



HEMŞİRELİK BİLİMİ
Dergisi

Journal of
NURSING SCIENCE



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

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

e-ISSN:2636-8439

Editör

Prof. Dr. Güleğün TÜRK
Doç. Dr. Filiz ADANA

Yayın Kurulu

Prof. Dr. Fatma DEMİRKIRAN	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Prof. Dr. Güleğün TÜRK	Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Prof. Dr. Hüsniye ÇALIŞIR	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Prof. Dr. Leyla KÜÇÜK	Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Prof. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL	İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Prof. Dr. Sakine BOYRAZ ÖZKAVAK	İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Belgin YILDIRIM	Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Emine GERÇEK ÖTER	Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Fatoş KORKMAZ	Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Filiz ADANA	Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Nükhet BALLIEL	Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Öznur KÖRÜKÇÜ	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği	Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Rahşan ÇAM	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Safiye ÖZVURMAZ	Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Şebnem ÇINAR YÜCEL	Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Şengül CANGÜR	Biyostatik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı	Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi
Doç. Dr. Yıldız DENAT	Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Dr. Öğr. Üyesi Aygül KISSAL	Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Dr. Öğr. Üyesi Elem KOCAÇAL GÜLER	Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	İzmir Demokrasi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Dr. Öğr. Üyesi Hatice ÖNER	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Dr. Öğr. Üyesi Nurdan GEZER	Yönetim Anabilim Dalı	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi

Yayın Kurulu Sekreterleri

Arş. Gör. Dr. Orkun ERKAYIRAN
Arş. Gör. Dr. Bircan KAHRAMAN BERBEROĞLU

Yayın Yeri ve Adresi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, AYDIN, TÜRKİYE

Tel: +902562138866

e-posta: journalofnursingscience@gmail.com

Mizanpaj Editörleri

Arş. Gör. Dr. Orkun ERKAYIRAN
Arş. Gör. Dr. Bircan KAHRAMAN BERBEROĞLU



HEMŞİRELİK BİLİMİ
Dergisi

Journal of
NURSING SCIENCE



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

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

e-ISSN:2636-8439

İçindekiler/ Contents

12.04.2023

Editörden Önsöz/ Editor's Foreword

Prof. Dr. Gülelgün TÜRK

Doç. Dr. Filiz ADANA

Araştırma Makaleleri/ Research Articles

Kadınların İstenmeyen Bebeğin Terk Edilmesi ve Terk Edilen Ortamlara İlişkin Görüşleri

Opinions of Women about Abandoned and Abandoned Environments

01-09

Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM, Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül DÖNMEZ, Ebe Erdal KARATEPE, Ebe Eda KOCA, Ebe Canan BARAN

Öğrenci Hemşirelerin Siber Zorbalık Durumlarının ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Examination of Cyber Bullying Status and Affecting Factors of Nursing Students

10-17

Arş. Gör. Ege Miray TOPCU, Arş. Gör. Merve UÇURYOL ÜNAL, Prof. Dr. Gönül ÖZGÜR, Hemşire Eda POLAT

Covid-19 Döneminde Cerrahi Hemşirelerinin Anksiyete, Psikolojik Dayanıklılık ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Determining The Relationship Between Anxiety, Psychological Resilience and Perceived Social Support Levels of Surgical Nurses in The Covid-19 Period

18-25

Öğr. Gör. Tuğçe YEŞİLYAPRAK, Öğr. Gör. Dr. Hatice ÖZSOY, Prof. Dr. Fatma DEMİR KORKMAZ

Enjektör ile Beslenen Prematüre Bebeklerin Annelerinin Taburculuk Sonrası Beslenmenin Devamlılığını Sağlama Durumları ve İlişkili Faktörler

Mothers of Injector-Fed Premature Babies To Ensure Continuity of Feeding After Discharge and Related Factors

26-34

Dr. Öğr. Üyesi Sultan GÜNER BAŞARA, Hemşire Emel BAHADIR ARSU, Hemşire Raziye YILDIZ NOĞAN

Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler

Quality of Life of Family Members Caring for Patients Receiving Chemotherapy and Affecting Factors

35-44

Öğr. Gör. Şule ÇALIŞIR KUNDAKÇI, Prof. Dr. Birsen YÜRÜGEN

Derleme/ Review

Çocukluk Dönemi Korkuları ve Bir Müdahale Aracı Olarak Sanal Gerçeklik Uygulamasının Kullanımı

Childhood Fears and Use of Virtual Reality as an Intervention Tool

45-54

Prof. Dr. Ayşegül DÖNMEZ, Arş. Gör. Ayтуğ TÜRK

Depresyon, Psikiyatrik Bakım ve Model Kullanımı: Depresyonun Roy Uyum Modeline Göre Analizi ve Hemşirelik Süreci

Depression, Psychiatric Care and Model Use: Analysis of Depression According To The Roy Adaptation Model and The Nursing Process

55-70

Dr. Öğr. Üyesi Ahmet GÖKTAŞ, Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU

Olgu Sunumu/ Case Report

Being One of The First Nurses To Be Infected With Covid-19: A Case Report

Covid-19 Bulaşan İlk Hemşirelerden Biri Olmak: Bir Olgu Sunumu

71-77

Doç. Dr. Gülçin AVŞAR, Hemşire Sümeyye BİLGİLİ, Hemşire Rabia ATLI



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

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

e-ISSN:2636-8439

Önsöz

12.04.2023

Değerli Okuyucularımız;

Hemşirelik Bilimi Dergisi'nin 2023 yılı ilk sayısını sizlerle paylaşmanın mutluluğunu yaşıyoruz. Dergimizin bu sayısında dört araştırma makalesi, iki derleme ve bir olgu sunumu olmak üzere toplam yedi makale yer almaktadır. Bu sayıdaki araştırma makalelerinde öğrenci hemşirelerin siber zorbalık durumlarına, kadımların istenmeyen bebeklerin terk edilmesi ve terk edilen ortamlara ilişkin görüşlerine, COVID-19 döneminde cerrahi hemşirelerinin anksiyete, psikolojik dayanıklılık ve sosyal destek düzeylerine, enjektörle beslenen bebeklerin taburculuktan sonra beslenmelerinin devamlılığını sağlama durumlarına ve kemoterapi alan hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlere değinilmiştir. Derleme makalelerde çocukluk dönemi korkularında sanal gerçeklik uygulamasının kullanımına ve depresyonun Roy Uyum Modeline göre analizi ve hemşirelik sürecine yer verilmiştir. Dergimizde yayınlanan olgu sunumunda ise COVID-19 bulaşan bir hemşirenin yaşadığı fiziksel ve psikolojik güçlükler ele alınmıştır.

Bilimsel çalışmalarını bizlerle paylaşan ve hemşirelik literatürüne katkı sağlayan yazarlarımıza, dergimize gönderilen makaleleri dikkatle ve özenle değerlendiren hakemlerimize, bu zorlu süreçte yoğun çaba ve titizlikle çalışan dergi yayın kurulu sekreterlerimize çok teşekkür ediyoruz. Hemşirelik biliminin gelişimine katkı sağlayacak yeni çalışmalarla bir sonraki sayımızda buluşmak dileğiyle.

Saygı ve sevgilerimizle

Editör

Prof. Dr. Güleğün TÜRK

Doç. Dr. Filiz ADANA



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

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

e-ISSN:2636-8439

DOI: <https://doi.org/10.54189/hbd.1166900>

Orijinal Araştırma

Kadınların İstenmeyen Bebeğin Terk Edilmesi ve Terk Edilen Ortamlara İlişkin Görüşleri

Opinions of Women about Abandoned and Abandoned Environments

Zekiye KARAÇAM ^a, Ayşegül DÖNMEZ ^b, Erdal KARATEPE ^c, Eda KOCA ^d, Canan BARAN ^e

^a Prof. Dr., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, AYDIN, TÜRKİYE

^b Dr. Öğr. Üyesi, İzmir Tınaztepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Ebelik Bölümü, İZMİR, TÜRKİYE

^c Ebe, Özel Tınaztepe Hastanesi, İZMİR, TÜRKİYE

^d Ebe, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, AYDIN, TÜRKİYE

^e Ebe, Gemlik Devlet Hastanesi, BURSA, TÜRKİYE

ÖZET

Giriş: Çalışmanın amacı, kadınların istenmeyen bebeklerin terk edilmesi ve terk edilen ortamlar ile ilgili görüşlerinin incelenmesidir.

Yöntem: Çalışma 2018 yılında karma yöntem metodu ile bir eğitim ve araştırma hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın nicel bölümüne 200 ve bu kadınlardan amaçlı örnekleme ile 25 kadın da nitel bölümüne alınmıştır. Çalışmanın yarı yapılandırılmış görüşme formu ile nitel verileri, soru formu ile nicel verileri elde edilmiştir. Elde edilen verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, betimleyici ve içerik analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmanın kantitatif bölümünde kadınların istenmeyen bebeklerin terki konusundaki görüşleri; sinir bozucu (%13), çok üzücü (%25), kesinlikle bırakılmamalı (%27) ve öfke yaratacı (%25) bir durum şeklinde belirlenmiştir. Kadınlar, bebekleri bırakmaya uygun olmayan yerler arasında; bulunamayacak yerleri (%44.5) ve çöp/kuytu ortamları (%37) ve sokakları (%16) belirtmişlerdir. Araştırmanın kalitatif bölümünde kadınlar ile yapılan derinlemesine görüşmede elde edilen verilerin analizi sonucunda iki tema elde edilmiştir. Birinci tema "bebeklerin terk edilmesi konusundaki görüşleri" olup "üzücü bir durum, bebekler terk edilmemeli, olmasını önleme ve gerekli ise olabilir" şeklinde dört alt temadan oluşmuştur. Çalışmanın ikinci teması "istenmeyen bebeklerin terk edildiği ortamlara ilişkin görüşler" olup "korunaklı, hayatta kalmaya uygun ortamlar ve güvensiz ortamlar" alt temaları yer almaktadır.

