştirilmiş bakım ve YYBÜ sağlık ekibi üyeleriyle etkili olumlu posttravmatik iletişim kurabilme olarak belirtmişlerdir³¹. Yine Çakmak'ın (2015) çalışmasında YYBÜ'lerde anneler yenidoğanların bakımına katılırken %91,8'inin hemşirelerden yardım aldıkları bildirilmiştir³⁶. Bu çalışmada da annelerin hemşirelerden beklentileri; bebeklerinin ihtiyaçlarını karşılamaları, anne bebek etkileşimini sağlamaları, anneleri bebek bakımı için cesaretlendirmeleri, bebeğin durumu ile ilgili açık-anlaşılır bilgi vermeleri olarak belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda da annelerin ebeveynlik rollerindeki değişime vurgu yaptıkları ve en çok doğru-anlaşılır bilgiye gereksinim duydukları görülmüştür^{16,37}. Bu durum bebek annelerinin ebeveynlik rollerini yerine getirememeye bağlı kendilerini yetersiz hissetmeleri ve işlevini bilmedikleri birçok teknolojik araç içinde bebeklerini yalnız bırakmak zorunda kalmaları ile ilişkilendirilebilir. Avaz ve ark. (2018) çalışmalarında YYBÜ annelerinin en büyük sorunlarının bebeklerini yalnız bırakmak olduğuna vurgu yapılmıştır³¹.

Çalışmaya katılan anneler, YYBÜ'nün streslerini arttırdığını ancak sağlık ve bakım hizmetlerinden memnun olduklarını ifade etmişlerdir. Bebeği YYBÜ'nde yatan annelerin deneyimlerine yönelik yapılan başka çalışmalarda yoğun bakımın stresi arttırdığı ancak YYBÜ'de samimi bir karşılama ve sakinlik olduğunu, sağlık hizmetlerinden memnun olduklarını, ekip ve diğer ebeveynlerle iletişim sayesinde kendilerini daha rahat hissettiklerini bildirmişlerdir^{3,12,15,18,34}. Bu sonuçlar YYBÜ çevresinin ve ekibinin, ebeveynlerin duygularını ve düşüncelerini etkilediğini göstermektedir.

Bebeği YYBÜ'ye yatan annelerin, tıbbi veya sosyal açıdan yaşadıkları her türlü sıkıntılı durumla mücadelede en büyük desteği sağlık ekibinden aldıkları bildirilmiştir^{1,6}. Yapılan bir çalışmada; anne ve hemşire arasında kurulan sosyal ilişki ve sohbetin, annelerin kendilerini ifade etmelerinde, deneyimlerini ve duygularını paylaşmada ve bebeklerinin bakımında özgüvenlerini kazanmalarında etkili olduğu bulunmuştur³⁷. Annelerle gerçekleştirecek sosyal etkileşim ve iletişimin, sorunların çözümünde çok daha başarılı olacağı unutulmamalıdır. Wigert ve ark. (2006)'da hemşire-anne

etkileşiminin kurulabilmesi için iletişimde sürekliliğin sağlanması gereğine vurgu yapmışlardır³⁸. Hemşirelerin, ebeveynlerin bireysel özelliklerini, stres ve ebeveynlik rolüne katılma düzeylerini, bebeğin sağlık durumunu değerlendirebilme ve kendilerini yeterli hissetmelerini sağlamak amacıyla, yenidoğanın bakımına aktif bir şekilde katılmalarını desteklemeleri önemlidir^{1,7}.

3. Bebeğin Bakımına İlişkin Görüşleri

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yatan preterm yenidoğanların sağkalım oranları uygulanan bakıma dayalıdır. Aileler YYBÜ'lerde sağlık profesyonelleri tarafından verilen bakımı yenidoğanlar taburcu edildiğinde evde devam ettiremeyecekleri konusunda yoğun endişe yaşarlar. Özellikle annenin kaygıları bebeğin taburculuğu yaklaşıp artmaktadır. Anne bebeğe zarar vermektense korktuğu için ona dokunmaktan bile kaçınabilir hatta bebeğin bakımına katılmak zor ve kaygı verici olabilir^{6,18,27}. Ancak literatürde annelerin bu dönemde bebeklerine dokunmak ve yakın temas kurmak arzusunda olduğu yönünde de kanıt mevcuttur³⁹.

Ebeveynlerin yaşadığı stresin nedeni bakım konusunda yardım alamama, bakıma dahil edilmeme, uzak tutulma, bebekle etkileşim ve ebeveynlik konusunda yeterli bilgi verilmemesi olarak belirtilmektedir^{14,40}. Çalışmada, annelerin bebeğin evde bakımını yapamayacağına ilişkin korkusu olduğu, tek başına yetemeyecekleri, bebeğin bakımında deneyimli bir kişiden destek alacağı ve hastanede bebeğin daha iyi bakıldığı şeklinde ifadelerde buldukları belirlenmiştir. Harish ve arkadaşları (2018) ülkelerinde rutinde uygulanan farklı bir uygulama modeli kullandıkları çalışmada anne ve yenidoğanın birlikte kalabildikleri hastane koşullarını sağlayarak annelerin uyumunu takip etmişlerdir⁴¹. Annelerin bakım ve tedaviye katılım konusunda daha kolay eğitilebildiğini göstermişlerdir.

Swift ve Scholten (2010) 9 ebeveynle yaptığı nitel çalışmada ebeveynlik rolünde değişimler yaşandığını, ebeveynlerin bebeklerini tutma yeteneklerinin azaldığını ve çoğu bebekte beslenme sorunlarının olduğunu tespit etmiştir⁴². Whittingham ve ark. (2014) çalışmalarında ebeveynler hastaneden taburcu olduktan sonra bebeğin gelişim konusunda daha obsesif (takıntılı) olduklarını, tıbbi durumu ve gelişimine ilişkin belirti ve bulguları çok sık takip ettiklerini belirtmişlerdir²⁴. Heinemann ve ark.(2013) da 15 ebeveynle yaptığı nitel çalışmalarında kanguru bakımı ve bebeğin bakımına aktif katılımın ebeveynlerin kontrol duygusunu arttırdığını, onların bebekleriyle olmaya ilişkin motivasyonlarını güçlendirdiğini belirtmişlerdir³.

Prematürelerin evde bakım gereksinimlerinin belirlenerek ebeveynlerin bebeğin evde bakımı ile bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi çok önemlidir^{1,2,27}. Yapılan çalışmalarda preterm bebeği olan anne ve babaların evdeki ebeveynlik yeterlilikleri konusunda kendilerine daha az güvendikleri, annelerin büyük bir kısmının bebek bakımında yardımcı kişi desteğine ihtiyaç duyduğu ve bebeğin evdeki bakımına yönelik eğitim gereksinimlerinin olduğu belirtilmektedir^{2,41-44}. Hemşireler YYBÜ'den taburcu olacak bir yenidoğanın ev ortamının hazırlanmasında önemli rolü vardır. Aile merkezli bakım doğrultusunda taburculuk öncesi prematüre bebeğin

ev ortamı değerlendirilerek, ebeveynlere prematüre bebeğin evde bakımı ile ilgili eğitimler verilmesi önemlidir^{1,2,44}. Annelerin YYBÜ'den taburcu olduktan sonraki deneyimlerini belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada karışık ve net olmayan bilgi kaynakları, taburculuk durumu, etkin annelik, devam eden kabus temaları şeklinde sorunlar belirlenmiş ve hemşirelerin bebeğin YYBÜ'den taburculuğunda anneleri desteklemesi önerilmiştir⁴³.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma sonuçları ışığında YYBÜ'lerde bebeği yatan annelerin bebek bakımı ile ilgili yoğun kaygılar yaşadıkları ve bu durumla başa çıkmakta zorlandıkları söylenebilir. Annelerin baş etmelerini güçlendirmede bireyselleştirilmiş gelişimsel bakım uygulamaları çerçevesinde annelerin bakıma mümkün olduğunca aktif katılması ve hem anne hem de yenidoğan sağlığına katkı sağlayacağı için hemşirelerin anneler ile terapötik etkileşim içinde olmaları önerilebilir. Ayrıca, farklı hastane yoğun bakım ünitelerinde daha fazla örneklem ile karşılaştırmalı olarak planlanacak çalışmaların literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Etik Kurul Onayı: Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Etik Kurulu'ndan, 09/03/2015- 54674167-604.01.02/ tarih ve sayı numarası ile etik kurul onayı alınmıştır.

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Bildirilmemiştir.

Katılımcı Onamı: Çalışmaya katılan prematüre bebek annelerinden yazılı onam alınmıştır.

Yazar katkıları:

Araştırma dizaynı: DE, MB, ZK, ÖM, İY.

Veri toplama: DE, ÖM, ÖB

Literatür araştırması: DE, ÖB, ZK, MB, İY.

Makale yazımı: DE, ÖB, ZK, İY, ÖM, MB

Teşekkür: Çalışmaya değerli görüşleri ile destek veren prematüre bebek annelerine teşekkür ederiz.

*Çalışma 05-07 Mart 2015 tarihinde gerçekleştirilen Erciyes Pediatri Hemşireliği Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Ethics Committee Approval: Approval was obtained from Bilecik Şeyh Edebali University Ethics Committee (Date: 09/03/2015, Decision Number: 54674167-604.01.02).

Conflict of Interest: Not reported.

Funding: None.

Exhibitor Consent: Written consent was obtained from mothers of premature babies who participated in the study.

Author contributions:

Studydesign: DE, MB, ZK, OM, İY

Datacollection: DE, OM, OB

Literaturesearch: DE, OB, ZK, MB, İY

Draftingmanuscript: DE, OB, ZK, İY, OM, MB

Acknowledgement: We would like to thanks the mothers of premature babies who supported the study with their valuable opinions.

*The study was presented as an oral presentation at the Erciyes Pediatric Nursing Congressheld on 05-07 March 2015.

KAYNAKLAR

1. Akbaş M, Akça E, Şenoğlu A, Sürücü ŞG. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan anne-babaların

- anksiyete ve depresyon düzeylerinin incelenmesi. *STED*. 2019;28(2):87-97.
2. Taş Arslan F, Turgut R. Prematüre bebek annelerinin evdeki bakım gereksinimleri ve bakım verme yeterliliklerini algılama durumları. *DEUHYO ED*. 2013;6(3):119-24.
 3. Heinemann AB, Hellström-Westas L, Hedberg Nyqvist K. Factors affecting parents' presence with their extremely preterm infants in a neonatal intensive care room. *Acta Paediatrica*. 2013;102(7):695-702.
 4. Küçüköğlü S, Çelebioğlu A, Coşkun D. Yenidoğan kliniğinde bebeği yatan annelerin postpartum depresyon belirtileri ve emzirme özyeterlilik düzeylerinin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi*. 2014;3(3):921-32.
 5. Busse M, Stromgren K, Thorngate L, Thomas KA. Parents' responses to stress in the neonatal intensive care unit. *Crit Care Nurse*. 2013;33(4):52-9.
 6. Toivonen M, Lehtonen L, Löyttyniemi E, Axelin A. Effects of single family rooms on nurse parent and nurse infant interaction in neonatal intensive care unit. *Early Hum Dev*. 2017;106-107:59-62.
 7. Çelen R, Taş Arslan F. The anxiety levels of the parents of premature infants and related factors. *J Pediatr Res*. 2017;4(2):68-74.
 8. Sloan K, Rowe J, Jones L. Stress and coping in fathers following the birth of a preterm infant. *Journal of Neonatal Nursing*. 2008;14(4):108-15.
 9. Cockcroft S. How can family centred care be improved to meet the needs of parents with a premature baby in neonatal intensive care? *Journal of Neonatal Nursing*. 2012;18(3):105-10.
 10. Jakimowicz S, Perry LA. Concept analysis of patient-centred nursing in the intensive care unit. *JAN*. 2015;71(7):1499-517.
 11. Miles MS, Holditch-Davis D, Schwartz TA, Scher M. A longitudinal study of depressive symptoms in mothers of prematurely born infants. *J Dev Behav Pediatr*. 2007;28(1):36-44.
 12. Russell G, Sawyer A, Rabe H, Bliss JA, Gyte G, Duley L, et al. Parents' views on care of their very premature babies in neonatal intensive care units: A qualitative study. *BMC Pediatr*. 2014;14(230):1-10.
 13. Güneş N, Çavuşoğlu H. Effects of a homefollow-up program in Turkey for urban mothers of premature babies. *PHN*. 2020;37(1):56-64.
 14. Chertok IRA, McCrone S, Parker D, Leslie N. Review of interventions to reduce stress among mothers of infants in the NICU. *Advances in Neonatal Care*. 2014;14(1):30-7.
 15. Maghaireh DF, Abdullah KL, Chan CM, Piau CY, Kawafha MMA. Systematic review of qualitative studies exploring parental experiences in the neonatal intensive care unit. *J Clin Nurs*. 2016;25(19):2745-56.
 16. Obeidat HM, Bond EA, Callister LC. The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *J Perinat Educ*. 2009;18(3):23-9.
 17. Korkmaz Z, Derince D, Başdaş Ö, Bayat M, Erdem E. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bakımın sürekliliği uygulamasına ilişkin hemşirelerin görüşleri: Nitel bir çalışma. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*. 2020;3(3):211-17.
 18. Arnold L, Sawyer A, Rabe H, Abbott J, Gyte G, Duley L, et al. Parents' first moments with their very preterm babies: a qualitative study. *BMJ Open*. 2013;3(4):1-7.
 19. Subhashini L, Radha MS, Baby GK. Mothers perception of health care needs of preterm neonates in intensive care unit. *J Clin Biomed Sci*. 2016;6(2):59-62.
 20. Parahoo K. Nursing research principles, process and issues. 2nd ed. New York: Palgrave Macmillan Ltd; 2006. Chapter 4, Qualitative Research; p.90-144.
 21. Christensen LB, Johnson RB, Turner LA. Research methods, design and analysis. Boston: Pearson Education Inc; 2011. Chapter 3, Foundations of Research; p.131-158.
 22. Kümbetoğlu B. Sosyolojide ve antropolojide niteliksel yöntem ve araştırma. 2. Basım. İstanbul: Önsöz Basım Yayıncılık; 2008. Bölüm 4, Niteliksel araştırmalarda veri oluşturma teknikleri, s.71-117.
 23. Watson G. Parental liminality: Away of understanding the early experiences of parents who have a very preterm infant. *J Clin Nurs*. 2011;20(9-10):1462-71.
 24. Whittingham K, Boyd RN, Sanders MR, Colditz P. Parenting and prematurity: understanding parent experience and preferences for support. *JCFS*. 2014;23:1050-61.
 25. Yayan EH, Özdemir M, Düken ME, Dağ YS. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ebeveynlerin stres düzeylerinin belirlenmesi, *GÜSB*. 2019;8(1):82-9.
 26. Gürol A, Tekgündüz AŞ, Apay SE, Özdemir S, Güven R. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde duygusal yakınlık: Kalitatif bir çalışma. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2020;11(4):261-67.
 27. Aliabadi F, Kamali M, Borimnejad L, Rassaani M, Rasti M, Shafaroodi N, et al. Supporting emotional needs of Iranian parents with premature infants admitted to neonatal intensive care units. *Med J Islam Repub Iran*. 2014;12:28-53.
 28. Musabirema P, Brysiewicz P, Chipps J. Parents perceptions of stress in a neonatal intensive care unit in Rwanda. *Curationis*. 2015;38(2):1-8.
 29. Howe TH, Sheu CF, Wang TN, Hsu YW. Parenting stress in families with very low birth weight preterm infants in early infancy. *Res Dev Disabil*. 2014;35(7): 1748-56.
 30. Çağlar S, Ar I, Yaşa B, Kurt Ş. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde aile merkezli bakım: Anne görüşleri. *STED*. 2019;28(2):120-6.
 31. Ayyaz E, Açıkgöz A. Nitel bir çalışma: Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tedavi gören bebeklerin ailelerinin görüş ve beklentilerinin belirlenmesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*. 2018;41(3):271-78.
 32. Shin HS. Maternal identity in mothers of premature infants admitted in NICU. *J Korean Acad Child Health Nurs*. 2010;10(1):117-25.
 33. Beverly R, Greene MM, Kratochvil AL, Meier PP. Resilience in mothers of very-low-birth-weight infants hospitalized in the NICU. *JOGNN*. 2017;46(3):434-44.

34. Abuidhail J, Al-Motlaq M, Mrayan L, Salameh T. The lived experience of Jordanian parents in a neonatal intensive care unit: A phenomenological study. *J Nurs Res.* 2017;25(2):156-62.
35. Heo YJ, Oh WO. The effectiveness of a parent participation improvement program for parents on partnership, attachment infant growth in a neonatal intensive care unit: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2019;95:19-27.
36. Çakmak E. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerin bakıma katılmalarının kaygı düzeyleri ve bakım sorunlarını çözme becerileri ile ilişkisi (Yüksek lisans tezi). Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi; 2015.
37. Fenwick J, Barclay L, Schmied V. Craving closeness: A grounded theory analysis of women's experiences of mothering in the special care nursery. *Women and Birth.* 2008;21(2):71-85
38. Wigert H, Johansson R, Berg M, Hellstrom A. Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. *Scand J Caring Sci.* 2006;20(1):35-41.
39. Feeley N, Genest C, Niela-Vilén H, Charbonneau L, Axelin A. Parents and nurses balancing parent-infant closeness and separation: A qualitative study of NICU nurses' perceptions. *BMC Pediatr.* 2016;16(1):1-13.
40. Sturdivant L, Warren NA. Perceived met and unmet needs of family members of patients in the pediatric intensive care unit. *Crit Care Nurs Q.* 2009;32(2):149-58.
41. Harish C, Pratima M, Sugandha A. Mother-neonatal intensive care unit (M-NICU): A novel concept in newborn care. *Indian Pediatrics.* 2018;55:1035-36.
42. Swift MC, Scholten I. Not feeding, not coming home: parental experiences of infant feeding difficulties and family relationships in a neonatal unit. *J Clin Nurs.* 2010;19(1-2):249-58.
43. Zamanzadeh V, Namnabati M, Valizadeh L, Badiie Z. Mothers' experiences of infants discharge in Iranian NICU culture. A qualitative study. *Adv Neonatal Care.* 2013;13(4):1-7.
44. Özbey H, Sezer Efe Y, Erdem E. Preterm bebeği olan aile ve hemşirelik yaklaşımı. *HUHEMFAD.* 2020;7(3):292-98.

Araştırma makalesi

Research article

Yoğun Bakım Hastalarında Müzik Uygulamasının
Fizyolojik ve Psikolojik Etkileri: Sistemik DerlemeYasemin SAZAK¹, Keriman AYTEKİN KANADLI², Nermin OLGUN³

Öz

Amaç: Bu sistemik derleme ile yoğun bakım hastalarında müzik uygulamasının hastalar üzerindeki fizyolojik ve psikolojik etkilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Konuyla ilgili 1 Ocak 2014-25 Eylül 2019 tarihleri arasında "intensive care units", "music therapy", "music", "critical care" MesH terimleri ve Türkçe olarak "yoğun bakım", "müzik terapi" ve "müzik" terimleri kullanılarak CINAHL, Pubmed, Medline, Ovid, Web of Science, Complementary Index, Science Direct, Academic Search Complete, Scopus, ULAKBİM Ulusal Veri Tabanları ve Google Akademik veri tabanlarında tarama yapılmıştır. Araştırma kapsamına 12 çalışma dahil edilmiştir.

Bulgular: Müzik uygulamasının; sistolik kan basıncı değerlendirilen çalışmaların %85.7'sinde, diyastolik kan basıncı değerlendirilen çalışmaların %57.1'inde, ortalama arter basıncı değerlendirilen çalışmaların %33.3'ünde, nabız hızı değerlendirilen çalışmaların %70'inde, solunum hızı değerlendirilen çalışmaların %66.7'sinde, oksijen saturasyonu değerlendirilen çalışmaların %55.5'inde, anksiyete düzeyi değerlendirilen çalışmaların %87.5'inde, ağrı değerlendirilen çalışmaların %85.7'sinde olumlu etkisinin olduğu saptanmıştır. Müziğin hastaların; konfor düzeyi, sedasyon düzeyi, dispne durumu, ventilasyondan ayırma süresi, subjektif uyku kalitesi, serum kortizon değerleri üzerinde de olumlu etkileri olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Müzik uygulamasının yoğun bakım hastalarının yaşam bulgularına, anksiyete, sedasyon, ağrı, uyku kalitesi ve konfor düzeylerine olumlu etkileri olduğu belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Bakım, hemşirelik, müzik, müzik terapi, yoğun bakım

ABSTRACT

Physiological and Psychological Effects of Music Application on Intensive Care Patients: A Systematic Review

Aim: This systematic review aimed to determine the physiological and psychological effects of music application on intensive care patients.

Material and Methods: A literature search was conducted using the terms "intensive care units", "music therapy", "music", and "critical care" on CINAHL, Pubmed, Medline, Ovid, Web of Science, Complementary Index, Science Direct, Academic Search Complete, Scopus, ULAKBİM National Databases and Google Scholar databases in Turkish and English among studies which were carried out between January 1, 2014 and September 25, 2019. As a result of the search, 12 studies were included in the study.

Results: It was found that the application of music had a positive effect in 85.7% of studies evaluating systolic blood pressure, 57.1% of studies evaluating diastolic blood pressure, 33.3% of studies evaluating mean arterial pressure, 70% of studies evaluating pulse rate, 66.7% of studies evaluating respiratory rate, 55.5% of studies evaluating oxygen saturation, 87.5% of studies evaluating anxiety level, 85.7% of studies evaluating pain. Music has also been found to have positive effects on patients' comfort level, sedation level, dyspnea status, weaning time, subjective sleep quality, and serum cortisone levels.

Conclusion: It was determined that music application has positive effects on the vital signs, anxiety, sedation, pain, sleep quality, and comfort levels of intensive care patients.

Keywords: Care, intensive care units, music, music therapy, nursing

¹Öğr. Gör., Kahramanmaraş İstiklal Üniversitesi Elbistan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Kahramanmaraş, Türkiye, E-posta: yaseminsazak44@gmail.com, Tel: 0541 447 49 44, ORCID: 0000-0001-9296-0719

²Öğr. Gör., Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Uygulamalı Birim, Hatay, Türkiye, E-posta: keriman.akanadli@gmail.com, Tel: 0506 443 42 38, ORCID: 0000-0003-3468-241X

³Prof. Dr., Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Gaziantep, Türkiye, E-posta: nermin.olgun@hku.edu.tr, Tel: (0342) 211 80 80, ORCID: 0000-0002-8704-4588

Geliş Tarihi: 06 Kasım 2020, Kabul Tarihi: 12 Nisan 2021

*Bu çalışma 6-11 Ekim 2020 tarihlerinde Türkiye'de online gerçekleştirilen 22. Ulusal İç Hastalıkları kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Atıf/Citation: Sazak Y, Aytekin Kanadlı K, Olgun N. Yoğun Bakım Hastalarında Müzik Uygulamasının Fizyolojik ve Psikolojik Etkileri: Sistemik Derleme. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2021;8(2):203-212. DOI: 10.31125/hunhemsire.968858

GİRİŞ

Yoğun Bakım Üniteleri (YBÜ), yaşamı tehdit altında olan bireylere, en üst düzeyde fayda sağlamak amacıyla kullanılan içinde birçok yaşam kurtarıcı teknolojik araç gereçlerin bulunduğu, sürekli hasta izleminin yapıldığı, multidisipliner yaklaşımın zorunlu olduğu bölümlerdir. YBÜ'lerinin temel hedefi; hastaların yaşam fonksiyonlarının desteklenmesi, hastalığı oluşturan nedenlerin tedavi edilmesi, oluşabilecek komplikasyonların engellenmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasıdır^{1,2}.

Yoğun bakıma ihtiyacı olan hastalar; organ veya organ fonksiyonlarının kısmi ya da tamamen kaybedildiği durumlarda yaşamları risk altında olan, çeşitli destekleyici tıbbi araçların yardımına gereksinim duyan ve sürekli izlenmesi gereken hastalardır^{3,4}. Yoğun bakımdaki hastaların çoğu mekanik ventilasyon desteğine ihtiyaç duyarlar. Mekanik ventilasyon, hastalar için hayat kurtarıcı bir tedavi olmasına rağmen hastalarda fizyolojik ve psikolojik sorunlara neden olmaktadır⁵. Aynı zamanda YBÜ'lerinde ki hastalar için; uygulanan invaziv girişimler, uzun süre hareketsiz kalma, iletişim zorlukları, rutin uygulanan hemşirelik bakımları, uykusuzluk, çevresel faktörlerde fizyolojik ve psikolojik sorunlara neden olmaktadır⁶⁻⁹.

Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yaşadıkları ağrı deneyiminin yönetiminde çeşitli analjezikler, hastanın durumunun ya da ortamın yarattığı stres ve anksiyetenin giderilmesinde ise genellikle sedasyon tedavisi uygulanmaktadır^{9,10}. Fakat bu uygulamalar her zaman tek başına etkili olmamakta çeşitli komplikasyonlara ve maliyetlerin artmasına neden olmaktadır¹¹. Analjeziklerin ve sedatiflerin kullanılmadığı ya da etkilerinin yetersiz kaldığı durumlarda ya da farmakolojik ilaç gereksinimlerini azaltmak için nonfarmakolojik yöntemler kullanılmaktadır¹⁰. Bu nonfarmakolojik yöntemlerden biri de müziktir.

Müzik, insanoğlunun tarihi kadar eski bir geçmişe ve hayatımızda da önemli bir yere sahiptir. Müzik; toplumun ruhsal yapısını olumlu yönde etkileyen bir sanat dalıdır. Müzikle tedavi yöntemleri; birçok medeniyette çeşitli hastalıkların tedavisinde kullanılmıştır ve halen de kullanılmaktadır^{12,13}. Müzik terapi, ise bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve zihinsel ihtiyaçlarını karşılamada müziği ve müzik aktivitelerini kullanan uzmanlık dalıdır¹⁴. İnsanlık tarihinin her döneminde yer alan ve evrensel olan müziğin insan sağlığı üzerine birçok olumlu etkilerinin gözlenmesi, tarih boyunca müzik ile tedavinin her toplumda yaygın olarak kullanılmasına neden olmuştur¹⁵⁻¹⁷. Müziğin tedavi amacıyla kullanıldığı en eski medeniyetlerin başında Sümerler, Babiller, Asurlar, Şamanlar, Çinliler, Eski Mısır ve Antik Yunanlılar gelmektedir. Milattan sonra da Endülüs Emevi, Selçuklu ve Osmanlı döneminde şifahanelerde müzik farklı ruhsal ve bedensel rahatsızlıkların tedavisinde yaygın olarak kullanılmıştır ve halen tüm dünyada tıp alanında kullanılmaya devam edilmektedir^{16,18,19}.

Müzik tedavisinin insan vücudu üzerinde fizyolojik ve psikolojik olarak birçok olumlu etkisi vardır. Ruhsal hastalıkların oluşumunda etkisi olan ve kişinin duygusal durumunu düzenleyen serotonin, dopamin, adrenalın, testosteron gibi hormonlar üzerinde olumlu etkisi

bulunmaktadır^{12,14}. Yapılan çalışmalarda; müziğin ağrı ve anksiyeteyi azalttığı, yaşam bulguları üzerinde olumlu etkiler meydana getirdiği^{20,21}, insanların yaşam kalitesini yükselttiği görülmektedir²². Uykusuzluğu hafifletici etkileri olduğu da bilinmektedir¹². Bu özelliklerine bağlı olarak müzik insanlarda terapi faktörü olmaktadır¹⁴.

Ülkemizde müzik terapi uygulaması; 27 Ekim 2014 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği kapsamında sertifikalı eğitim alanı olarak belirlenmiştir. Yönetmeliğe göre setifika programına katılım için; tabip, sağlık meslek mensubu veya müzik alanı lisans mezunu olma şartı bulunmaktadır²³.

Hemşireler, YBÜ'lerinin vazgeçilmez bir ekip üyesidir. Hastaların tanınmasını yapmak, hastaları sürekli izlemek, kaliteli ve ileri yoğun bakım ve tedavi girişimleri uygulamakla beraber koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimleri uygulamaktan da sorumludurlar²⁴.

Yoğun bakım hemşireliğinin amacı; bireyi holistik bir yaklaşımla değerlendirerek fizyolojik, psikolojik, emosyonel ve sosyal dengesinin en iyi duruma gelmesinde yardımcı olmaktır²⁵. Hemşirelerin müzik terapi konusunda sertifika eğitimlerini tamamlayarak hastalara uygulayacakları müzik terapi uygulamaları, bakım kalitesinin artırılmasında ve semptom yönetiminde etkili olacaktır. Ayrıca; müzik terapinin herhangi bir yan etkisinin olmaması, ek bir maliyet getirmemesi, kullanım kolaylığı ve faydaları açısından hemşireler tarafından nonfarmakolojik bir girişim olarak hastaların bakım ve tedavi protokollerinde kullanılmasını mümkün kılmaktadır²⁶. Alves ve arkadaşlarının yaptığı sistematik derlemede; müzik uygulamalarının yoğun bakım hastalarında fizyolojik ve psikolojik semptomların azaltılmasında etkili olduğunu ve hemşirelik uygulamalarında kullanılmasının yararlı olacağını belirtmişlerdir²⁷.

Araştırmanın Amacı

Müzik terapi uygulamasının yoğun bakım hastaları üzerinde kullanımının sınırlı olduğu görülmektedir. Ülkemizde de aktif olarak müzik terapi uygulaması hastalarda uygulanmamakta ve bu konu hakkında yapılan çalışmalar sınırlıdır. Bu sistematik derleme ile yoğun bakım hastalarında müzik uygulamalarının hastalar üzerindeki fizyolojik ve psikolojik etkilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışma ile yoğun bakım hastalarında uygulanan müzik uygulamasının hastalar üzerindeki fizyolojik ve psikolojik etkileri nelerdir? sorusuna yanıt aranmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Bu çalışmada; sistematik derleme niteliğinde hazırlanmış olup, sistematik derleme protokolünün oluşturulması ve makalenin yazımında PRISMA Bildirimi (Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analysis Protocols/Sistematik Derleme ya da Meta-Analiz Araştırma Raporunun Yazımında Bulunması Gereken Maddelerle İlgili Kontrol Listesi) izlenmiştir^{28,29}.

Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırmaya dahil edilme kriterleri olarak PICOS (Population, Intervention, Compare, Outcome, Study design) temel

alınarak; 18 yaş ve üstü psikolojik bir sorunu olmayan yoğun bakım hastalarını kapsayan, çalışmalarda müdahale grubunda sadece müzik uygulandığı hastaları kapsayan ve müziğin hastalar üzerinde fizyolojik ve psikolojik etkilerinin sonuçlarını araştıran, yayın dili Türkçe veya İngilizce olan, tam metnine ulaşılabilen, 01 Ocak 2014-25 Eylül 2019 yılları arasında yayınlanan ve araştırma makalesi olan, yarı deneysel, deneysel, randomize kontrollü tasarımda olan çalışmalar dahil edilmiştir. Dışlanma kriterleri olarak ise; 18 yaş altı hastaları kapsayan, yoğun bakım dışındaki hastaları kapsayan, yarı deneysel, deneysel, randomize kontrollü tasarımda olmayan çalışmalar ve müzik dışında ek uygulamaları içeren çalışmalar araştırma kapsamına alınmamıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmacılar tarafından veri çekme formu oluşturularak verilerin özetlenmesi sağlandı. Veri çekme işlemi birinci araştırmacı tarafından yapıldı ve ikinci araştırmacı tarafından kontrol edildi. Veri çekme formunun içeriği; çalışmaların yazarları, yılı, araştırmanın yapıldığı yer, hangi yoğun bakım ünitesi olduğu, yaş ortalamaları, cinsiyetleri, araştırma tasarımı, örnekleme, çalışmanın amacı, kullanılan ölçüm araçları, uygulama özellikleri, müziğin türü ve uygulamanın sonuçları ile ilgili bilgilerden oluşturuldu.

Tarama Stratejisi

Yoğun bakımda tedavi gören hastalarda müzik uygulamasının hastalar üzerindeki fizyolojik ve psikolojik etkilerini belirleyebilmek için yapılan çalışmada 1 Ocak 2014-25 Eylül 2019 arasında yayınlanmış olan 1492 makale taranmıştır. Taramalar birinci araştırmacı tarafından yapılmış, ikinci araştırmacı tarafından hataları kontrol altına almak için tekrarlanmış ve kontrol edilmiştir. Taramalarda "intensive care units", "music therapy", "music", "critical care" MesH terimleri kullanılarak CINAHL 128, Pubmed 195, MEDLINE 132, Ovid 32, Web of Science 134, Complementary Index 97, Science Direct 48, Academic Search Complete 186, Scopus 63 veri tabanlarında tarama yapılmıştır. Türkçe olarak "yoğun bakım", "müzik terapi" ve "müzik" anahtar kelimeleri kullanılarak Google Akademik ve ULAKBİM Ulusal Veri Tabanları (UVT) ile tarama yapılmıştır. Taramada kullanılan anahtar kelimeler Tablo 1'de verilmiştir. Taranan çalışmalar EndNote X8 programı kullanılarak birleştirilmiş ve tekrar eden çalışmalar belirlenerek ayıklanmıştır.

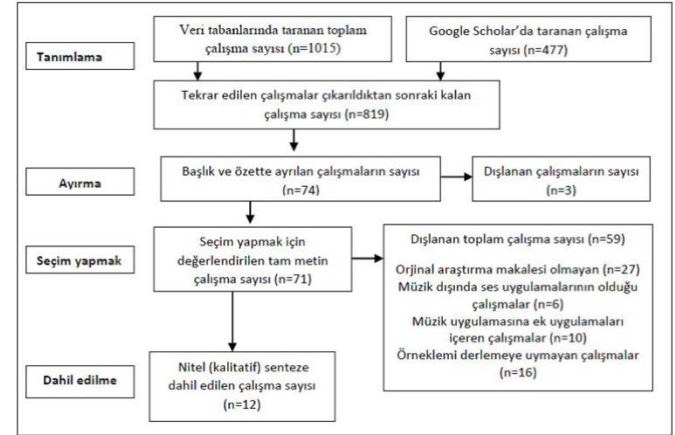
Tablo 1. Taramada Kullanılan Anahtar Kelimeler

İngilizce Anahtar Sözcükler	Türkçe Anahtar Sözcükler
Intensive Care Units AND Music	Yoğun Bakım VE Müzik Terapi
Intensive Care Units AND Music Therapy	Yoğun Bakım VE Müzik
Critical Care AND Music Therapy	
Critical Care AND Music	

Çalışmaların Seçimi

Bu derlemeye Türkçe ve İngilizce olarak yayınlanmış, yoğun bakım hastalarını kapsayan ve bu hastalarda sadece müzik uygulamaları yapılan ve müdahale sonuçlarını araştıran yarı deneysel, deneysel, randomize kontrollü tasarımda olan çalışmalar dahil edilmiştir. Çalışmaların belirlenmesi iki araştırmacı tarafından bağımsız olarak gerçekleştirilmiş,

çalışmalar hakkında fikir ayrılığı olması durumunda tartışılarak ortak karara varılmıştır. Özet, başlık ve tam metni incelenen 12 çalışma araştırmaya dahil edilmiştir^{5,26,30-39}. Araştırmaya dahil edilen çalışmaların seçim aşaması Şekil 1'de verilmiştir.



Şekil 1: Çalışmaların seçimi ve dahil edilme süreci akış şeması

Çalışmaların Metodolojik Kalitesinin Değerlendirilmesi

Araştırmaların kalite değerlendirmesi birinci ve ikinci araştırmacı tarafından bağımsız olarak yapılmıştır. Daha sonra araştırmacılar tarafından bağımsız olarak yapılan değerlendirmeler karşılaştırılarak farklı görüşlerde ortak karara varılmıştır. Bu derlemede çalışmaların metodolojik kalitesini değerlendirmek için; Nahcivan ve Seçginli tarafından Türkçe'ye uyarlanan Joanna Briggs Enstitüsü (JBI) tarafından geliştirilmiş deneysel ve yarı deneysel araştırmaların metodolojik kalitesini değerlendirme aracı olan Joanna Briggs Institute-Meta Analysis Statistic Assessment and Review Instrument (JBI-MASARI) kullanılmıştır. Deneysel ve Yarı Deneysel Araştırmalar Kontrol Listesi için Cronbach's alfa katsayısı 0,68'dir. Bu değerlendirme aracı 10 maddeden oluşmakta ve toplam puan 0-10 arasında değişmektedir. Her madde için "Evet" cevabı 1 puan, "Hayır", "Belirtilmemiş" ve "Uygun değil" cevabı 0 puan olarak değerlendirilir. Puanlamanın yüksek olması araştırmada metodolojik olarak kalite yüksekliğini belirtmektedir.⁴⁰

Verilerin Analizi

Verilerin analizinde veri çekme formu kullanıldı. Araştırma verileri heterojen özellikte olduğu için verilerle ilgili meta analiz yapılmadı. Araştırma sonuçları sentezlenerek tanımlayıcı veriler ve tablo olarak sunulmuştur.

Araştırmanın Etik Boyutu

Sistemik derleme çalışmasına dahil edilen araştırmalarda; araştırmacılara yönelik herhangi bir zarar verme riski bulunmayıp, derlemeye dahil edilen araştırmalar kaynak olarak belirtilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu derlemenin sınırlılıkları; araştırma kapsamına alınan çalışmaların farklı yoğun bakım ünitelerinde yapılması, ventilasyon desteğinde olan ve olmayan hastaları kapsamı nedeni ile örneklem grubunun heterojen olması,

çalışmaların örneklem sayıları, yayın dili Türkçe ve İngilizce olan makaleleri kapsamı, kullanılan müzik türü ve sürelerinin farklı olması, kullanılan ölçüm araçlarının farklı olması ve tüm çalışmaları içermemesi olarak yorumlanabilir. Ayrıca; sistematik derleme kapsamındaki çalışmaların çoğunda müzik uygulamalarının bu konuda eğitim almış sertifikalı uzmanlar tarafından uygulanıp uygulanmadığı hakkında bilgi verilmemiştir. Bu nedenle çalışmaların verileri ile ilgili meta-analiz yapılmamış sonuçlar yüzde ve tablo olarak sunulmuştur. Daha özelleştirilmiş sonuçlar elde edilememiştir.

BULGULAR

Tarama Bulguları

Araştırma tasarımına yönelik yapılan taramada 1492 veriye ulaşılmış olup, 673 veri tekrar eden çalışmalar (duplikasyon) olması nedeni ile çıkarılmıştır. Araştırmacılar tarafından geriye kalan 819 çalışmanın başlık ve özeti incelenmiş ve 71 çalışma tam metni incelenmek üzere seçilmiştir. Seçilen çalışmalardan; 59 tanesi araştırmaya dahil edilme kriterlerine uymadığı için sistematik derlemeye dahil edilmemiştir. Tam metni incelenen 12 çalışmada araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırma akış şeması Şekil 1’de verilmiştir.

Çalışmaların Metodolojik Kalitesinin

Değerlendirilmesi Sonuçları

Sistematik derlemeye dahil edilen araştırmaların JBI-MAStARI aracı ile değerlendirilmesi sonucu en düşük kalite puanı 4, en yüksek kalite puanı ise 9 olarak belirlenmiştir. Makalelerin ortalama kalite puanı 6,4’tür. Her bir araştırmanın kalite puanları Tablo 2’de yer almaktadır.