Sonuç: Araştırmada kadınların çoğunluğu bebeklerin asla terk edilmemesi, başka seçenek yoksa da bulunma olasılığı ile güvenli ortamlara bırakılması yönünde görüş bildirdikleri sonuçları elde edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Bebek bakımı, Bebek ölümü, Ebelik, İstenmeyen doğumlar, İstenmeyen gebelikler

ABSTRACT

Background: The aim of the study is to examine the abandonment of unwanted babies and their views on abandoned environments.

Methods: The study was carried out in the Training-Research Hospital in 2018 using the mixed method. In the quantitative part of the study 200 and 25 women from these women were included in the qualitative part by purposeful sampling. Qualitative data of the study were obtained with the semi-structured interview form, and quantitative data were obtained with the questionnaire. Descriptive statistics, descriptive and content analysis were used in the analysis of the data obtained.

Results: In the quantitative part of the study, the opinions of women on the abandonment of babies; It was determined as annoying (13%), very sad (25%), not quitting (27%), angering (25%). Women are among the places that aren't suitable for leaving babies; they indicated places that could not be found (44.5%), garbage/nooks (37%), streets (16%). The first theme was "opinions about the abandonment of babies" and consisted of four sub-themes as "it is a sad situation, babies should not be abandoned, prevent it from happening and if necessary". The second theme of the study is "opinions about the environments where unwanted babies are abandoned" and there are sub-themes of "public institutions, environments suitable for survival and unsafe environments".

Conclusion: In the study, it was found that most women stated that babies should never be abandoned, that they should be left to safe environments with the possibility of finding other options.

Key words: Infant care, Infant mortality, Midwifery, Unwanted births, Unwanted pregnancies

☆Bu çalışma, 19-21 Nisan 2019 tarihlerinde Sivas Cumhuriyet Üniversitesi – 4 Eylül Kültür Merkezi'nde düzenlenen 6. Uluslararası 10. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

*Sorumlu Yazar: Ayşegül DÖNMEZ

Adres: İzmir Tınaztepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Ebelik Bölümü, İZMİR, TÜRKİYE

E-mail: aysegul.donmez@tinaztepe.edu.tr

Geliş Tarihi: 25.08.2022

Kabul Tarihi:19.09.2022

GİRİŞ

Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK), 2020 yılında 1 milyon 112 bin 859 bebeğin dünyaya geldiğini, 2021 ve 2019 yılında 10,770 (binde 9.1) bebeğin yaşamını yitirdiğini (TUİK, 2020) rapor etmiştir. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 sonuçları doğan bebeklerin %14.8'inin istenmeyen gebelikler sonucu olduğunu bildirmektedir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü "2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması". [TNSA], 2019). İstenmeyen gebelikler bebeklerde hastalık, istismar ve ölüm oranlarının artışına neden olabilir ve bazı bebekler istenmedikleri için terk edilmektedirler. Bu bebekler ölmesi için uygunsuz koşullara (boş arazi, çöp kutusu ve apartman boşluğu gibi) terk edildiği gibi başkalarının bulma ihtimalinin bulunduğu alanlara da (kapı önü, cami önü gibi) bırakılabilmektedirler (Karaçam, Sağlık, Öğüt, 2015; Abrahams ve ark., 2016; Baran, Koca, Karaçam, 2018). Bebeklerin terk edilmesi çok önemli bir ihmal ya da istismar suçudur (Hammond, Miller, Griffin, 2010). Ebelerin istenmeyen gebeliklerin önlenmesinin yanında istenmeyen bebeklerin korunmasında ve bu duruma bağlı gelişebilecek bebek hastalanma ve ölümlerin azaltılmasında önemli sorumlulukları bulunmaktadır (Resmî Gazete, 2014). Bu nedenlerle istenmeyen gebeliklerle karşılaşan kadınların bebek terki ve terk edilebilecek ortamlara ait görüşleri incelenmesi gereken değerli bir konudur.

Bebeklerin terk edilmesi, bebek ölümleri ile doğrudan ilişkili ve ihmal ya da istismar olarak tanımlanabilecek bir durumdur. Ancak bu durumun bebek ölüm nedenlerinin incelendiği çalışmalarda doğrudan bildirilmediği görülmekte ve bu tür ölüm nedenlerinin, diğer grubu içinde yer aldığı tahmin edilmektedir. Ülkemizde Demirel ve ark. (2013), tarafından yapılan bir çalışmada geç neonatal ölüm nedenleri arasında ihmal ya da istismarın da (%0.1) yer aldığı göstermişlerdir. Yine ülkemizde gazete haberlerini inceleyen iki çalışmada, 2013 ve 2014 yılları arasında 28 ve 2015 ve 2017 yılları arasında 59 bebeğin terk edildiği ve bu bebeklerin önemli bir bölümünün (38 bebek) ölü bulunduğu bildirilmiştir (Baran ve ark., 2018; Karaçam ve ark., 2018). Hindistan'da yapılan bir çalışmada, yaklaşık üç yıllık bir süre içinde bir hastanenin pediatri kliniğine 11 terk edilmiş bebek yatışı

yapıldığı, bu bebeklerin sekizinin kız olduğu ve hastanede kalış sürelerinin oldukça uzun olduğu rapor edilmiştir (Guha, Rail, Gupta, Mondal, 2019). Çin'de 1999-2014 yılları arasında meydana gelen bebek ölümlerine ilişkin yapılan otopsi sonuçlarının incelendiği bir çalışmada ise 173 bebekten dördünün terk edilmiş bebek olduğu ve yine bu bebeklerin büyük çoğunluğunun (3/4) kız cinsiyetinde olduğu bildirilmiştir (Deng, Wang, Zhou, Ren, Liu, 2019). Güney Afrika'da yapılan bir çalışmada da terk edilen bebekler arasında kız bebeklerin daha fazla olduğu belirtilmiştir (Abrahams ve ark., 2016).

Amerika'da bebeklerin terk edilmesinde "atılan bebekler/terk edilmiş bebek/yuvaya bırakılan bebekler" gibi farklı tanımlamalar kullanılmaktadır (U.S. Department of Health and Human Services [USDHHS], 2001). Terk edilen bebekler, emniyet, itfaiye ve hastanelerde çoğunlukla adli vaka olarak kaydedilmektedirler. Yuvaya bırakılan/terk edilen bebekler, genellikle hastaneye bırakılan bebekler için kullanılmaktadır. Bu bebekler bir yıl veya daha uzun zaman yuvada bakım altında tutulmaktadır. Atılan bebek tanımı ise güvensiz ortamlara terk edilmiş ve öldürülmüş bebekleri tanımlamaktadır (Mueller ve Sherr, 2009). Amerika'da da bebeklerin güvenli ortamlara bırakılmasını sağlamak ve buna bağlı bebek ölümlerini önlemek için "Safe Haven Lowes/Baby Moses" kanunları çıkarılmıştır (Kunkel, 2007; Friedman ve Resnick, 2009; Harding, 2009). Benzer şekilde Avrupa'daki bazı ülkelerde de "isimsiz doğum tercihi/baby hotches" yaklaşımları vardır (Friedman ve Resnick, 2009). Ülkemizde de çocukların korunmasına ait önemli yasal düzenlemeler bulunmaktadır ve genellikle hastaneler ile Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'na bağlı birimler bebeklerin güvenle bırakılabileceği mekanlar olarak gösterilmektedir (Resmî Gazete, 2005; Adalet Bakanlığı, 2013). Ebelerin çocuk sağlığının korunması, geliştirilmesi ve bebek ölümlerinin azaltılması konusunda önemli sorumlulukları bulunmaktadır (Resmî Gazete, 2014; Butler, Fullerton, Cheryl, 2018).

Literatür incelendiğinde terk edilmiş bebeklerin durumunu saptamaya ve yasal düzenlemelere ilişkin bazı

bilgilere rastlanmaktadır (Baran ve ark., 2018; Karaçam ve ark., 2015; Mueller ve Sherr, 2009; Friedman ve Resnick, 2009; Harding, 2009; Makhoul ve Ramboud, 2014). Ancak, kadınların istenmeyen bebeğini terk etmesi ve terk edilen ortamlara ait görüşlerini inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada, Türkiye'deki kültürel özellikleri de yansıtacak biçimde, kadınların bebeklerin terk edilmesi ve terk edilen ortamlara ilişkin görüşlerinin açığa çıkarılması hedeflenmiştir. Elde edilen bilgilerin istenmeyen bebeklerin sağlığının korunarak geliştirilmesine ve bu alandaki literatüre katkı sağlaması beklenmektedir.

Bu araştırmanın amacı, kadınların istenmeyen bebeklerin terk edilmesi ve terk edilen ortamlar ile ilgili görüşlerinin incelenmesidir. Bu amaç doğrultusunda çalışmada şu sorulara yanıt aranmıştır; (1) Kadınların istenmeyen bebeğin terk edilmesine ilişkin görüşleri nelerdir? (2) Kadınların istenmeyen bebeklerin terk edildiği ve zorunlu kaldığında bırakılabileceği ortamlara ilişkin görüşleri nelerdir?

YÖNTEM

Araştırma Tipi

Bu araştırma karma yöntem (nitel & nicel) ile Temmuz-Ağustos 2018 tarihleri arasında, bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılmıştır. Bu çalışmada, kadınların istenmeyen bebeklerin terk edilmesi ve terk edilen ortamlar ile ilgili görüşleri karma yöntem desenlerinden yakınsayan paralel desen ile incelenmiştir. Literatüre göre yakınsayan paralel desende, araştırmacı, nicel ve nitel aşamalarını eş zamanlı olarak uygulayabilir, yöntemlere eşit öncelik verir, çözümlemede birbirinden ayrı tutar ve genel yorumlama sırasında sonuçları birleştirebilir (Dede ve Demir, 2015; Yıldırım ve Şimşek, 2016). Bu nedenle nicel veriler anket tekniği ve nitel veriler bireysel derinlemesine görüşme tekniği ile elde edilmiştir.

İstenmeyen bebeklerin terk edilmesi ve terk edilen ortamlara yönelik yapılan niceliksel araştırma sonuçları kadınların konu hakkında görüşlerini açıklamada yetersiz kalabilmektedir. Bu nedenle niteliksel araştırma deseni kullanılarak yeni sonuçların saptanması ve kullanılması,

sorunun daha iyi algılanmasını ve yeni çözümlerin üretilmesini sağlayabilir.

Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırmanın bir Eğitim ve Araştırma Hastanesine doğum öncesi bakım hizmeti almak veya doğum yapmak üzere başvuran kadınlar ile yapılmıştır. Araştırmanın kantitatif bölümü gelişigüzel örnekleme yöntemi ile belirlenen 200 kadının katılımı ile yapılmıştır. Çalışmaya, araştırmaya katılmayı kabul eden, Türkçe konuşabilen ve anlayabilen kadınlar dâhil edilmiştir. Araştırmanın kalitatif bölümü amaçlı örnekleme yöntemi belirlenen 25 kadın ile gerçekleştirilmiştir. Literatürde, kalitatif araştırmaların örnekleminin, araştırma sorularına verilen yanıtların tekrarlamaya başlamasına göre belirlenebileceği (Erdoğan, Nahcivan, Esin, 2020) ve çoğunlukla 5–25 kişinin yeterli olduğu (Güler, Halıcıoğlu, Taşkın, 2013) bildirilmiştir. Verilerde maksimum çeşitlilik sağlamak için kadınların yaş, eğitim, gelir, sosyal güvence ve resmi nikâhın bulunması gibi özellikler dikkate alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Çalışma verilerinin toplanmasında, kantitatif veriler için soruların bulunduğu bir form ve kalitatif veriler için de yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Veriler; yüz yüze görüşme (kantitatif veriler için) ve yarı yapılandırılmış görüşme (kalitatif veriler için) teknikleri ile elde edilmiştir. Konuyla ilgili yapılan literatür taramasından sonra hazırlanan soru formunda, araştırmacılar tarafından istenmeyen gebeliği olan kadınların tanıtıcı ve obstetrik özellikleri (16 soru) ve bebeklerin terk edilmesi ve terk edildiği ortamlara ilişkin görüşlerini sorgulayan (açık uçlu 5 soru) toplam 21 soru bulunmaktadır. Yarı yapılandırılmış görüşme formu ise istenmeyen gebeliği olan kadınların bebeğin terk edilmesine, bebeklerin terk edildiği ve zorunlu kaldığında bırakılabileceği ortamlara ilişkin görüşlerini sorgulayan üç soru yer almıştır.

Bu formların kapsam geçerliği için kalitatif ve kantitatif araştırmalarda deneyimli iki uzmandan görüş alınmış ve önerileri doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Araştırma kurum izni alınmasından sonra, soru formlarının anlaşılabilirliği, uygulanabilirliğini geliştirmek ve görüşmenin standardizasyonunu sağlayabilmek amacıyla 10 kadın ile ön

uygulama yapılarak veri toplama araçları düzenlenmiştir. Ön uygulamada toplanan veriler analize dahil edilmemiştir.

Verilerin Toplanması

Veriler toplanırken öncelik olarak kadınlarla tanışılmış ve çalışma ile ilgili bilgilendirme yapılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınların sözlü ve yazılı onamları alındıktan sonra, yardımcı araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile soru formu doldurulmuştur. Soru formu doldurulduktan sonra kalitatif verilerin elde edilmesi için, maksimum çeşitlilik sağlanacak biçimde tespit edilen kadınlar ile yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak görüşmeler araştırmacıların bireysel mobil telefon ile kaydedilmiştir. Literatürde araştırma sorularına verilen yanıtların tekrarlamaya başlamasıyla (Erdoğan, Nahcivan, Esin, 2020) sonlandırılabilceğinin bildirilmesi ve bu çalışmada da yanıtların tekrarlamaya başlaması üzerine görüşmeler 25 kadın ile sonlandırılmıştır.

Araştırmanın verileri, kalitatif araştırma konusunda deneyimli birinci ve ikinci araştırmacıların kontrolünde, araştırma ve alanda mesleki deneyimi olan ebeler-yardımcı araştırmacılar (üçüncü, dördüncü ve beşinci) tarafından toplanmıştır. Araştırmacıların deneyimli olmaları ve eğitim özellikleri, kadınlar ile görüşme yapmalarını kolaylaştırabilir. Görüşme sırasında kadınların uygun olduğu zamana ve mahremiyetlerine dikkat edilmiş, görüşmeler kurum içerisinde uygun ve boş olan bir odada gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Etik Onayı: Bu çalışma araştırma ve yayım etiğine uygun olarak hazırlanmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için yerel etik kurul (Protokol no:2018/38) ve kurum izni alındı. Araştırmaya dâhil edilen kadınlara araştırma hakkında bilgi verildikten sonra, çalışmaya katılımları için davet edilerek, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

Verilerin Analizi: Çalışmadan elde edilen kantitatif verilerin analizi için SPSS 21 programı kullanıldı. Kantitatif verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler (ortalama/sayı/yüzde vb. gibi) kullanılmıştır. Kalitatif verilerin analizinde de betimleyici ve içerik analizi ile yapılmıştır. Kadınlar ile yapılan görüşmelerin çözümlemesinde, ses kayıtları Microsoft Word ortamında tüm kelimeler yazılarak 17

sayfadan oluşan ham veri dokümanı oluşturulmuştur. Kodlama sürecinde, ilk iki soru ile ilgili veriler birinci ve ikinci araştırmacılar tarafından bağımsız olarak kodlanmış ve kodlayıcılar arası uyum yüzdesi hesaplanmıştır. Literatürde araştırmanın iç güvenirliliğini sağlamak için uyum yüzdesi hesaplaması yapılması (26) ve bu oranın en az %70 olması önerilmektedir (Altunay ve Burak, 2017). Bu çalışmada, kodlamalardaki uyum yüzdesi; birinci soru için 0.71, ikinci soru için 0.77 ve toplam 0.74 olarak hesaplanmıştır. Daha sonra diğer araştırma soruları ile ilgili kodlamalar ikinci araştırmacı tarafından yapılmıştır. Kodlama süreci tamamlandıktan sonra, birinci ve ikinci araştırmacılar kodların uygunluğu hakkında görüş alış-verişinde bulunmuş, oluşturulan tema ve alt temalara son şekli verilmiştir.

BULGULAR

Bu araştırmada elde edilen bulgular sırayla nicel ve nitel veri sonuçları şeklinde verilmiştir. Literatüre göre yakınsayan paralel desende, araştırmacı, nicel ve nitel aşamalarını eş zamanlı olarak uygulayabilir, yöntemlere eşit öncelik verir, çözümlemede birbirinden ayrı tutar ve genel yorumlama sırasında sonuçları birleştirebilir (Dede ve Demir, 2015; Yıldırım ve Şimşek, 2016). Araştırmaya katılan kadınların nicel verilerinde yaş ortalaması 26.00±5.16 (aralık: 16-40) idi. Kadınlar ve eşlerinin çoğunun lise eğitim düzeyinde oldukları (sırası ile %66 ve %63.5), %89'unun gelir getiren bir işte çalışmadıkları, %6'sının gelir düzeyini giderinden daha az olarak tanımladıkları ve tamamının sosyal güvencesinin bulunduğu saptanmıştır. Kadınların %66'sının gebelik sayısının 2-3, %41.5'inin bir ve %29'unun 2-3 yaşayan çocuğa sahip oldukları görülmüştür. Çalışmada katılımcıların %10'u istenmeyen gebelik öyküsünün olduğunu; çok sayıda çocuk sahibi olma (%5; n=10), ekonomik sıkıntı (n=4), bekar olma (n=2) ve istenmeyen ilişki sonucu oluşan gebelik (n=4) nedenleriyle bu gebeliklerini istemediklerini bildirmişlerdir (Tablo 1).