Çalışmaların Özellikleri

Sistematik derlemeye dahil edilen çalışmaların örneklemini 18-83 yaş arası yoğun bakım ünitesinde yatan mekanik ventilasyon desteği alan ve almayan 1152 hasta oluşturmaktadır. Araştırmalarda örneklem sayısının en az 22, en fazla 500 olduğu görülmektedir.^{26,35} Çalışmalar; 2009-2017 yılları arasında Türkiye (6), Tayvan (2), Amerika (3), Danimarka’da yapılmış ve 2014-2019 yıllarında yayınlanmıştır. Derlemeye dahil edilen çalışmaların; 7’si randomize kontrollü, 2’si deneysel çalışma, 1’i tek gruplu öntest-sontest, 2’side yarı deneysel olan toplam 12 çalışmadan oluşmaktadır. Çalışmaların; 6’sı genel yoğun bakım, 2’si cerrahi yoğun bakım, 2’si koroner yoğun bakım, 1’i kalp damar cerrahi yoğun bakım, 1’i de anesteziyoloji ve reaminyasyon ünitesinde yapılmıştır (Tablo 2).

Sistematik derlemeye dahil edilen çalışmalarda araştırmacılar tarafından oluşturulmuş hasta tanılama formları, tıbbi kayıt formları ile kişisel ve demografik bilgiler toplanmıştır. Ayrıca çalışmalarda; fizyolojik parametreler ölçüm formları, yüz anksiyete ölçeği (FAS), Richmond Ajitasyon Sedasyon Skalası (RASS), Ramsey Sedasyon Skalası (RSS), davranışsal ağrı ölçeği, yoğun bakım ağrı gözlem ölçeği, Görsel Analog Skala (VAS), STAI-1(State-Trait Anxiety Inventory) Durumluk Kaygı Envanteri, STAI-2 Sürekli Kaygı Envanteri, Genel Konfor Ölçeği (GKÖ), APACHE III (Akut Fizyoloji ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi), Anksiyete için Vizüel Analog Skala (VAS-A), Dispne için Vizüel Analog Skala (VAS-D), Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin

Sedasyon Değerlendirme Ölçeği, Richard-Campbell uyku Ölçeği (RCSQ), Yaygın anksiyete bozukluğu-7 (GAD-7) ölçeği, ET₃ (Duyusal termometreler), nümerik değerlendirme ölçeği (NRS), Yüz ifadesi skalası, C-STAI Anksiyete Ölçeği, Serum Kortizon Ölçümü, Yüz Ağrı Skalası, Glaskow Koma Skalası (GKS), Modifiye Edilmiş Gülen Yüz Skalası kullanılmıştır (Tablo 2).

Sistematik derlemeye dahil edilen çalışmalarda; sistolik kan basıncı (SKB), diyastolik kan basıncı (DKB), ortalama arter basıncı (OAB), nabız hızı, solunum hızı, oksijen saturasyonu değerleri (SPO₂), anksiyete düzeyi, sedasyon düzeyi, ağrı, konfor düzeyi, dispne durumu, ventilasyondan ayırma süresi, subjektif uyku kalitesi, serum kortizon ölçümü, mekanik ventilasyon tidal volümü ve opioid kullanımı değerlendirilmiştir.

Çalışmalarda uygulanan müzik süreleri 20-60 dk. arasında değişmektedir. Müzik uygulama sürelerinin; bir çalışmada 20 dk., yedi çalışmada 30 dk., bir çalışmada 40 dk, bir çalışmada 50 dk. ve iki çalışmada 60 dk. olarak uygulandığı görülmüştür. Müzik uygulamaları; canlı müzik (1 çalışma), müzik yastığı kullanılarak (1 çalışma), tavana asılmış hoparlör ile müziğin ortama verilmesi (1 çalışma) ve kulaklık aracılığı (9 çalışma) ile gerçekleştirilmiştir.

Golino ve arkadaşlarının çalışmasında; müdahale uygulaması müzik terapisti tarafından yapılmıştır³⁶. Derlemeye dahil edilen 9 çalışma hemşireler tarafından yapılmıştır. Derlemeye dahil edilen çalışmaların üç tanesinde müzik seçimi için uzman görüşü alınarak müzik türüne karar verilmiş, iki çalışmada MusiCure Dreams albümüne ait yoğun bakım hastaları için geliştirilmiş müzik tercih edilmiştir. Diğer çalışmalarda araştırmacının belirlediği müzik türü ya da hasta seçimine göre müzik seçimi yapılmıştır. Dinletilen müziklerle ilgili bilgiler Tablo 2’de yer almaktadır.

Uygulama Sonuçları

Sistematik derlemeye dahil edilen yedi çalışmada SKB ve DKB ölçümleri değerlendirilmiştir^{5,26,30,31,33-35}. SKB değerlendirilen çalışmaların; %85.7’sinde (6 çalışma)^{5,26,30,31,33,35}, DKB değerlendirilen çalışmaların %57.1’inde (4 çalışma)^{5,26,31,35} müziğin kan basıncı üzerinde olumlu etkisi olduğu saptanmış ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. OAB’nin değerlendirildiği üç çalışmada ise^{31,37,39}; müzik uygulamasının çalışmaların %33.3’ünde (1 çalışma) olumlu etkisi olduğu saptanmıştır³¹. Nabız hızı; sistematik derlemeye dahil edilen 10 çalışmada değerlendirilmiştir^{5,26,30,31,33-37,39}. Nabız hızı değerlendirilen çalışmaların %70’inde (7 çalışma) müzik uygulamalarının nabız hızı üzerinde olumlu etkisi olduğu saptanmış ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur^{5,31,33,35-37,39}.

Solunum hızı; sistematik derlemeye dahil edilen 6 çalışmada değerlendirilmiştir^{26,30,31,36,37,39}. Solunum hızı değerlendirilen çalışmaların %66.7’sinde (4 çalışma) müzik uygulamalarının solunum hızı üzerinde olumlu etkisi olduğu saptanmıştır^{31,36,37,39}. SPO₂ değeri 9 çalışmada değerlendirilmiş^{5,26,30,31,34-37,39} ve çalışmaların %55.5’inde (5 çalışma) müzik uygulamalarının SPO₂ değerini arttırdığı saptanmış ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur^{26,30,31,35,39}. Sistematik derlemeye dahil edilen çalışmalara göre; müzik uygulamasının hastalarda kan

basıncı, solunum hızı, nabız hızı ve SPO₂ üzerinde olumlu etkisi olduğu saptanmış ve müziğin neden olduğu herhangi bir olumsuz durum bildirilmemiştir.

Anksiyete; sistematik derlemeye dahil edilen 8 çalışmada değerlendirilmiştir^{5,30,31,33,35-38}. Anksiyetenin değerlendirildiği çalışmaların %87.5'inde (7 çalışma) müzik uygulamasının hastaların anksiyete düzeylerini azalttığı saptanmış bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur^{5,30,31,33,35-37}.

Sedasyon düzeyleri; sistematik derlemeye dahil edilen 4 çalışmada değerlendirilmiştir. Sedasyon düzeyi ölçülen tüm çalışmalarda müzik uygulamasının hastaların sedasyon düzeyleri üzerinde olumlu etkileri olduğu saptanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur^{5,26,31,34}.

Ağrı; sistematik derlemeye dahil edilen 7 çalışmada değerlendirilmiştir^{5,30,34-36,38,39}. Ağrı düzeyi değerlendirilen çalışmaların %85.7'sinde (6 çalışma) müzik uygulamasının hastalarda ağrıyı azalttığı saptanmış ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur^{5,30,34-36,39}.

Konfor düzeyi (1 çalışma)³⁰, dispne durumu (1 çalışma), ventilasyondan ayırma süresi (1 çalışma)³⁷, subjektif uyku kalitesi (1 çalışma)³², serum kortizon ölçümü (1 çalışma)³³ çalışmalarda değerlendirilmiş ve müzik uygulamasının bu ölçümler üzerinde olumlu etkileri olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Mekanik ventilasyon tidal volümü (1 çalışma)³⁹ ve opioid kullanımı (1 çalışma)³⁸ çalışmalarda değerlendirilmiş ve müzik terapi uygulamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Sistematik derlemeye dahil edilen çalışmalarda; müzik uygulamasının hastalarda anksiyete, ağrı, dispne düzeyini, sedasyon ihticayını azalttığı ve hastaların konfor düzeyini, uyku kalitesini arttırdığı saptanmış olup, çalışmalarda müzik uygulamasının neden olduğu olumsuz bir durum bildirilmemiştir.

TARTIŞMA

Bu sistematik derlemede, müziğin yoğun bakım hastaları üzerindeki fizyolojik ve psikolojik etkilerinin neler olduğu sorusuna odaklanılmıştır. Dahil edilme kriterlerine uyan 12 çalışma araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırma kapsamında incelenen çalışmalar farklı yoğun bakım ünitelerinde, örneklem büyüklüğünde, farklı tanılandaki ventilasyon desteği alan ve almayan hastaları kapsamaktadır. Bu durum sistematik derleme kapsamına alınan çalışmaların örneklem heterojen olmasına neden olmuştur. Uygulamalarda yer alan müzik türleri ve uygulama süreleri çalışmalara göre farklılık göstermektedir.

Çalışmalarda uygulanan müzik süreleri 20-60 dk. arasında değişmektedir. Müzik uygulamaları; canlı müzik (1 çalışma), müzik yastığı kullanılarak (1 çalışma), tavana asılmış hoparlör ile müziğin ortama verilmesi (1 çalışma) ve kulaklık aracılığı (9 çalışma) ile gerçekleştirilmiştir.

Golino ve arkadaşlarının çalışmasında; müdahale uygulaması müzik terapisi tarafından yapılmıştır³⁶. Derlemeye dahil edilen üç çalışmada müzik seçimi hastalara bırakılırken^{33,36,37}, diğer çalışmalarda belirlenen müzikler hastalara dinletilmiştir. Üç çalışmada; müzik türünün seçimi için müzik alanında ihtisaslaşmış kişilere danışılmış^{30,34,35}, iki

çalışmada ise; yoğun bakım hastalarında kullanılmak için geliştirilen müzik türü tercih edilmiştir^{32,38}. Diğer çalışmalarda müzik türünün seçiminin de konu ile ilgili bir uzman görüşünün olup olmadığı belirtilmemiştir. Müzik uygulamaları için seçilen müzikler çeşitli kaynaklardan elde edilebilir. Bunlar; bilinen ve rahatlama amacıyla ticari olarak üretilen müzik veya özel şirketler tarafından çok sayıda hastane ortamına müdahaleler için özel olarak geliştirilen müzik olarak sınıflandırılabilir. Müzik seçimine hasta karar verecekse hastanın tercihini belirlemek ve yoğun bakım müdahaleleri ile başa çıkmak için en yararlı olacak müzik seçimine rehberlik etmek amacıyla hastaya kısa bir anket uygulanabilir⁴¹. Bazı araştırmacılar; olumsuz duygu durumların oluşmasını engellemek için terapötik etkili olan uygun müziklerin kullanımını savunmaktadırlar⁴¹. Derlemeye dahil edilen bir çalışmada müzik terapi uygulaması müzik terapisi tarafından gerçekleştirilmiştir³⁶. Amerikan Müzik Terapisi Derneği'ne göre, müzik terapisi; onaylanmış bir müzik terapisi programını tamamlamış olan yetkili bir profesyonel tarafından terapötik bir ilişki içinde kişiselleştirilmiş hedeflere ulaşmak için müzik müdahalelerinin kullanılmasıdır⁴². Bu nedenle müzik terapi uygulamalarının eğitim almış yetkili profesyoneller tarafından verilmesinin daha uygun olduğu görülmektedir. Fakat sağlık personeli tarafından kaydedilmiş olan uygun şartları taşıyan müziğin hastalara dinletilmesinin de hastalarda müzik uygulaması olarak uygulanabileceği belirtilmektedir⁴³. Sistematik derlemeye dahil edilen 1 çalışmada müzik uygulaması müzik terapisi tarafından gerçekleştirilmiştir. Diğer çalışmalarda uygulamayı yapan personellerin müzik terapi uygulamalarına yönelik sertifikasyon programlarını tamamlayıp tamamlamadıkları hakkında bilgi yer almamaktadır. Bu nedenle diğer çalışmalarda uygulamalar müzik terapi değil müzik uygulaması olarak uygulanmıştır. Uygulamaları yapan kişilerin bu konuda sertifikasyon programlarını tamamlamış olması müzik uygulamalarının daha etkin ve olumlu sonuçlar elde edilmesi açısından önemlidir.

Sistematik derlemeye dahil edilen çalışmalara göre; müzik uygulamasının hastalarda kan basıncı, solunum hızı, nabız hızı, OAB ve SPO₂ üzerinde olumlu etkisi olduğu saptanmıştır.

Literatürde; müziğin SKB, DKB ve kalp hızı üzerine etkisinin incelendiği mekanik ventilasyon desteğinde olan ve olmayan hastaları da kapsayan bir meta-analiz çalışmasına göre; müzik uygulamasının hastaların kan basıncı ve nabız hızında önemli düzeyde olumlu değişimler meydana getirdiğini saptamıştır²⁰. Bradt ve Dileo tarafından yapılan bir sistematik derlemenin sonucuna göre; müzik terapinin hastalarda DKB ve OKB'de azalma için güçlü bir kanıt bulunamamıştır⁴³. Ayrıca, müzik dinleme grubunda ve kontrol grubu arasında nabız hızı ve SPO₂ için tutarsız sonuçlar bulunmuştur. Liu ve Petrini tarafından yapılan randomize kontrollü çalışmada; müziğin SKB, nabız hızında azalmaya neden olduğu, DKB, solunum hızında her hangi bir etkisinin olmadığı saptanmıştır²¹.

Tablo 2. Değerlendirilmeye Alınan Çalışmaların Özellikleri

Yazar/Yıl	Araştırma Türü	Çalışmanın Yapıldığı Yılı/ Ülke	Örneklem Özellikleri	Kullanılan Ölçüm Araçları	Uygulama Özellikleri	Araştırma Sonuçları	Kalite Puan
Aghaie B. ve ark. (2014)	Randomize kontrollü çalışma	2012-2013 Tayvan	Koroner arter bypass grefti olmuş kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilasyon desteği olan hastalar (n=120). Müzik Grubu: 60 Kontrol Grubu: 60	*Tıbbi kayıt formları *Fizyolojik ölçümler *FAS *RASS	Müzik grubuna; doğa temelli müzik 20 dk. dinletilmiştir. Kontrol grubuna kulaklık takılarak sessizce dinlenmişlerdir.	SKB, DKB, nabız ve solunum hızı, OAB, SPO ₂ müzik grubunda daha iyi. Anksiyete ve ajitasyon durumları kontrol grubuna göre azalmıştır.	8
Yaman Aktaş Y. ve Karabulut N. (2015)	Deneyisel çalışma	2010-2013 Türkiye	Kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesindeki ventilasyon desteği olan hastalar (n=66). Müzik Grubu: 33 Kontrol Grubu: 33	*Hasta tanımlama formu *RSS *Fizyolojik parametre ölçüm formu *Davranışsal ağrı ölçeği *Yoğun bakım ağrı gözlem ölçeği	Müzik grubuna aspirasyondan 20 dk. önce, aspirasyon sırasında ve aspirasyondan 20 dk sonra Hüseyini ve Nihavent makamları dinletilmiştir. Kontrol grubuna; sadece aspirasyon işlemi yapılmıştır.	Kontrol ve deney grubunda SKB, DKB, nabız, SPO ₂ değerlerinde değişme gözlenmemiştir. Sedasyon ve ağrı düzeylerinin müzik müdahale grubunda daha iyi düzeyde olduğu tespit edilmiştir.	6
Çiftçi H. ve Öztunç G. (2015).	Kendinden kontrollü ve deneysel çalışma	2009-2011 Türkiye	Genel yoğun bakım ünitesinde SVO tanısıyla yatan, bilinci açık hastalar (n=72).	*Hasta tanımlama formu *Vital Bulgular Formu *VAS *Yüz İfadesi Skalası *STAI-1 *STAI-2 *GKÖ	30 dakika rast makamı hastalara kulaklıklar ile dinletilmiştir.	Müziğin hastaların SKB, ağrı ve anksiyeteyi azalttığı, SPO ₂ ile konfor düzeyini arttırdığı saptanmıştır. DKB, nabız hızı, solunum hızında herhangi bir değişim gözlenmemiştir.	4
Liang Z. ve ark. (2016)	Çapraz tasarımlı Randomize kontrollü çalışma	Belirtilmemi ş Amerika Birleşik Devletleri	Trakeostomisi olan 4 gün ve daha uzun süre mekanik ventilasyon desteğinde olan genel yoğun bakım hastaları (n=31). Çalışmanın ilk gününde; Müzik ile başlayan grup (n=16) Müziksiz başlayan grup (n=15)	*Tıbbi kayıt formları *APACHEIII *Fizyolojik ölçümler *VAS-A *VAS-D	Müzik uygulaması 6 gün boyunca her gün gruplar arasında değiştirilmiştir. 3 gün müzik uygulama, 3 gün müziksiz gün olarak uygulanmıştır. Müzikler söz içermeyen 60-80 atım/dk. içeren müzik mekanik ventilasyondan ayırma denemeleri sırasında 60 dk. kulaklıkla dinletilmiştir.	Müzik grubunda nabız ve solunum hızı, VAS-A, VAS-D de azalma ve günlük ventilasyondan ayırma süresinde artış görülmüştür. SPO ₂ ve OAB'da değişiklik görülmemiştir.	7
Üzelli Yılmaz D. ve ark. (2016)	Randomize kontrollü çalışma	Mayıs-Ağustos 2013 Türkiye	Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniğinde yatmakta olan, mekanik ventilasyon desteğinde, GKS≥9 ve sedasyon tedavisi uygulanan hastalar (n=22) Müzik Grubu: 11 Kontrol Grubu: 11	*Hasta Tanıtım Formu *Yaşamsal Belirtiler İzlem Formu *Amerikan Yoğun Bakım Hemşireler Birliğinin Sedasyon Değerlendirme Ölçeği	Sedasyon tedavisi kesildikten 30 dk. sonra kulaklık ile 60 dk. "Sol Majör" besteleri Antonio Vivaldi'ye ait Klasik Batı Müziği (Barok Dönemi) eserleri dinlettirilmiştir. Kontrol grubuna herhangi bir girişimde bulunulmamıştır.	Müziğin; SKB, DKB ve SPO ₂ değerlerini olumlu yönde etkilediği solunum ve nabız hızları üzerinde herhangi bir etkiye sahip olmadığı saptanmıştır. Sedasyon Değerlendirme Ölçeği alt ölçeklerinde (ajitasyon, anksiyete, uyku ve ventilatör uyumu alt ölçekleri) müziğin olumlu etkisi olduğu saptanmıştır.	7
Hansen P. I. ve ark. (2017)	Randomize kontrollü çalışma	Şubat-Nisan 2016 Danimarka	Genel yoğun bakım ünitesinde yatan mekanik ventilasyon desteğinde olan veya olmayan GKS≥14 Sedasyon tedavisi almayan hastalar (n=37). Müzik Grubu: 18 Kontrol Grubu: 19	*Demografik Özellikler *Bilgi formu * RCSQ	Müzik grubu 30 dk. Niels Eje tarafından geliştirilmiş müziği dinlemiştir. Kontrol grubu standart bakımı alarak dinlenmiş.	Müdahale grubunda uyku skorlarının daha iyi olduğu belirlenmiştir. Uyku derinliği (p=0.02). Uyanma Durumu (p=0.00). Uyku kalitesi (p=0.01).	7
Ames N. ve ark. (2017)	Randomize kontrollü çalışma	2011-2013 Amerika Birleşik Devletleri	Cerrahi yoğun bakım ünitesinde operasyon sonrası yoğun bakımda 24-48 saat kalmaya beklenen, entübe olmayan ve GAD-7'e göre şiddetli anksiyetesi olmayan hastalar (n=59). Müzik Grubu: 20 Kontrol Grubu: 21	*GAD-7 *STAI *ET ₃ *VAS *NRS	Müzik grubu 4-6 saat arayla 50 dakika Musi Cure Dreams albümüne ait müziği dinlemişlerdir. Kontrol grubu aynı sürelerde sessizce dinlenmişler. Girişimler en fazla 48 saat devam etmiştir.	Grublar arasında opioid kullanımı, VAS ve ET ₃ , anksiyete düzeyleri arasında anlamlı fark bulunamamıştır. NRS ölçümlerinin sonuçları müzik grubunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.037).	7
Bayındır S. ve Koçyiğit F. (2017)	Tek Gruplu Öntest – Sontest	2015 Türkiye	Genel yoğun bakım ünitesinde yatan GKS 6E-9E olan hastalar (n=40)	*Yüz ifadesi skalası *Fizyolojik parametreler ölçüm formu	Hastalara her gün 30 dk. süreyle 3 gün arka arkaya Klasik Türk Müziği dinletilmiştir.	Nabız hızı, SPO ₂ ve solunum f değerlerinde olumlu etkiler saptanırken, ortalama kan basıncı ve mekanik ventilatördeki tidal volüm değerlerinde anlamlı bir fark saptanmamıştır.	4

Tablo 2. Değerlendirilmeye Alınan Çalışmaların Özellikleri (devamı)

Yazar/Yıl	Araştırma Türü	Çalışmanın Yapıldığı Yıl/ Ülke	Örneklem Özellikleri	Kullanılan Ölçüm Araçları	Uygulama Özellikleri	Araştırma Sonuçları	Kalite Puan
Lee C. H. ve ark. (2017)	Randomize kontrollü çalışma	2013-2014 Tayvan	Genel yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalar (n=85). Müzik Grubu: 41 Kontrol Grubu: 44	*Tıbbi kayıt formları *Fizyolojik ölçümler *VAS-A *C-STAI *Serum Kortizon Ölçümü	Müdahale grubuna kendi tercihlerine göre Batı klasik müziği, Çin klasik müziği, doğal seslerin olduğu müzik, dini müziklerden birisi 30 dk. kulaklıklarla dinletilmiştir. Kontrol grubu 30 dk. kulaklık takılı olarak dinlenmişlerdir.	Müdahale grubunda DKB hariç SKB, nabız hızı, kortizon değerleri ve VAS-A kontrol grubuna göre daha iyi düzeyde olduğu tespit edilmiştir.	9
Citlik Sarıtış S. ve ark. (2018)	Yarı deneysel çalışma	2015-2016 Türkiye	Koroner yoğun bakımda en az 24 saat yatan ve en az 1 gün daha yatacak olan MI geçirmiş hastalar (n=500). Deney grubu (n=250). Kontrol grubu (n=250).	*Hasta bilgi formu *Test öncesi kayıt formu *VAS	Hastalara 30 dk. zırgüle müzik dinletilmiştir. Kontrol grubuna rutin bakım yapılmıştır.	Müdahale grubundaki hastaların nabız hızı, kan basınçları, anksiyete ve ağrı düzeyleri azalmış, SPO ₂ artmıştır.	6
Golino J.A. ve ark. (2019)	Yarı deneysel çalışma	Yıl Belirtilmemi ş Amerika Birleşik Devletleri	Genel yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilasyon desteği olmayan hastalar (n=52).	*Demografik Özellikler Bilgi formu *Fizyolojik ölçümler *Anksiyete ve Ağrı Ölçeği	Müzik müdahalesinde 2 tür müdahale vardı. Müdahale tercihi hastaya bırakılmıştır. 1.Gevşeme müdahalesi: Terapist tarafından gitarla canlı müzik olarak uygulanmıştır. Hastanın basit hayaller veya odaklanmış solunum gibi gevşeme tekniklerine odaklanması istenmiştir (n=28). 2.Şarkı seçimi müdahalesi: Müzik terapisti hastanın şarkıyı dinlerken söyleyerek katılmasına teşvik edilmiştir. (n=24). Müdahaleler 30 dk. sürmüştür.	Müdahale gruplarında; solunum hızı, nabız, ağrı ve anksiyete düzeylerinde azalma olduğu tespit edilmiştir. SPO ₂ değerlerinde herhangi bir değişim gözlenmemiştir.	5
Kurt T. ve Çelik S. (2019)	Randomize kontrollü çalışma	2016-2017 Türkiye	Cerrahi yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilasyon desteği alan hastalar (n=68). Müzik Grubu: 34 Kontrol Grubu: 34	*Kişisel bilgi ve veri kayıt formu *Yüz Ağrı Skalası *GKS *Modifiye Edilmiş Gülen Yüz Skalası *RASS	Deney grubuna 30 dk. doğa temelli ses terapisi ve gözlerini kapatma işlemi uygulanmıştır. Kontrol grubu ise 30 dk. gözleri kapalı olarak dinlenmiştir.	Müzik grubunda hastaların SKB, DKB, nabız ve solunum hızları, ağrı, ajitasyon ve anksiyete durumlarında olumlu gelişmeler saptanmıştır.	7

*FAS (Yüz Anksiyete Ölçeği); VAS (Görsel Analog Skala)

STAI-1 (Durumluk Kaygı Envanteri); STAI-2 (Sürekli Kaygı Envanteri)

GKÖ (Genel Konfor Ölçeği)

APACHE III (Akut Fizyoloji ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi)

VAS-A (Anksiyete İçin Vizüel Analog Skala)

VAS-D (Dispne İçin Vizüel Analog Skala)

RCSQ (Richard-Campbell uyku Ölçeği); GAD-7 (Yaygın anksiyete bozukluğu ölçeği)

ETS (Duyusal termometreler)

NRS (nümerik değerlendirme ölçeği)

C-STAI (Anksiyete Ölçeği)

GKS (Glaskow Koma Skalası)

SVO (Serebrovasküler Olay)

Bu sonuçlar, hastalarda hemodinamik yanıtların altında yatan fizyolojinin karmaşık olduğunu, ventilatör desteğinin yanı sıra ilaçlarında etkisinin olabileceğini göstermektedir⁴³. Sistematik derlemeye dahil edilen çalışmaların büyük çoğunluğunda müziğin ağrıyı azaltıcı etkisi olduğu saptanmıştır. Literatürde yapılan çalışmalarda da müziğin ağrıyı azaltmada etkili olduğu görülmektedir^{21,44-46}. Müzik; insanlarda duyguları uyarması ile otonomik birçok değişikliği başlamasına neden olur. Kohlea, akustik bilgiyi, işitsel kortekste nöral aktiviteye dönüştürür, anlam ve duygular uyarılır¹⁸. Müzik uygulaması; serebrumda sağ hemisferi uyarak limbik sistemi etkiler ve psikofizyolojik yanıtlara neden olur. Bunun sonucunda; enkefalin, endorfin salınımına ve parasempatik sistemin aktive olmasını sağlar¹⁰. Psikofizyolojik yanıtın oluşması ile hastalarda ağrı ve strese azalma sonucunda yaşam bulguları üzerinde de olumlu etkiler oluşturur. Bu nedenle; müzik uygulamasının yoğun bakım hastalarında yaşam bulguları ve ağrı üzerine olumlu etkileri olan bir uygulama olduğu söylenebilir.

Sistematik derlemeye dahil edilen çalışmaların büyük çoğunluğunda müzik uygulamasının hastaların anksiyete düzeylerini azalttığı saptanmıştır^{5,30,31,33,35-37}. Literatürde; Wong ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada; ventilatör desteğinde olan 20 hastaya uygulanan müzik terapi uygulaması sonrası anksiyete düzeylerinde azalma sağlanırken, kan basıncı ve solunum hızında herhangi bir fark saptanamamıştır. Bunun nedenin ise; örneklem grubunun küçük olmasından kaynaklanabileceğini belirtmişlerdir⁴⁷. Chlan ve ark. tarafından yapılan randomize kontrollü çalışmada; müziğin mekanik ventilasyon desteği olan hastalarda anksiyeteyi ve sedatif ilaç kullanımını azalttığını belirtmişlerdir⁴⁸.

Sistematik derlemeye dahil edilen 4 çalışmada hastaların sedasyon düzeyleri değerlendirilmiştir. Sedasyon düzeyi ölçülen tüm çalışmalarda müzik terapi uygulamasının hastaların sedasyon düzeyleri üzerinde olumlu etkileri olduğu saptanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur^{5,26,31,34}. Bradt ve Dileo tarafından yapılan sistematik derlemede meta analiz sonuçlarına göre; hastaların sedasyon skoru müzik müdahale grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Müdahale grubundaki hastaların sedatif ve analjezik ilaç kullanımının kontrol grubundaki hastalara göre daha az olduğunu belirtmişlerdir⁴³. Müziğin parasempatik sistemi aktive etmesi, endorfin ve enkefalin salınımı ile hastaların anksiyete düzeyinde ve sedatif kullanımında azalma meydana gelmektedir¹⁰. Sistematik derlemeye dahil edilen çalışmalarda ve literatürde müziğin anksiyete ve sedasyon üzerinde olumlu etkileri olduğu bildirilmiştir. Bu nedenle; müzik uygulaması hastaların anksiyete düzeylerinin ve sedatif ilaç kullanımında azaltılmasında etkili bir yöntem olduğu söylenebilir.

Konfor düzeyi (1 çalışma), dispne durumu (1 çalışma), ventilasyondan ayırma süresi (1 çalışma), subjektif uyku kalitesi (1 çalışma), serum kortizon ölçümü (1 çalışma) çalışmalarda değerlendirilmiş ve müzik uygulamasının bu ölçümler üzerinde olumlu etkileri olduğu saptanmıştır (p<0.05). Müzik terapi uygulaması ağrı ve anksiyete düzeyindeki azaltıcı etkisi ile hastaların konfor seviyesinin artmasına neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda müzik

tedavisinin hastalarda fizyolojik ve psikolojik olarak olumlu etkileri ile uykusuzluğu hafifletici etkisi olduğu gösterilmiştir^{12,49}. Kardiyak operasyon geçiren hastalarda yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, müzik terapi uygulamasının hastaların serum kortizol düzeylerini düşürdüğü saptanmıştır⁵⁰.

Hemşire yoğun bakımdaki hastayı holistik açıdan değerlendirecek; hastanın fiziksel, emosyonel, sosyal ve psikolojik açıdan en iyi duruma gelmesine yardımcı olmaya çalışır. Holistik bakımı sürdürürken nonfarmakolojik bir yöntem olan müzik uygulamalarından yararlanabilir. Müzik uygulamasının etkin sonuçlarının olması için; sertifikaya sahip hemşireler tarafından uygulanması gerekmektedir. Derlemeye dahil edilen çalışmaların 9 tanesi hemşirelik alanında yapılmış çalışmalar olup, uygulayan kişilerin müzik uygulama ile ilgili sertifika yada eğitim alıp almadıkları belirtilmemiştir. Yapılan çalışmalarda müzik uygulamasının hastalarda fiziksel ve psikolojik olarak olumlu etkileri saptanmıştır ve neden olduğu olumsuz durum bildirilmemiştir. Bu nedenle hemşirelerin müzik terapi sertifikaya programlarına katılarak yada müzik terapi eğitimi olan diğer hemşirelerle işbirliği içinde bakım planına müzik uygulamasını entegre etmesi uygun olacaktır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Sistematik derleme kapsamında incelenen çalışmalarda; müzik uygulamasının yoğun bakım hastalarında yaşam bulguları, anksiyete, sedasyon düzeyleri, ağrı, uyku kalitesi ve konfor düzeylerinde olumlu etkileri olduğunu göstermektedir. Çalışmalarda müzik uygulamasının hastalar üzerinde herhangi bir zararlı etkisine rastlanmamıştır. Bu nedenle yoğun bakımda çalışan hemşirelerin müzik uygulamaları konusunda sertifikasyon programlarına katılmaları sağlanarak bu uygulamanın bakım planına dahil edilmesi hastalar açısından yararlı bir uygulama olacaktır. Hemşirelik eğitimi ders müfredat programlarında müzik uygulamaları ile ilgili dersler yer alabilir. Sağlık yöneticileri tarafından; müzik terapi uygulamaları kapsamında sertifikasyon programları düzenlenerek müzik terapi uygulama alanlarının genişletilmesi ve aktif olarak kullanılması sağlanmalıdır. Müzik terapi uygulamaları ile ilgili daha kapsamlı çalışmalar için kortizol ölçümleri, katekolamin düzeyleri ölçülerek randomize kontrollü, deneysel çalışmalar yapılabilir.

Etik Kurul Onayı: -

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Bildirilmemiştir.

Katılımcı Onamı: -

Yazar katkıları:

Araştırma dizaynı: YS, KAK, NO

Veri toplama: YS, KAK

Literatür araştırması: YS, KAK, NO

Makale yazımı: YS, KAK, NO

Teşekkür: -

Ethics Committee Approval: -

Conflict of Interest: Not reported.

Funding: None.

Exhibitor Consent: -

Author contributions:

Study design: YS, KAK, NO

Data collection: YS, KAK

Literature search: YS, KAK, NO

Drafting manuscript: YS, KAK, NO

Acknowledgement: -

KAYNAKLAR

1. Wojnicki-Johansson G. Communication between nurse and patient during ventilator treatment: Patient reports and RN evaluations. *Intensive Crit Care Nurs.* 2001;17(1):29-39.
2. Terzi B, Kaya N. Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Dergisi.* 2011;1:21-5.
3. Hatipoğlu S. Cerrahi yoğun bakım hemşireliği ilkeleri. *Gülhane Tıp Dergisi* 2002;475.
4. Çelik S. Yoğun bakım ünitesinde hasta kabul ve taburculuk kriterleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi.* 2007;11(2):96-101.
5. Kurt T, Çelik S. Yoğun bakım hastalarını mekanik ventilasyondan ayırma sürecinde doğa temelli ses terapisinin etkisi. *Cukurova Med J.* 2019;44(1):119.
6. Dedeli Ö, Akyol AD. Yoğun bakım hastalarında psikososyal sorunlar. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi.* 2008;12(1):26-32.
7. Erden S. Yoğun bakımda ağrı yönetiminde hemşirenin anahtar rolleri. *Van Tıp Dergisi.* 2015;22(4):332-6.
8. Demir Y. Yoğun bakım ünitesinde ağrı deneyimi ve ağrının değerlendirilmesi: Literatür incelemesi. *DÜ Sağlık Bil Enst Derg.* 2012;2(1):24-30.
9. Lusk B, Lash AA. The stress response, psychoneuroimmunology, and stress among ICU patients. *Dimens Crit Care Nurs.* 2005;24(1):25-31.
10. Meltem U, Korhan EA. Yoğun bakım hastalarında müzik terapinin ağrı ve anksiyete üzerine etkisi. *Ağrı.* 2011;23(4):139-46.
11. Chalfin DB. Music therapy in critical illness: Entertainment with benefits. *Crit Care Med.* 2018;46(9):1554-5.
12. Boşnak M, Kurt AH, Yaman S. Beynimizin müzik fizyolojisi. *KSÜ Tıp Fak Der.* 2017;12(1):35-44.
13. Tanriover G. Müzikle tedavi yöntemleri. *Fine Arts.* 2010;5(3):150-7.
14. Karamızrak N. Ses ve müziğin organları iyileştirici etkisi. *Koşuyolu Kalp Dergisi.* 2014;17(1):54-7.
15. Conrad C. Music for healing: From magic to medicine. *The Lancet.* 2010;376(9757):1980-1.
16. Koç EM, Başer A, Kahveci R, Özkara A. Ruhun ve beden gıdası: Geçmişten günümüze müzik ve tıp. *Konuralp Tıp Dergisi.* 2016;8(1):51-5.
17. Özveren H. Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. *HUHEMFAD.* 2011;18(1):83-92.
18. Birkan ZI. Müzikle tedavi, tarihi gelişimi ve uygulamaları. *Akupunktur Ankara.* 2014:37.
19. Sezer E, Atıcı E. Selçuklu ve Osmanlılarda müzikle tedavi yapılan hastaneler. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 2010;36(1):29-32.
20. Loomba RS, Arora R, Shah PH, Chandrasekar S, Molnar J. Effects of music on systolic blood pressure, diastolic blood pressure, and heart rate: A meta-analysis. *Indian Heart Journal.* 2012;64(3):309-13.
21. Liu Y, Petrini MA. Effects of music therapy on pain, anxiety, and vital signs in patients after thoracic surgery. *Complement Ther Med.* 2015;23(5):714-8.
22. Kulakaç N, Çolak A, Aktuğ C. Yaşam kalitesi üzerine müziğin etkisi. *GÜSB D.* 2016;5(4):67-70.
23. T.C. Sağlık Bakanlığı. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları yönetmeliği [Internet]. 2014 [Erişim Tarihi 04 Mart 2021]. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3.htm>.
24. T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi. Hemşirelik yönetmeliği. Çalışılan birim/servis/ünite/alanlara göre hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları. [Internet]. 2010 [Erişim Tarihi 24 Şubat 2020]. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.13830&MevzuatIsmi=0&sourceXmlSearch=hem%C5%9Firelik%20y>.
25. Özden D, Ertuğrul B. Yoğun bakımda hemşirelik hizmetleri. Hancı V, editör. *Yoğun Bakımda Organizasyon, Yönetim ve Eğitim.* 1. Baskı. Ankara; Türkiye Klinikleri. 2020;1:220-4.
26. Uzelli Yılmaz D, Akın Korhan E, Baysan B, Tan E, Erem A, Çelik S, ve ark. Mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda müzik terapinin sedasyon düzeyi ve yaşamsal belirtiler üzerine etkisi: Bir pilot çalışma. *İKÜSBFD.* 2016;1(3):21-7.
27. Alves AI, Rabiais IC, Pestana L, Rodrigues M, Ávila H, Câmara R, et al. Effects of music therapy in intensive care patients. *Int J Nurs.* 2016;3(2):88-94.
28. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine.* 2009;6(7):e1000097.
29. Karaçam Z. Sistemik derleme metodolojisi: Sistemik derleme hazırlamak için bir rehber. *DEUHYO ED.* 2013;6(1):26-33.
30. Çiftçi H, Öztunç G. The effect of music on comfort, anxiety and pain in the intensive care unit: A case in Turkey. *Int J Caring Sci.* 2015;8(3):594-602.
31. Aghaie B, Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Ebadi A, Moradian ST, Vaismoradi M, et al. Effect of nature-based sound therapy on agitation and anxiety in coronary artery bypass graft patients during the weaning of mechanical ventilation: A randomised clinical trial. *Int J Nurs Stud.* 2014;51(4):526-38.
32. Hansen IP, Langhorn L, Dreyer P. Effects of music during daytime rest in the intensive care unit. *Nurs Crit Care.* 2018;23(4):207-13.
33. Lee C-H, Lee C-Y, Hsu M-Y, Lai C-L, Sung Y-H, Lin C-Y, et al. Effects of music intervention on state anxiety and physiological indices in patients undergoing mechanical ventilation in the intensive care unit: A randomized controlled trial. *Biol Res Nurs.* 2017;19(2):137-44.
34. Yaman Aktaş Y, Karabulut N. The effects of music therapy in endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients. *Nurs Crit Care.* 2016;21(1):44-52.
35. Citlik-Saritas S, Saritas S, Cevik-Akyil R, Isik K. The effects of Turkish classical music on physiological

- parameters, pain and analgesic use in patients with myocardial infarction: A non-randomized controlled study. *Eur J Integr Med.* 2018;22:50-3.
36. Golino AJ, Leone R, Gollenberg A, Christopher C, Stanger D, Davis TM, et al. Impact of an active music therapy intervention on intensive care patients. *Am J Crit Care.* 2019;28(1):48-55.
 37. Liang Z, Ren D, Choi J, Happ MB, Hrvanek M, Hoffman LA. Music intervention during daily weaning trials-a 6 day prospective randomized crossover trial. *Complementary Therapies in Medicine.* 2016;29:72-7.
 38. Ames N, Shuford R, Li Y, Moriyama B, Frey M, Wilson F, et al. Music Listening Among Postoperative Patients in the Intensive Care Unit: A Randomized Controlled Trial with Mixed-Methods Analysis. *Integr. Med. Insights.* 2017(12):1-13.
 39. Bayındır S, Koçyiğit F. Yoğun bakım ünitesinde ağrı ve anksiyete yönetiminde nonfarmakolojik adjuvan tedavi: Müzik terapi. *Maltepe Tıp Dergisi.* 2017;9(1):14-7.
 40. Nahcivan N, Seçginli S. Sistematik derlemeye dahil edilen nicel araştırmaların metodolojik kalitesi nasıl değerlendirilir? *Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics.* 2017;3(1):10-9.
 41. Messika J, Kalfon P, Ricard J-D. Adjuvant therapies in critical care: Music therapy. *Intensive Care Med.* 2018;44(11):1929.
 42. Sliwka A, Wloch T, Tynor D, Nowobilski R. Do asthmatics benefit from music therapy? A systematic review. *Complement Ther Med.* 2014;22(4):756-66.
 43. Bradt J, Dileo C. Music interventions for mechanically ventilated patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2014;12. doi: 10.1002/14651858.CD006902.pub3.
 44. Mofredj A, Alaya S, Tassaioust K, Bahloul H, Mrabet A. Music therapy, a review of the potential therapeutic benefits for the critically ill. *J Crit Care.* 2016;35:195-9.
 45. Costa F, Ockelford A, Hargreaves DJ. The effect of regular listening to preferred music on pain, depression and anxiety in older care home residents. *Psychology of Music.* 2018;46(2):174-91.
 46. Huang S-T, Good M, Zauszniewski JA. The effectiveness of music in relieving pain in cancer patients: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2010;47(11):1354-62.
 47. Wong H, Lopez-Nahas V, Molassiotis A. Effects of music therapy on anxiety in ventilator-dependent patients. *Heart Lung.* 2001;30(5):376-87.
 48. Chlan LL, Weinert CR, Heiderscheit A, Tracy MF, Skaar DJ, Guttormson JL, et al. Effects of patient-directed music intervention on anxiety and sedative exposure in critically ill patients receiving mechanical ventilatory support: A randomized clinical trial. *Jama.* 2013;309(22):2335-44.
 49. Altan Sarıkaya N, Oğuz S. Huzurevinde kalan yaşlılarda pasif müzikoterapinin uyku kalitesine etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi.* 2016;7(2):55-60.
 50. Nilsson U. The effect of music intervention in stress response to cardiac surgery in a randomized clinical trial. *Heart Lung.* 2009;38(3):201-7.