Bu çalışmanın kantitatif bölümünde kadınlar istenmeyen bebeklerin terk edilmesi konusundaki görüşlerini genellikle "kesinlikle bırakılmamalı" (%27), "öfke yaratıcı"

Tablo 1. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri (n=200)

Özellikler		
Yaş, ortalama ± Standart sapma	26.00±5.162	
Eğitim durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Okur-yazar değil / okur-yazar	10	5.0
İlkokul/ Ortaokul	20	10.0
Lise	132	66.0
Ön lisans	11	5.5
Lisans ve lisansüstü	27	13.5
Eşin eğitim durumu		
İlkokul/ Ortaokul	24	12.0
Lise	127	63.5
Ön lisans	14	7.0
Lisans ve lisansüstü	35	17.5
Yaşadığı yer		
İl merkezi	182	91.0
İlçe merkezi ve köy	18	9.0
Çalışma durumu		
Ev hanımı	178	89.0
Gelir getiren bir işte çalışan	22	11.0
Algılanan gelir düzeyi		
Gelir gidere göre düşük	12	6.0
Gelir gider birbirine eşit ve gelir giderden fazla	188	94.0
Evlilik şekli		
Resmi nikâhlı	191	95.5
Resmi nikâhlı olmayan	9	4.5
Aile yapısı		
Geniş aile	15	7.5
Çekirdek	185	92.5
Gebelik sırasında karşılaşılan önemli olaylar		
Yok	193	96.5
Var (trafik kazası (2), taşınma (3), yakının ölümü (1), iş kaybı (1))	7	3.5
Hastanede bulunma sebebi		
Gebe izlemi	137	68.5
Doğum	63	31.5
En son gebeliğin istenme durumu		
Evet	180	90.0
Hayır	20	10.0
En son gebeliğin istenmeme nedeni (n= 20)		
Çok sayıda çocuk sahibi olma	10	50.0
Ekonomik sıkıntı	4	20.0
Bekar olma	2	10.0
İstenmeyen ilişki sonucu gebelik	4	20.0
Obstetrik öykü		
Gebelik sayısı ± Standart sapma	2.30±1.104	
Yaşayan çocuk sayısı ± Standart sapma	1.13±0.968	
Düşük sayısı ± Standart sapma	0.10±0.347	
Kürtaj sayısı ± Standart sapma	0.08±0.282	
Ölü doğum sayısı ± Standart sapma	0.02±0.140	

(%25), “çok üzücü” (%25) ve “sinir bozucu” (%13) şeklinde ifade etmişlerdir. Kadınlar bebeğini bırakmak zorunda olan ailenin nasıl davranması gerektiğiyle ilgili görüşlerini daha çok “bırakmamalılar” (%35), “bırakmamalılar bir yerlerden yardım alabilirler” (%33) ve “iyi bakılabileceği bir yere bıraksınlar” (%13.5) şeklinde ifade etmişlerdir. Bebeklerin bırakılmaması gereken yerler olarak ise, “bulunamayacak” (%44.5) ve “çöp / kuytu yerler” (%37) ve “sokak” (%16) gibi alanları belirtmişlerdir (Tablo 2).

Araştırmanın kalitatif bölümünde kadınlar ile yapılan derinlemesine görüşmede elde edilen verilerin analizi sonucunda iki tema elde edilmiştir. Birinci tema “bebeklerin terk edilmesi konusundaki görüşleri” olup “üzücü, bebekler terk edilmemeli, olması önleme ve gerekli ise olabilir” şeklinde

Tablo 2. Kadınların İstenmeyen Bebeklerin Terkedilmesi ve Terk Edildiği Yere İlişkin Görüşleri ile İlgili

Niceliksel Verileri (n=200)		
Görüşler	Sayı (n)	Yüzde (%)
İstenmeyen bebeklerin bırakılması hakkındaki görüşler		
Çok üzültüyorum	50	25.0
Kesinlikle bırakmamalılar	54	27.0
Böyle yapılmasına çok kızıyorum	50	25.0
Madem istemiyorlarmış korunsalarmış	14	7.0
Sinir bozucu bir durum	26	13.6
Bırakıp giden ailenin nasıl bir durumda olduğunu bilemeyiz	3	1.5
İstenmiyorsa bırakılması daha iyi olur	3	1.5
Bebegini bırakmak zorunda olan ailenin nasıl davranması hakkındaki görüşler		
Çocuğu bırakmamalılar	70	35.0
Çocuğu bırakmamalılar bir yerlerden yardım alabilirler	66	33.0
Çocuk esirgeme kurumuna bıraksınlar	23	11.5
Bebegi sahiplenecek bir aileye bıraksınlar	14	7.0
Çocuğun iyi bakılabileceği bir yere bıraksınlar	27	13.5
Bebeginden ayrılmak zorunda olan ailelerin bebeklerini nasıl bir yere bırakmamaları konusundaki görüşler		
Çöp/kuytu yerler	74	37.0
Bulunamayacak yerler	89	44.5
Sokak	32	16.0
Cami	2	1.0
Çocuk yuvası	3	1.5

dört alt temadan oluşmuştur (Tablo 3). Kadınların, konuya ilişkin görüşlerinden bazı alıntılar şöyledir;

“Üzücü bir durum. Haberlerde gördüğüm o çocuklar gerçekten insanın yüreğini parçalıyor. Böyle şeyler görmek istemezdim. İnsanlar daha dikkatli olmalı. Korunmayı bilmeliler. (K5)”

“O bebeği yapan anne babanın nasıl bir durum da olduğunu bilemeyiz. Kimse çocuğunu bırakıp gitmek istemez. Ne olursa olsun özellikle hiçbir anne bunu düşünemez. Kim bilir nasıl bir dert içindeler ki çocuklarını bırakıyorlar. Ne kadar üzücü olsa da çocuğunun daha iyi yerlerde olacağını biliyorsan bırakabilirsin bence. (K9).”

“Belli bir yorum yapamam. Sonuçta o ailenin seçimi. Ama bana göre çocuk herhangi bir yere bırakılmamalı kesinlikle. Ben kendi çocuklarımı hiçbir şekilde bırakmam. Onlardan ayrılamam. Nasıl bu aileler çocuklarını bırakabiliyorlar hiç anlayamadım anlayamayacağım da. (K21)”

Çalışmanın ikinci teması “istenmeyen bebeklerin terk edildiği ortamlara ilişkin görüşler” oluşturmuştur. Bu tema altında “Korunaklı, hayatta kalmaya uygun ve güvensiz” temaları yer almaktadır. Bu alt temalara ilişkin başlangıç kodları Tablo 3’te verilmiştir. Kadınların bu konudaki bazı ifadeleri şunlardır:

“Bebekleri sokağa atacaklarına çocuk esirgeme kurumuna başvursunlar. Bu tarz kadınlara ve çocuklara yönelik bir sürü kuruluş var. Herhangi birine başvurabilirler. Durumu iyi olan

Tablo 3. Kadınların İstenmeyen Bebeklerin Terkedilmesi ve Terk Edildiği Yere İlişkin Görüşleri ile İlgili Niteliksel Verileri (n=25)

Temalar	Alt temalar	Kodlar	n
Bebeklerin terkedilmesi konusundaki görüşler	Üzücü	Çok üzücü bir durum (n=10), yüreğim dayanmazdı bırakmaya (n=1), bebek için ne kadar acı (n=1) böyle bebekleri kurtarmak için bir şeyler yapılmalı (n=1), artmış olması çok sinir bozucu (n=1), duyduğuca içim acıyor (n=1), ona zarar gelmemesi ilk düşüneceğin şey olmalı (n=1)	16
	Terk edilmemeli	Bırakılmasın (n=2), başkasına ya da bir yere bırakamazsın (n=3), kabul edemediğim bir davranış (n=4), olmaması lazım/karşıyım (n=4) kızıyorum/sinirleniyorum (n=4), doğuruyorlar sonra bırakıp gidiyorlar (n=1), kızıyorum (n=1), yaptınız çocuğu kabul etmek zorundasınız (n=2), çocuk anne babasının yanından ayrılmasını (n=2)	23
	Gerekli ise olabilir	Onların tercihi/ailenin seçimi (n=3), kim bilir nasıl bir dert içindeler ki çocuklarını bırakıyorlar (n=1), gerektiği durumlar olabilir (n=1), daha iyi yerlerde olacağını biliyorsan bırakabilirsin (n=1), daha iyi yaşmaları için verilmeli (n=1), sokağa atmak demek değil (n=1), istenmeyen çocuklar onları daha çok sevecek başka ailelere verilmeli (n=1), bebeği kurtarmak için onu bırakmalısın (n=1)	10
	Olmasını önleme	İstemiyorlarsa korunsunlar (n=7)	7
İstenmeyen bebeklerin bırakıldığı ortamlara ilişkin görüşler	Güvensiz	Sokağa/yardıma edilemeyecek kötü koşullara terk edilmesi (n=12), yaşayabileceği yerler değil (n=2), sağa sola atılan çocuklar (n=3), ölebileceği yerler (n=5) hayatını kaybedenler de var (n=1), resmen ölüme terk (n=3), çok tehlikeli (n=1), güvenli ortam değil (n=2), bıraktıkları yerler içler acısı (n=1), çirkin, kirli yerler (n=1), bilinçsiz ailelerin çocukları ama başka yerlerde sürünüyor (n=1), çocuk yuvası haberi de görüyoruz bir sürü (n=1), yol kenarlarında, orda burada (n=1), saçma sapan yerlere (n=1)	35
	Koronaklı	Herhangi bir yere çocuk esirgeme kurumuna (n=2), çocuk yuvasına verebilirler (n=1), hastane, karakol, çocuk esirgeme gibi yerlere bırakılanlar biraz daha şanslı (n=2), hastanede atılır gibi bırakılan çocuklar (n=1), devletin daha çok çalışma yürütmesi (n=1), devlet himayesine (n=1)	8
	Hayatta kalmaya uygun	Çocuk isteyen insanlara bırakabilirler (n=4), daha iyi bir ortam sağlanması (n=2), güvende olacakları yerlere bırakınsınlar (n=3), başka bir aileye verseler (n=1), daha iyi bakılacak eğitimlerinin daha güzel ilerleyeceği yerlere bırakılmalı (n=1), ailesiz büyümek bir çocuk için çok zor / hiçbir şey ailenin yanında gibi olmaz (n=1), aileler bilinçliyse çocuğa en uygun yeri buluyor (n=1), çoğu bebek kurtarılabilir ve iyi şartlarda bakılıyor (n=1), ortak bir çözüm bulunmalı (n=1), anne şefkatinin gösterildiği yerlere götürülmeliler (n=1)	16

çocukları olmayan çocuk isteyen insanlara bırakabilirler. (K3)

“Ben kendim istenmeyen bir gebelik sonucu doğmuş birisiyim. Ailem beni çocuğu olmayan ve çok fazla çocuk isteyen bir aileye vermiş. Bence hayatım daha güzel geçemezdi. Böyle istenmeyen çocuklar onları daha çok sevecek başka ailelere verilmeli bence. (K13)”

“Ne kadar üzücü şeyler bence. Çok üzülüyorum o bebeklere. Bir de fazlasıyla bilinçsiz insanların elindeyse kim bilir nerelere düşecek o bebek. Böyle bebekleri kurtarmak için bir şeyler yapılmalı. (K25)”

TARTIŞMA

Kadınların istenmeyen bebeklerin terk edilmesi ile terk edilen ortamlara ait görüşlerinin incelenmesi amacı ile karma yöntem kullanılarak yapılan bu araştırmada, kadınların çoğunluğunun bebeklerin kesinlikle terk edilmemesi gerektiği, böyle bir durumla karşılaşıldığında ise bulunabileceği ve güvende olabileceği yerlere bırakılması gerektiği görüşlerinde oldukları belirlenmiştir. Bu sonuçlar ülkemizin batı bölgesinde ve büyük şehirde yaşayan kadınların bu konuya ilişkin görüşlerine bir örnek oluşturması bakımından değerlidir.

Çalışmamızdaki kadınlarda istenmeyen gebelik oranının TNSA 2013 ve 2018 yılı sonuçlarına göre daha az olduğu (%10'a karşı %12.5 ve %14.8) görülmüştür (Makhoulouf ve Ramboud, 2014; TNSA, 2019). Ulusal verilerimizde istenmeyen gebelik oranlarının artış eğiliminde olması dikkat çekmektedir. Yine son yıllarda Ankara (İşcan, İşcan, Koç,

Karçaaltıncaba, 2018) ve Konya'da (Dikmen ve Çankaya, 2018) yapılan çalışmalarda da bu oran daha yüksek olarak (sırası ile %20.3 ve %24) rapor edilmiştir. Bu sonuçlar istenmeyen gebelik oranlarının bölgesel yapılan çalışmaların örneklem özelliklerine göre değişebileceğini ve giderek artmakta olduğunu göstermesi bakımından önemlidir. Ayrıca bizim çalışmamızda istenmeyen gebelik oranının daha düşük olması, çalışmanın ülkenin batı bölgesinde yapılması ve katılımcıların eğitim düzeyleri ve etkili aile planlaması kullanım oranlarının daha yüksek olması ile ilişkili olabilir.

Bu çalışmada kadınların istenmeyen bebeklerin terk edilmesini “üzücü, öfke yaratıcı ve sinir bozucu bir durum” olarak tanımladıkları ve bebeklerin terk edilmemesi, böyle durumun gelişmemesi için koruyucu önlemlerin alınması ve ancak yine de bazen gerekli olabileceği görüşlerinde oldukları saptanmıştır. Literatürde bu konuda karşılaştırma yapılabilecek herhangi bir bilgi bulunamamıştır. Bu sonuç konu ile ilgili daha fazla araştırma yapılması gereğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamıza katılan kadınlar, bebeklerin bulunamayacak ve çöp/kuytu yerler ve sokaklar gibi güvensiz ortamlara bırakılmaması gerektiğini, bunun yerine kamu kurumları ve hayatta kalmaya uygun ortamlara bırakılabileceği görüşlerinde oldukları belirlenmiştir. Güney Afrika'da yapılan bir çalışma da kadınların bu görüşlerini desteklemiş ve terk edilen bebeklerin genellikle çöp, çöplük ve kumsal alanlara atıldığını rapor etmiştir (Abrahams ve ark., 2016). Ülkemizde yapılan bir çalışmada kadınların gebeliklerini aile bireylerinden saklamak (%78) gibi sosyal nedenlere bağlı

hastanede bırakmak istedikleri bildirilmiştir (Yücel ve ark., 2020). Malezya'da Razali ve ark (2014)'nın çalışmasında bebeklerin çöplük (%8.9), ibadethane yakınları (%7.5), nehir, gölet veya plaj (%7.0), yol kenarı (%9.1) gibi güvenli olmayan alanlara terk edildiği bildirilmiştir. İngiltere'de yapılan bir çalışmada da terkedilen bebeklerin %77.4'ünün yenidoğan olduğu ve bu bebeklerin %78.1'inin güvenli olmayan dış alanlara terk edildiği bildirilmiştir (Mueller ve Sherr, 2009). Bu sonuçlara dayalı olarak, kadınlara ve topluma gerekli bilgilendirme yapılırsa, istenmeyen bebeklerin korunmasına katkı oluşturulabileceği söylenebilir.

Bu çalışmada kadınların bebeklerin terkedilmesi konusundaki görüşlerinde önemli bir kısmı çok üzüldüğünü ve kesinlikle bırakmaması gerektiğini ifade etmişlerdir. Ülkemizde terk edilen bebeklerin annelerinin özelliklerinin incelendiği bir çalışmada ise kadınların bebeklerini ekonomik ve/veya sosyal zorunluluk nedenleriyle üzülmeye sosyal koruma altına verdikleri ve bazılarının da koşullarını iyileştirdikleri zaman geri alma istediğinde oldukları belirtilmiştir (Donmez, Gencay, Karaçam, 2021). Malezya'da yapılan bir çalışmada da 18 yaş altında, öğrenci ve işsiz olan bireylerin, istemedikleri halde uygun koşullara sahip olamadıkları için bebeklerini terk etmek durumunda kaldıkları rapor edilmiştir (Razali, Kirkman, Ahmad, Fisher, 2014). Bu sonuçlara göre özellikle düşük sosyo-ekonomik durum, küçük yaş ve işsizlik gibi bazı zorunlulukların doğum sonu bebeklerin terk edilmesinde etkili olabileceği söylenebilir. Bu nedenle ebelerin, sağlık hizmeti sunumu sırasında karşılaşılabilecekleri benzer durumlarda bebeğin koruma altına alınabileceği güvenli ortam seçeneklerini değerlendirmeleri ve yasal süreçte görev almaları önemlidir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmaya alınan kadınlar olasılıksız örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Bu nedenle elde edilen veriler ile genelleme yapılamaz ve sadece bu çalışmaya katılan kadınları temsil edebilir. Ayrıca araştırma sonuçları, veri toplama dönemine ilişkin verileri sunmaktadır ve zamana bağlı olarak değişiklik gösterebilir. İlave olarak araştırmanın “kadınların istenmeyen bebeklerin terk edilmesi konusundaki görüşleri” konusundaki sonuçlarının benzer çalışma bulguları ile

karşılaştırılamaması, çalışmadan elde edilen sonuçlarının tutarlılık ve dış geçerliğinin gösterilememesine neden olmuştur.