Araştırma makalesi

Research article

Aydın İline Olan İç Göçün Kadınların Genel Sağlık ve Üreme Sağlığı Durumlarına Etkisi

Hilmiye AKSU¹, Hande YAĞCAN², Safiye ÖZVURMAZ³, Mevlüt TÜRE⁴

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada Aydın ili'ne göç eden üreme çağındaki kadınların genel sağlık ile üreme sağlığı durumlarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, analitik ve tanımlayıcı tipte olup verileri Aydın İli'nin Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran 331 kadından "Göç Eden Kadınların Genel Sağlık ve Üreme Sağlığı Durumlarına İlişkin Anket Formu" ve "Genel Sağlık Anketi" kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Göçmen kadınların %71.3'ü göç etmekten çok memnun olduklarını ifade etmelerine rağmen, göç %14.5'inin ekonomik durumunu olumsuz etkilemiştir. Kadınların %26.9'unun genel sağlık durumu riskli bulunmuştur. Riskli kadınların, gebelik, abortus, küretaj ve ölü doğum sayı ortalamaları sağlıklı gruptan fazla olup, canlı doğum, yaşayan çocuk sayısı ve ilk gebe kalma yaş ortalamaları daha düşüktür. Riskli kadınların yaş ortalamaları sağlıklı gruba göre daha genç (U:8849.0, p<0.01) ve göç edilen yerde yaşama süreleri ise daha uzun bulunmuştur (U:9093.5, p<0.02). Kadınların isteyerek evlenme durumlarının genel sağlık durumlarını etkilediği saptanmıştır (X²=10.032; p<0.00).

Sonuç: Genel sağlık durumu riskli çıkan kadınların obstetrik bulgularının daha kötü durumda olduğu ve bu bulguların göç edilen yerde yaşanılan sürenin artması ile doğru orantılı olarak kötüleştiği görülmüştür. Yaşanılan sağlık sorunları arasında menstrual siklus düzensizliği ve ruhsal bunalım gibi problemler yer almaktadır. Göçmen kadınlara; aile planlaması yöntemleri, gebelik ve genel sağlık taramaları konuları ile ilgili eğitimler verilmesi ve psikolojik destek sağlanması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Göç, kadın sağlığı, üreme sağlığı

ABSTRACT

The Effect of Internal Migration on the General and Reproductive Health Status of Women Migrating to Aydın Province

Aim: This study aims to determine the general and reproductive health status of women of reproductive age who migrated to Aydın Province and the factors affecting them.

Material and Methods: The data of this analytical and descriptive study were collected using "General Health Questionnaire" and "Immigrant Women's General and Reproductive Health Status Questionnaire" from 331 women who applied to Family Health Centers of Aydın Province.

Results: Although 71.3% of the immigrant women stated that they were very satisfied with immigration, the migration negatively affected the economic situation of 14.5% of them. The general health status of 26.9% of the women was found to be risky. The average number of pregnancies, abortions, curettage, and stillbirths of the risky women is higher than the healthy group, and the average age of the first pregnancy, the number of living children, and live births are lower. The mean age of the women at risk was found to be younger (U: 8849.0, p <0.01) and the duration of living in the migrated place was longer than the healthy group (U: 9093.5, p <0.02). The general health status of women was affected by their marriage consent status (X²=10.032; p<0.00).

Conclusion: The obstetric findings of risky women were in worse condition, and these findings worsened in direct proportion with the increase in the time spent in the migrated place. Health problems experienced by women include menstrual cycle disorder and mental distress. Immigrant women should be educated about family planning methods, pregnancy, general health scans, and provided psychological support.

Keywords: Immigration, reproductive health, women's health

¹Prof. Dr., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye, E-posta: hilmiyeaksu@yahoo.com, Tel: 05424107035, ORCID: 0000-0001-6975-3172

²Dr. Öğretim Üyesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye, E-posta: hande.yagcan@gmail.com, Tel: 05556444051, ORCID: 0000-0001-9658-0449

³Doç. Dr., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye, E-posta: sozvurmaz@hotmail.com, Tel:05374746531, ORCID: 0000-0002-1842-3058

⁴Prof. Dr., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Temel Tıp Bilimleri Bölümü, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye, E-posta: mevlut.ture@adu.edu.tr, Tel: 0256 2182000 - 2706, ORCID: 0000-0003-3187-2322

Geliş Tarihi: 27 Nisan 2020, Kabul Tarihi: 05 Mayıs 2021

Atıf/Citation: Aksu H, Yağcan H, Özvurmaz S, Türe M. Aydın İline Göç Eden Kadınların Genel Sağlık ve Üreme Sağlığı Durumları Üzerine İç Göçün Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2021;8(2):213-222. DOI: 10.31125/hunhemsire.968908

GİRİŞ

Göç; belirli bir sosyal yapı içindeki birey ve grupların ekonomik, sosyal, psikolojik, siyasal, kültürel, doğal olaylar ve terör gibi nedenlerle, hayatlarının gelecekteki kısmının tamamını veya bir kısmını geçirmek üzere, tamamen ya da geçici bir süre için bir yerden (kent, kasaba, köy) bir yere yerleşmek amacıyla yaptıkları coğrafi yer değiştirmedir. Göç, genel olarak, iç göç (ülke içi) ve dış göç (ülkeler arası) şeklinde meydana gelir. Göçler; isteğe bağlı, zoraki, devamlı ya da geçici, aşamalı/aşamasız, mevsimlik, günü birlik iş gücü, yaz/tatil, transit, net ve illegal göç şeklinde olabilmektedir^{1,2}.

Göç, insanlık tarihinin bütün dönemleri boyunca var olan bir olgudur. Sonuçları itibarıyla sosyal, ekonomik, kültürel ve psikolojik birçok ögeyi içinde barındırır. Göç her zaman önemli bir toplumsal değişim nedenidir³. Birleşmiş Milletler (UN) 2018 verilerine göre; dünyada 2000 ile 2017 yılları arasında göçmen oranı %50 artmış ve 258 milyona ulaşmıştır. Bu göçmenlerin 78 milyonu Avrupa ve 80 milyonu Asya'da bulunmaktadır⁴. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2019 yılı adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçları doğrultusunda oluşan göç istatistikleri verilerine göre, Aydın ilinin net göç hızının 3.84 olduğu, en çok göçü 20-24 yaş aralığında bulunan bireylerden ve sırasıyla İzmir, İstanbul ve Ankara illerinden aldığı ve Türkiye genelinde en yüksek net göç hızına sahip 14. il olduğu belirtilmiştir⁵.

Göç hareketleri özellikle kadınları etkilemektedir. Türkiye'de göç sürecinin kadınlar için beraberinde getirdiği etkiler arasında cinsel yolla bulaşan hastalıklar, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinden yeterince yararlanılamamasına bağlı; çok ve sık aralıklarla çocuk sahibi olma, doğum öncesi bakım hizmetlerinin alınmasının az olması, perinatal ve postnatal bebek ölüm hızlarının, evde sağlık personeli olmaksızın yapılan doğum oranının yüksek olması saptanmıştır. Bu etkilere ilave olarak; kadınların kültürel nedenlerle yabancı bir ortamdaki hareket özgürlüklerinin giderek kısıtlanması, erkeklere oranla iş gücü piyasalarına katılımda zorlanması ve bu yüzden göç etmiş olan kadınların 'ev kadını' rolünü eskisine oranla daha fazla benimsemek zorunda kalması ve ev temizlik işçiliği gibi daha prestiji ve geliri düşük işlerde çalıştırılması yer almaktadır^{2,6,7}.

Göçmen ailelerde geldikleri yeni ortama uyum sağlama aşamasında, erkeklerin yeni kişilerle tanışması ve ailesinden uzaklaşması, evlilikte eşler arasında problemler yaşanmasına neden olmakta ve boşanma oranları artmaktadır^{2,8}. Ayrıca özellikle zoraki göçün ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediği ve kadın göçmenlerin erkek göçmenlere göre daha fazla duygusal zorlanma yaşadığı belirtilmektedir⁹.

Pek çok dünya ülkesinde kadının statüsü düşüktür ve kadın göçmen olmak, durumu iki kat daha olumsuz yapabilmektedir. Göçmen kadınlar hem kadın oldukları hem de göçmen oldukları için cinsel taciz, tecavüz ve şiddette maruz kalabilmektedirler³. Göçmen kadınların karşılaştıkları bir diğer sorun fuhuşa zorlanmalarıdır. Bu durum aynı zamanda kadınları cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve HIV enfeksiyonu açısından risk grubuna sokmaktadır^{8,10}.

Göçmen kadınların sağlık bakım hizmetlerinden yararlanmasını etkileyen etmenler arasında dil engeli, sağlık hizmetlerinin maliyeti, sağlık hizmetlerine nasıl ulaşacaklarını bilmeme, ayrımcılığa uğrama korkusu ve sosyal güvencenin olmaması yer almaktadır. Göçmen kadınların sigortasız olduğu ve sigortası olmayan kadınların koruyucu sağlık hizmeti, ruh sağlığı, diş ve acil bakım hizmetlerini en az oranda kullandıkları belirtilmektedir. Devlet sigortası olanların da özel sigortası olanlara göre yine sağlık bakımından daha az yararlandıkları bildirilmektedir^{8,11-15}.

Göçmen kadınlarla ilgili Avrupa ülkelerinde yapılan pek çok epidemiyolojik çalışmada gebelik sonuçları çelişkili olarak verilmektedir. Gelişmiş ülkelerde, göçmen annelerin gebelik sonuçlarının yerli annelere göre daha kötü olduğu belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda göçmen kadınların yerli kadınlara oranla daha çok düşük doğum ağırlıklı bebek (DDAB) doğurduğu, preeklampsi, preterm doğum, uterin rüptür, perinatal mortalite ve konjenital anomali risklerine sahip olduğu saptanmıştır^{16,17}.

Sonuç olarak; Göçün beraberinde getirdiği risk faktörleri nedeniyle özellikle kadınlar ve çocuklar sağlık açısından diğer gruplara göre daha fazla risk altındadırlar. Göç sonrasında Abraham Maslow'un insanların temel gereksinimleri olan; fizyolojik (barınma), güvenlik, sosyal (çocuklar, eş), kendini gerçekleştirme ve estetik (kendine güven) gereksinimlerin karşılanmasına ilişkin sorunlar yaşanabilir. Bunun için de özellikle birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hemşirelerin; göçmen kadınların sağlık durumlarında etkili olan biyolojik, sosyal, kültürel değişkenleri, sağlık davranışlarını, inançlarını ve yaşam biçimlerini değerlendirmesi gerekmektedir. Belirledikleri yetersiz olunan alanlarla ilgili kültürel farklılıkları dikkate alarak eğitimler düzenleyip ve üreme sağlığı destek programları hazırlayarak göçmen kadınların bilgi, tutum ve davranışlarını geliştirebilir.

Ayrıca göç eden bireylerin karşılaştıkları ön yargılar giderilip, diğer bireylerle iletişim kurmaları sağlanarak, destekleyici bir çevre yaratılmalı, sanıtyona önem verilmeli, sağlık hizmetleri yapılan ev ziyaretleriyle daha kolay ulaşılır ve pratik çözüm önerileriyle daha az maliyetli hale getirilmelidir^{2,6,18}. Sağlık çalışanları içerisinde hemşireler ve ebeler tüm bu sorunların çözümünde eşsiz bir yere sahiptir. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında; göçmen kadınların üreme sağlığı sorunlarını çözmede, kontreseptif yöntemlere ulaşmalarını ve kullanmalarını sağlamada, anne bebek ölümlerini azaltmada çok önemli rollerinin olduğunu fark etmeli ve kadınlara yardım etmelidirler⁷. Çünkü kadının, ailenin sağlığının sürdürülmesinde ve geliştirilmesindeki rolü çok önemlidir. Bu çalışmanın hemşire ve ebelerin tüm bu rolleri ve görevlerini yerine getirmelerine, göçmen kadınların yaşadıkları sorunların farkında olmalarını, sağlık hizmetlerini onlar için daha ulaşılabilir hale getirmelerini, göçmenlere karşı olumlu bakış açısı geliştirmelerini, bu sorunlara yönelik uygun çözüm yolları üretmelerini ve bakım kalitesini artırmaları doğrultusunda katkı sağlaması beklenmektedir.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışma Aydın İli'ne göç eden üreme çağındaki kadınların genel sağlık ve üreme sağlığı durumlarını belirlemek ve etkileyen faktörleri incelemek amacı ile yapılmıştır. Bu çalışmanın ikincil amacı iç göçün kadın sağlığına etkilerini ortaya çıkartmak ve ileride oluşturulacak sağlığı geliştirme programlarına temel oluşturmasıdır.

GEREÇ ve YÖNTEM**Araştırmanın Türü**

Analitik ve tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

Araştırma Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evreni, Aydın İli'nin en çok iç göç alan Kadıköy (683 kadın), Ovaeymir (820 kadın) ve Tepecik (780 kadın) bölgelerine bağlı belirlenen üç ayrı Aile Sağlığı Merkezine (ASM) kayıtlı olan, Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinden herhangi bir tarihte göç etmiş, 15-49 yaş arasında ve üreme çağındaki olan toplam 2283 kadından oluşmaktadır.

Araştırmanın örneklem büyüklüğü $\alpha=0.05$, iki yönlü hipotez kullanılarak %80 güç için kötü sağlık durumu algısı odds oranı 1.65 alınarak örneklem büyüklüğü en az 288 olarak belirlenmiştir¹⁹. Örnekleme yaklaşık olarak %15 kayıp olasılığı hesaplandığında 329 örneklem ile çalışılması planlanmış, araştırmaya katılmaya gönüllü ve tabakalı rastgele örnekleme yöntemine göre seçilmiş olan 331 kadına ulaşılmıştır. Araştırmaya dahil edilen 311 göçmen kadın, ilgili ASM'deki araştırma kriterlerine uyan göçmen kadın sayısının tabakalı rastgele örnekleme yöntemine göre hesaplanması ile belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Tabakalı Rastgele Örnekleme Yöntemine Göre Aydın İli Göç Alan Bölgelerinden Çalışmaya Alınan Kadın Sayısı

Bölge	Kadın sayısı	Tabaka ağırlığı	Örnekleme alınacak kadın sayısı
Kadıköy	683	583/2283=0.30	0.30x329=99
Ovaeymir	820	820/2283=0.36	0.36x329=118
Tepecik	780	780/2283=0.34	0.34x329=112 (114)*
Toplam	2283		329

* Tepecik grubunda planlanandan daha fazla kadına ulaşıldı.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırmanın verileri Aydın İli'ne Türkiye'nin Güneydoğu ve Doğu bölgelerinden iç göçle gelmiş olan kadınların yoğun olduğu ve en çok göç alan Kadıköy, Ovaeymir ve Tepecik bölgelerine bağlı Efeler 8 Nolu ASM, Çeştepe ASM ve Ovaeymir ASM'lerinden Nisan 2016- Ocak 2017 tarihleri arasında toplanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Verileri toplamak için, Göç Eden Kadınların Genel Sağlık ve Üreme Sağlığı Durumlarına İlişkin Anket Formu ve Genel Sağlık Anketi (GSA) kullanılmıştır.

Genel Sağlık ve Üreme Sağlığı Durumlarına İlişkin Anket Formu

Araştırmacılar tarafından literatürden yararlanılarak oluşturulan, 28 adet sosyo-demografik özellikleri (yaş, evlilik, eğitim vb.) ve 16 adet üreme sağlığı ile ilgili verileri sorgulayan toplam 44 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır^{2,3,6-18}.

Genel Sağlık Anketi

Genel Sağlık Anketi'nin 12 ve 28 sorulu formları vardır. Bu çalışmada 12 soruluk formu (GSA12) kullanılmıştır. Dörtlü

likert tipi bir ölçektir. General Health Questionnaire anketin özgün adıdır. GSA12, 1988'de Goldberg ve Williams tarafından geliştirilmiştir²⁰. Kılıç tarafından 1996 yılında Türkçeye uyarlanmıştır²¹. Türkçe formunun güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı GSA12 için 0.78 bulunmuştur. Çalışmamızda ise Cronbach alfa katsayısı GSA12 için 0.85 bulunmuştur Türkçe formunun geçerlilik çalışmasında ROC analizi uygulanarak ölçüt geçerliliği elde edilmiştir. Bu amaçla GSA tipi puanlama ile GSA12 için kesme puanı 1 veya 2 olarak hesaplanmıştır.

Sağlıklı bireylere birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlar ve bedensel hastalığı olan psikiyatri dışı hasta gruplarına uygulanabilir. Burada her bir maddenin ilk 2 yanıtı 0 ve son 2 yanıtı ise 1 puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Bu çalışmada kesme noktası 2 alınmıştır, 3 ve üzeri puan alan risk grubunda kabul edilmiştir.

Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Aile sağlığı merkezine herhangi bir neden ile başvuran kadınlara araştırma hakkında bilgi verildikten sonra gönüllü olanlar ve araştırmaya dahil olma kriterlerine uyanlar ile çalışılmıştır.

Veriler ev ziyaretlerinde bulunularak araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanılmıştır. Yazılı onam vermeyen, o bölgede doğmuş, büyümüş 15-49 yaş gurubu, Türkçe konuşamayan ve tanı almış psikiyatrik hastalığı olan kadınlar araştırmaya alınmamıştır.

Verilerin Analizi

Elde edilen verilerin ortalama ve standart sapmaları hesaplanmıştır. Bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında; veriler göçmen kadınların GSA'ya doğrultusunda belirlenen sağlık risk gruplarının Kolmogorov-Smirnov analizine göre normal dağılım göstermediği için Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır (p<0.00). Verilerin analizinde ayrıca ki-kare, kolerasyon ve Chaid Analizi kullanılmıştır. Veriler .05 anlamlılık düzeyinde, SPSS 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanabilmesi için, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 2016/813 karar numaralı etik kurul izni ve Aydın Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden izin alınmıştır. Görüşme öncesinde, kadınlara araştırmanın amacı, araştırmadan sağlanacak yararlılıklar, görüşme için harcayacağı zaman konusunda açıklamalar yapılmış ve yazılı onamları alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın sınırlılıkları; çalışmanın küçük bir göçmen kadın grubuna yapılmış olmasıdır. Bu nedenle, çalışmadan elde edilen bulgular tüm göçmen kadınlara genellenemez, sadece çalışmanın yapıldığı ASM'lerin bulunduğu bölgelerde yaşamakta olan göçmen kadınlar için genelleme yapılabilir.

BULGULAR

Çalışmaya katılan göçmen kadınların yaş ortalaması 32.73±8.18 (min:17, max:50) olup, %97'si evli, %44.7'si eşi ile akraba ve %89.1'i isteyerek evlenmiştir. Kadınların %33.5'inin okuma yazması bulunmamakta, %94.6'sı ev hanımı, %18.4'ü göç nedeniyle çalıştığı işten ayrılmış,

%81.3'ünün sağlık güvencesi bulunmaktadır. Ayrıca %36.3'ünün geliri giderinden az olup, %38.4'ü geniş aile olarak yaşamaktadır. Göç ettikleri yerler incelendiğinde; %29.9'u Ağrı, %14.8'i Bitlis ve %10.6'sı Muş'tan göç etmiştir. Göç etme nedenlerinde ise %47.7 ile bireysel (eğitim, evlilik, tayin vb.), %36.3 ekonomik, %10.3 ailevi (eşin ve ya ebeveynin yanına gelmesi) nedenler yer almaktadır.

Aydın ili'ne göç eden bu kadınların burada ortalama yaşama süresi 16.41±9.70 yıl (min:1, max:50) olup, %71.3'ü buraya göç etmekten çok memnun olduklarını ve %63.4'ü tekrar şansı olsa yine Aydın'a göç edeceğini ifade etmiştir. Tekrar göç ederdim diyenlerin %45'i Aydın'ın memleketlerinden daha güzel olduğunu, %42.1'i burada daha iyi imkanlara sahip olduğunu ve %7.4'ü evlilik nedeniyle geldiğini belirtmiştir. Kadınların %27.5'i tekrar şansı olsa yine buraya göç etmek istemediklerini belirtmiştir. Bu kadınların da, %59.2'si eşinin ailesi ile sorun yaşadıklarını, %27.6'sı memleket ve aile özlemi çektiklerini, %7.9'u ekonomik sorunlar ve %1.3'ü dil engeli yaşadığını, %1.3'ü terör olmasa gelmeyeceğini, %2.6'sı ruh sağlığının bozulduğunu ifade etmiştir. Genel olarak kadınların %61.9'u memleketlerine geri dönmek istememektedir.

Göç etmek kadınların %14.5'inin ekonomik durumunu, %6.3'nün sağlığını ve %6'sının yaşadığı ev şartlarını olumsuz etkilerken, %65'i bir değişiklik yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca kadınların %8.8'i göçten sonra sağlığının düzeldiğini, %21.1'i bozulduğunu ve %70.1'i ise herhangi bir değişiklik yaşamadığını ifade etmiştir. Kadınların %69.4'ü sağlık sorunu yaşamazken, yaşanan sağlık sorunları arasında %12.7 menstrual siklus düzensizliği, %9.1 ruhsal bunalım ve %3.6 sinirlilik ve mutsuzluk yaşadıkları saptanmıştır. Kadınların %69.1'i genel sağlık durumunu iyi, %23'ü orta ve %7.9'u kötü olarak algıladığını belirtmiştir.

Göçmen kadınların üreme sağlığı durumları incelendiğinde; %78.9'unun gebeliği planlı olup, %60.2'si aile planlaması yöntemi kullanmakta olup bunların %25.4'ü hap, %21.8'i kondom ve %20.7'si rahim içi araç kullanmaktadır. Kadınların %63.3'ü göç öncesi yaşadığı gebelikte doğum öncesi kontrollerine gitmiş ve %80.3'ü hastanede ve %13.3'ü sağlık personeli yardımı almadan evde doğum yapmıştır. Göç sonrasında %95.8'i gebe kalmış olup, yaşamış olduğu gebeliğinde ise %97'si sağlık kontrolüne gitmiş ve %93'ü hastanede ve %3.4'ü sağlık personeli yardımı almaksızın evde doğum yapmıştır. Kadınların, pap smear yaptırma durumları %23.6, kadın doğum doktoruna gitme durumları ise %90.3 olup, %78.9'u doğru perine temizliği yapmakta ve %30.2'si vajinal akıntı şikâyeti yaşamaktadır.

Kadınların %26.9'unun GSA toplam puanı 3 ve üzeri olarak saptanmış olup bu kadınların genel sağlık durumu riskli olarak kabul edilmektedir. Sağlık durumu riskli kabul edilen kadınların, gebelik (3.80±0.23, min:1-maks:11), abortus (0.40±0.07, min:0-maks:3), küretaj olma (0.26±0.05, min:0-maks:2) ve ölü doğum (0.21±0.07, min:0-maks:3) sayı ortalamaları sağlıklı gruptan fazla olup, canlı doğum (2.93±0.19, min:0-maks:8), yaşayan çocuk (2.75±0.2, min:0-maks:8) sayısı ortalamaları sağlıklı gruptan azdır. İlk gebe kalma yaşı da (20.20±0.21, min:15-maks:36) sağlık durumu

sağlıklı olan grupta riskli gruptan (20.01±0.37, min:14-maks:31) daha yüksektir. Yapılan korelasyon analizine göre ise yalnızca ölü doğum sayısı ile GSA risk gruplandırması arasında düşük güçte pozitif yönde ilişki bulunmuştur (p<0.00, r: .194).

GSA'ya göre sağlık durumu riskli çıkan kadınların yaş ortalamaları (19.25±0.46) istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde sağlıklı gruba (19.54±0.19) göre daha düşük saptanmıştır (U:8849.0, p<0.01). Göç edilen yerde yaşanan süre sağlık durumu riskli (18.94±1.26) çıkan kadınlarda sağlıklı (15.47±0.55) gruba göre daha yüksek bulunmuştur (U:9093.5, p<0.02) (Tablo 2).

Tablo 2. Göçmen Kadınların GSA'ya Göre Sağlık Risk Gruplarını Etkileyen Özelliklerinin Dağılımı

Kadınların özellikleri	GSA risk grupları	n	$\bar{X} \pm SS$	Medyan - IR	Z	U	p
Yaş	Sağlıklı grup	242	19.54±0.19	30-12	-2.489	8849.0	0.00*
	Risk grubu	89	19.25±0.46	30-14			
Göç edilen yerde yaşanan süre (yıl)	Sağlıklı grup	242	15.47±0.55	15-10	-2.177	9093.5	0.02*
	Risk grubu	89	18.94±1.26	18-49			
	Total	331					

* P<0.05, N= Örneklem sayısı, $\bar{X} \pm SS$ = Ortalama, Standard sapma, IR= Interkuartil range-çeyrekler arası fark, Z= Mann Whitney U Testi, Z tablosu değeri, U= Mann Whitney U istatistiği

Kadınların genel sağlık durumunun evlenmeyi isteme durumlarına bağımlı olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=10.032$; p<0.00). Evliliğini kendi isteğiyle yapmış olan kadınların %75.6'sının sağlık durumu normal iken, istemeyerek evlenen kadınların ise %51.7'sinin risklidir (Tablo 3).

Ayrıca kadınların genel sağlık durumları ile göç etmekten olumlu ve olumsuz etkilenme, sağlık durumlarının etkilenme, sağlık sorunu yaşama durumları, genel sağlık durumu algıları, göç etmekten memnuniyet, tekrar şans verilse göç etme isteği, aile planlaması yöntemi kullanma, göç öncesindeki gebeliğinde doğum öncesi kontrollerine gitme durumu ve doğumunu gerçekleştirmiş olduğu yer, göç sonrası gebeliğinde doğum öncesi kontrollerine gitme durumu ve vajinal akıntısı şikayeti yaşamaması değişiklikleri arasında bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 3).

Yapılan chaid analizine göre ise göç öncesi gebelik sağlık kontrollerini yaptıran kadınların %90.8'inin genel sağlık durumu normal olup, bunlardan akıntı şikayeti yaşayanların %29.2'si ve yaşamayanların ise %4.7'si riskli grupta bulunmaktadır. Ayrıca göç öncesi doğum öncesi kontrollerini yaptırmayan kadınların %38.5'inin genel sağlık durumu riskli olup bunlardan göç etmekten memnun olmayanların %76.5'inin ve memnun veya değişiklik olmadığını belirten kadınların %35'inin riskli grupta olduğu saptanmıştır. Göç etmekten memnun veya herhangi bir değişiklik olmadığını belirten grubun adet düzeninde bozulma, sinirlilik, mutsuzluk, akıntı, akne, verem, astım, Yaşayanların ayak-baş ağrısı, kalp krizi, tansiyon ve romatizma gibi sağlık problemleri yaşayan kısmının %71.7 oranında riske sahip olduğu, sağlık sorunu yaşamayan veya ruhsal bunalım, varis veya bel ağrısı yaşayanların ise %22.6'sının riskli sağlık durumuna sahip olduğu belirlenmiştir (Şekil 1).

Tablo 3. Göçmen Kadınların GSA'ya Göre Sağlık Risk Gruplarını Etkileyen Özelliklerinin Dağılımı

Göçmen kadınların özellikleri		GSA risk grupları				X ²	p	n [†]
		Sağlıklı Grup		Risk grubu				
		n	%	n	%			
İsteyerek evlenme durumu	Evet	223	94.1	72	82.2	10.032	0.00*	295
	Hayır	14	5.9	15	17.2			29
Göçten olumlu etkilenme durumu	Ekonomik durum	115	47.7	34	38.2	39.448 [†]	0.00*	149
	Sosyal güvence	49	20.3	18	20.2			67
	Sağlık ocağına gidebilme	22	9.1	22	24.7			44
	Daha iyi bir evde yaşama	48	19.9	7	7.9			55
	Sağlık taramalarını yaptırabilme	1	0.4	-	-			1
	Çocukların okula gidebilmesi	1	0.4	3	3.4			4
	Değişen birşey olmaması	2	0.8	5	5.6			7
	İklim şartları	2	0.8	-	-			2
	Sosyal faaliyetler	1	0.4	-	-			1
	Göçten olumsuz etkilenme durumu	Ekonomik durum	33	13.6	16			18.0
Sosyal güvencemi kaybettim		4	1.7	2	2.2	6		
Daha kötü bir evde yaşıyorum		11	4.5	9	10.1	20		
Şiddet-sosyal izolasyon		3	1.2	4	4.5	7		
Sağlığım bozuldu		15	6.2	6	6.7	21		
Etkilenme yok		171	70.7	44	49.4	215		
Aile özlemi		3	1.2	2	2.2	5		
Köy hayatı özlemi		2	0.8	6	6.7	8		
Sağlık durumlarının etkilenmesi	Bozuldu	37	15.3	33	37.1	20.049	0.00*	70
	Değişiklik olmadı	185	76.4	47	52.8			232
	Düzeltilti	20	8.3	9	10.1			29
Sağlık sorunu yaşama durumu	Yaşamadım	192	79.3	37	42.0	55.992 [†]	0.00*	229
	Adet düzensizliği	20	8.3	22	25.0			42
	Sinirlilik ve mutsuzluk	3	1.2	9	10.2			12
	Ruhsal bunalım	19	7.9	11	12.5			30
	Vajinal akıntı	4	1.7	1	1.1			5
	Cilt sorunu	1	0.4	1	1.1			2
	Solunum sistemi rahatsızlığı	1	0.4	2	2.3			3
	Varis	1	0.4	-	-			1
	Romatizma	-	-	2	2.3			2
	Baş ağrısı	-	-	1	1.1			1
	Tansiyon-kalp krizi	-	-	2	2.3			2
	Bel ağrısı	1	0.4	-	-			1
	Sağlık durumu algısı	İyi	183	75.9	45			50.6
Orta		47	19.5	29	32.6	76		
Kötü		11	4.6	15	16.9	26		
Göç etmekten memnuniyet durumu	Çok memnun	117	73.1	59	66.3	13.184	0.01*	236
	Memnun değil	10	4.1	14	15.7			24
	Değişiklik yok	55	22.7	16	18.0			71
Tekrar göç etmek isteme nedenleri	Değişiklik yok	3	1.9	1	2.1	13,696 [†]	0.00*	4
	Daha iyi imkanlar	65	42.2	20	41.7			85
	İklimin güzelliği	4	2.6	3	6.2			7
	Evlenmek	6	3.9	9	18.8			15
	Göç edilen yerin güzelliği	76	49.4	15	31.2			91
Tekrar göç etmek istememe nedenleri	Eş ailesiyle sorunlar	38	70.4	7	31.8	12.962 [†]	0.00*	45
	Memleket-aile özlemi	11	20.4	10	45.5			21
	Dil engeli	-	-	1	4.5			1
	Terör olmasa gelmeme	-	-	1	4.5			1
	Ekonomik sorunlar	4	7.4	2	9.1			6
	Ruh sağlığı bozulması	1	1.9	1	4.5			2

Tablo 3. Göçmen Kadınların GSA'ya Göre Sağlık Risk Gruplarını Etkileyen Özelliklerinin Dağılımı (devamı)

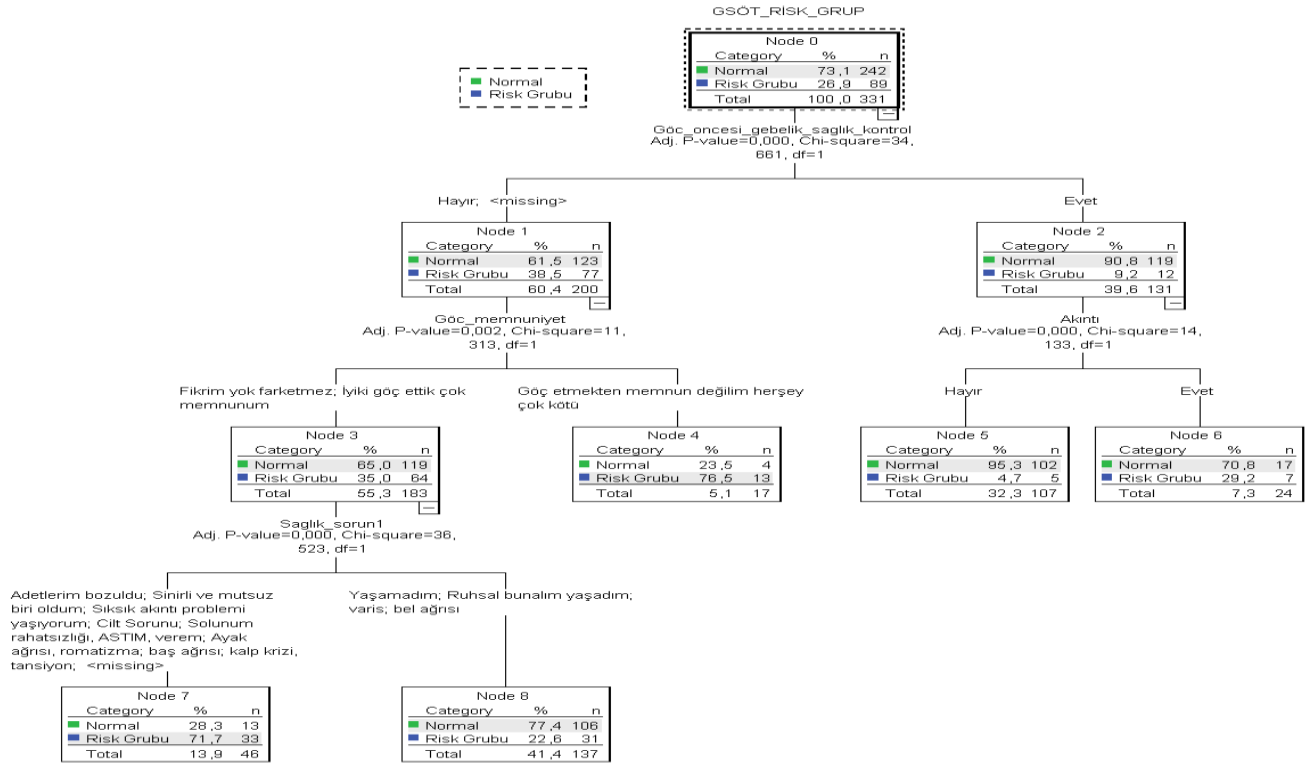
Göçmen kadınların özellikleri		GSA risk grupları				X ²	p	N [†]
		Sağlıklı Grup		Risk grubu				
		N	%	N	%			
Aile planlaması kullanımı	Kullanan	153	63.5	45	51.1	4.102	0.04*	198
	Kullanmayan	88	36.5	43	48.9			131
Göç öncesi gebelik sağlık kontrolü	Giden	119	71.7	12	29.3	25.462	0.00*	131
	Gitmeyen	47	28.3	29	70.7			76
Göç öncesi doğum yapılan yer	Hastane	119	85.6	20	58.8	12.483 [†]	0.00*	139
	Sağlık ocağı, ASM	2	1.4	1	2.9			3
	Sağlık personeli yardımıyla evde	4	2.9	4	11.8			8
	Yardımsız evde	14	10.1	9	26.5			23
Göç sonrası gebelik sağlık kontrolü	Giden	221	98.7	74	92.5	5.791 [‡]	0.01*	295
	Gitmeyen	3	1.3	6	7.5			9
Vajinal akıntı sorunu	Olan	54	22.3	46	51.7	26.624	0.00*	100
	Olmayan	188	77.7	43	48.3			231

* p<0.05

† Fisher ki kare (n<5)

‡ Cevap alınamayan kadınlar bulunmaktadır.

¥ Yates Düzeltmesi



Şekil 1. Göç Öncesinde Kadınların Sağlık Kontrolü Yaptırma Durumlarına Göre Genel Sağlık Durumunu Etkileyen Faktörlerin Chaid Analizi

TARTIŞMA

Aydın iline göç eden, genel sağlık durumu riskli bulunan kadınların yaş ortalamasının sağlıklı gruba göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca göç edilen yerde yaşanan süre artıca kadınların sağlık durumu risk düzeyinin arttığı saptanmıştır. Çalışma sonucu ile benzer bir şekilde Kore’de yapılan bir çalışmada (2019) göçmen kadınların yaş ve göç edilen yerde kalma sürelerinin sağlık arayış davranışlarını etkileyerek sağlık taramalarını yaptırma oranlarının azaldığı saptanmıştır²². Genç yaşta ve genellikle evlilik sonrası göç eden kadınların evliliğin getirdiği sorumluluklar, çocuk bakımı, aile üyeleri ile olan ilişkileri, göç edilen bölgeye uyumları, sağlık hizmetlerine erişimleri ve dil engeli gibi durumlar nedeniyle sağlık arayış davranışları etkilenecek zamanla sağlık durumlarının riskli duruma gelebileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan göçmen kadınların yaklaşık yarısı akraba evliliği yapmış ve bu kadınların %38’i istemeden evlendirilmiştir. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2018) verilerine göre akraba evliliği ülkemizde %24, Aydın ilinininde içerisinde bulunduğu Ege bölgesinde %16, Aydın iline göç eden kadınlarının çoğunluğunun geldiği bölgelerden doğuda %35, güneydoğuda %43 oranında görülmektedir²³. Dünya’da Türkiye’nin de içinde bulunduğu, Kuzey Afrika, Batı Asya ve Güney Hindistan, Pakistan gibi ülkelerde akraba evlilikleri kültürel ve sosyal olarak tercih edilmektedir ve tüm evliliklerin %20-50’sini oluşturmaktadır²⁴.