SONUÇ

Bu çalışmada kadınların görüşlerinin çoğunlukla “bebeklerin kesinlikle terk edilmemesi, olacaksa da bulunabileceği ve güvende olabileceği yerlere olması gerektiği” sonuçlarına varılmıştır. Konuya ilişkin bakım hizmetlerinin planlanması ve sunumunda bu bilgilerden yararlanılabilir. Bu bağlamda ebelerin mevcut yasal düzenlemeleri ve bebeklerin güvenli terk edilebileceği ortamları bilmeleri gerekmektedir. Ebeler doğum öncesi bakım ve toplum sağlığı çalışmaları sırasında istenmeyen gebelik konusuna özel hassasiyet göstermelidirler. Ebeler etkili aile planlaması hizmetleri ile istenmeyen gebelikleri önleyebilir, oluştuğunda ise bu durumu yüksek riskli gebelik olarak yakın izlem ve bakıma alabilir. Kadınların ve toplumun istismara uğrayan, küçük yaşta, istenmeyen ve evlilik dışı gebelikler, düşük sosyo-ekonomik durum, öğrenci olma, işsizlik ve madde kullanımı gibi bebeklerini terk etme olasılığı yüksek olan riskli gruplar hakkında ve bebeklerin güvenli bırakılabileceği kamu kurumları konusunda bilgilendirilmesi sağlanarak bebek sağlığı geliştirilebilir ve bebek ölümleri azaltılabilir. Ayrıca bu konudaki araştırmalara kaynak oluşturabilecek ve toplumsal hizmet sunumunu geliştirebilecek daha kapsamlı nicel ve nitel araştırmaların yapılması önerilebilir.

Bu çalışmada elde edilen bilgilerle yüksek riskli birey ve ailelerin tespiti, koruyucu önlemlerin alınması, bu kadınların yaşadığı sorunlarının çözümüne yönelik hizmetlerin planlanması ve geliştirilmesine katkı sağlanabilir. Ayrıca ebelerin hizmet sunumu sırasında kadınların özgeçmişini detaylı bir şekilde sorgulamaları, evlilik ve/veya gebelik öykülerini alırken istismar olasılığına karşın kapsamlı değerlendirme yapmaları ve yapılması gerekenlere karşın hazırlıklı olmaları önemlidir. Yerel yönetim ve Sivil Toplum Kuruluşları'nın, yenidoğan bebeklerin sosyal koruma altına alınması konusunda toplumsal farkındalığın artırılması için eğitimler yapmaları gerekmektedir. Ebe ve ebe eğitimciler örgün ve yaygın eğitim programlarında bu konuya da yer

vererek diğer sağlık çalışanları ile toplumda konuya ilişkin farkındalık geliştirilmesine katkı sağlayabilirler. Sağlık yöneticileri ve politikacıları da bebeğini terk etme riski olan grupların önlenmesini, azaltılmasını ve saptanmasını sağlayabilecek programlar oluşturabilir, danışmanlık ve destek hizmetlerinin sunumuna ilişkin yasal düzenleme yapılmasını sağlayabilirler.

Teşekkür

Çalışmamıza katılan kadınlar ile çalışmanın yapıldığı sağlık kurumunun yönetici ve çalışanlarına katkılarından dolayı teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Abrahams, N., Mathews, S., Martin L.J., Lombard, C., Nannan, N., Jewkes, R. (2016). Gender differences in homicide of neonates, infants, and children under 5 y in South Africa: Results from the Cross-Sectional. *National Child Homicide Study*. *PLOS Medicine*, 13(4),1-15.
2. Adalet Bakanlığı (2013). Türkiye Adalet Akademisi Hâkimler ve Savcılar Yüksek Kurulu Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, UNICEF Türkiye. Çocuk Adalet Sistemi Çalışanları Eğitim Programı Ulusal Çocuk Mevzuatı. Retrieved from <https://www.unicef.org/turkey/media/5391/file>
3. Altunay, E., Burak, A. (2017) Eğitim sisteminde değişimlerin ve reformların kalitatifleri bağlamında okul yöneticilerinin görüşlerinin incelenmesi. Eğitim Yönetimi Araştırmaları (eBook). PEGEM Akademi.
4. Baran, C., Koca, E., Karaçam, Z. (2018). Gazetelerde yayımlanan terkedilmiş bebek haberlerinin incelenmesi. 5. Uluslararası ve 9. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi Bildiri Özet Kitapçığı.
5. Butler, M.M., J.T. Fullerton, Cheryl, A. (2018). Competence for basic midwifery practice: updating the ICM Essential Competencies. *Midwifery*. 66,168-175. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30193133/>
6. Bütün, M., Demir, S.B. (2016). Kalitatif araştırma yöntemleri. Ankara: Siyasal Kitabevi.
7. Dede, Y., Demir, S.B. (2015). Karma yöntem araştırmaları tasarımı ve yürütülmesi. Ankara: Anı Yayıncılık.
8. Demirel, G., Tezel, B., Özbaş, S., Oğuz, S.S., Erdeve, Ö., Uras, N., et al. Rapid decrease of neonatal mortality in Turkey. *Matern Child Health J*, 17(7), 1215-21.
9. Deng, Y., Wang, R., Zhou, X., Ren, L., Liu, L. (2019). Fetal, neonatal, and infant death in central China (Hubei): A 16-year retrospective study of forensic autopsy cases. *Medicine (Baltimore)*. 98(23), 1-6.
10. Dikmen, H.A., Çankaya, S. (2018). Maternal obezitenin prenatal bağlanma üzerine etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 9(2), 118-123.
11. Donmez, A., Gencay, S.K., Karaçam, Z. (2021). Socio demographic characteristics of women who leave their babies to social services after giving birth in Turkey. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*. 8(3), 145-154.
12. Erdoğan, S., Nahcivan, N., Esin, M.N. (2020). Hemşirelikte araştırma: süreç, uygulama ve kritik. Nobel Tıp Kitabevleri.
13. Friedman, S., Resnick, P.J. (2009). Neonaticide: Phenomenology and considerations for prevention. *International Journal of Law and Psychiatry*. 32(1), 43-7.
14. Guha, A., Rail, A., Gupta, D., Mondal, R. (2019). Abandoned babies at tertiary care rural medical college hospital: The Indian Scenarios. *Indian J Pediatr*. 86(4), 335-339.
15. Güler, A., Halıcıoğlu, M.B., Taşkın, S. (2013). Sosyal bilimlerde kalitatif araştırma yöntemleri. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
16. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü "2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması". Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara: 2014. 345 p.
17. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Daire Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara.
18. Hammond, M., Miller, M.K., Griffin, T. (2010). Safe haven laws as crime control theater. *Child Abuse & Neglect*. 34(7), 545-52.
19. Harding, A. (2009). Safe Haven Laws. *J Emerg Nurs*. 35(4), 352-3.
20. İşcan, G., İşcan, S.C., Koç, E.M., Karçaaltıncaba, D. (2018). Sosyodemografik ve obstetrik özelliklerin gebelik depresyonuna etkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fak Dergisi*. 25(4), 429-435.
21. Karaçam, Z., Sağlık, M., Ögüt, D. (2015). Gazetelerde yayımlanan bebek ölüm ve istismar haberlerinin incelenmesi. *Florence Nightingale Journal of Nursing*. 23(3); 185-194.
22. Kunkel, K.A. (2007). Safe-Haven laws focus on abandoned newborns and their mothers. *Journal of Pediatric Nursing*. 22(5), 397-401.
23. Makhlof, F., Ramboud, C. (2014). Child homicide and neglect in France: 1991-2008. *Child Abuse & Neglect*. 38(1), 37-41.
24. Mueller, J., Sherr, L. (2009). Abandoned babies and absent policies. *Health Policy*. 93(2-3), 157-64.
25. Razali, S., Kirkman, M., Ahmad, S.H., Fisher, J. (2014). Infanticide and illegal infant abandonment in Malaysia. *Child Abuse & Neglect*. 38(10), 1715-1724.
26. Resmî Gazete. (2005). Çocuk Koruma Kanunu. Kanun No. 5395. Retrieved from www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/07/20050715-1.htm
27. Resmî Gazete. (2014). Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik. Sayı: 29007. Retrieved from: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140522-14.htm>
28. Türkiye İstatistik Kurumu. (2021). 2020 Doğum İstatistikleri. Retrieved from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2020-37229>
29. Türkiye İstatistik Kurumu. (2020). İstatistiklerle Çocuk. Retrieved from https://www.tuik.gov.tr/media/announcements/istatistiklerle_cocuk_2020.pdf
30. U.S. Department of Health and Human Services. (2001). 1998 National estimates of the number of boarder babies, abandoned infants, and discarded infants. Washington, DC: Government Printing Office.
31. Yıldırım, A., Şimşek, H. (2016). Sosyal bilimlerde kalitatif araştırma yöntemleri. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

-
32. Yücel, H., Demirel, N., Baş, A., Ulubaş, Işık, D., Kulalı, F., Mollamahmutoğlu, L., Duyan, Çamurdan, A.A. (2020). Sociodemographic analysis of mothers who abandoned their newborn babies: A single-center study. Turkish Journal of Pediatric Disease. 1-5.



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

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

e-ISSN:2636-8439

DOI: <https://doi.org/10.54189/hbd.1140587>

Orijinal Araştırma

Öğrenci Hemşirelerin Siber Zorbalık Durumlarının ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Examination of Cyber Bullying Status and Affecting Factors of Nursing Students

Ege Miray TOPCU ^a, Merve UĞURYOL ÜNAL ^b, Gönül ÖZGÜR ^c, Eda POLAT ^d

^a Arş. Gör., Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İZMİR, TÜRKİYE

^b Arş. Gör., Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İZMİR, TÜRKİYE

^c Prof. Dr., (Emekli Öğretim Üyesi)

^d Hemşire, Bursa Şehir Hastanesi, BURSA, TÜRKİYE

ÖZET

Amaç: Araştırma hemşirelik öğrencilerinin siber zorbalık durumunu saptamak ve ilişkili faktörleri incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı desende planlanan araştırma 2018-2019 öğretim yılında İzmir ilinde yer alan bir hemşirelik fakültesinde öğrenim görmekte olan 292 öğrenciyle yürütülmüştür. Veriler "Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Siber Zorbalık Ölçeği" ile toplanmıştır. Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde, "Mann Whitney U Testi", "Spearman Korelasyonu" ve "Kruskal Wallis Testi" kullanılmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin Siber Zorbalık Ölçeği toplam puanlarının ortalaması 27.10±7.64 dür. Öğrencilerin siber zorbalık yapma durumu düşük bulunmuştur. Araştırma bulguları öğrencilerin SZÖ puan ortalaması ile cinsiyet, internet kullanım süresi, internet kullanım davranışları ve algılanan okul başarısı arasında anlamlı istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır(p<0.05).

Sonuç: Araştırmada hemşirelik öğrencileri arasında siber zorbalığın düşük düzeyde görüldüğü, erkeklerin kadınlara göre daha çok siber zorbalık davranışı gösterdiği ve internet kullanımının öncelikle dikkate alınması gerektiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Zorbalık, siber zorbalık, öğrenci hemşire

ABSTRACT

Aim: The research was conducted to determine the cyberbullying status of nursing students and to examine the related factors.

Material and Methods: The study planned in a descriptive design, was conducted with 292 students studying at a nursing faculty in Izmir in the 2018-2019 academic year. The data were collected with the "Descriptive Information Form" and the "Cyberbullying Scale". "Mann Whitney U Test", "Spearman Correlation" and "Kruskal Wallis Test" were used to analyze the data obtained from the study.

Results: The average of the students' Cyber Bulling Scale total scores is 27.10±7.64. The students' cyberbullying status was found to be low. Study findings found a significant relationship between students' CBS score average and internet usage time. And show that there is a statistically significant difference between students' SCI scores and gender, internet usage behaviors and perceived school success (p<0.05).

Conclusion: In the study, it was concluded that cyberbullying was seen at a low level among nursing students, males showed more cyberbullying behavior than females, and internet use should be taken into consideration first.

Keywords: Bullying, cyberbullying, nursing student

☆ Bu çalışma VI. Uluslararası X. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur.

*Sorumlu Yazar: Ege Miray TOPCU

Adres: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, TÜRKİYE

e-posta: ege.miray.evrenci@gmail.com

Geliş tarihi: 05.07.2022

Kabul tarihi: 02.02.2023

GİRİŞ

“Çevrim içi zorbalık”, “dijital zorbalık”, “elektronik zorbalık”, “sanal zorbalık” veya “internet zorbalığı” olarak da adlandırılan siber zorbalık bilgisayar, televizyon, cep telefonu gibi sanal iletişimin gerçekleştirildiği araçlar yoluyla kasıtlı ve tekrarlı olarak yapılan, karşıdaki bireye zarar vermeyi amaçlayan davranışların tümüdür (Korkmaz, 2016; Küçük, İnanıcı ve Ziyalar 2017). Siber zorbalık davranışı, gelişen teknoloji ile birlikte sanal iletişim platformlarının daha çok tercih edilmesinin bir sonucu olarak düşünülmektedir.

Siber zorbalık davranışının her yaş grubunda görülmekle birlikte en sık gençlerde görüldüğü bildirilmiştir (Kokmaz, 2016). Siber zorbalığın gençler arasında yaygın olarak görülmesinin nedenlerinden biri gençlerin çevrim içi ortamları diğer yaş gruplarına göre daha sık kullanmasıdır (Dursun, Gökçe ve Aytaç 2020).

Yapılan araştırmalar, siber zorbalık eylemlerinin en sık anlık mesajlaşma, sohbet odaları ve e-posta aracılığı ile gerçekleştiğini ortaya koymuştur. Araştırmalarda bireylerin sohbet odalarından birbirini atma, görüşme esnasında görüntü kaydı alma ya da karşıdakine fark ettirmeden başkalarına izletme gibi davranışlar yaptıkları bildirilmiştir (Alanoğlu ve Karabatak, 2020). Bununla birlikte sosyal paylaşım ağlarını sık kullanmak siber zorbalığa uğrama riskini de artırmaktadır (Akça ve Sayıver, 2017). Sosyal paylaşım ortamlarında zaman ve mekân kavramının olmaması, fiziksel bir güç gerektirmemesi, hedefe kolayca ulaşılma ve etki gücünün yüksek olması siber zorbalık davranışını tetiklemektedir (Dinç 2020). Karşı tarafı taciz etme, küçük düşürme, tehdit etmeyi amaçlayan bu davranış biçimi, zorbanın sanal ortamda tespitinin zor olması, kimliğinin saklı kalması, ebeveyn ve ailelerin duruma müdahalelerinin güç olması, mağdurun uğradığı zararın görülebilmesi ve yapılan davranışın sanal ortamda kalacağı düşüncesi siber zorbalık durumunu yaygınlaştırmaktadır (Dursun ve ark., 2020; Kokmaz, 2016).

Siber zorbalığın yaygınlaşması birçok sorunu da beraberinde getirmektedir. Siber zorbalık davranışının psikolojik, duygusal ve sosyal açıdan pek çok etkisi bulunmaktadır (Yiğit, Keskin ve Yurdagül 2018). Üzüntü hali, yoğun stres yaşama, değersizlik duyguları gibi psikolojik

etkileri; benlik saygısının azalması, çatışmalı akran ilişkileri, başkalarına karşı güvensizlik, arkadaşlık ilişkilerinde güçlük yaşama gibi sosyal etkileri; okuldan uzaklaşma, ders başarısının düşmesi gibi akademik etkileri bulunmaktadır (Kokmaz, 2016). Uzun dönem siber zorbalığa maruz kalan bireylerin korku, öfke, depresyon, intihar düşünceleri, anksiyete, uyku güçlükleri, madde kötüye kullanımı gibi psikolojik sorunlar; karm ağrısı, baş ağrısı gibi de fiziksel sorunlar yaşadıkları bildirilmiştir (Dorol-Beauroy-Eustache ve Mishara 2021; Ortega-Baron, Buelga, Ayllon, Matinez-Ferrer ve Cava 2019; Selkie, Fales ve Moreno 2016; Uluçay ve Melek, 2017). Yine bireylerin okul başarısındaki düşüş, okulu bırakma gibi olumsuz etkilere yol açabilmektedir (Johnson ve ark., 2016).

Literatür incelendiğinde siber zorbalık ile ilgili yapılmış birçok çalışma bulunmaktadır. Çalışmalar özellikle ergenler üzerinde yapılmış olup (Ünver ve Koç, 2017; Yazar, 2019), “siber zorbalığın etkileri”, “iyi oluş” (Ünver ve Koç, 2017), “benlik saygısı” (Aydın, 2019), “riskli internet davranışları” (Ünver ve Koç, 2017), “mağduriyet” (Taştekin ve Bayhan, 2018) gibi kavramlar incelenmiştir. Yapılan çalışmalarda siber zorbalığı önlemek için gerçekleştirilen girişimlerin; konu ile ilgili eğitim, medya okuryazarlığı hakkında bilgilendirme, hukuksal haklar ile ilgili farkındalık sağlama gibi kavramların olduğu dikkat çekmektedir (Dursun ve ark., 2020). Topcu-Uzer ve Tanrıku’nun (2017) Türkiye’de siber zorbalığa yönelik bilimsel kanıt niteliği taşıyan önleme programlarını araştırdıkları çalışmada, siber zorbalığa karşı duyarlılık geliştirme programı (Nedim-Bal ve Kahraman, 2015), insani değerler yönelimli psiko-eğitim programı (Peker ve İskender, 2015), gerçeklik terapisi yönelimli bir müdahale programı (Tanrıku 2013) olduğunu bildirmişlerdir.

Gençler arasında yaygın olduğu görülen, günümüzde örgün lisans eğitiminin bile sanal iletişim araçları aracılığı ile yürütüldüğü düşünüldüğünde, siber zorbalık kavramı ve etkileyen faktörlerin incelenmesi daha da önem kazanmıştır. Üniversite öğrencileri yaşları gereği fizyolojik, psikososyal ve mesleki pek çok krizi eş zamanlı deneyimleyen bir gruptur. Bu grubun hemşirelik öğrencisi olması, aynı zamanda aldıkları akademik eğitim sonucunda bireysel ve hasta hakları

savunuculuğu gibi yükümlülükleri de beraberinde getirmektedir. Hemşirelik mesleğinin temelinde yer alan iletişimin ve bakımın günümüzün teknolojik gelişmeleri ile sanal ortamlara taşınması kaçınılmaz olacaktır. Çağın getirileri göz önüne alındığında, lisans eğitim müfredatlarında siber zorbalık konusunun teorik çatisını gören hemşirelik öğrencilerinin, kendileri ile ilgili farkındalık geliştirebilmeleri ve çalışma yaşamlarında siber zorbalığın yordayıcılarına yönelik müdahale etmede değişim ajanları olabilmeleri için bu araştırmanın kazandıracığı verilerin önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada hemşirelik öğrencilerinin siber zorbalık durumunu saptamak ve ilişkili faktörleri incelemek amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Türü

Araştırma, ülkenin batısında yer alan bir Hemşirelik Fakültesi'nde öğrenim görmekte olan öğrencilerin siber zorbalıkla ilgili durumunu saptamak ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla tanımlayıcı-kesitsel desende planlanmıştır.