Çalışmada yer alan kadınların %38.4’ü geniş ailede yaşamakta, %59.2’si eşinin ailesi ile evliliğinde sorunlar yaşamakta, %27.6’sı memleket-aile özlemi çekmekte, %1.3’ü göç ettiği bölgenin dilini öğrenememiş, %18.4’ü göç nedeniyle çalıştığı işi bırakmış, %7.9’u ekonomik sıkıntı çekmekte, %2.6’sı ruh sağlığı problemleri yaşamakta ve %7.9’u sağlık durumunu kötü algılamaktadır. Bu bulgu kadınların kültürel nedenlerle yabancı bir ortamdaki hareket özgürlüklerinin giderek kısıtlanması, dil engeli yaşamaları, erkeklere oranla iş gücü piyasalarına katılımının daha zor olduğu, ve bu yüzden göç etmiş olan kadınların ‘ev kadını’ rolünü eskisine oranla daha fazla benimsemek zorunda kalmaları, gelir düzeyinin düşük olması, sağlık sigortalarının olmaması, sosyal destek ve statü kaybı, yalnızlık, kalabalık evlerde yaşamaları ve evlilikte eşler arasında problemler yaşanması gibi etkileri savunan literatür ile benzerdir^{2,8,11}. Ayrıca ülkemizde yapılan bir çalışmada göç eden kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde olduğu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının medeni durum, öğrenim durumu, aile tipi, gelir durumunu algılama, sosyal güvence durumu ve sağlık sorunu değişkenlerinden etkilenmekte olduğu saptanmıştır¹⁸. Yapılan diğer bir çalışmada ise sosyoekonomik durumun özellikle çalışmayan göçmen kadınların sağlık taramalarına katılma oranını azalttığı belirtilmiştir²². Bu durum sağlık sigortası olmayan kadınların koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanamamalarına neden olabilmektedir¹³⁻¹⁵. Göç sonrası yaşanan sorunların, göç edilen yerde daha uzun süre yaşayan kadınların göç memnuniyetini azaltarak genel sağlık durumunu olumsuz etkilediği saptanmıştır.

Çalışmada istemeden evlenmiş olan göçmen kadınların GSA puanlarının olumsuz etkilendiği ve riskli gruba girdikleri bulunmuştur. Riskli grupta bulunan kadınların ilk gebe kalma yaşı daha düşük, gebelik, abortus, küretaj ve ölü doğum sayıları ise sağlıklı grupta bulunan kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışma sonucunu destekler şekilde, tüm bu sorunlara

neden olabilen, ilk gebelik yaşının düşük olmasının Aydın il merkezinde yapılan bir alan çalışmasında doğum öncesi bakım alma durumunu etkilediği belirtilmiştir²⁵. TNSA (2018) verilerine göre ülkemizde doğum öncesi bakım alma oranı Ege ve Doğu bölgelerinde benzer şekilde %95 bulunmuştur. Ayrıca ülkede modern aile planlaması yöntemi kullanımı %77 iken bu oran Doğu bölgelerde %43’e düşmektedir²³. Çalışma verileri istemeden evlenen ve erken yaşta gebe kalan göçmen kadınların fiziksel ve emosyonel sağlığının olumsuz etkilendiğini göstermektedir.

Çalışmada kadınların aile planlaması yöntemleri kullanma durumunun GSA puanlarını olumsuz etkilediği saptanmıştır. Bu verinin bir sonucu olarak sağlık durumu riskli kabul edilen kadınların, gebelik, abortus, küretaj olma ve ölü doğum oranlarının da sağlıklı gruptan fazla olduğu belirlenmiştir. Alan Dikmenin (2018) mülteci kadınlar ile yaptıkları bir çalışmada kadınların aile planlamasına yönelik tutumlarının orta düzeyde olduğu ve bu tutumlarının eşlerinden etkilendiği tespit edilmiştir²⁶. Çalışmada istemeden evlenmenin kadınların GSA puanlarının olumsuz etkileneceğini ve kadınların eşlerinin ailesiyle yaşadıkları sorunlar olduğunu bildirmelerinin, aile planlaması yöntemlerini kullanmaları ile genel sağlık arayış davranışlarının etkilenmesinin eş tutumlarından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca gebelik süresince depresyon bulguları gösteren göçmen kadınların birçoğunun kontraseptif yöntem kullanmamaları nedeniyle istenmeyen gebeliğe ve yetersiz eş desteğine sahip olduğu yapılan başka bir çalışmada belirtilmiştir²⁷. Literatür ile benzer şekilde tüm bu nedenlerle çalışmada yer alan kadınların ruh sağlığının etkilendiği düşünülmektedir.

Çalışmada kadınların dörtte biri, bir şansları daha olsa Aydın iline tekrar göç etmek istemediklerini belirtmiştir. Bu kadınlar eşlerinin ailesi ile sorun yaşadıklarını, memleket ile aile özlemi çektiklerini, ekonomik sorunlar ve dil engeli yaşadıklarını, terör olmasa idi buraya gelmeyeceklerini ve ruh sağlıklarının bozulduğunu ifade etmiştir. Yaşanılan bu sorunlardan kaynaklanan stresin beden fizyolojisini etkileyerek kadınların menstrual sikluslarında düzensizliğe ve ruhsal problemlere neden olarak sağlık durumunu bozduğu ve GSA puanlarını olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Ayrıca göçmen kadınların stresle baş etmede daha yetersiz olduğu belirtilmektedir². Rios Casas ve arkadaşları çalışmalarında (2020) göçmenlerin göç ile birlikte kopan sosyal çevreleri ile olan bağlarının ve sağlık ile sosyal hizmetlere olan sınırlı erişim olanaklarının yaşadıkları temel stresörlerden olduğunu belirtmişlerdir²⁸.

Göç etmekten memnun olan göçmen kadınlar da dahi adet düzeninde bozulma, sinirlilik ve mutsuzluk gibi sağlık problemleri olduğu saptanmıştır. Göç etmekten memnun olan bu kadınların büyük bir kısmının her hangi bir sağlık sorunu bildirmemelerine rağmen sağlık durumlarının riskli olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada göçmen kadınların birden fazla hastalığa sahip olma oranının %40 olduğu ve sıklıkla ülser rahatsızlığı yaşadıkları belirtilmiştir²². Literatürde göçün ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediğini belirten birçok çalışma da vardır^{8,9}. Yapılan bir sistematik incelemede gelir düzeyi yüksek ülkelere göçen kadınlar arasında %52’ye varan postpartum depresyon saptanmıştır²⁹. Bu durum göçmen kadınların yaşadıkları stres ile başetmede zorlandıklarını ve emosyonel durumlarının etkilendiğini göstermektedir.

Çalışma da göçmen kadınların %4.5’i dil engeli nedeniyle GSA puanlarına göre riskli grupta saptanmış olup, bir şansları daha olsa tekrar Aydın’a göç etmek istemediğini bildirmiştir. Bu kadınların dil

engeli nedeniyle sağlık hizmetlerine ulaşmada sorun yaşadıkları düşünülmektedir. Yapılan araştırmalarda göçmenlerin sağlık bakımı hizmetlerinden yararlanmalarını ve sağlık bakımı almalarını etkileyen önemli faktörlerden birinin dil problemi olduğu belirtilmektedir^{8,11,12}. Önal ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları çalışmada da göçmenlerin sağlık hizmetine erişimde yaşadığı problemler arasında beş temel faktör olan; hekimlerin olumsuz tutumu, sağlık personelinin olumsuz tutumu, iletişim sorunu, sağlık hizmetlerinin işleyişinde yaşanabilecek olumsuzluklar ve maddi yetersizlikler tespit edilmiştir³⁰. Bir sistematik gözden geçirme çalışmasında sağlık personelinin olumsuz davranışlar deneyimleyen göçmenlerin antenatal bakım hizmetlerinden yararlanmaktan kaçındıkları belirtilmiştir³¹. Ortiz ve arkadaşlarının çalışmasında da (2019) göçmen kadınların yerli kadınlara oranla 13. gebelik haftasından sonra ve beşten az antenatal bakım aldıkları saptanmıştır³². Taşçı Duran'ın çalışmasında da (2016) göçmen kadınların eğitim düzeyi, kararları alma durumları, birlikte yaşadıkları kişiler, gebelik sayısı, gelir durumu, sağlıkla ilgili konularda insanlara danışma, etnik köken, mezhep, iletişim değişkenlerinin doğum öncesi bakım alma konusunda niyet ve tutumları etkilediği belirlenmiştir³³. Yaptığımız çalışmada literatürün aksine göçmen kadınların antenatal bakım hizmetlerinden yararlanmalarının arttığı, evde doğum yerine hastaneye yöneldikleri, terör korkusu olmadan ve ılımlı iklim koşulları sayesinde çocuklarını okula gönderebildikleri ve sağlık ocağına gidebildikleri saptanmıştır^{2,5,8}.

Ayrıca çalışma da kadınların doğum yaptıkları yerin GSA puanlarını olumsuz etkilediği saptanmıştır. Ölü doğum yapmaları ile kadınların genel sağlık durumunun riskli olması ilişkili bulunmuştur. Çalışma ile benzer şekilde gelişmiş ülkelerde yapılan birçok çalışmada, göçmen annelerin gebelik sonuçlarının yerli annelere göre daha kötü olduğu belirtilmektedir^{14,16,27,31}. Bollini ve arkadaşlarının (2009), 1966-2004 yıllarında 12 ülkeden 65 çalışmayı incelemişler ve göçmen kadınların %43'ünün Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek (DDAB) doğurma, %24'ünün preterm doğum, %50'sinin perinatal mortalite, %61'inin konjenital anomali risklerine sahip olduğunu ifade etmişlerdir¹⁶. Ancak Ortiz ve arkadaşlarının (2019) Şili'de yerli ve göçmen kadınlar arasında yaptıkları çalışmaların da ise yerli kadınların yaş ortalamaları düşük olmasına rağmen obstetrik mortalite, preeklampsi, gestasyonel diyabet, obezite prematürite ve sezaryen doğum oranlarının göçmen kadınlardan daha yüksek olduğunu, düşük doğum ağırlığı arasında bir fark olmadığını saptanmışlardır³². Benzer şekilde TNSA 2018 verilerinde de ülkemize göç eden Suriyeli göçmen kadınların yerli halk ile benzer oranlarda %96 doğum öncesi bakım alıp, %99 sağlık kurumunda doğum yaptıkları ve sezaryen doğum yapma oranlarının %27 iken yerli halkın %52 olduğu saptanmıştır²³.

Tüm bu bulgulara ek olarak, çalışmada literatürle benzer şekilde göçmen kadınların %20'sinin sosyal güvencesinin olmadığı, pap smear testi yaptırmadığı, hatalı perine hijyeni uyguladığı ve vajinal akıntı problemi olduğu bulunmuştur^{2,8,11,18}. Çalışma da kadınların vajinal akıntı yaşamalarının GSA puanlarını olumsuz etkilediği saptanmıştır. Kadınların göç sonrası ekonomik durumlarının etkilenmesi sosyal güvencelerinin olmamasına, yaşadıkları ortam koşulları ve kültürel nedenlerin hijyenlere özen gösterememelerine, sağlık hizmetlerine erişim ya da personelin gerekli eğitimleri yapmalarını nedeniyle pap smear testi yaptıramamalarına neden olmuş olabileceği düşünülmektedir. Ülkemizde yaşayan göçmen kadınlarda en çok karşılaşılan sağlık

problemleri arasında bulaşıcı hastalıklar, vajinal enfeksiyonlar, aile planlaması ve doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanamama, hastanede yapılan doğum sayısının az, evde yapılan doğumların sayısının çokluğu, düzensiz adet kanamaları, kendiliğinden meydana gelen düşükler, çok sayıda ve kısa aralıklarla meydana gelen gebelikler yer almaktadır^{34,35}.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırma sonucunda Aydın ili'ne iç göç ile gelen kadınların çoğunluğunun genel sağlık durumunun iyi olduğu saptanmıştır. Genel sağlık durumu riskli çıkan kadınların obstetrik bulgularının daha kötü durumda olduğu ve bu bulguların göç edilen yerdeki sürenin artması ile doğru orantılı olarak kötüleştiği görülmüştür. Yaşanılan sağlık sorunları arasında sıklıkla menstrual siklus düzensizliği ve ruhsal bunalım gibi problemler yer almaktadır. Ancak sağlık sorunu yaşamayan ve göç etmekten memnun olan grupta dahi Genel Sağlık Anketi riskli olan kadınlar saptandığı için tüm göçmen kadınlara; aile planlaması yöntemleri, genital hijyen, gebelik ve genel sağlık taramaları gibi konularında eğitimler verilmesi, psikolojik destek almalarının sağlanması, sağlık kontrollerinin öncelikli grup olmaları sağlanarak daha sık yapılması ve ekonomik durumlarına devlet tarafından iş imkanları yaratılarak destek olunması gerekmektedir.

Araştırmada yaş ortalaması düşük, kendi isteği ile evlenmeyen ve göç etme süresi uzun olan kadınların daha fazla sağlık riski ile karşı karşıya kaldığı görülmektedir. Bu doğrultuda göç eden kadınların karşılaştıkları ön yargılar giderilip, diğer bireylerle iletişim kurmaları sağlanarak, destekleyici bir çevre yaratılmalı, sağlık hizmetleri yapılan ev ziyaretleriyle daha kolay ulaşılır ve pratik çözüm önerileriyle daha az maliyetli hale getirilmelidir.

Etik Kurul Onayı: Aydın Adnan Menderes Üniversite'sinin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Karar No: 2016/813, Karar Tarihi: 01.06.2016).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Bildirilmemiştir.

Katılımcı Onamı: Kadınlardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Yazar katkıları:

Araştırma dizaynı: HA, HY, SÖ, MT

Veri Toplama: HY, SÖ

Veri Analizi: MT, HY

Makale Yazımı: HY, HA

Teşekkür: Çalışmaya katılan tüm göçmen kadınlara teşekkür ederiz.

Ethics Committee Approval: Approval was obtained from Non-interventional Clinical Research Ethics Committee of Aydın Adnan Menderes University (Decision number: 2016/813).

Conflict of Interest: Not reported.

Funding: None.

Exhibitor Consent: Informed consent was obtained from women.

Author contributions:

Study design: HA, HY, SO, MT

Data collection: HY, SO

Data analysis: MT, HY

Drafting manuscript: HY, HA

Acknowledgement: We would like to thank all immigrant women who participated to the study.

KAYNAKLAR

1. Çelik F. Türkiye’de iç göçler: 1980-2000. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2007;22(1):87-109.
2. Topçu S, Başer A. Göç ve sağlık. CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006;10(3):37-41.
3. Adanu RMK, Johnson TRB. Migration and women’s health. Int J Gynecol Obstet. 2009;106(2):179- 81.
4. Unites Nations General Assembly-UN. Seventy-third session, international migration and development, report of the secretary- general. [Internet]. 2018 [Erişim Tarihi 21 Şubat 2021]. Erişim adresi: <https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/reports/index.asp>
5. TUIK- Turkish Statistical Institute. Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçları: Göç İstatistikleri [Address based population registration system results]. [Internet]. 2019 [Erişim Tarihi 05 Nisan 2020]. Erişim adresi: https://tuikweb.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1067
6. Sirin A, Kavlak O, Sen E, Yagcan H. The effects of internal migration on women’s health in Turkey. Journal of Human Sciences. 2011;8(1):1019-27.
7. Aksu H, Sevil Ü. Göç ve kadın sağlığı. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2010;2(3),133-38.
8. Tuzcu A, Ilgaz A. Göçün kadın ruh sağlığı üzerine etkileri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2015;7(1):56-67.
9. Sır A, Bayrami Y, Özkan M. Zoraki iç göçün ruh sağlığına etkileri üzerine bir ön çalışma. Klinik Psikiyatri Dergisi. 1998;1(2):83-8.
10. Miller E, Decker MR, Silverman JG, Raj A. Migration, sexual exploitation and women’s health: a case report from a community health center. Violence Against Women. 2007;13(5):486-97.
11. Çalim SI, Kavlak O, Sevil Ü. Evrensel bir sorun: göç eden kadınların sağlığı ve sağlık hizmetlerinde yaşanan dil engeli. Sağlık ve Toplum. 2012;22(2):11-9.
12. Fassaert T, Hesselink AE, Verhoeff AP. Acculturation and use of health care services by Turkish and Moroccan migrants: a cross-sectional population –based study. BMC Public Health. 2009;10(9):332.
13. Fuentes-Afflick E, Hessol NA. Immigration status and use of health sevices among Latina women in the San Francisco bay area. J Womens Health (Larchmt). 2009;18(8):1275-80.
14. Paz-Zulueta M, Llorca J, Santibáñez M. Disparities in access to prenatal care services for African immigrant women in Spain. J Immigr Minor Health. 2015;17(5):1355-63.
15. Raymond-Flesch M, Siemons R, Pourat N, Jacobs K, Brindis CD. There is no help out there and if there is, it’s really hard to find: a qualitative study of the health concerns and health care access of Latino “DREAMers”. J Adolesc Health. 2014;55:323-28.
16. Bollini P, Pampallona S, Wanner P, Kupelnick B. Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: a systematic review of the international literature. Soc Sci Med. 2009;68(3):452-61.
17. Urguia ML, Glazier RH, Mortensen L, Nybo-Andersen AM, Small R, Davey MA, et al. Severe maternal morbidity associated with maternal birthplace in three high-immigration settings. Eur J Public Health. 2015;25(4):620-25.
18. Demir G, Ariöz A. Göç eden kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. DÜ Sağlık Bil Enst Derg. 2014;4(2):1-8.
19. Esteban MM, Puerto MI, Fernandez Cordero X, Jimenez Garcia R, Gil de Miguel A, Hernandez Barrera V. Determinants of poor mental health in people aged 16 to 64 residing in a large city. An. Sist. Sanit. Navar. 2012;35(2):229-40.
20. Goldberg DP, Williams P. A user’s guide to general health questionnaire. UK: Windsor, Berks, NFER/Nelson; 1998.
21. Kılıç C. Genel sağlık anketi: güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 1996;7:3-9.
22. Jeong J, Lee Y, Kwon SH, Myong JP. Factors associated with general health screening participation among married immigrant women in Korea. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(20):3971.
23. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018 Türkiye nüfus ve sağlık araştırması-TNSA [Turkey Demographic and Health Survey-TDHS]. Ankara: Hacettepe University Institute of Population Studies in collaboration with T.R. Ministry of Health and T.R. Prime Ministry Undersecretary of State Planning Organization TÜBİTAK, 2019.
24. Hamamy H. Consanguineous marriages: Preconception consultation in primary health care settings. J Community Genet. 2012;3(3):185-92.
25. Beşer E, Ergin F, Sönmez A. Aydın il merkezinde doğum öncesi bakım hizmetleri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007;6(2):137-41.
26. Alan Dikmen H, Cankaya S, Dereli SY. The attitudes of refugee women in Turkey towards family planning. Public Health Nurs. 2018;36(1):45-52.
27. Collier KM, Chao SM, Lu MC, Strobino D. Unintended births among adult immigrant and U.S.-born Mexican women in the Los Angeles mommy and baby (LAMB) survey. Women’s Health Issues. 2014;24(4):e365-72.
28. Rios Casas F, Ryan D, Perez G, Maurer S, Tran AN, Rao D, et al. "Se vale llorar y se vale reír": Latina immigrants' coping strategies for maintaining mental health in the face of immigration-related stressors. J Racial Ethn Health Disparities. 2020;7(5):937-48.
29. Nilaweera I, Doran F, Fisher J. Prevalence, nature and determinants of postpartum mental health problems among women who have migrated from SouthAsianto high-income countries: A systematic review of the evidence. J Affect Disord. 2014;166:213-26.
30. Önal A, Keklik B. Mülteci ve sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimde yaşadığı sorunlar: Isparta ilinde bir uygulama. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi. 2016;7(15):132-48.
31. Higginbottom GMA, Evans C, Morgan M, Bharj KK, Eldridge J, Hussain B. Experience of and access to maternity care in the UK by immigrant women: a narrative synthesis systematic review. BMJ Open. 2019;9(12):e029478.
32. Ortiz J, Diaz M, Araya BM, Quiroz J, Carroza B, Pavez J, et al. Comparison of bio-sociodemographic, obstetric and perinatal characteristics among immigrant and native women in the Metropolitan Region in Chile. Midwifery. 2019;75:72-9.

33. Taşçı-Duran E. Göç eden gebe kadınların planlı davranış kuramına göre doğum öncesi bakım almaya yönelik niyet ve tutumlarını etkileyen etmenler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2016;3(1):1-15.
34. Erenel H, Aydoğan Mathyk B, Sal V, Ayhan I, Karatas S, Bebek Koc A. Clinical characteristics and pregnancy outcomes of Syrian refugees: a case-control study in a tertiary care hospital in Istanbul, Turkey. Arch Gynecol Obstet. 2017;295(1):45-50.
35. Kurtuldu K, Şahin E. Göçün kadın yaşamı ve sağlığı üzerine etkileri. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi. 2018;1(1):37-46.

Araştırma makalesi

Research article

Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşirelerinin Motivasyonları
Üzerine Niteliksel Bir AraştırmaMukaddes DEMİR ACAR¹, Elif BULUT²

ÖZ

Amaç: Bu araştırma, bir üniversite hastanesi yenidoğan yoğun bakım ünitesinde (YYBÜ) görev yapan hemşirelerin motivasyonlarını belirlemek amacı ile yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma nitel yöntemle, Mayıs-Haziran 2020 tarihleri arasında 10 yenidoğan yoğun bakım hemşiresi ile yapıldı. Veriler birebir derinlemesine görüşme tekniği ile toplandı. Görüşmelerde yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanıldı ve ses kaydı yapıldı. Görüşmelerden elde edilen veriler nitel içerik analizi yöntemiyle değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan hemşirelerinin yaş ortalaması 26, YYBÜ'de çalışma yılı ortalaması 4.5 yıl ve tümü kadındır. YYBÜ hemşireleri ile derinlemesine yapılan görüşmelerin içerik analizi sonucu iki ana tema ortaya çıkarıldı. İlk temanın "Başarı" ve alt temaların bebek sevgisi, deneyim, toparlanma olduğu, ikinci temanın ise "Yönetim" ve alt temaların ise aile, ekip, iş yükü olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Hemşirelerin bebek sevgisinin ve bebeklerin iyileşme bulguları göstermesinin motivasyonlarını arttırdığı ancak ekip, iletişimden kaynaklı sorunlar ve iş yükünün getirdiği güçlüklerin motivasyonlarını azalttığı belirlenmiştir. Çözümlenebilir nitelikte olan bu güçlüklerin ve sistem kaynaklı sorunların minimize edilmesi için ekip çalışmasının benimsenmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Hemşire, motivasyon, nitel araştırma, yenidoğan, yoğun bakım

ABSTRACT

A Qualitative Study on the Motivations of Neonatal Intensive Care Nurses

Aim: This study was carried out to determine nurses' motivations working in a neonatal intensive care unit (NICU) of a university hospital.

Material and Methods: The research was conducted qualitatively with ten neonatal intensive care nurses between May and June 2020. The data were collected through one-on-one interview technique. During the interviews, a semi-structured interview form was used, and an audio recording was made. The data obtained from the interviews were evaluated with the qualitative content analysis method.

Results: The average age of the nurses participating in the study is 26, the average working year in the NICU is 4.5 years, and all of them are women. As a result of the content analysis of the in-depth interviews with NICU nurses, two main themes were revealed. It was determined that the first theme was "Success" and sub-themes were baby love, experience, recovery, and the second theme was "Management" and sub-themes were family, team, and workload.

Conclusion: It was determined that nurses' love of babies and showing signs of improvement of babies increase their motivations, but the problems caused by the team, communication, and workload difficulties reduce their motivations. It is recommended to adopt teamwork to minimize these difficulties and system-related issues.

Keywords: Intensive care, motivation, newborn, nurse, qualitative research

¹Dr. Öğr. Üyesi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik, Tokat, Türkiye, E-posta: mukaddesdemir.acar@gop.edu.tr, Tel: 05055790222, ORCID: 0000-0002-6376-2171

²Arş. Gör., Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik, Trabzon, Türkiye, E-posta: elifbulut@ktu.edu.tr, Tel: 05466681993, ORCID: 0000-0001-9124-2168

Geliş Tarihi: 09 Ağustos 2020, Kabul Tarihi: 05 Mayıs 2021

Atıf/Citation: Demir Acar M, Bulut E. Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşirelerinin Motivasyonları Üzerine Niteliksel Bir Araştırma. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2021;8(2):223-230. DOI: 10.31125/hunhemsire.968914

GİRİŞ

Bir güdü etkisiyle amaca yönelme, harekete geçme ve süreklilik sağlama süreci olan motivasyon (güdülenme), çeşitli uyarıcıların etkisi ile kişilerin belirli bir amacı gerçekleştirmek üzere kendi istekleri ile davranmalarıdır¹. Bir örgütte çalışanların verimliliklerini, etkinliklerini, üretkenliklerini, yaratıcılıklarını ve performanslarını etkileyen motivasyon, olumlu veya olumsuz yönde etkilenebilmektedir^{2,3}. Çalışanların motivasyonunu etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler ödül, ücret gibi ekonomik faktörler, değer, statü, başarı gibi psikososyal faktörler ve iletişim, otonomi, ekip çalışması, kararlara katılma gibi yönetsel-örgütsel faktörler şeklinde sıralanmaktadır⁴. Özellikle merkezinde insan/aile olan ve çok sayıda profesyonelin bir arada çalıştığı, karmaşık iş yüküne sahip hastanelerde, çalışanların motivasyonu kaliteli bir hizmet sunumunu açısından oldukça önemlidir⁵. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler gerek stresli iş ortamı gerekse yoğun çalışma temposu nedeniyle tükenmişlik açısından en riskli gruplardan birisidir. Bu durum, yoğun bakım hemşirelerinin kendine olan güvenlerini azaltırken anksiyetelerini arttırmakta ve mesleki motivasyonlarını düşürmektedir. Bu nedenle yoğun bakım hemşirelerinin çalışma ortamlarının gözden geçirilerek, mesleki motivasyonlarının artırılması için yenilikçi girişimsel stratejiler oluşturulmalıdır⁶.

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde (YYBÜ) annenin, bebeğinin prematüre ve/veya fiziksel gelişim problemi gibi ciddi sağlık sorunlarının olması ya da istenmemesi, annelik rolünün benimsenmesini zorlaştırarak anne-bebek bağlanmasını güçleştirmektedir⁷⁻⁹. YYBÜ’de bebeği yatan annelerin değerlendirildiği nitel bir araştırmada annelerin yoğun üzüntü, suçluluk, kaygı yaşadıkları, bu duygular ile başa çıkmakta zorlandıkları, aile hayatında ki değişimlerden olumsuz etkilendikleri, hemşireler ve kendi ailelerinden destek beklentileri olduğu belirlenmiştir¹⁰. Ebeveynler sağlıklı bir bebek beklerken erken doğmuş ve/veya fiziksel gelişim bozukluğu olan bir bebeğin doğumu ile kayıp yaşadıkları bu süreçte sağlık ekibinin deneyimli tedavi ve bakımının yanı sıra uygun bir iletişime de gereksinim duyarlar. Hemşireler, yaşam döngüsünde, iyilikten hastalığa geçiş, gebelik, doğum, annelik gibi rol değişimlerinde bireylerle en sık etkileşim içinde olan, rol değişim sürecinde bireylerin psikososyal ihtiyaçlarını en iyi değerlendirebilecek, gereksinimlerine göre bireysel ve bütüncül bakımı verebilecek yakınlıkta sağlık profesyonelleridir^{9,11}. Hemşirelerden beklenen düzeyde verimin elde edilmesi ve sağlık hizmetinin istenen kalite-standartta verilebilmesi için, hemşirelerin beklentilerinin bilinmesi, sorunlarının belirlenerek çözümlenmesi, motivasyonu olumlu yönde etkileyen kaynakların desteklenmesi gerekmektedir^{12,13}. Özellikle yoğun bakım gibi iş yükünün ve sorumluluğun daha ağır olduğu birimlerde motivasyonun önemi oldukça büyüktür. Sağlık hizmetlerinde hedeflenen hemşirelik hizmetinin verilebilmesinin ancak motivasyonu yüksek hemşirelerle mümkün olduğu bilinmektedir¹².

Hastanelerde sağlık ekibinin tüm eylemleri, hastanın en kısa zamanda sağlığına kavuşturulmasına odaklıdır. Ekip çalışmasının yeterli olmadığı birimlerde tanı ve tedavi işlemlerinde gecikme, hasta hakkında çelişkili bilgilere sahip olma, hizmet kalitesinin düşmesi gibi sorunlar meydana gelebilmektedir¹⁴. Bir ekibin başarılı olabilmesi için öncelikle, ekip üyelerinin ekibin amacını, ekip liderliğini, ekip içindeki kendi rolünü, diğer üyeleri ve rollerini, çalışmanın kendine sağlayacağı yararları bilmesi gerekir¹⁵. Motivasyon ise bir ekibin başarısını etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Günümüzde insanları motive etmek, çalışanların yeteneklerini artırmak, bilgi paylaşımlarını sağlamak ve performanslarını yükseltmek için ekip çalışmasına önem verilmektedir. Bir araştırmada hemşirelerin motivasyon düzeyi ile ekip çalışması arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir¹⁶. Literatüre bakıldığında sağlık ekibi içerisinde sayıca çoğunlukta olan hemşirelerin motivasyonlarının incelenmesine yönelik nitel araştırmaların sınırlı olduğu daha çok nicel araştırma tasarımının yer aldığı görülmüştür.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinin motivasyonlarının nitel araştırma yöntemi ile araştırılması amaçlanmaktadır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin, motivasyonlarının belirlenmesi amacıyla fenomenolojik tasarımla yapılmıştır.

Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini bir üniversite hastanesinin YYBÜ’ünde çalışan 24 hemşire oluşturmuştur.

Örneklem seçiminde amaca yönelik örneklem yöntemlerinden biri olan ölçüt örnekleme kullanılmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterleri; hemşirelik lisans mezunu olmak, en az bir yıldır YYBÜ’de çalışmak olarak belirlenmiştir. YYBÜ’de çalışan 18 hemşirenin araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyduğu, 6 hemşirenin ise uymadığı bulunmuştur. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan hemşirelerden 4’ünün araştırmanın yapıldığı tarihlerde izinde olduğu, 4’ünün ise araştırmaya katılmayı kabul etmediği belirlenmiştir. Bu kapsamda araştırmaya katılmaya gönüllü olan toplam 10 hemşire araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Amaca yönelik örneklem büyüklüğü yöntemine göre, yeni bilgiler ortaya çıkmadığında, veriler tekrar etmeye başladığında ve doyum noktasına ulaştığında veri toplama süreci sonlandırılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Türkiye’de Orta Karadeniz Bölgesinde bir ilin Üniversite Hastanesi YYBÜ’de yürütülmüştür. Hastanede çocuk servisi, çocuk yoğun bakım, çocuk acil, doğum salonu, kadın doğum servisi gibi anne ve çocuğa ilişkin kliniklerin yanı sıra dahili ve cerrahi diğer klinikler de yer almaktadır. Hastane, bebek dostu hastane niteliğinde hizmet vermektedir. YYBÜ, 16 adet üçüncü basamak, 5 adet ikinci basamak olmak üzere 21 yatak kapasitesindedir ve 24 hemşire, 3 ebe, 4 uzman doktor, 11 araştırma görevlisi doktor görev yapmaktadır.

Veri Toplama Araçları

Nitel araştırma; insanların yaşam tarzları, gözlemleri, duyguları, davranışları, bilgi ve deneyimlerini çok boyutlu ve detaylı olarak anlamayı amaçlamaktadır¹⁷. Nitel araştırma desenleri arasında yer alan fenomenolojik (olgu bilim) desen, bireyin farkında olduğu ancak derinlemesine ve ayrıntılı bir anlayışa sahip olmadığı olgulara odaklanmaktadır. Fenomenolojik araştırmalar nitel araştırmanın doğasına uygun olarak kesin ve genellenebilir sonuçlar ortaya koymayabilir. Ancak bir olguyu daha iyi tanımamıza ve anlamamıza yardımcı olacak sonuçlar sağlayacak örnekler, açıklamalar ve yaşantılar ortaya koyabilir. Bu yönüyle hem bilimsel literatüre hem de uygulamaya önemli katkılar getirebilir^{18, 19}.

Bu çalışmada, YYBÜ’de görev yapan hemşirelerin motivasyonlarını etkileyen faktörleri onların yaşantıları, örnekleri ve açıklamaları ile belirlemek, derinlemesine veri toplamak amaçlandığı için fenomenolojik desende nitel yöntem kullanıldı. Araştırma verileri, “Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu” kullanılarak toplandı. Görüşme formunun iç geçerliğini sağlamak için bir hemşire ile ön uygulama yapıldı ve konuyla ilgili iki uzman akademisyenin görüşü alınarak önerileri doğrultusunda sorulara son şekli verildi. Bu sorular; Yenidoğanlara bakım verme/ yenidoğan hemşireliği nasıl bir duygu açıklar mısınız? Mesleğinizde sizi mutlu eden, motivasyonunuzu arttıran, mesleki doyum sağlayan durumları açıklar mısınız? Mesleğinizi uygularken yaşadığınız güçlükler nelerdir? Motivasyonunuzu azaltan faktörler nelerdir? Açıklar mısınız?

Verilerin Toplama Araçlarının Uygulanması

Sonraki aşamada katılımcılardan görüşmeler için randevu alındı. Randevular oluşturulurken hemşirelerin tercihleri ve uygun zamanları dikkate alındı. Her hemşire ile görüşme yaklaşık yarım saat sürdü. Görüşmeler sırasında katılımcılardan izin alınarak ses kaydı yapıldı. Hemşirelerle görüşmeler, YYBÜ’de yer alan sessiz bir klinik hemşire odasında, daha önceden nitel araştırma kursuna katılmış olan birinci araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmacı birebir derinlemesine görüşmeler sırasında katılımcıların görüşlerini rahatça ifade edebilecekleri bir ortam sağladı. Ayrıca veri toplamanın hemen sonunda araştırmacı, topladığı verileri özetleyerek, katılımcıların bunların doğruluğuna ilişkin düşüncelerini belirtmesini istemiş ve böylece inanılabilirliğini (credibility) arttırmada katılımcı teyidi stratejisi uygulanmıştır^{19, 20}.

Verilerin Analizi

Birebir derinlemesine görüşmelerden elde edilen veriler, nitel veri analizi yöntemlerinden biri olan içerik analizi yöntemiyle değerlendirildi. İçerik analizi, toplanan verilerin derinlemesine analiz edilmesini gerektirir ve önceden belirgin olmayan temaların ve alt temaların ortaya çıkarılmasını sağlar. İçerik analizinde temelde yapılan işlem, birbirine benzeyen verileri belirli kavramlar ve temalar çerçevesinde bir araya getirmek ve bunları okuyucunun anlayabileceği bir biçimde düzenleyerek yorumlamaktır^{18,19}. Bu çalışmada birebir derinlemesine görüşmeler bittikten sonra ses kayıtları araştırmacılar tarafından tekrar dinlenerek katılımcıların söyledikleri şekliyle aynen

bilgisayar ortamında yazıldı ve böylece veri seti oluşturuldu. İçerik analizinin ilk aşaması olan verilerin kodlanması aşamasında Tablo 1’de belirtilen kodlar oluşturuldu. Bu amaçla, veri setinde yazılan ifadeler tekrar tekrar okundu, aynı, benzer ve farklı ifadeler gruplandırıldı. İkinci aşama olan tematik kodlamada ise ilk aşamada ortaya çıkan kodlardan yola çıkarak verileri, genel düzeyde açıklayabilen ve kodları belirli kategoriler altında toplayabilen alt temalar bulundu. Gruplandırılan ifadeler kendi içinde tekrar değerlendirildi ve en çok tekrarlanan ifadeler belirlenerek araştırmanın ana temaları oluşturuldu. Verilerin kodlara ve temalara göre düzenlenmesi ve tanımlanmasından sonra bulgular yorumlandı. Böylece toplanan verilere anlam kazandırıldı, bulgular arasındaki ilişkiler açıklandı, neden-sonuç ilişkileri kuruldu ve bulgulardan sonuçlar oluşturuldu. Verilerin analizini her iki araştırmacı ve iki uzman birlikte tartışarak, uzlaşarak ve karar vererek yaptı. Böylece çalışmanın güvenilirlik ve iç geçerliliğini arttırmada araştırmacı üçgenleme stratejisi sağlandı¹⁸⁻²⁰. İçerik analizinde iki ana tema ve altı alt tema belirlendi (Tablo 1).

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma, Helsinki Deklerasyonu Prensipleri, Araştırma ve Yayın Etiğine uygun olarak yürütüldü. Çalışmaya başlamadan önce kurum izni ve etik kurul izni alındı (Karar no:2020/01-11). Daha sonra YYBÜ’de çalışan katılımcılara (K) çalışmanın amacı, yöntemi ve gönüllülük ilkesi konusunda açıklama yapıldıktan sonra “Bilgilendirilmiş Onam Formu” kullanılarak yazılı ve sözlü onam alındı. Görüşmelerin ses kayıt cihazına kayıt edilmesi ile ilgili hemşirelerden izin alındı.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın, yenidoğan yoğun bakım ekibi içindeki diğer sağlık profesyonellerini kapsamaması araştırmanın bir sınırlılığıdır. Ayrıca amaca yönelik örneklem büyüklüğü yöntemlerinden biri olan ölçüt örnekleme göre dizayn edilen bu çalışmada, katılımcılarla yapılan birebir derinlemesine görüşmelerde, yeni bilgiler ortaya çıkmadığında, veriler tekrar etmeye başladığında ve doyum noktasına ulaştığında veri toplama süreci sonlandırılmıştır. Buna rağmen araştırmanın YYBÜ’de çalışan tüm hemşireleri kapsamaması, araştırmanın sınırlılıkları içerisinde yer almıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılan yenidoğan hemşirelerinin yaş ortalaması 26, tümü kadın ve yenidoğan yoğun bakım hemşireliği deneyimlerinin ortalama 4.5 yıl olduğu belirlendi. Araştırmanın ana ve alt temalarına yönelik elde edilen bulgular;

Tema 1. Başarı: Bebek sevgisi, deneyim, toparlanma

YYBÜ hemşireleri ile derinlemesine yapılan görüşmelerin içerik analizi sonucu ilk temanın “Başarı” ve alt temaların bebek sevgisi, deneyim, toparlanma olduğu görülmektedir. Bebek sevgisi alt temasını oluşturan kodların; annelik duygusu, kendi bedeninde onu hissetme, mutlu olma, deneyim alt temasının; karar verme, özgüven, dikkat olduğu ve toparlanma alt temasının ise; kilo alıp toparlanma, günden güne düzelme, solunum desteğinde azalma, iyileşme, taburcu olma kodlarından oluştuğu görülmektedir

(Tablo 1). Yenidoğan hemşireleri, sevgi ve ilginin yanı sıra yeterli ve özenli bir hemşirelik bakımı ile bebeklerin iyileşme ve taburcu olmalarına katkı sağladıklarını belirtiyorlardı. YYBÜ'nin ayrıcalıklı bir bölüm olması nedeniyle bebeğin bir üst basamağa/sınıfa geçmesinde bakım, karar verme ve dikkatli izlemin deneyimle ilgili olduğuna da dikkat çekiyorlardı. Böylece topluma sağlıklı bireyler kazandırmak ve anne ile bebeğin mutlu olmasına katkı sağlamakla başarma duygularının ve motivasyonlarının arttığı belirlendi.

Alt Tema 1. Bebek sevgisi

Bir bebeğin gazını çıkarırken yakın temas halinde olduğumuz zaman o bebeğin nefes alışverişini hissetmek, kalp atışını hissetmek ve kendi bedeninde onu hissetmek ayrı bir duygu. K-4

Kliniği kötü seyreden bir bebeğin bakımımızla, sevgimizle, ilgimizle, şefkatimizle toparladığını görmek, iyie gittiğini görmek, beni oldukça motive ediyor. K-9

Yenidoğanı anlamak için yenidoğan ortamında bulunmak lazım, işini sevmek lazım her şeyden önce ve bebek sevmek lazımdır bence. K-5

O bebeklerin büyüdüğünü görüp geri dönüşünü almak, telefonlaştığımız aileler var onların böyle dönem dönem fotoğraflarını attıklarını gördüğümüz, tabi bunlar mesleki doyum sağlıyor. K-2

Onlara dokunmak bir kere hani bebek olmasının verdiği minimal şeyleri seviyoruz malum, onun verdiği duygu çok başka, bir de hepimiz kadınız annelik duygusu var o yüzden yenidoğanda çalışmayı seviyorum. K-7

Alt Tema 2. Deneyim

Bu klinikte bir orogastrik takmakta bile gerçekten bir yılla altı yılın arasında çok fark var. Bu iş gerçekten basitmiş gibi gözüküyor ama birinci yılda ya da ilk deneyimde ağırlı yapıp belki de hani o bebeğin ağızını tutmak bile nasıl bir baskı uygulayacağınızı bilmiyorsunuz. Ama altıncı yıldan sonra gerçekten her şey yani o süreç gerçekten evrimleşmiş oluyor. Nereden tutacağını, neresine dokunabileceğini çok iyi anlıyorsun zamanla. K-3

Şimdi yenidoğan hemşireliği yani küçük bir bireyle uğraşıyorsunuz, sistemleri küçük, hassaslar, en ufak bir müdahaleniz onlara daha büyük bir yansıma olarak dönebiliyor. K-6

Bebek açısından, damar yolu sıkıntısı yaşayabiliyor, özellikle iri bebekler, diyabetli anne bebekleri onlarda damar yolu problemi çok fazla yaşıyoruz veya dışardan gelip damarlar çok fazla tahriş olduğu zaman bizim bulmamız baya zorlaşıyor damar yolunu. K-1

Yenidoğanın en büyük problemi kan alma, damar yolu açma. Burada çok ciddi problem olmuyor ama yetişmemiş eleman açısından yenidoğanda ciddi problemler oluyor. Çocuk çok deliniyor. Her girişim, bir ağrıya sebebiyet veriyor. K-2

Alt Tema 3. Toparlanma

Mesela en çok beni makineye bağlı hastanın kısa sürede ekstübe olup hooddan ve oksijenden kısa sürede ayrılması, prematüre bebeklerin güzel kilo alıp toparlanması bu beni çok mutlu ediyor. K-1

Orogastrik tüple uzun süre beslenen bebeklerin oral beslenmeye geçmesi gibi bebeğin kısa zamanda kendini

toparlayıp taburcu olması, bazen bize geri bildirim olarak bu ailelerin bebekleri bize getirmesi, bunlar bizi ekstra çok mutlu ediyor. K-10

Bir bebek geldiğinde ilk önce o bebeğin sağlığını düzeltmeye yönelik girişimlerde bulunuyoruz doktorlarla beraber ve o bebeğin toparladığını gördükçe yani günden güne düzeldiğini. Güzel olmuş, iyileşmiş, bu bebek gerçekten o mu diye baktığımızda bu şeyler bizi motive ediyor yani mutlu ediyor. Bir birey kazandırmış oluyoruz topluma, sağlıklı bir birey kazandırmış oluyoruz. Bunlar bizi motive eden şeyler. K-8

Annesi ile bebeği oryante edebiliyorsam, ten tene kanguru bakımı yaptırıyorsam, annesine emzirtebiliyorsam orda ekstra bir daha mutlu olabiliyorum. K-3

500-600 gramlık bebeklerin doğduğunu onları işte o bakım aşamasında ailesinin kendisinin yaşadığı zorlukları görüp te bunları taburcu ediyoruz; ettikten sonra da bunlar böyle işte hatta birinci sınıfa başlayıp gelenler oluyor ve bunun dönütü gerçekten çok farklı. K-2

Tema 2. Yönetim: Aile, ekip, iş yükü

YYBÜ hemşireleri ile derinlemesine yapılan görüşmelerin içerik analizi sonucu ikinci temanın "Yönetim" ve alt temaların ise aile, ekip, iş yükü olduğu görülmektedir. Aile alt temasının; iletişim, anksiyete, ekip alt temasının; herkesin bir yerden tutması, dikkat, karar verme ve iş yükü alt temasının ise; nöbet sıklığı ve bebek sayısı kodlarından oluştuğu belirlenmiştir (Tablo 1). Hemşirelerin çalışma sürecinde çeşitli güçlüklerle karşılaştığı ve bu güçlüklerin önlenilebilir nitelikte olduğu belirlendi. YYBÜ'de aile, anne, ekip ve yönetimden kaynaklı olabilen problemlerin, nöbet sıklığının ve bir şifitte bakılan bebek sayısının zaman zaman artmasından kaynaklı iş yükü fazlalığının güçlük nedenleri olduğu ve bunların motivasyonlarını azalttığı belirlendi.

Alt Tema 1. Aile

Hastane kuralları gereği ailelerle bebeğin medikal durumu hakkında bilgi verme yetkimiz yok. Yani şöyle her gün bilgi alıyor aslında aileler ama, o süreçte muhtemelen atlanan bir şeyler var daha çok tıbbi terimler kullanılıyor muhtemelen onları zaten bilmiyorlar, araştırırken sadece internet üzerinden araştırıyorlar, daha korkunç şeylerle ya da daha basit şeylerle karşılaşıyorlar. Ama bunun geri dönüşü bize oluyor. K-3

Genelde lohusa annelerle uğraştığımız için, bu dönemde çok aşırı duygusal ve panik olabiliyorlar. Bizi en çok uğraştıran şey bu. K-7

Mesela evden gelen bebekler oluyor 25 günlük filan buraya bir enfeksiyon nedeniyle geliyor. O çocukları da annesiz kesinlikle susturamıyoruz. Çılğınca ağlıyor. Bir de böyle bir problemimiz oluyor. K-2

Annelerin sezaryen sonrası ağrılarının olması, emzirememeleri, sütün belli süre gelmemesinden dolayı bazı sıkıntılar yaşayabiliyoruz. Babaların da sürekli görmek istemesi, büyükannelerin, dedelerin, halaların gelmek istemesi, yasak olduğu halde ısrar etmeleri bunlar bizi biraz sıkıntıya düşürüyor. K-1

Bazen annelerin dördüncü beşinci çocuk deneyimi olsa da ilk kez bebek sahibi olmuş gibi yaklaşıyor ve hiçbir şey bilmiyorlarmış gibi davranıyorlar. Bizde onlara sıfırdan her

şeyi anlatıyoruz. Anne sütü eğitimi, bebeğini tutuşuna, pozisyonuna kadar her şeyi tekrar tekrar anlatıyoruz. K-10

Alt Tema 2. Ekip

Yenidoğan servisinde ekip önemli. Bebek geldiğinde biz bu bebeği ventilatöre bağlıyoruz bir taraftan, yani hipoksik kalması demek bebeğin beyinde hasar oluşması demek, bunun da yapılması için inanılmaz hızlı olunması gerekiyor ve bir kişi buna mümkün değil yetişemez. O nedenle ekibin kesinlikle iyi olması gerekiyor. Herkesin bir yerden tutması gerekiyor ki o çocuk oksijensiz kalmasin, hasar oluşmasın. Ne kadar erken müdahale, ne kadar erken ısırırsa o çocuk için daha iyi oluyor. K-2

Doktorlar bir order değişikliğine gittiklerinde, eksilen ya da artan ilaç dozları, değişen ilaç miktarları, ilaç adları, bunların peşinde dönüyoruz yani bunu yazmamışsınız bunu çıkarmamışsınız. Bu yani yapılacak mı devam ediyor mu, sürekli uyarı halinde olmamız gerekiyor. Bazen bebeklerin orali stoplanıyor ve iletmedikleri oluyor. K-8

Alt Tema 3. İş yükü

En fazla arka arkaya nöbetlere gelmek bizi çok fazla yoruyor. Nöbetten çıkıp sonraki gün tekrar nöbete gelmek veya nöbetten çıkıp arada boşluk olmadan gündüze gelmek. Dinlenmeden ve o nöbet bazen ekstra üç dört tane bebek yattığı zaman çok yoruyor. K-1

Yani buradaki hastalar ağır hastalar, beslemesini yap, geç, olmuyor. Çoğunluğu solunum sıkıntısıyla yatan hastalarımız var, ventile olan hastalarımız var, beslenme bozukluğu, anneler çok ayrı yani, iş yükü çok fazla. K-8

Çok yoğun çalışıyoruz, arka arkaya birçok nöbetlerimiz oluyor. Kendimize özel ayırabileceğimiz hiçbir zamanımız yok. K-2

Tablo 1. Araştırmanın Temaları

Temalar	Kodlar
Tema 1. Başarı	
Alt tema 1. Bebek sevgisi	Annelik duygusu Kendi bedeninde onu hissetme Mutlu olma
Alt tema 2. Deneyim	Karar verme Özgüven Dikkat
Alt tema 3. Toparlanma	Kilo alıp toparlanma Günden güne düzelme Solunum desteğinde azalma İyileşme, taburcu olma
Tema 2. Yönetim	
Alt tema 1. Aile	İletişim Anksiyete
Alt tema 2. Ekip	Herkesin bir yerden tutması Dikkat Karar verme
Alt tema 3. İş yükü	Nöbet sıklığı Bebek sayısı

TARTIŞMA

YBÜ'de görev yapan hemşirelerin motivasyonları üzerine yapılan bu çalışmada en dikkat çekici ve duygu yoğunluğu yüksek olan temalardan biri sevgidir. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin tümünün, yenidoğan hemşireliğini ve bebekleri sevmesi motivasyonlarına olumlu katkı sağlayan

bir araç olarak değerlendirilmiştir. Motivasyon, bireylerdeki içsel enerjinin belirli hedeflere yönlendirilmesi için hareketlendirilmesi, aktive edilmesidir¹⁻³. Hemşirelerin bebeklere yönelik annelik duygusunu da içeren yoğun sevgi ifadeleri, içsel bir enerji olarak onların bir amacı gerçekleştirme, aktive olma ve başarılarına aracılık eden önemli bir duygu olarak nitelendirilmiştir. Pediatri hemşiresinin, çocuğun ve tüm aile üyelerinin haklarını koruma ve savunma rolü vardır. Bu nedenle çocukların fiziksel, entelektüel, duygusal, sosyal ve gelişimsel farklılıklarını anlamaları ve çocukları savunmaları için onlara gerekli sevgi ve ilgiyi göstermeleri gerekir^{21, 22}. Çocuklarla direkt ilgili olan öğretmenlik gibi diğer mesleklerde de başarı için motive edici bir ortamın ve çocukları sevmenin önemli olduğu belirtilmektedir²³⁻²⁵.

Bu araştırmanın ilk teması olarak belirlenen “başarı” teması altında incelenen alt temalarda da benzer bulgular elde edilmiştir. Ayrıca, bebekleri başarıya/bir üst sınıfa taşıma sürecinde yapılacak minimal hataların bile geri dönüşü olmayan sorunlara ve bebeğin gelecek yaşantısında olumsuz etkilere yol açabileceği bildirilmiş ve bu konuda deneyimin önemli olduğu hemşireler tarafından vurgulanmıştır. Bry ve Wigert (2021) İsveç'te bir üniversite hastanesinin YBÜ'de çalışan hemşirelerde (n=13) stres ve sosyal destek üzerine nitel bir araştırma yapmışlardır. Hemşireler, iş yükü ve aile/bebek açısından duygusal olarak zor durumları stres kaynakları olarak tanımlamıştır. Araştırmada deneyimsiz hemşirelerin işlerini oldukça zor buldukları ve deneyimli meslektaşlarının yardımına bağımlı oldukları, bu nedenle olumlu çalışma ikliminin ve akran desteğinin önemli olduğu sonucuna varılmıştır²⁶. Literatürde yer alan çalışmalar, hemşirelerin kazandıkları deneyim ve özgüven ile, anksiyete düzeylerinin azaldığı ve kendileri hakkındaki olumsuz duyguları ortadan kalktığı için klinik karar verme üzerinde de olumlu bir etki sağladığını göstermektedir^{27,28}. Benzer bir sonuç olarak bu çalışmada da hemşirelerin, deneyim, özgüven, klinik karar verme, dikkat ve sevginin olduğu bu ortamda bebeklerin iyileşmeleri, ağırlık kazanımları ve solunum desteği gereksiniminin azalarak taburculuğa hazırlanmasında kendilerinin önemli rol oynayarak mutlu oldukları, başarı duygularının ve motivasyonlarının arttığı belirlendi. Literatüre bakıldığında hemşirelerin motivasyonlarına yönelik nitel araştırmaların sınırlı olduğu daha çok nicel araştırma tasarımının yer aldığı görülmüştür. Çelik ve Karaca (2017) tarafından yapılan hemşirelerde yapılan bir çalışmada bu çalışma ile benzer olarak “Motivasyon Ölçeği”nden en yüksek puanı “İşimi severek yapıyorum” maddesinin yer aldığı bulunmuştur¹⁶. Diğer bir çalışmada pediatri hemşirelerinin mesleki değer algılarının iş doyumuna pozitif yönde etkisinin olduğu bulunmuştur²⁹. Diğer bir çalışmada ise pediatri hemşirelerinin çocuk sevme puanları arttıkça mesleki doyumlarının arttığı, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğunun azaldığı saptanmıştır³⁰. Öğretmen ve öğretmen adaylarına yönelik yapılan çalışmalarda ise çocuk sevme puanlarının, öğrenme motivasyonları puanlarını anlamlı düzeyde yordadığı belirlenmiştir^{24, 25}.

Hastanın hastaneye girişinden taburculuğa kadar geçen sürede sunulan sağlık hizmeti, ekip çalışmasına temellidir¹⁴.

Motivasyon ise bir ekibin başarısını etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Ekip çalışmasının benimsenmesi ile işletmeler bir yandan çalışanlarının motivasyonlarını arttırırken örgüt içerisindeki iletişim kopukluklarını ortadan kaldırmakta sonuçta sağlık hizmetlerinde hasta/ailelerin gereksinimleri de yeterli oranda karşılanabilmektedir³¹. YYBÜ’de çalışan hemşirelerinin motivasyonlarının incelendiği bu çalışmada da hemşirelerin çalışma ortamında zaman zaman güçlük yaşadıkları, bu güçlüklerin motivasyonlarını azalttığı belirlenmiştir. YYBÜ’de aileler, sağlıklı bir bebek beklerken erken doğmuş ve/veya fiziksel gelişim bozukluğu olan bir bebeğin doğumu ile kayıp yaşadıkları, anne-bebek bağlanmasının güçleştiği, yeni rollerine uyum sağlamaları beklenen bu süreçte sağlık ekibinin deneyimli tedavi ve bakımının yanı sıra uygun bir iletişime de gereksinim duyarlar^{9,21,22,32,33}. Merkezinde aile/hastanın olduğu bir ekip çalışmasının benimsenmesi, hasta güvenliğinin sağlanması, bakım kalitesinin artırılması için insan yaklaşımının yanı sıra sistem yaklaşımına da odaklanılması önemli bir adımdır. Sistem yaklaşımından kaynaklanan güçlükler, güvenli çalışma iklimi, etkili ekip çalışması ve işbirliği, hasta güvenliği kültürünün kurumsallaştırılması, aile merkezli bakım ve kanıta dayalı uygulama gibi temel bilimsel yöntemler sayesinde önlenir^{14,32,33}. Özellikle salgın sürecinde motive edici bir ortam sağlamada, hastane yönetimi ile birlikte yönetici hemşirelerin, iş yükü, çalışanların kararlara katılımı, uygun fiziki koşullar, yeterli araç-gereç, geliştirme ve kariyer planlama, sosyal haklar, iş sağlığı ve güvenliği, ekip iş birliği, iletişim, takdir ve tanınma, etkili yönetim ve liderlik konularında önemli sorumlulukları olduğu bildirilmektedir³⁴. Hastane gibi insan hayatını doğrudan etkileyen kurumların vardiyalı çalışanlarının sağlık ve iyilik halini doğrudan etkileyen uyku kalitesini arttırmaya yönelik önlemlerin, hem kurum bazında hem de yasalar tarafından güvence altına alınmasının önemli olduğu belirtilmiştir³⁵. Sasso ve ark. (2019) İtalya’da 3667 hemşirenin dahil edildiği kesitsel bir çalışmada hemşirelerin %33.1’inin yetersiz personel ve iş yüküne bağlı mesleki doyum yetersizliği nedeniyle meslekten ayrılmayı istediklerini belirlemiştir³⁶. Bu çalışmada da hemşirelerin motivasyonlarını azalttığı belirlenen iş yüküne yönelik güçlüklerin çoğunluğunun sistem kaynaklı olduğu dikkat çekmiştir. Acil servis hemşirelerinin bakım algılarının nitel olarak analiz edildiği bir çalışmada ise hemşirelerin bu çalışma ile benzer olarak yoğunluk, iş yükü ve sirkülasyonun fazla olması ile bakım gereksinimlerini yerine getiremedikleri belirlenmiştir. Aynı çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda; hemşirelerin bakım sağlayıcı rollerini olumsuz etkileyen çalışma saatleri, hemşire sayısı gibi faktörlerin iyileştirilmesine yönelik kurumsal planlamaların yapılması önerilmektedir³⁷. Pediatri hemşirelerinde tükenmişlik üzerine yapılan sistematik bir derlemede ise tükenmişliğin yaygın bir problem olduğu, hemşirelik okulları, hemşirelik yönetimi, sağlık kuruluşları ve hemşirelik meslek birlikleri tarafından hemşirelerde tükenmişliği azaltmak amacıyla girişimsel çalışmalar yapılmasının önemi vurgulanmıştır³⁸.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Hemşirelerin bebek sevgisinin, deneyimli hemşirelik bakımı ve izlem ile onların iyileşme bulguları göstermesinin başarı duygularını ve motivasyonlarını arttırdığı ancak ekip, iletişimden kaynaklı sorunlar ve iş yükünün getirdiği güçlüklerin motivasyonlarını azalttığı belirlenmiştir. Çözülünebilir nitelikte olan bu güçlüklerin ve sistem/yönetim kaynaklı sorunların minimize edilmesi için ekip çalışmasının benimsenerek hemşirelerin motivasyonlarının desteklenmesi gerekmektedir. Ayrıca, gebelik, doğum, annelik gibi rol değişimlerinde bireylerle en sık etkileşim içinde olan hemşirelerin motivasyonlarının artırılmasına yönelik farklı nitel araştırmaların, deneysel tasarımı çalışmaların yapılarak literatüre kazandırılması ve sağlık ekibinde yer alan diğer sağlık profesyonellerinin de dahil edildiği araştırmaların yapılması önerilmektedir.

Etik Kurul Onayı: Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu’ndan onay alınmıştır (Karar No:01-11, Karar Tarihi: 05.06.2020).

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yoktur.

Katılımcı Onamı: Katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Yazar katkıları:

Araştırma dizaynı: MDA, EB

Veri toplama: MDA

Veri analizi: MDA, EB

Makale yazımı: MDA, EB

Teşekkür

Yazarlar araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hemşirelere teşekkürlerini sunar.

Ethics Committee Approval: Approval was obtained from Tokat Gaziosmanpaşa University Social Sciences and Humanities Research Ethics Committee (Decision number: 01-11, Decision date:05.06.2020).

Conflict of Interest: Not reported.

Funding: None.

Exhibitor Consent: Informed consent was obtained from participants.

Author contributions:

Study design: MDA, EB

Data collection: MDA

Data analysis: MDA, EB

Drafting manuscript: MDA, EB

Acknowledgement: We would like to thank all nurses who approved to participate to the study.

KAYNAKLAR

1. Tarakçıoğlu S, Sökmen A, Boylu Y. Evaluation of motivation factors: A research in Ankara. İşletme Araştırmaları Dergisi. 2010;2(1):3-20.
2. Cumber E, Kneeland P, Hagman J. Motivation of participants in an interprofessional quality improvement leadership team. Journal of Interprofessional Education & Practice. 2016;3:5-7.
3. Tunçer P. Örgütlerde performans değerlendirme ve motivasyon. Sayıştay Dergisi. 2013;88:87-90.
4. Örucü E, Kanbur A. Örgütsel-Yönetimsel motivasyon faktörlerinin çalışanların performans ve verimliliğine

- etkilerini incelemeye yönelik ampirik bir çalışma: Hizmet ve endüstri işletmesi örneği. Yönetim ve Ekonomi. 2008;15(1):85-97.
5. Ünalı Türkkan N, Eşkin Bacaksız F, Tuna R. Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2014.
 6. Özsoylu S, Akyıldız B, Dursun A. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi ve etkileyen faktörler. J Pediatr Emerg Intensive Care Med. 2017;4:104-09.
 7. Sullivan R, Perry R, Sloan A, Kleinhaus K, Burtchen N. Infant bonding and attachment to the caregiver: Insights from basic and clinical science. Clin Perinatol. 2011;38(4):643-55.
 8. Köse D, Çınar N, Altınkaynak S. Yenidoğanın anne ve baba ile bağlanma süreci. Sted. 2013;22(6):239-45.
 9. Demir Acar M, Yılmaz U, Çevik Güner Ü. Bebeği konjenital anomalili doğan annenin anne-bebek bağlanmasında yaşadığı güçlükler ve hemşirenin rolü. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci. 2018;10(2):169-76.
 10. Turhal A, Karaca A. Bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tedavi altında olan annelerin yaşadıkları psikososyal sorunlar ve başa çıkma yöntemlerinin belirlenmesi: Niteliksel bir araştırma. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2019;9(3):172-80.
 11. Korukcu O, Deliktaş A, Kukulu K. Transition to motherhood in women with an infant with special care needs. Int Nurs Rev. 2017;64(4):593-601.
 12. Doğanlı B, Demirci Ç. Sağlık kuruluşu çalışanlarının (hemşire) motivasyonlarını belirleyici faktörler üzerine bir araştırma. Yönetim ve Ekonomi. 2014;21(1):47-60.
 13. Hakmal H, Karadağ M, Demir C. Hemşirelerin motivasyon düzeylerine etki eden faktörler: Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesinde bir uygulama. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;15(3):181-87.
 14. Çiçek Korkmaz A. Hasta güvenliğinde sistem hataları ve hemşirelik yaklaşımı. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi. 2015;3(2):48-55.
 15. İlhan A, İnce E. Takım çalışması ve takım etkinliğini belirleyen faktörlerin ölçülmesi: Gaziantep Üniversitesinde bir uygulama. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2015;5(1):127-52.
 16. Çelik A, Karaca A. Hemşirelerde ekip çalışması ve motivasyon arasındaki ilişkinin ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2017;14(4):254-63.
 17. Karataş Z. Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. Manevi Temelli Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi. 2015;1(1):62-80.
 18. Türnüklü A. Eğitim bilim araştırmalarında etkin olarak kullanılacak nitel bir araştırma tekniği: Görüşme. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi. 2000;6:543-59.
 19. Yıldırım A. Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. 9. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2013.
 20. Başkale H. Nitel araştırmalarda geçerlik, güvenilirlik ve örneklem büyüklüğünün belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2016;9(1):23-8.
 21. Hockenberry MJ, Wilson D. Wong's Nursing Care of Infants and Children. Ninth Edition, America: Elsevier Mosby Company; 2011.
 22. Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği. 11. Baskı, Ankara: Sistem Ofset Basımevi; 2013.
 23. Yazıcı Z. The Examination of pre-school teachers' towards liking of children. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2014;116:172-6.
 24. İlğan A, Canoğlu Ö, Karamert Ö, Şensoy ÇP. Öğretmenlerin çocuk sevme düzeyleri ile öğretme motivasyonları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Turkish Studies Educational Sciences. 2018;13(19):979-1003.
 25. Dereli İman E. Okul öncesi öğretmen adaylarının çocuk sevgisi ve öğretmenlik mesleğine ilişkin motivasyonlarının incelenmesi. Journal of Theoretical Educational Science. 2014;7(4):482-504.
 26. Bry A, Wigert H. Stress and social support among registered nurses in a level II NICU. Journal of Neonatal Nursing. (in press). 2021. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2021.03.010>
 27. Espinosa-Rivera BP, Morán-Peña L, García-Piña MA, González-Ramírez P, López-Ruiz CM. Self-confidence and anxiety as intervening factors in clinical decision-making in newly nursing bachelor graduates. American Journal of Nursing. 2019;8(2):59-67.
 28. White KA. Development and validation of a tool to measure self-confidence and anxiety in nursing students during clinical decision making. Journal of Nursing Education. 2014;53(1):14-22.
 29. Kaya A, Çelik D, İşler Dalgıç A. Professional values and job satisfaction levels of pediatric nurses and influencing factors: A cross-sectional study. J Pediatr Res. 2020;7(1):58-63.
 30. Çalışır H, Karataş P, Turan T, Ergin E. Pediatri hemşirelerinde çocuk sevme ile tükenmişlik, eşduyum yorgunluğu, mesleki tatmin arasındaki ilişki. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci. 2020;12(1):30-36.
 31. Özler E, Koparan E. Takım performansına etki eden takım çalışmasına ilişkin faktörlerin belirlenmesine yönelik bir araştırma. Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi. 2006;8:1-29.
 32. Reid S, Bredemeyer S, Chiarella M. The evolution of neonatal family centred care. Journal of Neonatal Nursing. (in press). 2021. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2021.03.002>
 33. Loewenstein K, Barroso J, Phillips S. The experiences of parent dyads in the neonatal intensive care unit: A qualitative description. Journal of Pediatric Nursing. 2021;60:1-10.
 34. Duygulu S, Başaran Açıl S, Kuruca Özdemir E, Erdat Y. COVID-19 salgını: Yönetici hemşirelerin rol ve sorumlulukları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2020; Özel sayı (7):34-46.
 35. Bumin G, Tatlı İY, Cemali M, Kara S, Akyürek G. Vardiyalı ve gündüz çalışan sağlık çalışanlarında uyku kalitesi,

- reaksiyon zamanı, stres ve iyilik halinin karşılaştırılması. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2019;6(3):189-96.
36. Sasso L, Bagnasco A, Catania G, Zanini M, Aleo G, Watson R et al. Push and pull factors of nurses' intention to leave. Journal of Nursing Management. 2019;27(5):946-54.
 37. İnce S, Bingöl S. Acil serviste çalışan hemşirelerin hemşirelik bakım algıları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2020;7(1):23-30.
 38. Buckley L, Berta W, Cleverley K, Medeiros C, Widger K. What is known about paediatric nurse burnout: a scoping review. Hum Resour Health. 2020;18(9):2-23.

Araştırma makalesi

Research article

Hemşirelerde İşe Bağlı Kas-İskelet Sistemi Rahatsızlıklarının Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi



Behire SANÇAR¹, Serkan TAŞ², Demet AKTAŞ³

ÖZ

Amaç: Kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları sağlık çalışanlarında, diğer meslek alanlarında çalışanlara göre daha fazla görülmektedir. Özellikle hemşireler işe bağlı kas-iskelet ağrıları açısından büyük risk altındadır. Bu çalışmanın amacı hemşirelerde işe bağlı kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarının görülme sıklığı ve etkileyen faktörleri incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, Ankara ve Mersin illerinde kamuya ait hastanelerin yataklı ve ayakta hizmet veren birimlerinde görev yapan ve 18-65 yaş arasında olan 611 hemşirenin katılımıyla, 01 Ocak-30 Nisan 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür. Bununla birlikte değişkenlerin bazıları için eksik gözleme bağlı olarak, örneklem genişlikleri (n) 599-609 arasında değişmiştir. İşe bağlı kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarının görülme sıklığı İskandinav Kas-İskelet Sistemi Anketi kullanılarak değerlendirilmiştir. Ankette işe bağlı dokuz vücut bölgesindeki (ayaklar-ayak bilekleri, dizler, uyluklar-kalçalar, bilekler-eller, bel, dirsekler, sırt, omuzlar, boyun) son 12 ay ve yedi gündeki ağrı veya rahatsızlık varlığı sorgulanmıştır.

Bulgular: Elde edilen bulgular, hemşireler tarafından en fazla boyun (%63.5), sırt (%54.8), bel (%52.0) bölgeleri ile ilişkili rahatsızlık yaşandığını göstermiştir. Son yedi gün içerisinde boyun, bel ve sırt ağrısı veya rahatsızlığı görülme oranı sırasıyla %48.4, %39.4 ve %38.1'dir.

Sonuç: Elde edilen sonuçlar işe bağlı kas-iskelet rahatsızlıklarının hemşirelerde oldukça yaygın olduğunu göstermektedir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, hemşirelerde kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarını engellemeye yönelik iş ortamında daha fazla ergojenik destek kullanılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Görülme sıklığı, hemşirelik, kas- iskelet sistemi, rahatsızlık

ABSTRACT

Determining Prevalence of Work-Related Musculoskeletal Disorders and Related Factors in Nurses

Aim: Musculoskeletal diseases are more common in health professionals than in other professions. Nurses are particularly at risk for work-related musculoskeletal pain. This study aimed to determine the prevalence of work-related musculoskeletal disorders and related factors in nurses.

Material and Methods: This study was performed between January 1 and April 30, 2019, with the participation of 611 nurses between the ages of 18-65 who work in inpatient and outpatient units of public hospitals in Ankara and Mersin provinces. However, for some of the variables, the sample sizes varied between 599-609 due to missing observations. The Nordic Musculoskeletal Questionnaire was used to determine the prevalence of work-related musculoskeletal disorders. In the questionnaire, the presence of pain or discomfort was questioned in nine work-related body regions (feet-ankles, knees, thighs-hips, wrists-hands, waist, elbows, back, shoulders, neck) for the last 12 months and seven days.

Results: The findings showed that nurses were experiencing problems related to neck (63.5%), back (54.8%), waist (52.0%) regions. The rate of neck, waist and back pain or discomfort in the last seven days was 48.4%, 39.4%, and 38.1%, respectively.

Conclusion: The results showed that work-related musculoskeletal disorders are most common among nurses. According to the study results, it is recommended to use more ergogenic supports in the workplace to prevent musculoskeletal disorders in nurses.

Keywords: Discomfort, musculoskeletal system, nursing, prevalence

¹Dr. Öğr. Üyesi, Toros Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Mersin, Türkiye, E-posta: behire.sancar@toros.edu.tr , Tel: 0 324 325 33 00/1180, ORCID: 0000-0003-1053-6688

²Doç. Dr. Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Antalya, Türkiye, E-posta: serkntas@gmail.com, Tel: 0 242 510 60 60/4320, ORCID: 0000-0001 8268 5485

³Doç Dr. Çankırı Karatekin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Çankırı, Türkiye, E-posta: daktas7706@gmail.com, Tel: 0 376 213 17 02, ORCID: 0000-0003-1206-4004

Geliş Tarihi: 13 Ekim 2020, Kabul Tarihi: 05 Mayıs 2021

Atıf/Citation: Sançar B, Taş S, Aktaş D. Hemşirelerde İşe Bağlı Kas-İskelet Sistemi Rahatsızlıklarının Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2021;8(2):231-238. DOI: 10.31125/hunhemsire.968925

GİRİŞ

Kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları, kas, tendon, bağ, eklem, periferik sinir ve kan damarlarını etkileyen çok çeşitli enflamatuvar ve dejeneratif durumları içerir¹. Kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları bireylerin sosyal ve ekonomik sorunlar yaşamalarına neden olmasının² yanında yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir^{3,4}.

Bunun yanı sıra, kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları %45'e varan yüksek görülme sıklığı ile de dikkat çekmektedir^{5,6}. Türkiye'de kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları en sık görülen üçüncü hastalık grubu olarak rapor edilmektedir⁷.

İşe bağlı kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları, mesleki yaralanmalardan kaynaklı işe bağlı kas-iskelet sistemi yaralanmaları olarak tanımlanmaktadır⁸. Bu rahatsızlıklar iş alışkanlıklarında değişiklikler, çalışma saatinde azalma ve iş değişikliklerine neden olabilmektedir^{8,9}. İşe bağlı kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları elleriyle çalışma, ağır kaldırma, uygun olmayan fiziksel koşullarda çalışma ve tekrarlı hareketler gerektiren işlerde yaygın olarak görülebilmektedir¹⁰.

Hemşirelerin direkt hastaya olan temasları, çalışma postürleri ve çalışma koşulları göz önüne alındığında işe bağlı kas-iskelet sistemi hastalıkları açısından risk altında oldukları düşünülebilir¹¹.

Türkiye'de hemşirelerde işe bağlı kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarının birkaç araştırmaya konu olduğu görülmektedir¹²⁻¹⁴. Fakat bu çalışmaların az sayıda kısıtlı örneklem ile^{13,14} sınırlı bir bölgede¹² veya sadece diyaliz hemşireleri gibi özel bir alanda¹⁴ yapıldığı görülmektedir. Bu nedenle ülkemizde çalışan hemşirelerin işe bağlı kas-iskelet rahatsızlıklarının görülme sıklığının belirlenmesi, bu rahatsızlıkları engellemeye yönelik hedefe odaklı yaklaşımların ortaya konulması dolayısıyla hasta bakım çıktılarının iyileştirilmesi bakımından önem taşımaktadır.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, hemşirelerde işe bağlı kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarının görülme sıklığı ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Araştırma, kesitsel tanımlayıcı tipte tasarlanmıştır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma, Ankara ve Mersin illerinde kamuya ait hastanelerin yataklı ve ayakta hizmet veren birimlerinde, 01 Ocak-30 Nisan 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ankara ilinde kamuya ait üç hastaneden 410, 315 ve 258 olmak üzere toplam 983, Mersin ilinde de yine kamuya ait iki hastaneden 109 ve 82 olmak üzere toplam 191, genel toplamda 1174 hemşire oluşturmuştur. Çalışmanın yapıldığı hastanelerde yataklı tedavi hizmeti verilen klinikler ve ayakta tedavi yapılan birimler (Diyaliz, kemoterapi, poliklinikler, fizik tedavi ve rehabilitasyon vb.) bulunmaktadır. Örneklem genişliği için ayrı bir hesaplama yapılmamış olup, çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve 18-65 yaş arasında bulunan tüm hemşirelere çalışmaya dâhil edilmiştir. Belirtilen dâhil etme kriterlerini karşılayan 611 hemşireden iki tanesi sorulara eksik cevap

verdiği için çalışmadan çıkartılmış ve çalışma toplamda 609 hemşire ile tamamlanmıştır (Katılım oranı %51.87).

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak, tanıtıcı bilgi formu ve İskandinav Kas İskelet Sistemi Anketi (The Nordic Musculoskeletal Questionnaire) kullanılmıştır.

Hemşireleri tanıtıcı bilgi formu, ilgili literatürden yararlanılarak araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir^{14,15}. Bu form yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum sorularının yer aldığı demografik özellikler ile mesleki özelliklere ilişkin toplam 13 sorudan oluşmuştur.

İskandinav Kas İskelet Sistemi Anketi

Dawson ve arkadaşları (2009) tarafından 9 vücut bölgesinde kas-iskelet sistemi ile ilişkili ağrı varlığını ve aktiviteden kaçınma miktarını ölçmek için geliştirilen¹⁶ ve kültürel adaptasyon çalışması Kahraman ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan anketin Cronbach alfa değeri 0.896 olarak bildirilmiştir¹⁷. Hemşirelerde işe bağlı kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarının görülme sıklığı ve etkileyen faktörlerin araştırıldığı bu araştırmada anketin iç tutarlılık katsayısı Cronbach alfa değeri 0.93 olarak belirlenmiştir.

Anket 4 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcının yaşı, medeni durumu, ortalama çalışma saati ve aktivite miktarı sorgulanmaktadır. İkinci bölümde dokuz farklı vücut bölgesinde (ayaklar-ayak bilekleri, dizler, uyluklar-kalçalar, bilekler-eller, bel, dirsekler, sırt, omuzlar, boyun) son 12 ay boyunca yaşadığı ağrı veya rahatsızlık hissinin varlığı sorgulanmaktadır. Üçüncü bölümde ise son yedi gün içinde dokuz farklı vücut bölgesinde yaşadığı ağrı veya rahatsızlık hissi sorgulanmaktadır. Son bölümde ise belirtilen dokuz farklı bölgeden hangilerinde yaşadığı ağrı ve rahatsızlık nedeni ile doktora müracaat ettiği sorgulanmaktadır. Anketi oluşturan bölümlere ilişkin bir puanlama yoktur. Araştırmaya katılan hemşirelerden, anketi oluşturan 4 bölümdeki sorulara var/yok şeklinde cevap vermeleri istenmiştir. Verilen var/yok cevaplarının yüzde dağılımları (oranları) üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Verilerin Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırma soruları, çalışmaya dâhil edilen hemşirelere elektronik olarak Google anket programı aracılığıyla yöneltilmiş ve yanıtlar yine aynı yoldan geri alınmıştır. Araştırmaya dâhil edilen hemşirelere, araştırmacıların kişisel sosyal medya hesapları ve mail aracılığı ile öncelikle kendi hemşire arkadaşları ile bağlantı kurularak ulaşılmıştır. Sonra bağlantı kurulan hemşirelerin yardımıyla buldukları hastanelerdeki hemşirelerle ve aynı yolla başka hemşirelerle bağlantı kurularak örneklem kartopu etkisi şeklinde, zincirleme olarak büyütülmüştür.

Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri R (<https://www.r-project.org>), TURCOSA (<https://turcosa.com.tr>, Erciyes Üniversitesi) ve IBM SPSS 21 yazılımları kullanılarak yapılmıştır (<https://www.ibm.com>). Çalışmaya katılan hemşirelerin çeşitli demografik bilgileri, dağılım yapısı dikkate alınarak normal dağılıma uyan (veya simetriğe yakın dağılan) değişkenler için ortalama ve standart sapmalar, normal dağılmayan (veya aşırı çarpık dağılan) değişkenler için ortanca ve çeyreklikler kullanılarak

raporlanmıştır. Kategorik değişkenler ise sayı ve yüzdeler ile tanımlanmıştır. Sayısal ölçümlerin normal dağılıma uygunluğu grafiksel yaklaşımlar (histogram, Q-Q grafiği, vb.) ve normallik testleri (Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov vb.) birlikte kullanılarak değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin kas-iskelet sisteminde yaşadıkları ağrı ve/veya rahatsızlık nedeniyle aktivitelerinin etkilenme durumları iki kategorili bir değişken olarak ölçülmüş (var/yok) ve etkilenme durumu için anlamlı olan faktörler incelenmiştir. Olası risk faktörleri ile etkilenme durumu arasında tek değişkenli analizler yapılmış ve p-değeri 0.20'nin altında olan değişkenler çoklu lojistik regresyon analizine alınmıştır. Modele alınan değişkenler geriye dönük değişken seçim algoritması (backward) ile seçilerek yanıt değişkeni üzerinde etkili olan risk faktörleri belirlenmiştir. Tüm analizler için istatistiksel anlamlılık düzeyi 0.05 kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik kurul onayı, bir üniversitenin bilimsel araştırma ve yayın etiği kurulundan 08.02.2019 tarih ve 02 nolu karar ile alınmıştır. Etik kurulun öngördüğü bilgilendirilmiş onam formunu okuyup onaylayan hemşirelerin verileri değerlendirmeye alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma kapsamında kas-iskelet sistemine ilişkin bölgesel ağrı ve rahatsızlık varlığı herhangi bir hastalık tanısı olup olmadığı sorgulanmadan belirlenmiştir. Çalışmada olasılıksız örnekleme yönteminin kullanılmış olması ve yalnızca belirli bölgelerden seçim yapılması nedeniyle elde edilen bulgular kitleye veya Türkiye geneline atfedilemez.

BULGULAR

Araştırmamıza katılan hemşirelerin demografik özelliklerine göre kas-iskelet sistemine bağlı rahatsızlıkları nedeniyle normal aktivitelerinde etkilenme durumlarına ait bilgiler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Çeşitli Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Aktivitelerde Etkilenme Durumları

Değişkenler (n)	Aktivitelerde Etkilenme n (%)		p*	
	Yok	Var		
Yaş (609) **	18-25	30 (25.0)	90 (75.0)	0.002
	26-35	32 (15.4)	176 (84.6)	
	36-45	19 (11.0)	153 (89.0)	
	46+	10 (9.2)	99 (90.8)	
Cinsiyet (602) **	Erkek	18 (34.0)	35 (66.0)	< 0.001
	Kadın	71 (12.9)	478 (87.1)	
En Son Mezuniyet (607) **	SML***	23 (25.3)	68 (75.7)	0.009
	Lisans	55 (12.7)	377 (87.3)	
	Lisansüstü	12 (14.3)	72 (85.7)	
Medeni Durum (606)**	Bekâr	56 (25.0)	168 (75.0)	< 0.001
	Evli	33 (8.6)	349 (91.4)	

* Pearson Ki-kare testi

**Değişkenlerin bazıları için eksik gözleme bağlı olarak, örneklem genişlikleri (n) farklıdır.

***Sağlık Meslek Lisesi

Tablo 1'deki bilgilere göre hemşirelerin yaşı ilerledikçe kas-iskelet sistemine bağlı rahatsızlıklardan dolayı normal aktivitelerinin etkilendiğini ifade etme oranı istatistiksel

olarak anlamlı biçimde artmaktadır (p=0.002). Kadın hemşirelerin kas-iskelet sistemine bağlı rahatsızlıklardan dolayı aktivitelerinde etkilenme durumu erkeklere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde evli hemşirelerde normal aktivitelerde etkilenme durumlarının daha yüksek olduğu görülmektedir (p<0.001). Eğitim durumlarına göre normal aktivitelerde etkilenme durumları arasındaki ilişki incelendiğinde ise lisans ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip hemşirelerde kas-iskelet sistemine bağlı rahatsızlıklar sebebiyle normal aktivitelerde etkilenme durumlarının birbirlerine yakın ve yüksek düzeyde olduğu, sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerde ise bu oranın daha düşük olduğu görülmektedir (Tablo 1). Hemşirelerin bazı mesleki özellikleri ile kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları nedeniyle normal aktivitelerinde etkilenme durumları arasındaki ilişkiler Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Aktivitelerde Etkilenme Durumları

Değişkenler (n)	Aktivitelerde Etkilenme n (%)		p*	
	Yok	Var		
Meslek Yılı (609)	0-5	44 (22.7)	150 (77.3)	< 0.001
	6-10	20 (19.2)	84 (80.8)	
	11+	27 (8.7)	284 (91.3)	
Haftalık Çalışma Süresi (606)	< 40	20 (15.3)	111 (84.7)	0.832
	>= 40	69 (14.5)	406 (85.5)	
Çalıştığı Klinik (599)	Acil servis	6 (18.8)	26 (81.3)	0.189
	Cerrahi klinik	32 (19.2)	135 (80.8)	
	Dâhili klinik	5 (6.8)	68 (93.2)	
	Poliklinik	7 (17.5)	33 (82.5)	
	Yoğun Bakım	14 (13.9)	87 (86.1)	
	Diğer	24 (12.9)	162 (87.1)	
Uyku Süresi (saat) (608)	1 - 4	2 (8.3)	22 (91.7)	0.007
	5 - 6	27 (9.9)	245 (90.1)	
	7 - 8	55 (19.7)	224 (80.3)	
	9+	7 (21.2)	26 (78.8)	
Çalışma saatleri arasında dinlenme durumu (606)	Evet	58 (19.9)	233 (80.1)	< 0.001
	Hayır	31 (9.8)	284 (90.2)	
Kol-bacaklara elevasyon yapma (günlük) (605)	Evet	21 (16.7)	105 (83.3)	0.526
	Hayır	69 (14.4)	410 (85.6)	
Çalışırken uzun süre aynı pozisyonda kalma (606)	Evet	57 (14.0)	351 (86.0)	0.475
	Hayır	32 (16.2)	166 (83.8)	
Yoğun stres altında çalışma durumu (608)	Evet	76 (14.1)	464 (85.9)	0.154
	Hayır	14 (20.6)	54 (79.4)	
Çalışma esnasında vücudu uygun pozisyonda tutabilme (603)	Evet	34 (25.2)	101 (74.8)	< 0.001
	Hayır	54 (11.5)	414 (88.5)	

* Pearson Ki-kare testi

**Değişkenlerin bazıları için eksik gözleme bağlı olarak, örneklem genişlikleri (n) farklıdır.

Kas-iskelet sistemi anketinden elde edilen bulgulara göre hemşirelerin meslekteki yılları arttıkça daha fazla rahatsızlık yaşadıkları ve bu rahatsızlıklar nedeniyle normal aktivitelerinde daha fazla etkilendikleri görülmektedir (p<0.001). Uyku sürelerinin de normal aktivitelerinde

etkilenme durumları üzerinde önemli bir etken olduğu, daha az uyuyan hemşirelerde kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları nedeniyle normal aktivitelerinde etkilenme durumlarının artış gösterdiği tespit edilmiştir. Uygun çalışma pozisyonu ve çalışma aralarında dinlenme durumları incelendiğinde ise doğru çalışma pozisyonunda çalışmayan ve çalışma aralarında dinlenmeyen hemşirelerde kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarından kaynaklı olarak aktivitelerinde etkilenme durumunun daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Tablo 1 ve Tablo 2’de tek değişkenli analizler ile belirlenen olası risk faktörleri birlikte değerlendirilerek kas-iskelet sistemi kaynaklı rahatsızlıklardan dolayı hemşirelerin normal aktivitelerinde etkilenme durumlarına ait lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Lojistik regresyon analizi sonucunda elde edilen bulgular Tablo 3’te verilmiştir.

Tablo 3. Aktivitelerde Etkilenme Durumu İçin Lojistik Regresyon Analizi

Değişken	Katsayı	S.H.	p	Odds Oranı (OR)	OR (%95 G.A.)	
					Alt Limit	Üst Limit
Intercept	-0.395	0.784	0.614	0.674		
En Son Mezuniyet	0.399	0.235	0.090	1.490	0.940	2.362
Cinsiyet (Kadın)	0.901	0.361	0.012	2.463	1.215	4.995
Medeni Durum (Evli)	1.050	0.300	< 0.001	2.858	1.586	5.148
Meslek Yılı	0.277	0.165	0.093	1.319	0.955	1.822
Uyku Süresi	-0.490	0.194	0.012	0.613	0.419	0.896
Uygun Çalışma Pozisyonu (Hayır)	0.817	0.281	0.004	2.263	1.304	3.927
Çalışma Aralarında Dinlenme (Hayır)	0.521	0.270	0.054	1.683	0.992	2.857

Hemşirelerin demografik özellikleri incelendiğinde kadınların kas-iskelet sistemi kaynaklı rahatsızlıklarından dolayı normal aktivitelerinde etkilenme düzeyi erkeklere göre 2.46 kat daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde evli hemşireler arasında kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları nedeniyle normal aktivitelerinde etkilenme durumlarının 2.85 kat daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin uyku süresinin, kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarından kaynaklanan aktivitelerde etkilenme durumunu anlamlı derecede etkilediği görülmüştür. Uyku süresi azaldıkça hemşirelerin kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları nedeniyle aktivitelerinin olumsuz yönde daha fazla etkilendiği görülmüştür. Uyku sürelerindeki her seviye azalışın aktivitelerde etkilenme durumunu 1.63 kat arttırdığı söylenebilir. Benzer şekilde uygun çalışma pozisyonunda çalışmayan hemşirelerin aktivitelerde etkilenme durumlarının 2.26 kat, çalışma aralarında dinlenmeyen hemşirelerin ise 1.68 kat artış gösterdiği belirlenmiştir.

Genel olarak değerlendirildiğinde ise evli olanlarda, kadın hemşirelerde, yoğun çalışma ortamında ve uygun olmayan çalışma pozisyonlarında kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarının

önemli derecede artış gösterdiği ve bu durumun hemşirelerin aktivitelerini yerine getirmede önemli zorluklar ortaya çıkardığı söylenebilir.

Tablo 4’te hemşirelerin vücut bölgelerine göre kas-iskelet sistemine ilişkin ağrı, acı, rahatsızlık ve uyuşukluk görülme sıklıkları verilmiştir.

Tablo 4. Vücut Bölgelerine Göre Ağrı, Acı, Rahatsızlık ve Uyuşukluk Görülme Sıklığı

Vücut bölgesi*	Son 7 gün içinde ağrı, acı, rahatsızlık ve uyuşukluk varlığı n (%)	Son 12 ay içinde ağrı, acı, rahatsızlık ve uyuşukluk varlığı n (%)	Son 12 ay içinde ağrıların normal aktiviteleri etkilemesi n (%)	Son 12 ayda bu şikâyetlerle doktora başvurma n (%)
Omurga				
Boyun	296 (48.4)	388 (63.5)	219 (35.8)	146 (23.9)
Sırt	233 (38.1)	335 (54.8)	195 (31.9)	122 (20.0)
Bel	241 (39.4)	324 (52.0)	243 (39.8)	152 (24.9)
Eklem				
Kalça/ Uyluk**	153 (25.0)	204 (22.4)	134 (21.9)	91 (14.9)
Diz**	173 (28.3)	184 (30.1)	141 (23.1)	82 (13.4)
Ayak/Ayak bileği**	182 (29.8)	204 (33.4)	150 (24.5)	83 (13.6)
Omuz				
Sağ	192 (31.4)	253 (41.4)	166 (27.2)	108 (17.7)
Sol	168 (27.5)	221 (36.2)		
Dirsek				
Sağ	59 (9.7)	85 (13.9)	54 (8.8)	38 (6.2)
Sol	55 (9.0)	74 (12.1)		
El/El Bileği				
Sağ	115 (18.8)	169 (27.7)	117 (19.1)	67 (11.0)
Sol	84 (13.7)	127 (20.8)		

* Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemişlerdir.

** Tek veya iki taraflı

Tablo 4’e göre hemşirelerin son yedi gün içinde sırasıyla en çok boyun (%48.4), bel (%39.4) ve sırt (%38.1) bölgelerinde, son 12 ay içinde ise sırasıyla boyun (%63.5), sırt (%54.8) ve bel (%52.0) bölgelerde ağrı, acı, rahatsızlık ve uyuşukluk yaşadıkları bulunmuştur. Son 12 ay içinde en çok bel (%39.8), boyun (%35.8), sırt (%31.9), bölgelerinde hissettikleri ağrı ve rahatsızlıklara bağlı olarak normal aktivitelerinin etkilendiği ve yine ilk üç sırada aynı bölgelerde (%24.9, %23.9 ve %20.0) hissettikleri rahatsızlık nedeniyle doktora başvurdukları tespit edilmiştir. Son yedi gün ve son 12 ay içinde en az rahatsızlık yaşanan, aktivitelerden etkilenen ve rahatsızlık nedeniyle doktora başvuru alan bölge ise dirsek (sağ ve sol) görülmüştür.

TARTIŞMA

Kesitsel ve tanımlayıcı olarak yürütülen bu çalışmada, hemşirelerin kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları ile ilişkili bölgesel rahatsızlık görülme sıklığı ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmamızda hemşirelerin yaşı ilerledikçe daha fazla bölgesel rahatsızlık yaşadıkları saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada hemşirelerin kas-iskelet sistemine bağlı ağrıların ortalama olarak 25’li yaşlarda başladığı¹⁴, başka bir çalışmada da 30-50 yaş arası katılımcıların %30’unda bel ağrısı olduğu ve zamana bağlı artan işlevsel sınırlamalar gelişebileceği bildirilmiştir¹⁸. Bu bilgiler göz önüne alındığında yaşın ilerlemesi ile ortaya çıkan fizyolojik değişimlerin kas-iskelet sistemine ilişkin ağrı ve rahatsızlık şikâyetlerinde artışa neden olabileceği

düşünülebilir. Araştırmamızın bulgularında kadın hemşirelerin erkeklere oranla daha fazla kas-iskelet sistemi rahatsızlığı yaşadıkları bulunmuştur. Kadınların genetik ve hormonal bakımdan erkelere göre farklılık göstermesi, kadınların iş yaşamı dışındaki zamanlarının çoğunluğunun evde ve ev işleri, çocuk bakımı gibi erkeklere göre daha fazla görev üstlenmelerinin yanında psikolojik ve kas gücü farklılığı vardır. Arslan Özdemir ve Örsal (2019) hemşirelerin hızlı tüm vücut değerlendirmesini yaptıkları çalışmalarında, kadınların risk puanlarının erkeklere oranla daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir¹⁹. Başka bir araştırmada da kadın hemşirelerin, erkeklere kıyasla yaklaşık 2 kat üst ekstremite bölgesi ve boyun ağrısı riski taşıdıklarını bildirilmiştir²⁰. Çalışmamızda elde ettiğimiz, kadın hemşirelerin kas-iskelet sistemi rahatsızlığı yaşama durumlarının erkeklere göre daha fazla olduğu sonucu literatür ile benzerlik göstermektedir. Araştırmamızda evli hemşirelerin, kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları nedeniyle normal aktivitelerinde daha fazla etkilendikleri tespit edilmiştir. Literatürde kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları ile normal aktivitelerin etkilenme durumunu karşılaştıran çalışmalara rastlanamamış olmakla birlikte, evli olmanın günlük iş yükünü arttırması nedeniyle kas-iskelet sistemi ağrıları için risk faktörü olduğunu bildiren çalışmalar vardır^{18,21}. Evli olmak, çalışanlara iş dışında başka sorumluluklar da getirdiğinden çalışmamızın sonuçları ile ilişkili olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda lisans ve lisansüstü mezunu olan hemşirelerin, kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları nedeniyle normal aktivitelerinde daha fazla etkilendikleri tespit edilmiştir. Sezgin ve Esin (2015) yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerde kas-iskelet sistemi semptomları için yatkınlık faktörlerini inceledikleri araştırmalarında, lisans ve lisansüstü eğitim düzeyindeki hemşirelerin semptom sıklığının daha fazla olduğu bulmuşlardır²². Bunun bir nedeni hemşirelerin hastanede aktif çalışmalarına devam ederken aynı zamanda lisans/yüksek lisans eğitimlerine devam etmeleri ve bu nedenle aşırı yorgunluk hissetmeleri olabilir. Diğer bir nedeni de lise ve daha altında eğitime sahip olan hemşirelerin çalışma yaşamına erken yaşlarda başlamaları, hasta bakımını rutin işler şeklinde sürdürmeleri nedeniyle alışkanlık kazanmaları ve böylece ağrıları daha az hissetmeleri olabilir. Ayrıca hareket ettiği zaman ağrı yaşayacağını düşünen bireylerin fiziksel aktiviteden kaçındıkları bildirilmektedir²³. Bu bağlamda kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları nedeniyle normal aktivitelerinde daha az etkilenen hemşire grubunun böyle bir savunma mekanizması geliştirdikleri düşünülebilir. Hemşirelerin eğitim düzeyi ile kas-iskelet rahatsızlıklarına bağlı normal aktivitelerinde etkilenme durumlarına ilişkin bulgularımız literatür ile benzerlik göstermiştir.

Araştırmamızda hemşirelerin haftalık çalışma saatleri ve meslekteki yılları arttıkça kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları nedeniyle normal aktivitelerinde etkilenme yaşadıkları tespit edilmiştir. Bükler ve arkadaşları (2016) hekimler üzerinde yaptıkları araştırmada, haftalık çalışma saatleri ve çalışma yılı arttıkça kas-iskelet rahatsızlığı olanların oranında artış olduğunu bildirmişlerdir²⁴. Duray ve Yağcı (2017) da bir üniversite hastanesinde çalışan yardımcı sağlık personelinde

çalışma yılının artmasının kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarını arttırdığını belirlemişlerdir²⁵. Haftalık çalışma saati ve meslekteki yılları arttıkça aynı postür aktivitelerin tekrarı yaşanacağından ve bu tekrarların hemşirelerde strese yol açacağından ağrıların daha fazla hissettikleri düşünülebilir. Nitekim bel ağrısının oluşumunda ve daha sonra tekrarlamasında psikososyal ve işle ilgili birçok faktörlerin rol oynadığı bildirilmektedir^{4,26,27}.

Araştırma bulgularımıza göre daha az uyuyan, doğru çalışma pozisyonunda çalışmayan ve çalışma aralarında dinlenmeyen hemşirelerde kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları daha fazladır. Yılmaz ve Özkan (2008) düzensiz uyuyan hemşirelerin %47.6'sında bel ağrısı olduğunu bildirmişlerdir²⁸. Durmaz ve arkadaşları (2018) bir üniversite hastanesinde çalışan sekreterlerin doğru pozisyonda çalışmama ve yeterince dinlenememe nedenleriyle üst ekstremite rahatsızlıklarının görülme riskinin arttığını saptamışlardır²⁹. Erdoğan ve Örsal (2019) ise yedi yayını kapsayan sistematik derleme çalışmalarında, hemşirelerin kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarında, çalışma yılı, çalışılan birim, iş yükü, duruş pozisyonları, yaş, eğitim, çalışma şekli gibi faktörlerin etkili olduğu tespit etmişlerdir³⁰. Erbay Dünder ve arkadaşları (2010) meslekle ilgili bel ağrısının kurumun iş günlük yükü ve gelir tatmini ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır³¹. Yetersiz uyku, doğru çalışma pozisyonunda çalışmamak ve çalışma aralarında dinlenmemek hemşirelerde kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarının ortaya çıkmasında etkili olmasının yanında genel olarak stres düzeyinin artmasına ve ağrının daha fazla algılanmasına neden olabilir. İlgili literatürdeki işe bağlı kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarına ilişkin çalışmaların sonuçları araştırmamızın bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Araştırmamıza katılan hemşirelerin kas-iskelet sistemi rahatsızlığı görülme sıklığına ilişkin elde ettiğimiz sonuçlar, son yedi gün içinde hemşirelerin yarıya yakınının sırasıyla boyun, bel ve sırt, son 12 ayda ise çoğunluğunun sırasıyla boyun, sırt ve bel bölgelerinde ağrı, acı, rahatsızlık ve uyuşukluk yaşadıklarını göstermektedir. Bu bölgeleri takiben en sık rahatsızlık yaşanan bölgelerin sırasıyla omuz, ayak/ayak bileği ve diz/dizler olduğu tespit edilmiştir. Elde ettiğimiz sonuçlara benzer şekilde, Smith ve arkadaşları (2004) Çin'de çalışan hemşirelerde yaptıkları çalışmada, işe bağlı kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları prevalansının %70 olduğunu ve en sık etkilenen bölgelerin bel (%56.7), boyun (%42.8), aynı oranda sırt ve omuz (%38.9) olduğunu rapor etmişlerdir³². Harcombe ve arkadaşları (2009) Yeni Zelanda'lı hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmada, bel (%57), boyun (%52), omuz (%39) ve diz (%34) bölgesini ilgilendiren kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarının dirsek (%13) ve el/el bileğine (%24) göre oldukça yüksek olduğunu bildirmişlerdir³³. Sembajwe ve arkadaşları (2013) Amerika Birleşik Devletleri'nde çalışan hemşirelerde yaptıkları araştırmada, en sık ağrı yaşanan bölgelerin, bel (%52.8), omuz (%32), boyun (%27.7) ve ayak bileği (%26.3) olduğunu, el bileği ve diz bölgesinde yaşanan ağrı sıklığının ise diğer bölgelere göre daha az olduğunu bildirmişlerdir³⁴. Davis ve Kotowski (2015) hemşireler ve hemşire yardımcıları için kas-iskelet sistemine bağlı ağrıların en çok bel bölgesinde görüldüğünü, bunu omuzlar ve boyun bölgelerinin izlediğini

tespit etmişlerdir³⁵. Souza ve arkadaşları (2012) da hemşirelerin %80.4'ünde son 6 ayda en az bir vücut bölgesinde kas-iskelet sistemi semptomları bulunduğunu bildirmişlerdir³⁶. Bunun yanı sıra ülkemizde yapılan çalışmalar da elde ettiğimiz sonuçlara benzer sonuçlar rapor edilmiştir. Pınar (2010) kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarıyla ilgili bel, sırt, boyun, omuzlar ve bacaklar/ayaklar bölgelerinde yaşanan ağrı sıklığının sırasıyla %50, %19, %35, %38 ve %30 olduğunu bildirmiştir¹². Gül ve arkadaşları (2014) hemşirelerde en sık karşılaşılan ağrıların bel (%66.4), sırt (%56.2), boyun (%51.6) ve ayak/ayak bileği (%44.7) bölgelerinde olduğunu bulmuşlardır¹⁴. Yılmaz ve Özkan (2008) yaptıkları çalışmada hemşirelerin %39.9'unda bel ağrısı olduğunu saptamışlardır²⁸. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde, hemşirelerde rapor edilen kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları ile ilişkili bölgesel ağrı ve rahatsızlık sıklıklarında bazı farklılıklar olmakla birlikte en fazla etkilenen bölgelerin boyun, bel, sırt ve omuz bölgeleri olduğu konusunda fikir birliği olduğu görülmektedir. Hemşirelerin hasta bakımına ilişkin ilaç hazırlama ve uygulama, yatak yapma, hastanın giyinmesine yardım etme, kan alma, infüzyon gibi aktiviteleri yerine getirirken farklı vücut postürlerini kullanmaları ve tekrarlayan hareketler yapmaları boyun, bel ve sırt bölgeleri başta olmak üzere diğer kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarına yol açabilir. Hemşireler diğer meslek grupları ile karşılaştırıldığında bölgesel ağrı ve rahatsızlık yaşama sıklığında farklılıklar olduğu görülmektedir. Alexopoulos ve arkadaşları (2004) diş hekimleri üzerinde yaptıkları çalışmada, en sık ağrı yaşanan bölgelerin bel (%46), el/el bileği (%26), boyun (%26) ve omuz (%20) olduğunu tespit etmişlerdir³⁷. AlQahtani ve arkadaşları (2016) ortopedistlerde bel, dirsek, omuz ve el/el bileği kas-iskelet sistemi rahatsızlık sıklığının sırasıyla %27, %33, %13 ve %13 olduğunu rapor etmişlerdir³⁸. Vieira ve arkadaşları (2016) ise fizyoterapistlerde boyun ve bel ağrısı görülme sıklığının sırasıyla %66 ve %61 olduğunu bildirmişlerdir¹⁰. Sağlık çalışanlarında, yapılan işe göre kas-iskelet sistemi ile ilişkili bölgesel ağrı görülme sıklığı oldukça değişmekle birlikte hemşirelerde görülen bel, boyun ve omuz ağrılarının genel olarak diğer meslek gruplarına göre daha fazla olduğu dikkat çekmektedir. Hemşirelerin hasta bakımı verirken, hastayı kaldırma, farklı ağırlıktaki tıbbi araç-gereçleri taşıma, çeşitli yükseklikteki yatakları yapma gibi postürü zorlayan ve ağırlık taşıyan eklemlerde artmış yüklenmelere neden olan işlevleri yerine getirmelerinin bu sonucu oluşturabileceği düşünülmüştür. Araştırmamız kapsamında değerlendirilen hemşirelerin yaklaşık yarısının kas-iskelet sistemi ile ilgili ağrı ve/veya rahatsızlıklar nedeniyle günlük aktivitelerinde etkilenme yaşadığını ve tıbbi tedaviye gereksinim duyduğunu göstermektedir. Elde edilen sonuçlar literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir^{39,40}.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Elde ettiğimiz sonuçlar, çalışmaya dâhil edilen hemşirelerin yarıya yakınının son yedi gün ve 12 ayda boyun, sırt veya bel bölgesinde ağrı ve/veya rahatsızlık yaşadıklarını göstermektedir. Bu bölgeleri takiben en sık ağrı ve/veya rahatsızlık yaşanan bölgelerin sırasıyla omuz, ayak/ayak

bileği ve diz/dizler olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin yarıya yakını yaşadıkları ağrı ve/veya rahatsızlığın normal aktivitelerini etkilediğini bildirmiş olup dörtte birinin de bu rahatsızlıklara bağlı şikâyetleri nedeniyle doktora başvurdukları ve medikal tedavi gördükleri sonucuna ulaşılmıştır.

Kas-iskelet sistemindeki kasların yaşam kalitesi, iş memnuniyeti ve iş verimliliği üzerine etkisi göz önüne alındığında, hemşirelerde kas-iskelet sistemi ile ilişkili rahatsızlıkları önlemeye yönelik çalışılan iş yeri ortamında yeterli düzeyde ergojenik desteklerin kullanılması gerektiği görülmektedir. Bunun yanı sıra hemşirelerin vücut mekanikleri konusunda eğitimi, servislerde bu konuda uyarıcı broşürlerin olması, yönetici hemşirenin ve meslektaşların birbirini bu konuda gözlemesi ve uyararak desteklemesi önerilmiştir.

Etik Kurul Onayı: Toros Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan alınmıştır (Karar No: 02, Karar Tarihi: 08. 02. 2019).

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yoktur.

Katılımcı Onamı: Hemşirelerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Yazar katkıları

Araştırma dizaynı: ST, DA

Veri toplama: BS, ST, DA

Literatür araştırması: BS, ST, DA

Makale yazımı: BS, ST

Teşekkür: Yazarlar araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hemşirelere teşekkürlerini sunar.

Ethics Committee Approval: Approval was obtained from Toros University Scientific Research and Publication Ethics Committee (Decision date: 08.02.2018, Decision number: 02).

Conflict of Interest: Not reported.

Funding: None.

Exhibitor Consent: The data of the nurses who read and approved the informed consent form required by the ethics committee were evaluated.

Author contributions

Study design: ST, DA

Data collection: BS, ST, DA

Literature search: BS, ST, DA

Drafting manuscript: BS, ST

Acknowledgement: We would like to thank all the nurses who agreed to participate in the study.

KAYNAKLAR

1. Punnett L, Wegman DH. Work-related musculoskeletal disorders: the epidemiologic evidence and the debate. J Electromyogr Kinesiol. 2004;14:13-23.
2. Dembe AE. The social consequences of occupational injuries and illnesses. Am J Ind Med. 2001;40:403-17.
3. Liao JC, Ho CH, Chiu HY, Wang YL, Kuo LC, Liu C, et al. Physiotherapists working in clinics have increased risk for new-onset spine disorders: A 12- year

- population-based study. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95:e4405.
4. Karadağ M, Çalışkan N, Pekin İşeri Ö, Sarıtaş S. Kronik bel ağrısı olan hastaların kullanmış oldukları tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin ve hastalık algılarının incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2016;3(2):14-27.
 5. Alrowayeh HN, Alshatti TA, Aljadi SH, Fares M, Alshamir MM, Alwazan SS. Prevalence, characteristics, and impacts of work-related musculoskeletal disorders: A survey among physical therapists in the state of Kuwait. *BMC Musculoskelet Disord*. 2010;11:116.
 6. Wijnhoven HA, de Vet HC, Picavet HS. Prevalence of musculoskeletal disorders is systematically higher in women than in men. *The Clinical Journal of Pain* 2006;22:717-74.
 7. TC. SB, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2015. Türkiye kas ve iskelet sistemi hastalıkları önleme ve kontrol programı (2015-2020) [Internet]. [Erişim Tarihi 12 Temmuz 2020]. Erişim adresi: <http://e-belge.saglik.gov.tr>.
 8. Atia DT, Abdelazeim FH, Radwan H. Impact of work-related musculoskeletal disorders on Egyptian pediatric physical therapists: one-year follow-up study. *Trends Appl Sci Res*. 2015;10:175.
 9. Campo M, Weiser S, Koenig KL, Nordin M. Work-related musculoskeletal disorders in physical therapists: A prospective cohort study with 1-year follow-up. *Phys Ther*. 2008;88:608-19.
 10. Vieira ER, Svoboda S, Belniak A, Brunt D, Rose-St Prix C, Roberts L, et al. Work-related musculoskeletal disorders among physical therapists: An online survey. *Disabil Rehabil*. 2016;38:552-7.
 11. Tariah HA, Nafai S, Alajmi M, Almutairi F, Alanazi B. Work-related musculoskeletal disorders in nurses working in the Kingdom of Saudi Arabia. *Work*. 2020;65(2):421-8.
 12. Pınar R. Work-related musculoskeletal disorders in Turkish hospital nurses. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2010;30:1869-75.
 13. Cürçani M, Tan M. Diyaliz üniteleri ve nefroloji servislerinde çalışan hemşirelerin karşılaştıkları mesleki riskler ve sağlık sorunları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2009;8:339-44.
 14. Gül A, Üstündağ H, Kahraman B, Purisa S. Hemşirelerde kas-iskelet ağrılarının değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2014;1:1-10.
 15. Şirzai H, Doğu B, Erdem P, Yılmaz F, Kuran B. Hastane çalışanlarında işe bağlı kas-iskelet sistemi hastalıkları: Üst ekstremité problemleri. *Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni* 2015;49(2):135-41.
 16. Dawson AP, Steele EJ, Hodges PW, Stewart S. Development and Test-Retest Reliability of an Extended Version of the Nordic Musculoskeletal Questionnaire (NMQ-E): A Screening Instrument for Musculoskeletal Pain. *The Journal of Pain*. 2009;10(5):517-26.
 17. Kahraman T, Genç A, Göz E. The Nordic Musculoskeletal Questionnaire: Crosscultural adaptation into Turkish assessing its psychometric properties. *Disability and Rehabilitation*. 2016;38(21):2153-60.
 18. Grabovac I, Ernst Dorner T. Association between lowback pain and various everyday performances. Activities of daily living, ability to work and sexual function. *Wien Klin Wochenschr*. 2019;131:541-9.
 19. Arslan Özdemir E, Örsal Ö. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin maruz kaldıkları fiziksel zorlanmaların analizi. *HUHEMFAD*. 2019;6(3):159-70.
 20. D'Agostin F, Negro C. Symptoms and musculoskeletal diseases in hospital nurses and in a group of university employees: A cross-sectional study. *Int J Occup Saf Ergon*. 2017;23(2):274-84.
 21. Abedini R, Choobineh A, Hasanzadeh J. Musculoskeletal load assessment in hospital nurses with patient transfer activity. *International Journal of Occupational Hygiene*. 2013;5(2):39-45.
 22. Sezgin D, Esin MN. Predisposing factors for musculoskeletal symptoms in intensive care unit nurses. *Int Nurs Rev*. 2015;62(1):92-101.
 23. Tat Çatal A, Cebeci F. Lomber disk hernisinde ağrı, anksiyete, depresyon döngüsü ve hemşirenin rolü. *HUHEMFAD*. 2020;7(1):73-7.
 24. Büker N, Aslan E, Altuğ F, Cavlak U. Hekimlerde Kas-İskelet Sistemi Problemlerinin Analizi. *Dumlupınar Üniv. Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2016;10:163-70.
 25. Duray M, Yağcı N. Pamukkale Üniversitesi Hastaneleri'nde çalışan yardımcı sağlık personelinde kas-iskelet ağrısına etkiyen faktörlerin belirlenmesi. *Pam Tıp Derg*. 2017;(2):144-51.
 26. van Wilgen CP, van Ittersum MW, Kaptein AA. Do illness perceptions of people with chronic low back pain differ from people without chronic low back pain? *Physiotherapy*. 2013 Mar;99(1):27-32.
 27. Ramond A, Boutona C, Richardb I, Roquelaureb Y, Baufretone C, Legrandf E, Huez JF. Psychosocial risk factors for chronic low back pain in primary care—a systematic review. *Family Practice*. 2011;28:12-21.
 28. Yılmaz E, Özkan S. Hastanede Çalışan Hemşirelerde Bel Ağrısı Prevalansının Saptanması. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*. 2008;54:8-12.
 29. Durmaz E, Nazlıcan E, Akbaba M. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Sekreterlerin Üst Ekstremité Kas İskelet Sistemi Yakınmalarının İncelenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2018;8(2):432-41.
 30. Erdoğan EG, Örsal Ö. Türk hemşirelerinde kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları: Sistematik derleme. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*. 2019;11(3):262-72.
 31. Erbay Dünder P, Özmen Ö, İlgün M, Çakmakçı A, Alkış Ş. Low back pain and related factors in nurses in a university hospital. *Turkish Journal of Public Health*. 2010;8(2):95-104.
 32. Smith DR, Wei N, Kang L, Wang RS. Musculoskeletal disorders among professional nurses in mainland China. *Journal of Professional Nursing*. 2004;20:390-5.

33. Harcombe H, McBride D, Derrett S, Gray A. Prevalence and impact of musculoskeletal disorders in New Zealand nurses, postal workers and office workers. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 2009;33:437-41.
34. Sembajwe G, Tveito TH, Hopcia K, Kenwood C, O'Day ET, Stoddard AM. et al. Psychosocial stress and multi-site musculoskeletal pain. *Workplace Health & Safety*. 2013;61:117-25.
35. Davis KG, Kotowski SE. Prevalence of musculoskeletal disorders for nurses in hospitals, Long-Term Care Facilities, and Home Health Care: A Comprehensive Review. *Hum Factors*. 2015;57(5):754-92.
36. Souza AC, Alexandre NMC. Musculoskeletal symptoms, work ability, and disability among nursing personnel. *Workplace Health & Safety*, 2012;60(8):353-60.
37. Alexopoulos EC, Stathi IC, Charizani F. Prevalence of musculoskeletal disorders in dentists. *BMC musculoskeletal disorders*. 2004;5:16.
38. AlQahtani SM, Alzahrani MM, Harvey EJ. Prevalence of musculoskeletal disorders among orthopedic trauma surgeons: an OTA survey. *Can J Surg*. 2016;59:42-7.
39. Trinkoff AM, Lipscomb JA, Geiger-Brown J, Brady B. Musculoskeletal problems of the neck, shoulder, and back and functional consequences in nurses. *Am J Ind Med*. 2002;41:170-8.
40. Kee D, Seo SR. Musculoskeletal disorders among nursing personnel in Korea. *Int J Ind Ergon*. 2007;37:207-12.

Derleme makale
Review article**Türkiye’de Seyahat Sağlığı Hizmetleri ve COVID-19
Pandemisi Sürecinde Seyahat Sağlığı Uygulamaları****Ayşe DOST¹, Şura KAYA², Ayşenur SUSOY³, Filiz TOSÇU⁴****Öz**

Ulaşım araçlarının gelişmesi ile şehirler ve ülkelerarası seyahatteki artışı görmek mümkündür. Seyahat edilecek bölgenin beslenme koşulları, gıda ve su hijyeni ve sık rastlanılan hastalıklar bireylerin sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu durum seyahat sağlığı kavramını ortaya çıkarmıştır. Son yıllarda seyahatlerdeki artışla ülkeler arasında çeşitli bulaşıcı hastalıkların yayılımı söz konusu olmaktadır. 31 Aralık 2019 tarihinde Çin’de başlayarak kısa sürede küresel salgın haline gelen COVID-19 bu duruma örnektir. Halk sağlığının korunması amacıyla koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanması seyahat sağlığı hizmetleri için büyük önem taşımaktadır. Bu uygulamalar tüm dünyada seyahat sağlığı hizmetlerinde büyük roller alan ve yeni bir hemşirelik alanı olarak kabul edilen seyahat sağlığı hemşireliği sayesinde sunulmaktadır. Ülkemizde bulunan seyahat sağlığı merkezlerinde hemşireler tarafından bağışıklama hizmetleri ve seyahatle ilgili eğitim ve danışmanlık hizmeti verilerek bulaşıcı hastalıkların yayılmasının önüne geçilmek istenmektedir. Bu derlemede, dünyada yaygınlaşan seyahat sağlığı hemşireliği kavramı açıklanarak ülkemizde COVID-19 pandemisi sürecinde uygulanan seyahat sağlığı hizmetleri ve hemşirelik uygulamalarına ilişkin bilgi verilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: COVID-19, hemşirelik, pandemik, seyahat sağlığı hemşireliği, seyahat tıbbı

ABSTRACT**Travel Health Services in Turkey and Travel Health Practices in COVID-19 Pandemic**

With the development of transportation, it is possible to see the increase in travel between cities and countries. Nutritional conditions, food or water hygiene, and common diseases of the region to be traveled can adversely affect the individuals' health. This situation has revealed the concept of travel health. With the increase of travel in recent years, the spread of various infectious diseases has emerged between countries. COVID-19, which started in China on December 31, 2019, and became a global epidemic in a short time, is an example of this situation. The implementation of preventive health services to protect public health is of great importance for travel health services. These practices are offered thanks to travel health nursing, which plays a significant role in travel health services worldwide. It is aimed to prevent the spread of infectious diseases by providing immunization and travel-related consultancy services by nurses in travel health centers in Turkey. This review aims to explain the concept of travel health nursing, which has become widespread in the world, and to provide information about travel health services and nursing practices during the COVID-19 pandemic in Turkey.

Keywords: COVID-19, nursing, pandemic, travel medicine, travel nursing

¹Dr. Öğr. Üye., İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye, , E-posta: adost@medipol.edu.tr, Tel: 0507 650 62 38, ORCID-ID: 0000-0002-4651-7254

²Arş. Gör., İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye, E-posta: surakaya@medipol.edu.tr, Tel: 0534 552 82 12, ORCID-ID: 0000-0002-8195-8549

³Hemşire, Medipol Mega Üniversite Hastanesi, İstanbul, Türkiye, E-posta: aysenursusoy@gmail.com, Tel: 0535 024 18 26, ORCID-ID: 0000-0001-9518-1163

⁴Hemşire, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, İstanbul, Türkiye, E-posta: filiztoscu@hotmail.com, Tel: 0533 462 27 22, ORCID-ID: 0000-0002-1282-9954

Geliş Tarihi: 07 Haziran 2020, Kabul Tarihi: 30 Mart 2021

Atıf/Citation: Dost A, Kaya Ş, Susoy A, Tosçu F. Türkiye’de Seyahat Sağlığı Hizmetleri ve COVID-19 Pandemisi Sürecinde Seyahat Sağlığı Uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2021;8(2):239-244. DOI: 10.31125/hunhemshire.968948

GİRİŞ

Ulaşım araçlarının gelişimi ve insanların ekonomik şartlarının yükselmesi ile şehirler ve ülkeler arası seyahatler artmaktadır. Bu seyahatlerin bir kısmı yeni yerler keşfetme isteği ile yapılmaktayken bir kısmı da mesleki zorunluluk nedeniyle yapılmaktadır. Böylelikle uluslar ve kültürler arası etkileşimler de artmaktadır¹. İnsanlar turizm, iş dünyası, yurt dışında eğitim, araştırma, arkadaş ve akraba ziyaretleri, eko turizm, medikal turizm, misyon çalışmaları ve uluslararası afet müdahalesi gibi birçok nedenden ötürü seyahat etmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, her yıl 900 milyondan fazla uluslararası seyahat gerçekleştirilmektedir. Bu ölçekte küresel seyahat, pek çok kişiyi birtakım sağlık risklerine maruz bırakmaktadır². Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, 2017 yılında dünya çapında 1.33 milyar uluslararası turist girişi olmuş, bu sayı 2015 yılına göre %88 oranında artmıştır. Uluslararası girişler Ocak-Nisan 2018'de 2017 yılının aynı dönemine göre %6 artmıştır³. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 2019 yılında Türkiye'den yurt dışına çıkan kişi sayısı 9.9 milyondur. Yine aynı veriler incelendiğinde 3.108.741 kişinin en çok Batı Asya Ülkeleri'ne ve 103.970 kişinin de bulaşıcı hastalıklara en sık rastlanılan Afrika bölgesine gittiği görülmektedir⁴.

Uluslararası seyahatlerin artmasıyla birlikte, gidilen ülkelerdeki bulaşıcı hastalıklar, hijyenik olmayan koşullar, temiz su kaynağına ulaşımın zorluğu, sulara yeterli sanitasyonun sağlanamaması, gıdalardaki hijyen eksikliği ve vektörlere maruziyette artış gibi nedenlere bağlı olarak hastalıklar yayılmaktadır. Seyahat eden turistlerin yeterli düzeyde bağışıklanmamış olması ve/veya hastalık taşıması; seyahatten kaynaklanan enfeksiyon oluşumu; turistik bölgelerde çalışanların ve turistlerin yeterli bilgi düzeyine sahip olmaması seyahat sağlığı konusundaki ihtiyacın temel sebeplerindendir⁵.

Yurt dışına seyahat edecek yolcuların gittikleri bölgede kendi ülkelerinde görülmeyen hastalıklarla karşılaşma ihtimali çok yüksek olduğu için bulaşıcı hastalıklar açısından risk altındadırlar. Seyahat yapacak olan vatandaşların gidecekleri ülkenin ya da bölgenin tarihi, kültürel ve coğrafi özelliklerinin yanında, bölgenin sık rastlanılan hastalıkları ve sağlık koşullarını da araştırması gerekmektedir. Türkiye'de yapılan çalışmalara göre yurt dışına seyahat eden kişilerin bilgi, tutum ve davranışları istenilen seviyelerde değildir. 2018 yılında, toplumun seyahat tıbbi ve aşılama hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını öğrenmek amacıyla yapılan araştırmada bireylerin bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu görülmüştür. Bu çalışmada katılımcıların sadece %35.3'ü seyahat öncesi sağlık hizmeti aldıklarını belirtmişlerdir⁶.

Amaç

Bu derlemede, dünyada yaygınlaşan seyahat sağlığı hemşireliği kavramı açıklanarak ülkemizde COVID-19 pandemisi sürecinde uygulanan seyahat sağlığı hizmetleri ve hemşirelik uygulamalarına ilişkin bilgi verilmesi amaçlanmıştır.

Seyahat Sağlığı

Seyahat tıbbi, kişisel güvenlik, bulaşıcı hastalık ve çevresel riskin önlenmesi amacıyla bağışıklama, epidemiyoloji,

tropikal tıp, halk sağlığı ve sağlık eğitiminin bilgi tabanlarından yararlanan multidisipliner bir uzmanlık alanıdır. Seyahat tıbbinin uygulama alanı olan seyahat sağlığı için koruyucu sağlık hizmetlerine odaklandığından dolayı, seyahat öncesi verilen eğitim ve danışmanlık hizmetleri önem arz etmektedir⁷. Dünyada seyahat sağlığı profesyonellerinin önemli bir kısmını hemşireler oluşturmaktadır. Örneğin, Birleşik Krallık'ta seyahat sağlığı uygulamaları ağırlıklı olarak hemşireler tarafından sunulmaktadır⁸. Amerika Birleşik Devletleri'nde seyahat sağlığı hemşireleri, profesyonel gelişim, kanıta dayalı uygulama ve savunuculuk görevleri için profesyonel bir organizasyon olan Amerikan Seyahat Sağlığı Hemşireleri Derneği (American Travel Health Nurses Association) çatısı altında toplanmaktadır. Seyahat sağlığı hemşireliği, geçmişte halk sağlığı hemşireliğinin alt uzmanlık alanı olan iş sağlığı hemşireliği içerisinde yer almıştır⁹. Fakat günümüzde, 25.000'den fazla hemşirenin hizmet verdiği bu alan, 4 Mart 2020 tarihinde Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association) tarafından hemşirelikte yeni bir uzmanlık alanı olarak kabul edilmiştir¹⁰.

Seyahat sağlığı hemşireliği, seyahat edenlerin ve toplumların sağlığını ve güvenliğini temin eden kanıta dayalı uygulamalar sağlamak için hemşirelik, farmakoloji, epidemiyoloji, tropikal tıp, birinci basamak sağlık bakımı ve davranış psikolojisinden bilgi alan oldukça karmaşık bir hemşirelik uzmanlığıdır¹¹. Seyahat sağlığı hemşireliği; sağlık ve esenliği geliştirme, hastalığı, sakatlığı ve erken ölümü önleme amacıyla, sağlığın çoklu belirleyicilerinin sürekli izlemi ve değerlendirilmesi yoluyla seyahat edenlerin sağlığı ve güvenliğine odaklanmaktadır. Bunun için, seyahat öncesi ve sonrası bakım olarak ele alınan kapsamlı bireysel ve seyahat risk değerlendirmesi, riskli gruplar için hastalık yönetimi, seyahat önerilerini de içeren bireysel danışmanlık, seyahat yan etkilerini azaltmaya yönelik sağlığı koruma ve geliştirme faaliyetleri ile bağışıklama ve ilaç hizmetlerini yüz yüze, tele sağlık ve diğer online iletişim sistemlerini kullanarak sağlamaktadır¹². Tüm dünyada seyahat sağlığı hemşiresi olarak görev alan lisans ve lisansüstü seviyeye sahip hemşirelerin, temel derslerin yanı sıra uzmanlığa özgü kurslar alması gerekmektedir. Hemşireler, Birleşik Krallık, Hollanda ve Amerika gibi ülkelerde hazırlanan çekirdek eğitim programlarına uygun olarak lisans ve lisansüstü düzeyde verilen dersler, kurslar, koçluk programları ve kendi kendine öğrenme yoluyla, bilgi ve beceri kazanmaktadır¹¹. Dünyada seyahat sağlığı hemşireliği incelendiğinde bu alandaki hemşireler özel veya devlete bağlı olarak, seyahat öncesi ve sonrası değerlendirme, seyahat ile ilgili eğitim ve danışmanlık, bağışıklama, ilaç ve tedavi hizmetlerini sağlayan seyahat sağlığı merkez veya kliniklerinde görev almaktadırlar¹³.

Ülkemizde seyahat sağlığı hemşireliği bir uzmanlık alanı olarak tanımlanmamış olup dünya örneklerine benzer bir yapılanma söz konusu değildir. Seyahat sağlığı hemşireliğine yönelik hemşirelerin rolleri, görevleri ve istihdam özellikleri ile ilgili ulusal literatürler yok denecek kadar azdır. Seyahat sağlığı hemşireliği, ülkemizde hemşirelik lisans, yüksek lisans ve doktora derslerinde kültürlerarası hemşirelik konusu içerisinde kısmen ele alınmaktadır. Seyahat sağlığı

hizmetlerinde hemşirenin rolü, görevleri, eğitimle kazandırılması gereken mesleki yeterlilikler ile ilgili eğitim öğretim süreçlerinin yapılandırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu konuda söz sahibi hemşire otoritelerinin ve akademisyenlerin karar mekanizmalarında rol almasının sağlanması, eğitim süreci ve çalışma alanları ile ilgili düzenlemelerin Sağlık Bakanlığı, Yüksek Öğretim Kurumu ve ilişkili diğer kurumlarla işbirliği içerisinde geliştirilmesi, farklı kültürlerle karşılaşacak olan hemşire öğrencilerin kültürel duyarlılıklarının artırılması önerilmektedir¹⁴⁻¹⁶.

Seyahat sağlığı merkezlerinde görev yapan hemşirelere yönelik ise mevzuat hazırlanması gerekmektedir. Halk sağlığı hemşirelerinin hizmet alanlarından olan seyahat sağlığı hizmetleri yalnızca T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü (THSSGM) bünyesinde yer alan seyahat sağlığı merkezlerinde verilmektedir. Aynı zamanda bulaşıcı hastalıklar, bağışıklama ve salgın kontrolü hizmetleri İlçe Sağlık Müdürlükleri tarafından yönetilmektedir¹³.

Türkiye’de Seyahat Sağlığı Hizmetleri

Türkiye’de seyahat sağlığının geçmişi, bulaşıcı hastalıklara karşı örgütlü mücadelenin başladığı 1800’lü yıllara dayanmaktadır. II. Mahmut’un vermiş olduğu emir ile ilk defa bir meclis karantina için toplanmış ve bugünkü son halini alan THSSGM kurulmuştur. Günümüzde DSÖ, her ülkenin sağlık teşkilatlanmasında seyahat sağlığına dair bir birim kurulmasını önermektedir. Ülkemizde bu sorumluluk THSSGM’dedir. THSSGM’ye bağlı olan ülke genelindeki 56 merkezde, yurt dışına çıkacak kişilere seyahat sağlığı hizmeti verilmektedir¹⁷.

Ülkemizde seyahat sağlığı merkezlerinde verilen hizmetler ve hemşirelik uygulamaları şunlardır^{1,17-20}:

Telefonla Danışmanlık Hizmeti: Bu hizmet, seyahat öncesinde bireyin ve seyahat edilecek yerin sağlık durumuna yönelik verilen danışmanlıkları kapsamaktadır. Eğer aşı uygulaması söz konusu ise birey merkeze çağrılmaktadır.

Bireyselleştirilmiş Seyahat Sağlığı Hizmeti

Planlaması: Seyahat Sağlığı Formu aracılığıyla bireylerin kişisel bilgileri ve seyahati ile ilgili bilgileri alınarak, form kişilere imzalatılır. Seyahat yerinde bulunan bulaşıcı hastalıklardan korunma hizmeti, ülkeden ülkeye değişebileceği gibi bireyden bireye de kronik hastalık, immün yetmezlik, alerji öyküsü, gebelik vb. durumlara göre değişebilmektedir. Bu durumlardan herhangi biri mevcut olan bireye verilen eğitim ve uygulanan koruyucu hizmetler değişiklik göstermektedir. Örneğin, diyabeti olan bir bireyin seyahati sırasında beslenme düzeninin ayarlanması gereklidir. Bu planlamayı yapmak için diyabet hemşiresi ile iletişimde olunmalıdır.

Seyahat Öncesi Tıbbi Değerlendirme: Hastalar altta yatan hastalıkları açısından dikkatlice değerlendirilerek, özel durumlara sahip yolcuların seyahat planı ve önerileri kişiye özel yapılmaktadır. Enfeksiyon hastalıkları açısından riskler tanımlanıp aşı ve profilaksi önerileri yapılmaktadır. Turist ishali en sık görülen (%30-80), sıtma ise en ciddi seyirli olan enfeksiyondur. Hastalıkların inkübasyon süreleri, coğrafik

dağılımları ve bulaşma yolları, tanısız açıdan tek başına ve klinik bulgulardan daha fazla anahtar role sahiptir.

Bağışıklama Hizmetleri: İmmünizasyon şeması kalıp bir şema olarak değil her bireye özgü olarak hazırlanmaktadır. Hangi aşılardan yapılması gerektiğine kişiye ve yolculuğa göre karar verilmektedir. Yaş, aşılama geçmişi, hamilelik ve emzirme durumu, alerji öyküsü, sağlık durumu ve immün yetmezlik kişiye ait özelliklerdir. Yolculuğa ait özellikler ise yolculuk yapılan zaman, gidilen ülke, seyahatte yapılan aktiviteler, kalınan süre ve yerdur. Hemşireler hekimin aşı kartına yazdığı aşı doğrultusunda seyahat sağlığı merkezine başvuran kişilere aşı uygulamaktadır. Tetanos-Difteri (Td), Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak (KKK), polio gibi aşılardan rutin aşılamada bulunan bazı aşılarıdır. Bunların dışında yolculuk risk değerlendirmesinin temel alınmasıyla her yolcu için tavsiye edilen aşılardan da vardır. Sarıhumma ve Meningokok başta ve zorunlu olmak üzere; Kolera, Japon Ensefaliti, Hepatit A, Kene Kaynaklı Ensefalit, Tifo ve Kuduz aşıları bu tür aşılarıdır. Aşılamada uygulanması yapılırken hemşire, bireye aşının etkilerinden, yan etkilerinden, uygulanış yolundan bahsederek bireyi bilgilendirir. Aşı uygulamasına yönelik Aydınlatılmış Onam formlarının doldurulmasını ve imzalamasını sağlar.

Uluslararası Aşı ve Profilaksi Sertifikası: Aşılar yapıldıktan sonra bazı ülkelere giriş için zorunlu olarak gösterilmesi istendiği için düzenlenen bu sertifika İngilizce, Fransızca, Türkçe gibi dillerde hazırlanmaktadır. Ayrıca uluslararası aşı sertifikasının düzenleme yetkisi sadece seyahat sağlığı merkezine ait olduğu için “sarıhumma aşısı” da sadece bu merkezlerde yapılmaktadır.

İlaç Tedavisi: Aşılamada uygulanması gerçekleştirilemediği hastalıklardan da bulunmaktadır. Sıtma hastalığına yönelik bireylere kemoprofilaksi (Atovaquone-proguanil, Mefloquine ve Doksisisiklin) önerilir. Atovaquone-proguanil veya Mefloquine önerildiğinde, bu ilaçlar kişilere seyahatleri için gereken miktarda seyahat sağlığı merkezleri tarafından verilmektedir. Şayet Doksisisiklin önerilmişse eczaneden alabilmesi için reçete verilmektedir. Kemoprofilaktik ilaçların kullanılmasına, gidilecek bölgenin endemik bölge olup olmadığı, ilaç direnci mevcudiyeti, kişinin sağlık özellikleri dikkate alınarak hekim tarafından karar verilmektedir. Hekim tarafından bu ilaçların seyahat öncesi, seyahat sırasında ve seyahat sonrası kullanımı bireylere anlatılmaktadır.

Eğitim ve Danışmanlık Hizmetleri: Seyahat sağlığı merkezinde seyahat öncesinde bireylerin kendilerini korumaları ve geri dönecekleri ülkelerdeki halk sağlığının korunmasına yönelik önlemler hakkında eğitim ve danışmanlık verilmektedir. Seyahat sağlığı merkezine gelen kişileri ilk karşılayan hemşire olmaktadır. Hemşireler tarafından kişinin seyahati boyunca karşılaşabileceği durumlar, seyahat ettikleri yerlerde nelere dikkat etmeleri gerektiği, açık su yerine kapalı su kullanımı, pişmemiş veya az pişmiş et ve sebze yemeklerini tüketmemeleri, sineklerin çok olduğu yere gidiyorsa uzun kollu giysi haricinde tişörtün üstüne sinek kovucu sprey sıkması ve DSÖ’nün önerdiği aşılardan hakkında bilgi verilir. Eğitimin kalıcılığını artırmak için seyahat sağlığı ve seyahat yapılacak bölgeye göre

sarihumma, sıtma, Japon ensefaliti, Batı Nil ateşi, tifo, kolera gibi hastalıklarla ilgili el broşürleri de verilmektedir. Seyahat esnasında yanlarında bulunduracakları ilaçlar ve malzemeler konusunda bilgi verilir. Seyahate bağlı gelişebilecek araç tutması, zaman farkına bağlı biyolojik saatin bozulması, hareketsizlik ve dolaşım problemleri gibi konularda önerilerde bulunulur. Yurda dönüş sonrası ortaya çıkabilecek hastalıkların tanısı, tedavi ve takibi hakkında bilgi verilir.

Ülkemizde seyahat sağlığı alanında çalışan hemşireler koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında eğitici, uygulayıcı ve danışman rolleriyle sağlık hizmeti vermektedir. Yolcuların gerekli aşlarının tamamlanmasının yanında, daha güvenli bir seyahat sürdürebilmeleri için yukarıda anlatılan önlem ve önerilerle onlara rehber olmaktadır.

COVID-19 Pandemisinde Seyahat Sağlığı Hizmetleri

Yeni bir Coronavirus türü olan SARS-CoV-2, ilk olarak Çin'in Wuhan şehrinde 31 Aralık 2019'da solunum yolu belirtileri ile tespit edilip, araştırmalar sonucunda 13 Ocak 2020'de tanımlanan bir virüstür. Virüsün neden olduğu COVID-19 adı verilen hastalık, ülkeler ve kıtalar arasında hızla yayılmış ve 11 Mart 2020'de DSÖ tarafından küresel bir salgın (pandemi) olarak tanımlanmıştır²¹. COVID-19 pandemisinin başlangıç yerinin kilometrelerce uzakta olmasına rağmen hızla küreselleşmesinin nedeni, artan uluslararası ulaşım ve seyahatlerdir. COVID-19 gibi salgınlarda seyahatle yayılım kolaylığı nedeniyle daha önce vaka görülmemiş bir ülkede, bir hafta içinde yüzlerce vaka görülmeye başlanabilir²². Enfeksiyon etkeni olan SARS-CoV-2'nin bulaşma riski; virüse maruz kalınan şekil ve süreye, önleyici tedbirlerin alınıp alınmamasına ve bireysel faktörlere bağlıdır²³. Bu sebeple Çin hükümeti, 15 Şubat 2020'den itibaren seyahat kısıtlamalarına başlamıştır. Bu uygulama ile ilk üç buçuk haftada, vakaların ülke dışına yayılması günlük ortalama %81 oranında azalmıştır. Özellikle epideminin erken safhasında yapılan bu kısıtlamayla, Çin anakarasından vakaların ülke dışına çıkma oranı azaltılmıştır. Böylelikle COVID-19 salgınından henüz etkilenmemiş ülkelere vakaların ulaşması gecikerek, uygun bir halk sağlığı yanıtını koordine etmek için zaman kazanılmıştır²¹.

Birçok ülkede, vakaların yoğun olarak arttığı ülkelere (başta Çin olmak üzere) gelen yolcular için seyahat kısıtlaması ve semptom takibini içeren sınır ölçümleri uygulanmaya başlanmıştır. Sınır kontrol önlemlerine ek olarak, SARS-CoV-2'ye potansiyel olarak maruz kalabilecek kişileri belirlemek için temaslı takibi yapılmıştır²⁴. Kuluçka dönemi boyunca COVID-19 vakalarını tanımlamanın zorluğu nedeniyle, bazı ülkeler bireylerden virüse maruz kalmaları durumunda bildirim yapmalarını, semptomlar için kendi kendilerini izlemelerini ve semptomlar ortaya çıkarsa kendilerini karantinaya almalarını talep etmiştir^{25,26}. Yapılan çalışmalarda, pandemiyi önüne geçebilmek için, hareket ve temasın önlenmesinde seyahat kısıtlamalarının hızlı bir şekilde yapılması; ardından temaslı takibi ve kendi kendine karantina gibi önlemlerin önemi vurgulanmaktadır^{23,27}.

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Center for Disease Control and Prevention-CDC) tarafından, uluslararası seyahate çıkacak yolcu ve klinisyenler için, gidilecek yere özel hastalık ve yaralanmalara karşı aşı, tedavi, sağlık

önerileri ve sağlık risklerini kapsayan uluslararası seyahat sağlığı bilgileri sağlanmaktadır. Seyahat Sağlığı Bildirimleri (Travel Health Notices) adı verilen bu sistem, ülkelerdeki sağlığı tehdit eden durumların boyutuna göre 3. Uyarı Seviyesi (kırmızı), 2. Uyarı Seviyesi (sarı) ve 1. Uyarı Seviyesi (yeşil) olmak üzere 3 seviyeden oluşmaktadır²². Başlangıçta 3. Uyarı Seviyesi (kırmızı)'nde yer alan COVID-19 pandemisi için 21 Kasım 2020'den itibaren 4 seviyeli ayrı bir uyarı sistemi kullanılmıştır (Tablo 1)²⁸.

Tablo 1. COVID-19 Seyahat Sağlığı Bildirim Seviyesi²³

	İnsidans Oranı* (100.000 nüfus başına son 28 gündeki vakalar)	Vaka Sayısı** (son 28 günde)	Alınması Gereken Önlemler
4. SEVİYE ÇOK YÜKSEK	100'den fazla	100'den fazla	Her türlü seyahatten kaçınılmalıdır.
3. SEVİYE YÜKSEK	100-51	100-51	Gereksiz tüm seyahatlerden kaçınılmalıdır.
2. SEVİYE ORTA	50-5	50-10	COVID-19 kaynaklı ciddi hastalık riski yüksek olan yolcular, gerekli olmayan tüm seyahatlerden kaçınılmalıdır.
1. SEVİYE DÜŞÜK	5'ten az	10'dan az	Tüm yolcular maske takmalı, seyahat grubundan olmayan kişilerden en az 2 metre uzakta durmalı, kalabalıktan kaçınılmalı, ellerini sık sık yıkamalı veya el dezenfektanı kullanılmalı ve semptomlara karşı dikkat etmelidir.

* Nüfusu 200.000'in üzerinde olan varış yerleri için birincil kriterler

** Nüfusu 200.000 veya daha az olan varış yerleri için birincil kriterler

Ülkemizde COVID-19 pandemisine yönelik THSSGM ve İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde çalışan hekim ve seyahat sağlığı merkezlerinde çalışan hemşireler tarafından verilen başlıca seyahat sağlığı hizmetleri şunlardır^{17,21}:

- Tüm sınır kapılarında (kara kapıları, havalimanları, deniz limanlarında) COVID-19 riski açısından durum değerlendirmesi yapılmıştır.
- Sağlık Bakanlığı tarafından COVID-19 pandemisi ile mücadele kapsamında, hastalığın yayılım hızına göre sürekli güncellenen takip algoritmasına uyularak hizmet sağlanmıştır.
- 27 Mart 2020'den sonra uluslararası uçuşlar tamamen durdurulmuş olup; ülkemiz içerisinde de kısıtlı uçuş programı uygulanmıştır.
- Uçakla gelen tüm yolcularda semptom gelişmesi halinde ülkemizdeki sağlık hizmetlerinden nasıl yararlanacakları konusunda bilgilendirilmiştir.
- Uçuşlar sırasında ateş ve/veya solunum bulguları (öksürük/nefes darlığı) gelişen yolcu varlığı durumunda, süreç yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan COVID-19 Rehberi'ndeki uçakta temaslı yaklaşımına göre yapılmıştır.
- Tüm sınır kapılarında gelen yolcu girişinin mümkün olan en erken noktalarında termal kamera ve en az 2 sağlık personeli ile vücut sıcaklığı ölçümü yapılmıştır.

- Pasaport kontrolünde, sınırların kapatıldığı ülkelere son 14 gün içinde giriş yapmış yolcular tespit edilerek sınır bölgesindeki sağlık merkezine yönlendirilmiştir. Bu kişiler, “Olası Riskli Vaka” durumunda değerlendirilerek muayeneden geçirilmiştir. Semptom varlığında 112 ile irtibata geçirilerek hastaneye yönlendirilmiştir. Semptom yokluğunda ise 14 gün kuralı ve semptom takibi ile ilgili bilgilendirildikten sonra kendini karantinaya almayı taahhüt eden onam formu imzalatılıp bireyin maske takması sağlanarak gönderilmiştir.
- Sınır kontrolünde temaslı olduğu tespit edilen ya da semptom şüphesi tespit edilen kişiler için de yukarıda belirtilen algoritma uygulanmıştır. Bu kişiler kişisel karantina ve semptom takibi için İl Sağlık Müdürlüğü’ne yönlendirilmiştir. Bireyin kayıtlı olduğu aile sağlığı elemanı tarafından tele sağlık üzerinden takibi sağlanmıştır
- Türkiye, farklı dillere sahip kültürlerin kesiştiği coğrafi yapısı ve nüfus çeşitliliğiyle farklı milletten insanların uğradığı kozmopolit bir yapıya sahiptir. Bu sebeple kara, hava, deniz kapılarındaki tüm seyahat sağlığı merkezlerinde, pasaport giriş noktalarında, bekleme alanlarında, yolcuların taşıtlardan indiği noktalarda ve kişilere ulaşılabilecek her noktada dağıtılmak üzere 6 dilde (Türkçe, İngilizce, Arapça, Farsça, Rusça, Gürcüce) COVID-19’a yönelik semptom, tedavi, karantina tedbirlerini içeren bilgilendirme broşürleri hazırlanmıştır.
- Kamuoyu bilgilendirmesi için DSÖ tarafından yayınlanan COVID-19 durum raporları, ülkemizde seyahat sağlığını ilgilendiren bilgiler ve hazırlanan broşürler web sitesinde günlük olarak paylaşılmaktadır.

COVID-19 ile mücadelede ön cephede yer alan hemşireler, salgının sonlandırılmasına yönelik acil durumlara müdahale etme kapasitelerini kullanarak, kamu eğitiminin sağlanması ve yanlış bilginin yayılımının azaltılmasında kilit rol oynamaktadır. Bu nedenle COVID-19 pandemisi, hemşirelerin danışmanlık ve eğitici rollerini en üst düzeyde kullandıkları bir dönemdir²⁹⁻³¹.

Seyahat sağlığı hemşireleri salgınları önleme, afetlere ve insani krizlere müdahale etme süreçlerinde önemli rol oynarlar³². Seyahat sağlığı hemşirelerinin salgınların önlenmesine yönelik olarak yaptığı uygulamalar şunlardır³³:

- Kapsamlı bireysel risk değerlendirmesi yapar.
- Seyahatle ilgili yaygın hastalıklara ilişkin yolculara eğitim verir.
- İshal, hepatit A, hepatit B, tifo, sıtma ve diğer seyahatle ilgili bulaşıcı hastalık risklerini göz önünde bulundurarak, aşılarla ve kemoprofilaksi hakkında yolculara danışmanlık sağlar.
- Salgınlar, afetler ve insani krizlerin yönetimi ile ilgili eğitim/kurs/çalıştaylara katılır.
- Yerel, ulusal veya uluslararası düzenlenen toplantılara yıllık olarak seyahat sağlığı bilgilerini güncellemek için katılır.
- Salgınlar, aşılar ve diğer seyahat sağlığı bilgilerini sürekli takip eder, kendi kendine öğrenme yoluyla bilgilerini günceller.

- Güncel ulusal ve uluslararası öneriler için resmi web sitelerini düzenli olarak takip eder.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Seyahat sağlığı hizmetleri korumanın tedaviden üstün olduğu halk sağlığı alanında oldukça önemlidir. Ülkemizde seyahat sağlığı ile ilgili toplumun bilgi, tutum ve davranışlarının yetersiz olduğu belirtilmektedir. Kamu bilgilendirme çalışmaları yapılarak halkın seyahat sağlığı ile ilgili sağlık okuryazarlığının artırılması gerekmektedir. 2020 yılında tüm dünya ülkeleri COVID-19 salgınına karşı zorlu bir sınav vermektedir. COVID-19 için hâlihazırda mevcut olan bir seyahat sağlığı altyapısı ile kanıta dayalı bilgilerin daha geniş bir kitleye ulaşması sağlanabilir. Bu zorlu süreçten doğan ihtiyaçlarla, ülkemizde halk sağlığı hemşireliği hizmetlerinin seyahat sağlık hizmetleriyle daha yakın entegrasyonunu düşünmeye ihtiyaç vardır. Ülkemizin, seyahat sağlığı hemşireliğine yönelik yasal düzenlemelere ve seyahat sağlığı alanında uzmanlaşan hemşirelere her zamankinden daha çok ihtiyacı vardır. Hemşirelerin toplum sağlığını koruyabilmek ve bireylerin daha güvenli bir yolculuk sürdürebilmelerinde iyi bir danışman olabilmek için seyahat sağlığı alanında uzmanlaşması önerilmektedir.

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yoktur.

Yazar katkıları:

Çalışma dizaynı : AD, ŞK, AS

Makale yazımı: AD, ŞK, AS, FT

Conflict of Interest: Not reported.

Funding: None.

Author contributions:

Study design: AD, SK, AS

Drafting manuscript: AD, SK, AS, FT

KAYNAKLAR

1. Egici MT, Aydoğan FK, Ayazoğlu C, Öztürk GZ. Seyahat sağlığı hizmetlerine güncel yaklaşım. *Euras J Fam Med*. 2019;8(3):91-8.
2. World Health Organization. International Travel and Health [Internet]. 2010 [Erişim Tarihi 17 Nisan 2020]. Erişim adresi: https://www.who.int/ith/precautions/travel_relate_d/en/
3. Kozarsky PE, Henry R. Introduction to Travel Health & the CDC Yellow Book [Internet]. 2020 [Erişim Tarihi 12 Mayıs 2020]. Erişim adresi: <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2020/updates>
4. Türkiye İstatistik Kurumu. Gidilen ülkelere göre yurt dışına giden vatandaşlar 2003-2019 [Internet]. 2020 [Erişim Tarihi 16 Nisan 2020]. Erişim adresi: http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istaba_id=1611
5. Kiraz DE, Deniz PÖ. Sağlıklı turizm hareketi. *J Biotechnol and Strategic Health Res*. 2018;2(1):1-8.
6. Aksüt A, Öngel K, Soysal N, Balcı UG. Kişilerin “seyahat tıbbı” konusundaki bilgi, tutum ve düşünceleri. *Bozok Tıp Derg*. 2018;8(4):87-94.
7. Aw B, Boraston S, Botten D, Cherniwchan D, Fazal H, Kelton T. et al. Travel medicine What’s involved?

- When to refer? Can Fam Physician. 2014;60(12):1091–103.
8. Royal College of Nursing. Travel health [Internet]. 2020 [Erişim Tarihi 11 Haziran 2020]. Erişim adresi: <https://www.rcn.org.uk/clinical-topics/public-health/travel-health>
 9. Rosselot G. Travel health nursing: expanding horizons for occupational health nurses. AAOHN J. 2004;52(1):28-43.
 10. American Nursing Association. American Nurses Association Recognizes Travel Health Nursing as New Specialty Nursing Practice [Internet]. 2020 [Erişim Tarihi 10 Haziran 2020]. Erişim adresi: <https://www.nursingworld.org/news/news-releases/2020/american-nurses-association-recognizes-travel-health-nursing-as-a-new-specialty-nursing-practice/>
 11. American Travel Health Nurses Association. Travel health nursing: scope and standards of practice [Internet]. 2019 [Erişim Tarihi 10 Haziran 2020]. Erişim adresi: https://www.athna.org/documents/Travel%20Health%202019_S&S_comments.pdf
 12. Simons H, Wong CS, Stillwell, A. Travel health 1: travel risk assessment and risk management. Nursing Times. 2012;108:14-6.
 13. Nahcivan N. Türkiye’de sağlık bakım sistemi. Nahcivan N, editör. Hemşirelik Bakımı VI [Internet]. 2017 [Erişim Tarihi 9 Haziran 2020]. Erişim adresi: http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/hemsirelik_a_o/hemsirelikbakimi6.pdf
 14. Hemşirelikte Ulusal Çekirdek Eğitim Programı [Internet]. 2014 [Erişim Tarihi 27 Şubat 2021]. Erişim adresi: <http://www.hemed.org.tr/images/dosya-yukle/HUCEP-2014-PDF.pdf>.
 15. Çevirme A, Kaynak Ö, Uğurlu N. Türkiye’de medikal turizm hemşireliği ve eğitsel yapısı: Swot Analizi. Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık Ve Tıp Bilimleri Dergisi. 2014; 13(4): 44-58.
 16. Kadioglu H, Albayrak S, Ergun A, et al. Achieving consensus on the undergraduate curriculum of public health nursing in Turkey. Public Health Nurs. 2019;36:238–44. <https://doi.org/10.1111/phn.12576>
 17. Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü. Seyahat Sağlığı Hizmetleri [Internet]. 2020 [Erişim Tarihi 15 Mayıs 2020]. Erişim adresi: <https://www.seyahatsagligi.gov.tr/>
 18. Şentürk S, Bıçak D, Akça D. Diyabet ve seyahat. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2018;27(4):426-39.
 19. Okay G, Özcan T, Güler SB, Ayazoğlu C. Seyahatte sağlık riskleri ve önlemler. Okay G, editör. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü Seyahat sağlığı el kitabı. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2016.
 20. Gülen TA. Seyahat Öncesi Tıbbi Değerlendirme. Türkiye Klinikleri J Inf Dis-Special Topics. 2017;10(3):274-82.
 21. T.C. Sağlık Bakanlığı. Yolcular ve Uçuş Görevlilerine Yönelik Takip Algoritması [Internet]. 2020 [Erişim Tarihi 31 Mayıs 2020]. Erişim adresi: <https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/depo/algoritmalar/Ek-1.pdf>
 22. Iken O, Abakporo U, Ayobami O, Attoye T. COVID-19: Travel health and the Implications for sub-Saharan Africa. Travel Med Infect Dis. 2020;35:101645.
 23. İşsever H, İşsever T, Öztan G. COVID-19 Epidemiyolojisi. Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi. 2020;3(1):1-13.
 24. Wells CR, Sah P, Moghadas SM, Pandey A, Shoukat A, Wang Y. et al. Impact of international travel and border control measures on the global spread of the novel 2019 coronavirus outbreak. PNAS. 2020;117(13):7504-9.
 25. Centers for Disease Control and Prevention. Global COVID-19 Pandemic Notice Warning [Internet]. 2020 [Erişim Tarihi 30 Mayıs 2020]. Erişim adresi: <https://wwwnc.cdc.gov/travel/notices/warning/coronavirus-global>
 26. Government of Canada. Coronavirus Disease (COVID-19): Travel Restrictions, Exemptions and Advice [Internet]. 2020 [Erişim Tarihi 30 Mayıs 2020]. Erişim adresi: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/latest-travel-health-advice.html>
 27. Tigerstrom B, Wilson K. COVID-19 travel restrictions and the International Health Regulations (2005). BMJ Global Health. 2020;5:e002629.
 28. Centers for Disease Control and Prevention. How CDC Determines the Level for COVID-19 Travel Health Notices [Internet]. 2020 [Erişim Tarihi 21 Şubat 2020]. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/travelers/how-level-is-determined.html>
 29. Choi KR, Skrine Jeffers K, Logsdon MC. Nursing and the novel coronavirus: risks and responsibilities in a global outbreak. J Adv Nurs. 2020;76(7):1486-1487.
 30. World Health Organization (WHO). State of the World’s Nursing Report. Geneva: WHO; 2020. 144. ISBN: 978-92-4-000327-9.
 31. Edmonds JK, Kneipp SM, and Campbell L. A call to action for public health nurses during the COVID-19 pandemic. Public Health Nurs. 2020;37(3):323-4.
 32. Macario E, Benton LD, Yuen J, Torres M, Reynolds VM, Holsclaw P. et al. Preparing PHNs for pandemic influenza through distance learning. Public Health Nurs. 2007;24(1):66-72.
 33. Royal College of Nursing. Competencies: travel health nursing: career and competence development [Internet]. 2018 [Erişim Tarihi 10 Haziran 2020]. Erişim adresi: <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pdf-006506>

Derleme makale Review article

Kültürel Marjinallik Teorisi ve Hemşirelikte Kullanımı



Emel GÜVEN¹

Öz

Ulaşım ve iletişim teknolojisinin gelişmesiyle birlikte kültürel çeşitlilikte bir artış meydana gelmektedir. Ortaya çıkan kültürel farklılıklar, hemşirelerin farklı kültürel geçmişleri olan hastalara verdiği bakımın kalitesini etkilemektedir. Heeseung Choi, Kültürel Marjinallik Teorisini, farklı kültürlere sahip bireylerin eşsiz deneyimlerinin daha iyi anlaşılmasını sağlamak ve kültüre özgü bakımı sağlamaya rehberlik etmek amacıyla geliştirmiştir. Teorinin gelişiminde Choi'nin göçmenlerle yaptığı kalitatif çalışmaların yanı sıra Kültürleşme, Kültürel Stres ve Marjinallik Teorilerinin de katkısı olmuştur. Kültürlerarası çatışmayı tanıma, marjinal yaşam ve kültürel gerilimi hafifletme teorisinin üç temel kavramlarını oluştururken, teorisinin bir boyutu bağlamsal/kişisel etkilerdir. Kültürlerarası çatışmanın tanınmasıyla marjinal yaşam başlamaktadır. İnsanlar marjinal yaşam ile karşılaştıkça, uyum yanıt modelleri/kalıpları aracılığıyla kültürel gerginliği hafifletmeye çalışmaktadır. Teorinin kavramları arasındaki ilişkinin anlaşılması, göçmenlere yönelik verilecek kültüre özgü bakımı sağlamada hemşirelere bir çerçeve oluşturmaktadır. Teorisinin diğer kullanım alanları arasında sağlıklı geliştirme programları, kültüre özgü yeme bozuklarının değerlendirilmesi, sağlık eşitsizlikleri ve kültürel olarak terapötik hemşire-hasta etkileşimi yer almaktadır. Bu makalede amaç, Kültürel Marjinallik Teorisinin gelişimini, kavramlarını, kavramların birbiri ile olan ilişkilerini ve teorisinin hemşirelikte kullanımını açıklamaktır.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, kültür, marjinallik, teori

ABSTRACT

Cultural Marginality Theory and Its Use in Nursing

With the development of transportation and communication technology, an increase in cultural diversity occurs. The resulting cultural differences affect the quality of care nurses provide to patients with different cultural backgrounds. Heeseung Choi developed the Cultural Marginality Theory to provide a better understanding of the unique experiences of individuals with different cultures and to guide culture-specific care. In the development of the theory, besides the qualitative studies of Choi with immigrants, Culturalization, Cultural Stress, and Marginality Theories have also contributed. While recognizing intercultural conflict, marginal life, and alleviating cultural tension constitute the three basic concepts of the theory, one dimension of the theory is contextual/personal effects. With the recognition of intercultural conflict, marginal life begins. As people encounter marginal life, they try to alleviate cultural tension through adaptation response patterns. Understanding the relationship between the concepts of theory will provide a framework for nurses in providing culture-specific care for migrants. Other uses of the theory include health promotion programs, assessment of culture-specific eating disorders, health inequalities, and cultural therapeutic nurse-patient interaction. The aim of this article is to explain the development of the theory, its concepts, the interrelationships of the concepts, and the use of the theory in nursing.

Keywords: Culture, marginality, nursing, theory

¹Arş. Gör., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Samsun, Türkiye, E-posta: emel.guven@omu.edu.tr, Tel: 05414607732, ORCID: 0000-0001-6105-4385

Geliş Tarihi: 23 Mayıs 2020, Kabul Tarihi: 12 Mayıs 2021

Atıf/Citation: Güven E. Kültürel Marjinallik Teorisi ve Hemşirelikte Kullanımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2021;8(2):245-251. DOI: 10.31125/hunhemsire.968960

GİRİŞ

Ulaşım ve iletişim teknolojisi ilerledikçe, kültürel olarak farklı popülasyonlar arasındaki temaslarda bir artış görülmektedir¹. Göçmenlerin sayısı artmaya devam etmekte ve 2019 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde 44.9 milyon göçmen yaşamaktadır². Türkiye’de 2020 yılı ortasındaki toplam uluslararası göçmen sayısı 6.1 milyondur. Göç eden bireylerin %48.4’ünü kadınlar, %23.2’sini 19 yaş ve altı bireyler ve %5.9’unu 65 yaş ve üstü bireyler oluşturmaktadır³. Türkiye’de yaklaşık 3.6 milyon Suriyeli mülteci bulunmaktadır⁴. Göç nedeniyle toplumun kültürel yapısında meydana gelen değişiklikler özellikle hemşirelik alanındaki hizmetleri etkilemektedir⁵.

Toplumun daha etnik bir hale gelmesiyle beraber hemşireler (sağlık hizmeti sağlayıcı) ile farklı kültürel geçmişlere sahip hastalar arasında yaşanan etnosentrizm, stereotip, kültürel empoze, iletişim ve dil sorunları göçmenler için sağlık hizmetlerinde ilerlemeyi engellemektedir^{5,6}. Hemşirelik alanında Leininger’in “transkültürel hemşirelik” kavramını ilk olarak tanımlamasından sonra kültür ve sağlık bakımı ilişkisi gündeme gelmiştir^{7,8}. Sağlık hizmetlerinin sunumunda bireylerin kültürel farklılıklarını tanıma, değerlendirme ve kültüre özgü bilgilere sistematik bir şekilde ulaşmada çeşitli modeller kullanılmaktadır^{9,10}.

Evrensel ve farklı kültürleri keşfederek karşılaştırmalı bakım hizmetine odaklanan Leininger’in Kültürel Bakımda Farklılık ve Evrensellik Modeli transkültürel hemşirelik alanında 1960 yılında geliştirilen ilk modeldir. Bu modelde sağlık ve bakımı etkileyecek dil, cinsiyet, ekonomi, sınıf, teknoloji gibi çok yönlü yaklaşım benimsenmektedir¹¹. Giger ve Davidhizar’sın Transkültürel Değerlendirme Modeli 1988 yılında hemşirelik öğrencilerinin kültürel farklılıkları olan hastaları değerlendirme ve bakım sunmada gereksinimlerini karşılama, tek yönlü bakıma engel olma amacıyla geliştirilmiştir¹². Öğrenci hemşireler için klinikte kullanılmak üzere değerlendirme aracı olarak 1995’te geliştirilen Purnell’in Kültürel Yeterlilik Modeli sağlığı geliştirme ve hastalık döneminde kültürel anlaşılmayı geliştirme üzerine temellenmiştir¹³. Bireylerin kültüre özgü farklılıklarına ve gereksinimlerine odaklanan teorilerden biri de Kültürel Marjinallik Teorisidir.

Kültürel Marjinallik Teorisi, farklı kültürlere sahip olan bireylerin benzersiz deneyimlerinin daha iyi anlaşılmasını sağlamak ve kültürel olarak ilgili bakımı sağlamaya yön vermek amacıyla geliştirilmiştir^{14,15}. Teoride kültürel marjinallik kavramı insanların iki farklı kültür arasında var olduklarında ve kendilerini henüz ikisinden birine ait hissetmediklerinde duygu ve davranış olarak arada olma durumları” olarak tanımlanmıştır¹⁴. Birey kültürler arası çatışmayı tanıdıkça marjinal yaşama girmekte ve kültürel gerginliği hafifletmek için uyum tepkilerini başlatmaktadır. Hemşirelikte kullanılan kültürel alandaki teori ve modellerden farklı olarak Kültürel Marjinallik Teorisinde kültürel marjinallik kavramından bahsedilmektedir. Marjinal yaşamdaki bireylerin kültürel gerilimi hafifletmek için kullandığı yanıt modellerinin ve bağlamsal/kişisel faktörlerin hemşire tarafından bilinmesi karmaşık süreçlerin

anlaşılmasını sağlayarak sunulan bakımın kalitesini etkileyecektir¹⁴⁻¹⁷.

Amaç

Bu makalede amaç Kültürel Marjinallik Teorisinin gelişimini, kavramlarını, kavramların birbiri ile olan ilişkilerini ve teorinin hemşirelikte kullanımını açıklamaktır. Bu amaç doğrultusunda, Kültürel Marjinallik Teorisinin hemşirelik alanına katkı sağlayacak yeni çalışmalarda kullanılacağı düşünülmektedir.

Kültürel Marjinallik Teorisinin Gelişimi

Heeseung Choi, Güney Kore Seul Ulusal Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi’nde Ruh Sağlığı Hemşireliği alanında profesör olarak çalışmaktadır¹⁸. Teorisinin ergenlerde ergenlerin duygusal sıkıntısı konusunda ebeveyn-ergen arasındaki anlaşma, göçmen işçilerde kültürel stres, depresyon ve yaşam kalitesi, Koreli ergenlerde hareketsiz kalma süresi ile uyku süresi arasındaki ilişki ve uzun süreli bakımda fiziksel kısıtlamanın önündeki engellerle ilgili personel algılarına yönelik çalışmaları vardır¹⁹⁻²². ABD’de göçmen olarak yaşayan teorisyen Heeseung Choi, göçmen ergenlerin göç süreci ve sürecin ruhsal sağlıkları üzerindeki etkisi sonucu karşılaştıkları koşulları fark etmiştir. İlgili teorilerin ve göçmen ergenlerin ruh sağlığı ile ilgili araştırmaların gözden geçirilmesi, Koreli Amerikalı ergenlerle başlayan bir araştırma programı geliştirmenin temelini oluşturmuştur^{14,15,17}.

Araştırma programını oluşturmanın bir sonraki adımı, teorileri araştıran kapsamlı bir literatür taraması gerektirmiştir ve bu tarama Asyalı Amerikalı ergenler için sıkıntılıların göçle nasıl ilişkili olduğunu anlamasını sağlamıştır¹⁴. Teorinin gelişiminde Choi’nin göçmenlerle yaptığı kalitatif çalışmaların yanı sıra Kültürleşme, Kültürel Stres ve Marjinallik Teorilerinin de katkısı olmuştur^{15,16,23,24}. Choi yaptığı araştırmalardan sonra **kültürel marjinallik** kavramını, “insanlar iki farklı kültür arasında var olduklarında ve kendilerini henüz ikisinden birine ait hissetmediklerinde duygu ve davranış olarak arada olma durumları” olarak tanımlanmıştır¹⁴. Bu tanımın düşünülmesi, literatürün gözden geçirilmesi ve göçmen ergenlerle yapılan araştırmalarla Kültürel Marjinallik Teorisi gelişmiştir¹⁵.

Choi Kültürel Marjinallik Teorisini ampirik verilerle doğrulamak için, Koreli Amerikalı ergenlerin ve ebeveynlerinin iki farklı kültür arasında bulunma algılarını araştıran nitel bir çalışma yürütmüştür. Teorisyen 11 ve 14 yaşları arasında 20 Koreli Amerikalı ergen ve 21 ebeveyn ile görüşmüştür. Nitel araştırma sonucunda, Koreli Amerikalı ergenler için ana stres kaynaklarının dengeli bir akran ilişkisi, ayrımcılık, akademik olarak mükemmel olma ve başarılı olma baskısı, ebeveyn-çocuk ilişkilerinin eksikliği olarak bulunmuştur¹⁵. Ebeveynler, Amerikan kültüründe çocuk sahibi olma konusunda tedirgin ve güvensiz hissetme, aidiyet duygusunun olmaması, çocuklarının etnik kimliğine karşı kararsız hissetme ve çocuklarını savunamayacaklarını ifade etmiştir. Ebeveynler ayrıca ebeveyn-çocuk ilişkilerinde eksiklikler ile mücadele ettiğini bildirmiştir^{14,15}. Bu deneyimlerin bir sonucu olarak, ebeveynler genellikle yetersiz, suçlu ve pişman hissetmiştir. Nitel çalışmanın

bulguları teorisinin kavramsal yapısına entegre edilmiştir. Bu süreç Kültürel Marjinalite Teorisi için güçlü bir ampirik temel sağlamaktadır^{15,16}.

Kültürel Marjinalite Teorisinin Kavramları

Kültürel Marjinalite Teorisi'nin temel kavramları, **kültürlerarası çatışmayı tanıma, marjinal yaşam ve kültürel gerilimi hafifletme** olmak üzere 3 tanedir. Birey kültürler arasındaki çatışmaları tanıdıkça, marjinal yaşama girer ve kültürel gerginliği hafifletmek için uyum tepkilerini başlatır. Bu nedenle kültürel marjinalite, kültürlerarası çatışmaları tanıyarak ve kültürel gerginliği hafifletmeye çalışırken marjinal bir yaşamdır. Kültürel marjinalitenin önemli ve tek bir boyutu, temel kavramlara ek olarak bir kişinin kültürel marjinalite deneyiminin temelini oluşturan **bağlamsal/kişisel etkilerdir**. Teorisinin temel kavramlarının yanı sıra bağlamsal/kişisel etkilerde tartışılmaktadır¹⁴⁻¹⁷.

Kültürlerarası Çatışmayı Tanıma

Kültürlerarası çatışmanın tanınması, birbiriyle çelişen iki kültürel değer, gelenek, davranış ve norm arasındaki farkların bir başlangıç anlayışıdır. Bireyler beklentileri olan farklı değer sistemleriyle karşılaştıklarında ve zor seçimler yapmaya zorlandıklarında çatışma ortaya çıkar. Koreli Amerikalı ergenler ebeveynleri ile Koreli ve Amerikalı arkadaşları arasında iki farklı kültürel değer ve beklentiyle karşılaştıklarını bildirmişlerdir. Kültürlerarası çatışmanın Kültürel Marjinalite Teorisi kavramı olarak tanımlanması araştırma ve uygulama için önemli etkilere sahiptir. Kültürlerarası çatışma, kültürel marjinalite ile ilişkili algılar, yanıtlar ve zihinsel sağlık sonuçlarında bireysel farklılıklara izin vermektedir¹⁴⁻¹⁷.

Marjinal Yaşam

Marjinal yaşam, eski kültürün ortasında yeni ilişkiler kurarken ve eş zamanlı çatışma/vaat yaşarken, iki kültür arasındaki gerilimi itme/çekme arasındaki pasiflik olarak tanımlanmaktadır. Kültürel Marjinalite Teorisinde marjinal yaşam, bir kültürün çevresinde olmaktan ziyade geçişte olmaya vurgu yapan iki kültür arasında yer alma süreci olarak görülmektedir. Pasif arada kalma, marjinal yaşamın temel niteliğidir¹⁴. Marjinal deneyim "onu hiçbirine ait olmadığı iki dünyada yaşamaya mahkum eden" bir durum olarak nitelendirilmiştir. Hiç kimse iki farklı kültürün arasında olmayı seçmez. Özellikle bu durum bir ülkeden diğerine geçerken genellikle seçeneği olmayan çocuklar için geçerlidir^{16,25}. Çocuklar daha iyi bir yaşam için ebeveynlerinin yeni ülke seçimini izlerler. Yeni bir ülkede yaşamaya karar veren yetişkinler bile "arada" bir pozisyonda olmak istemez. Marjinalite yaşayan bazı insanlar zamanı "her iki ayağı farklı botlarda durdukları bir dönem" olarak benzetmiştir²². Marjinalite deneyimi ayrıca "aralarında/arasında olmak" ve "çifte duygu karmaşası yapısı içinde yer almak" olarak da tanımlanmıştır^{15,16}. İnsanların yeni bir ülkeye ya da farklı bir kültüre geçtiklerinde kaçınılmaz olarak yeni ilişkiler kurmaları gerekmektedir²⁶. Yeni ilişkiler tek bir günde oluşamaz ve ilişkileri kurmak eski kıyafetleri çıkarmak, yenileriyle değiştirmek kadar basit bir durum değildir. Marjinal yaşamın özelliklerinden birisi de eski ilişkilerin ortasında yeni ilişkiler kurmaktır. Bu özellik ergenler arasında daha belirgindir

çünkü akranlarıyla yeni bağlıklar oluşturmak ve akran grubu içindeki kimliklerini, değerlerini doğrulamak kritik gelişimsel görevleridir. Eski ilişkilerin ortasında yeni ilişkiler kurmaya hevesli ergenler genellikle çelişki ve çatışmalarla karşılaşır. Ergenler yeni ilişkileri sürdürmek için ilerlerken eski ilişkileriyle bağlantılarını kaybetmekten endişe duyarlar. Ebeveynler geçmişte yaşarken ergenler aktif olarak yeni ilişkiler kurdukları, ebeveyn-çocuk ilişkisi çözümler¹⁴⁻¹⁷.

"Arada" yaşayan ergenler iki kültür arasında gerginlikle karşı karşıyadır. Ebeveynler çocuklarını yeni arkadaşlarla tanışmaya, yeni toplumda başarılı olmaları için daha fazla fırsat yakalamaya teşvik eder. Bu durum özellikle daha iyi eğitim ve fırsatlar için göç eden aileler arasında belirgindir. Bununla birlikte, ebeveynler kendilerini yeni kültürle harmanlarken çocuklarının kontrolünü kaybetme konusunda kendilerini tehdit altında ve endişeli hissetmektedir¹⁵⁻¹⁷.

Nitel araştırmalar sırasında hem Koreli Amerikalı ergenler hem de ebeveynleri tarafından bildirildiği göçmenlerin sık sık karşılaştıkları sorunlar açık ve gizli ayrımcılıktır. Koreli Amerikalı ergenler öğretmenlerin farklı kültürlere karşı duyarsız tutumlarıyla karşılaşmış, sınırlı fırsatlar yaşamış, haksız notlar ve cezalar almıştır. Koreli Amerikalı ergenler ayrıca aksanları ve fiziksel görünüşleri nedeniyle alay edildiklerini veya zorbalığa uğradıklarını bildirmiştir¹⁴⁻¹⁷.

Göçmenlerin çelişen normlar, beklentiler, roller ve değerler arasında seçim yapmaları talep edilmektedir. Genellikle kendilerini eş zamanlı çatışma ve vaatle mücadele ederken bulurlar. Vaatte yer alan çatışma kimlik karışıklığı, kaygı, kararsızlık, yabancılaşma duyguları, kayıp, çaresizlik, değersizlik, belirsizlik hissi ve gelecek hakkında endişeye neden olmaktadır. Ancak, çatışma her zaman olumsuz sonuçlar doğurmaz^{15,27-29}.

Marjinal yaşam bireyin çatışmayı nasıl algılayıp yönettiğine bağlı olarak değişim olanağı sunabilmektedir. Kültürel marjinalite kavramı üzerine Choi'nin önceki makalesinde, çatışma ve vaat iki ayrı özellik olarak kategorize edilmiştir; ancak, daha sonraki araştırmalar vaatlerin çatışmanın ayrılmaz bir parçası olduğunu göstermiştir¹⁴. Dolayısıyla Kültürel Marjinalite Teorisi için çatışma/vaat, tek bir marjinal yaşam özelliği olarak kavramsallaştırılır. Marjinal yaşam hem bir çatışma hem de bir vaat, bir kriz ve bir dönüm noktası sunarak büyüme için bir itici güç sağlar^{15,30,31}.

Kültürel Gerginliği Azaltma

Kültürel gerginliği azaltmak, kültürler arası çatışmayı çözer. Kültürel Marjinalite Teorisinde önerilen uyum yanıtları, Weisberger'in Alman Yahudileri arasındaki marjinalite çalışmalarından uyarlanmıştır. Dört uyum yanıtı, **asimilasyon, yeniden yapılandırılmış geri dönüş, denge ve entegrasyon** kültürel gerginliği hafifletme süreçleridir. Yanıtlar birbirini dışlamaz; aksine, onlar ampirik olarak birbirini destekler ve bağlamsal, durumsal, dinamik niteliklerini ifade etmektedir^{15,31}.

İlk yanıt modeli **asimilasyondur**. Bireylerin baskın veya yeni kültüre absorbe edildiği bir süreçtir³². Genellikle yeni göçmenler tarafından sergilenen ilk yanıt modelidir, özellikle de baskın veya yeni kültür yeni gelenler için elverişsiz olduğunda görülmektedir. Göçmenler yeni dil edinmek ve yeni toplumun insanlarıyla kaynaşmak için çok

çaba sarf etmektedir. Yeni kültürde hayatta kalmak için yararlı bir stratejidir; ancak, bireyde inkâr, nefret ve suçluluk duygusu oluşturabilmektedir^{32,33}.

Bireyler yeni kültürle karşılaştıktan sonra, kendi kültürlerine dönerek **yeniden yapılandırılmış geri dönüş modelini** sergileyebilmektedir. Direniş, engeller ve yeni bir kültürle çatışmanın bir sonucu olarak ya da kişinin kendi kültürünü hatırlama ve özleminin bir sonucu olarak **geri dönmeyi** seçebilirler. Geri döndüklerinde, bunu kendi kültürlerine ve yeni kültüre yeni bir bakış açısıyla yaparlar, çünkü yeni kültürün etkilerinden arınmış olamazlar^{15,16,31}. Böylece, her dönüş yeniden yapılandırılmış bir dönüştür. Kültürlerine geri dönen veya kültürlerinde kalan insanların tipik bir özelliği, kendi kültürü ile aşırı özdeşleşmedir³¹.

Denge, duygusal çatışmaya ve mücadeleye bakılmaksızın ayırım üzerinde belirsiz bir etki ile karakterize edilen bir yanıt modelidir. Denge ile yanıt veren bireyler, belirli bir kültüre yükümlülük veya bağlılıktan kurtulabilirler ancak **"kültürel anlamda evsiz"** olmaları gerekir¹⁵. Bir denge şekliyle yanıt verirken bile, bireyler duygusal çatışmalar yaşamaya devam edecek ve kişisel kriz dönemi devam edecektir. Krizin birikmiş etkileri arasında stres ve kişilik değişiklikleri, madde bağımlılığı, depresyon ve intihar düşüncesi gibi zihinsel sağlık sonuçları bulunabilmektedir^{15,27,28}.

Entegrasyon, bir bireyin eski ve yeni kültürleri entegre ederek üçüncü bir kültür yarattığı bir uyum yanıt modelidir. Entegrasyon yoluyla bireyler birden fazla kültürel dünyaya erişim kazanarak üstün sosyal işlevsellik kazanırlar ve kültürel gerginlik azalır^{15,31}. Entegrasyon kültürel bir ev duygusu, aidiyet duygusu, kimlik entegrasyonu, psikolojik ve bilişsel büyüme sağlayacaktır^{16,17,33}. Marjinal yaşamın kültürel gerginliğine geri dönme olasılığı en aza indirilmiştir. Süreç sırasında yaşanan kolaylık düzeyi bireyin zihinsel sağlığını ve refahını etkileyecektir¹⁴.

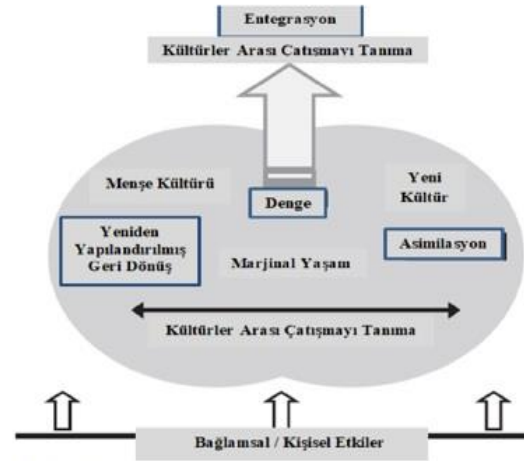
Bir uyum yanıtı modelinin, bireyin zihinsel sağlığı üzerinde diğerlerinden daha yapıcı bir etkisi olabilir. Herkes için işe yarayan ideal, en kullanışlı bir kalıp veya her zaman bir kişi için uyan bir kalıp yoktur. Örneğin entegrasyon göçmen ergenler için uygun bir düzeltme yanıtı olabilir ancak göçmen yaşlılar için uygun olmayabilir. Yaşlı yetişkinler için, eski kültürle temas halinde kalmak ve eski kültür yollarına dönmek onları daha konforlu hale getirebilir, yeniden yapılandırılmış geri dönüş modeli onlar için en faydalısı olabilir¹⁴⁻¹⁷.

Bağlamsal/Kişisel Etkiler

Kültürel Marjinalite Teorisinde kültürlerarası çatışmanın tanınması, marjinal yaşam ve kültürel gerilimlerin hafifletilmesi sürecini etkileyen faktörler bağlamsal/kişisel etkiler olarak tanımlanmaktadır¹⁴. Literatür incelemelerinde tanımlanan ve Koreli Amerikalılarla yapılan görüşmelerde paylaşılan **bağlamsal etkiler**, baskın toplumun doğasıdır. Çeşitliliğe tolerans, göçmenler için mevcut sosyal ve sağlık kaynakları, okul ve mahallenin ırksal ya da etnik yapısı, öğretmenlerden ve akranlardan destek bağlamsal etkileri oluşturmaktadır^{14,15}.

Kişisel etkiler baskın toplum, göç yaşı, baskın toplumda kalış süresi, eğitim durumu, sosyoekonomik durum, dil yeterliliği, etnik kimlik, ön göç deneyimleri, göçmenlik nedenleri, kendi kültürüne sadakat, esneklik ya da zorluklara dayanabilme

yeteneği, açıklık, ebeveyn çocuk ilişkileri, başa etme stratejileri ve diğerlerinin baskın kültüre karşı tutumlarına dayanma yeteneğini içermektedir^{15,17}. Bu etkiler yalnızca kültürel marjinaliteğin ortasında olan bireyleri değil, aynı zamanda göçmen insanlar için bir etkileşim kaynağı olan baskın kültürü de yönetir. Kültürleşmeyi tanımlayan mevcut teoriler, kültürleşen bireylerin veya grupların baskın kültüre etkilerini göz ardı ettiği için eleştirilmiştir²³. Teoriler, kültürleşen bireyleri sadece pasif alıcılar olarak görmekteydi. Ancak iki kültür karşılaştığında, etkinin gücü karşılaştırılabilir olmasa da etkileşim karşılıklıdır. Bağlamsal/kişisel etkiler iki kültür arasındaki etkileşimi ve bir kültürün diğeri üzerindeki etkisini karşılıklı bir süreç haline getirmektedir¹⁵. Heeseung Choi tarafından hazırlanan Şekil 1'de Kültürel Marjinalite Teorisinin temel kavramları arasındaki ilişkiler gösterilmiştir. Şekil 1'de marjinal yaşam kültürlerarası çatışmanın tanınmasıyla başlamaktadır. Bireyler marjinal yaşamla karşılaştıkça, uyum yanıt modelleri/kalıpları aracılığıyla kültürel gerginliği hafifletmeye çalışmaktadır. Uyum yanıt modelleri asimilasyon, yeniden yapılandırılmış dönüş, denge ve bütünleşme olmak üzere 4 tanedir. Teoride bağlamsal/kişisel etkiler Kültürel Marjinalite Teorisi için bir temel olarak dahil edilmektedir^{14,15}.



Şekil 1. Kültürel Marjinalite

Kültürel Marjinalite Teorisinin Hemşirelikte Kullanımı

Göçmen nüfusla çalışan hemşirelerin, bireylerin benzersiz deneyimleri ve algılarını değerlendirmeleri önemlidir¹⁵. Hemşirelerin kültürel gerilimi hafifletmek için kullanılan yanıt modellerini bilmesi birçok göçmenin karşılaştığı karmaşık süreçlerin anlaşılmasını sağlayabilir^{15,16}. Özellikle hemşirelerin farklı kültürel geçmişe sahip bir kişiye yönelik inanç ve tutumları kültürel gerginliği azaltmada önemli bir faktördür³⁴. Teori hemşireliğin araştırma, eğitim ve uygulama alanlarında kullanılmıştır. Hemşirelikte teorinin kavramları kullanılarak bireylerin deneyimlerinin analizi, ölçek geliştirme, bağlamsal ve kişisel etki faktörlerini değerlendirme, kültürel olarak ilgili bakımı sağlama ve sağlık kararlarını verirken hastaların kültür entegrasyonunu

destekleme alanlarında kullanılmıştır^{14,15,35}. Özellikle transkültürel hemşirelikte bireylerin kültürel gereksinimlerine duyarlı ve etkili bir hemşirelik bakımı sunumunda ve hemşirelik uygulamalarında kültüre özgü kavramsal yapı oluşturmada Kültürel Marjinalite Teorisi kullanılabilir^{14,15}.

Kültürel Marjinalite Teorisinin Hemşirelik Araştırmaları ve Eğitiminde Kullanımı

Hemşirelik araştırmalarının çeşitli alanlarında kültürel marjinalite kavramı ve Kültürel Marjinalite Teorisi kullanılmıştır. Kavram ciddi kronik rahatsızlıkları olan çocuklara bakan Meksikalı Amerikalı ailelerin deneyimlerini anlamak, yaşlı göçmenlerde kültürel kavramı analiz etmek, Pakistanlı İsmaili Müslüman kızların deneyimlediği stresi araştırmak ve Afro-Karayip Amerikalıların kültürel kimliğini keşfetmek için kullanılmıştır^{15,36-39}.

Cardona, teoriyi İspanyol kadınları için kültüre bağlı yeme bozukluğu değerlendirme aracı geliştirmek ve hemşirelerin bu kadınlarla kültürel etkileşimlerini teşvik edebilecek davranışlarını belirlemek için kullanmıştır. Kültürel Marjinalite Teorisi değerlendirme aracının maddelerini değerlendirmede ve kültürel çeşitliliğin özellikle Hispantik nüfus içindeki yeme bozuklukları üzerindeki etkilerini anlamak için bir çerçeve olarak kullanılmıştır. Yeme bozukluğu teşhisi konan İspanyol kadınlarla yürütülen bu çalışmada, kadınların yeme bozukluklarının belirtileriyle uğraşırken hem Amerikan hem de İspanyol kültürlerine sahip kadınların yabancılaşma hissi yaşadıkları bulunmuştur⁴⁰.

Kültürel Marjinalite Teorisi için bir diğer araştırma alanı da ölçek geliştirmedir. Araştırmacılar, kültürel ve kültürel stres düzeylerini ölçmek ve bu kavramlar ile ruh sağlığı sonuçları arasındaki ilişkileri açıklamak için ölçekler geliştirmişlerdir^{15,41}. Buna ek olarak, kültürel yeterlilik incelenmiştir ve Choi kültürel farkındalık ölçeğinin Kore versiyonunu iyi güvenilirlikle ve yapı geçerliliği ile geliştirmek için bir araştırma ekibi ile işbirliği yapmıştır. Ancak, kültürel marjinalite ölçmek için özel olarak tasarlanmış bir ölçek yoktur⁴². Teori kavramlarına göre geliştirilecek kültürel marjinalite ölçeği, ilişkili kavramların yapısının ve kültürel marjinaliteğin sağlığı ne ölçüde etkilediğinin değerlendirilmesini sağlayacaktır. Geliştirilecek bu ölçek ile göçmenlere bakım veren hemşireler, risk altında olan göçmenleri erken dönemde saptayarak önleyici bakıma da katkı sağlayacaktır¹⁴⁻¹⁷.

Kültürel Marjinalite Teorisinin Hemşirelik Uygulamalarında Kullanımı

Kültürel marjinalite kavramı Meksikalı hastaların uyum konularını tartışmak, hemşire-hasta ilişkilerindeki boşluğu doldurmak ve sağlık eşitsizlikleri üzerindeki etkisini değerlendirmek için kullanılmıştır¹⁵. Teori, kültürel farklılıkları olan ergenlerin ihtiyaçları konusunda farkındalığı arttırmak için okul hemşiresi uygulamasına da uygulanabilir. Teori okul hemşiresinin verdiği uygulama kararlarını analiz etmede, kültürel farklılıkları olan öğrencilerin deneyimi ve hemşirelik etiği için öneriler sunmaktadır^{15,29}.

Kültürel Marjinalite Teorisi ABD'de 23 yaşında İngilizce konuşan Afrikalı bir mülteciye uygulanmıştır. Afrika'daki bir

yaşlı tarafından kadın sünnetine maruz kalan 13 yaşındaki mülteci vajinal mantar enfeksiyonu yaşamıştır. Burke makalesinde teorinin kavramlarını kullanarak mültecinin deneyimlerini analiz etmiştir ve Kültürel Marjinalite Teorisinin kadın sünneti yapılan kadınlar için kültürel olarak hassas, kanıta dayalı hemşirelik bakımını yönlendirmek için bir çerçeve olarak nasıl kullanılabileceğini tartışmıştır. Özellikle hemşirelerin bağlamsal ve kişisel etki faktörlerini sürekli olarak değerlendirme, önemli bir bağlamsal etki olarak hizmet etme, kültürel olarak ilgili bakımı sağlama ve sağlık kararlarına yardımcı olurken hastaların kültür entegrasyonunu destekleme gereğini vurgulamıştır³⁵.

Teorinin pratikte kullanımı sınırlıdır ancak araştırma ve uygulama örnekleri Kültürel Marjinalite Teorisi için olası uygulamaları göstermektedir. Olası alanlar arasında, bir bireyin kişisel etkilerini değerlendiren ve değiştiren eğitim veya sağlığı geliştirme programları, kültürel olarak ilgili terapötik hemşire-hasta etkileşimleri ve hemşireler için kültürel yeterlilik eğitiminin geliştirilmesi yer almaktadır^{14,15}. Kültürel Marjinalite Teorisi temel olarak göçmen ergenlerin deneyimleri bağlamında tanımlanmıştır; ancak teori marjinal yaşamla karşılaşan herhangi bir göçmene de uygulanabilir. Kültürel Marjinalite Teorisi, farklı göçmen gruplarının ve iki farklı kültür arasında kalan insanların benzersiz deneyimlerini keşfetmek ve onlara bakım sağlamak için bir çerçeve olarak kullanılabilir⁵. Özellikle, bağlamsal/kişisel faktörlerin etkisinin tanınması hemşireler için oldukça önemlidir. Örneğin, özgürlük için yeni bir ülkeye gelen göçmenler arasında uyum tepkisi örüntüleri ve sağlık hizmetleri ihtiyaçları, eğitim fırsatları için göç etmiş kişilerle aynı olmaz. Bu etkileri fark ederek ve uygun olduğunda değiştirerek, hemşireler uyum sürecini kolaylaştırabilir, sağlıklı gelişimi teşvik edebilir ve arzu edilen sağlık sonuçlarını ortaya çıkarabilir^{14,15,17}.

Teori hemşirelikte kültüre duyarlı terapötik hemşire-hasta etkileşimleri ve sağlığı geliştirme programlarında kullanılarak hem klinik hem de saha uygulamalarında kullanılabilir. Bağlamsal ve kişisel etki faktörlerini değerlendirme, bağlamsal etki olarak sağlık hizmeti verme, kültüre özgü bakım sunma, bireylerin sağlığına yönelik karar alma sürecinde ve kültürel yeterlilik eğitiminin geliştirilmesi süreçlerinde teori hemşirelere rehber olmaktadır^{14,15,35,42}.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu derlemede sunulan Kültürel Marjinalite Teorisinin hemşirelikte kullanımı sınırlı sayıda ve literatürde Teorinin Türkiye'de kullanıma yönelik çalışma bulunmamaktadır. Teori hemşirelik araştırmalarında ölçek geliştirme, kavramsal çerçeve oluşturma ve değerlendirme aracı geliştirme alanında kullanılabilir. Hemşirelik klinik ve saha uygulamalarında ise Teorinin kavramlarının kullanılarak göçmen ya da mülteci bireylerin deneyimlerini analiz etme, kişisel etkileri değerlendiren ve değiştiren eğitim, sağlığı geliştirme programları, kültüre özgü terapötik hemşire-hasta etkileşimleri ve göçmen bireylere bakımda çerçeve olarak kullanma ve hemşirenin bağlamsal/kişisel faktörleri tanıma alanlarında kullanılabilir. Ayrıca Teori hemşirelerin gelişimi için kültürel yeterlilik eğitiminin geliştirilmesinde uygulanabilir. Derlemenin göçmen

bireylere yönelik verilecek kültüre özgü bakımın sağlanmasında hemşirelere bir rehber olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca hemşirelik alanında verilen eğitimlere, uygulamalara ve yapılacak yeni araştırmalara da katkı sağlayarak hemşireliğin gelişimini destekleyecektir.

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yoktur.

Yazar katkıları:

Araştırma dizaynı: EG

Veri toplama: -

Literatür araştırması: EG

Makale yazımı: EG

Conflict of Interest: Not reported.

Funding: None.

Author contributions:

Study design: EG

Data collection: -

Literature search: EG

Drafting manuscript: EG

KAYNAKLAR

1. Ilgaz A. Yaşlı bakımında kültürel yeterlilik süreci modelinin kullanılması. HUHEMFAD-JOHUFON. 2020;7(3):278-84.
2. Migration Information Source. Frequently requested statistics on immigrants and immigration in the United States. [Internet]. 2021 [Erişim Tarihi 3 Mart 2021]. Erişim adresi: <https://www.migrationpolicy.org/article/frequently-requested-statistics-immigrants-and-immigration-united-states-2020>
3. IOM (International Organization for Migration). Migration data portal. [Internet]. 2020 [Erişim Tarihi 21 Mart 2021]. Erişim adresi: https://migrationdataportal.org/data?cm49=792&focus=profile&i=stock_abs_&t=2020
4. BM Mülteci Örgütü. Türkiye’de mülteciler ve sığınmacılar. [Internet]. 2021 [Erişim Tarihi 1 Mart 2021]. Erişim adresi: <https://www.unhcr.org/tr/turkiyedeki-multeciler-ve-siginmacilar>
5. Giger JN, Haddad LG. Transcultural nursing assessment and intervention. 8th ed. China: Elsevier; 2020. Chapter 1, Framework for cultural assessment; p.1-18.
6. Meydanlıoğlu A. Kültürogram kullanılarak bir ailenin kültüre duyarlı hemşirelik girişimlerini planlanması: olgu sunumu. HUHEMFAD-JOHUFON. 2019;6(2):132-40.
7. Okeya OE. A critical analysis of transcultural nursing. IJSDR. 2021;6(1):31-4.
8. Akansel N, Watson R, Vatansever N, Özdemir A. Nurses’ perceptions of caring activities in nursing. Nurs Open. 2021;8:506-16.
9. Başlı M, Bekar M, Civelek İ. Kültürlerarası hemşirelikte kullanılan modeller ve “kültürel yeterlilik süreci modeli”ni anlamak. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2018;1(1):18-24.
10. Im EO, Lee Y. Transcultural nursing: current trends in theoretical works. Asian Nurs Res. 2018;12:157-65.
11. McFarland MR, Wehbe-Alamah HB. Leininger's theory of culture care diversity and universality: an overview with a historical retrospective and a view toward the future. J Transcult Nurs. 2019;30(6):540-57.
12. Ulutasdemir N. Nursing and culture. Ulutasdemir N, editor. Nursing. London: IntechOpen; 2018.
13. Purnell LD. The Purnell model and theory for cultural competence. Purnell LD, Fenkl EA, editors. Textbook for transcultural health care: a population approach. Cultural competence concepts in nursing care. 5th ed. Switzerland: Springer Nature; 2021.
14. Choi H. Cultural marginality: a concept analysis with implications for immigrant adolescents. Issues Compr Pediatr Nurs. 2001;24:193-206.
15. Choi H. Theory of cultural marginality. Smith MJ, Liehr PR, editors. Middle range theory for nursing. 4th ed. New York, NY: Springer Publishing Company; 2018.
16. Pelc S. Marginality and marginalization. Chand R, Nel E, Pelc S, editors. Societies, social inequalities and marginalization. Switzerland: Springer Nature; 2017.
17. Cleary M, Horsfall J, Escott P. Marginalization and associated concepts and processes in relation to mental health/illness. Issues Ment Health Nurs. 2014;35:224-26.
18. Seul Ulusal Üniversitesi, Choi, Heeseung. [Internet]. 2021. [Erişim Tarihi 1 Mart 2021]. Erişim adresi: <https://nursing.snu.ac.kr/en/faculty/professor?mode=view&profidx=20>
19. Kim C, Choi H, Ko H. Agreement between parent proxy reports and self-reports of adolescent emotional distress. J Sch Nurs. 2018;36(2):104-11.
20. Farah DR, Choi H. Associations of acculturative stress, depression, and quality of life among Indonesian migrant workers in South Korea. J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs. 2019;28(2):172-80.
21. Choi H, Kim C, Ko H. Relationship between sedentary time and sleep duration among Korean adolescents. J Sch Nurs. 2019;36(6):423-9.
22. Kong EH, Choi H, Evans LK. Staff perceptions of barriers to physical restraint-reduction in long-term care: a meta-synthesis. J Clin Nurs. 2016;26:49-60.
23. Ward C, Geeraert N. Advancing acculturation theory and research: the acculturation process in its ecological context. Curr Opin Psychol. 2016;8:98-104.
24. Salas-Wright CP, Schwartz SJ. The study and prevention of alcohol and other drug misuse among migrants: toward a transnational theory of cultural stress. Int J Ment Health Addict. 2019;17:346-69.
25. Chuang YH, Bail HL. How marginality leads to inclusion: insights from mobilizations of Chinese female migrants in Paris. Ethn Racial Stud. 2020;43(2):294-312.

26. İnce C. Göç kuramları ve Suriye göçü üzerine bir değerlendirme. Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi. 2019;11(18):2579-615.
27. Sangalang CC, Becerra D, Mitchell FM, Lechuga-Peña S, Lopez K, Kim I. Trauma, post-migration stress, and mental health: a comparative analysis of refugees and immigrants in the United States. J Immigr Minor Health. 2019;21:909-19.
28. Seate AA, Mastro D. Exposure to immigration in the news: the impact of group-level emotions on intergroup behavior. Commun Res. 2017;44(6):817-40.
29. Wilson-Daily AE, Kimmelmeimer M, Prats J. Intergroup contact versus conflict in Catalan high schools: a multi level analysis of adolescent attitudes toward immigration and diversity. Int J Intercult Relat. 2018;64:12-28.
30. Causadias JM, Umaña-Taylor AJ. Reframing marginalization and youth development: introduction to the special issue. Am Psychol. 2018;73(6):707-12.
31. Yoo C. Acculturation strategies of multi-cultural family adolescents in South Korea: marginalization, separation, assimilation, and integration. Int J Intercult Relat. 2021;81:9-19.
32. Drouhot LG, Nee V. Assimilation and the second generation in Europe and America: blending and segregating social dynamics between immigrants and natives. Annu Rev Sociol. 2019;45:177-99.
33. Şimşek D. Türkiye’de Suriyeli mülteci entegrasyonu: zorlukları ve olanakları. Ekonomi, Politika & Finans Araştırmaları Dergisi. 2019;4(2):172-87.
34. Yılmaz M, Yeni C, Avcı E, Uluk N. Aile sağlığı merkezlerinde çalışan hemşire/ebelerin kültürel duyarlılık ve kültürel beceri düzeylerinin incelenmesi. DEUHFED. 2019;12(3): 170-8.
35. Burke, E. Female genital mutilation: applications of nursing theory for clinical care. Nurse Pract. 2011;36(4):45-50.
36. Buscemi CP. Acculturation: state of the science in nursing. J Cult Divers. 2011;18(2):39-42.
37. Loue S. Encyclopedia of immigrant health. Loue S, Sajatovic M, editors. Immigration processes and health in the U.S.: a brief history. New York, NY: Springer Publishing; 2012.
38. Serafica R, Lakhak N, Bhatta T. Acculturation, acculturative stress and resilience among older immigrants in United States. Int Nurs Rev. 2019;66(3):442-8.
39. Archibald, C. Cultural tailoring for an Afro-Caribbean community: a naturalistic approach. J Cult Divers. 2011;18(4):114-9.
40. Cardona GR. Initial testing of the risk assessment of eating disorders (RAED) tool for use in primary care of Hispanic women [Doctoral thesis]. Arizona: University of Arizona; 2016.
41. Farah DR, Heeseung C. Associations of acculturative stress, depression, and quality of life among Indonesian migrant workers in South Korea. J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs. 2019;28(2):172-180.
42. Choi H, Suh EE, Park C, Park J, Fernandez E. Reliability and validity of a Korean version of the Cultural Awareness Scale (K-CAS). Korean J Adult Nurs. 2015;27(4):472-9.