Araştırmanın Soruları

Araştırma, "Lisans düzeyi hemşirelik öğrencilerinde siber zorbalık durumu nedir?", "Öğrencilerin tanıtıcı bilgileri ile siber zorbalık durumları arasında bir ilişki var mıdır?", "Öğrencilerin internet kullanım özellikleri ile siber zorbalık durumları arasında bir ilişki var mıdır?" soruları kapsamında yürütülmüştür.

Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırma kapsamında ülkenin batısında yer alan bir Hemşirelik Fakültesi, 2018-2019 Öğretim yılına kayıtlı öğrencilerinin tamamı evren olarak belirlenmiştir (N=1200). Araştırma örnekleme, evreni bilinen örneklem hesabı formülü kullanılarak 292 olarak belirlenmiş olup (Şekil 1), tabakalı örneklem belirleme yöntemi ile sınıfların tabakalandırılmasıyla belirlenmiştir. Birinci sınıf öğrencilerinden 78, ikinci sınıf öğrencilerinden 71, üçüncü

sınıf öğrencilerinden 76 ve son olarak dördüncü sınıf öğrencilerinden 67 öğrencidir (n=292) (Tablo 1). Araştırmaya, öğrenim süreçleri aktif devam eden, katılmaya gönüllü olan ve veri toplama formlarını eksiksiz tamamlayan öğrenciler dahil edilmiştir. 48 öğrenci katılmaya gönüllü olmadığını belirtmiş, sekiz fo

$$n = \frac{N t^2 p q}{d^2(N-1) + t^2 p q}$$

edilmemiştir.

Şekil 1. Evreni Bilinen Örneklem Hesabı Formülü

(t=1.96, p=0.5, q=0.5, d=0.05)

Dâhil Edilme Kriterleri

Araştırmaya, gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve veri toplama formlarını eksiksiz dolduran öğrenciler dâhil edilmiştir (n=292).

Dışlama Kriterleri

Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen ve veri toplama formlarını eksik dolduran öğrenciler dahil edilmemiştir.

Veri Toplama Araçları

Araştırma kapsamında siber zorbalığı değerlendirmek amacıyla "Siber Zorbalık Ölçeği (SZÖ)" (Arıcak, Kınay ve Tanrıku 2012), etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla ise araştırmacılar tarafından literatür desteği ile hazırlanan "Öğrenci Tanıtıcı Bilgi Formu" kullanılmıştır (Akbiyık ve Kestel, 2016; Küçükaya, Süt ve Aslan 2019; Ünver ve Koç, 2017).

Tanıtıcı Bilgi Formu: Tanıtıcı bilgi formu, yaş, cinsiyet, sınıf, aile yapısı, yaşanan ortam, algılanan aile tutumu ve akademik başarı durumu (7 soru) ve öğrencilerin internet kullanımı ile ilgili, boş zamanın değerlendirilme biçimi, internetin kullanım aracı, internet kullanım süresi, internet kullanım amacı, internet ortamında rahatsız edildiğinde verdiği tepki ve internet kullanımının okul başarısına algılanan etkisini (6 soru) kapsayan toplam 13 sorudan oluşmuştur.

Siber Zorbalık Ölçeği (SZÖ): Siber Zorbalık Ölçeği, Arıcak ve arkadaşları tarafından 2012 yılında, katılımcıların siber zorbalık yapma durumlarını belirlemek geliştirilmiştir. Ölçek, 24 maddeden oluşan dördü (hiçbir zaman, bazen, çoğu zaman,

her zaman) likert tipi bir ölçüm aracıdır. “Hiçbir zaman” bir puan, “her zaman” yanıtı ise dört puan olarak değerlendirilmektedir. Böylece ölçekten alınabilecek en düşük puan 24, en yüksek puan ise 96’dır. Ölçekten alınan puan arttıkça siber zorbalık düzeyi artmaktadır (Cronbach alfa katsayısı 0.95) (Arıca, Kınay ve Tanrikulu 2012). Bu araştırmada, Cronbach alfa katsayısı 0.96 olarak belirlenmiştir.

Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Ölçüm araçları, araştırmacılar tarafından öğrencilerin derslerinden önce, dersin sorumlu öğretim üyesinden sözel onam alınarak uygulanmıştır. Öğrencilere araştırma ile ilgili bilgi verilmiş ve gönüllü öğrencilere formlar verilmiştir. Öğrencilerden formları bireysel yanıtlamaları istenmiştir. Veriler yüz yüze, sınıf ortamında yaklaşık 10 dakika da toplanmıştır. Eksik doldurulan sekiz form değerlendirmeye alınmamıştır.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yürütülmesi için bir üniversitenin girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulundan etik kurul onayı alınmıştır (Karar sayısı 03/02, Protokol No:173). Araştırmanın yürütüldüğü kurumun dekanlığından yazılı izin alındıktan sonra öğrencilere araştırma hakkında gerekli açıklama yapılmış yazılı onam alınarak veri toplama süreci tamamlanmıştır. Araştırmada kullanılan veri toplama aracı için, ölçek sahiplerinden, e-posta aracılığı ile yazılı izin alınmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 16 programında analiz edilmiştir. Tanımlayıcı veriler, sayı ve yüzde dağılımları, ortalamaları ile değerlendirilmiştir. Örneklem normal dağılıma uygunluğu, Shapiro- Wilk ve Kolmogorov Smirnov testleri ile değerlendirilerek, verilerin normal dağılıma uymadığına karar verilmiştir ($p < 0.05$). Bu nedenle parametrik olmayan istatistiksel analiz yöntemlerinden “Mann-Whitney U Testi”, “Kruskal Wallis Testi” ve “Spearman Korelasyonu” aracılığı ile verilerin istatistiksel değerlendirmeleri tamamlanmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında, $p < .05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Öğrencilerin %92.8’i çekirdek ailede yaşamaktadır. Araştırmanın yürütüldüğü dönemde, %54.1’i öğrenci yurdunda yaşamaktadır. Öğrenciler %55.1’i ailelerinin tutumlarını eşitlikçi ve demokratik olarak tanımlamıştır. Öğrencilerin %73.6’sı akademik başarılarını orta düzeyde başarılı (akademik ortalama 2.01-3.00) olarak belirtmiştir. Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş, sınıf, aile yapısı, algılanan aile tutumu, yaşanan ortam ve başarı düzeyi değişkenleri ile SZÖ toplam puanı arasında anlamlı bir fark yoktur ($p > 0.05$) (Tablo 2).

Araştırma bulgularına göre; öğrencilerin SZÖ toplam

Tablo 2. Öğrencilerin Tanıtıcı Bilgileri ve SZÖ Toplam Puanı Karşılaştırılması

Tanıtıcı Bilgiler	Siber Zorbalık Ölçeği					
	n	%	Min-Max	X±Ss	Ortanca	p
Yaş	20.87 ± 1.35 (18-25)		24-73	27.10±7.64	24	0.268 $r_s=0.065^*$
Cinsiyet						0.000*** $Z=-4.073$ $U=3740$
Kadın	246	84.2	24- 64	26.36±6.39	24	
Erkek	46	15.8	24-73	31.06±11.68	26	
Sınıf						
1. Sınıf	79	27.1	24-57	25.86±5.12	24	0.528***
2. Sınıf	70	24.0	24-64	25.68±8.06	24	KW=2.222
3. Sınıf	76	26.0	24-73	27.11±8.02	24	
4. Sınıf	67	22.9	24-62	27.97±9.08	24	
Aile Yapısı						0.665*** $Z=-0.432$ $U=2569.5$
Çekirdek	271	92.8	24-73	27.00±7.43	24	
Geniş Aile	21	7.2	24-58	28.65±10.32	24	
Algılanan Aile Tutumu						
Baskıcı ve Otoriter	21	7.2	24-58	31.57±11.32	25	
Aşırı Korumacı	74	25.3	24-64	27.56±8.96	25	0.056***
Reddedici	3	1.0	24-29	26.00±2.64	25	KW=9.204
Eşitlikçi ve Demokratik	161	55.1	24-60	26.36±5.95	24	
Tutarsız	33	11.3	24-73	27.00±8.58	25	
Yaşanılan Ortam						
Aile yanında	88	30.1	24-63	27.11±7.83	24	0.793***
Öğrenci Yurdunda	158	54.1	24-73	27.39±8.828	24	KW=0.351
Öğrenci Evinde	46	15.7	24-48	26.20±4.43	24	
Başarı Durumu						
Başarılı	72	73.6	24-73	27.29±9.04	24	0.652***
Orta Düzeyde Başarılı	215	1.7	24-64	27.10±7.22	24	KW=0.856
Başarısız	5	100	24-26	24.60±0.89	24	

* r_s Spearman Korelasyon Katsayısı, ** Mann-Whitney U Testi, *** Kruskal-Wallis H Testi

puanlarının ortalaması 27.10±7.64 tür. Öğrencilerin SZÖ puan ortancası 24(min:24 max:73)tür. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 24, en yüksek puan 96’dır. Öğrencilerin %84.2’si kadındır ve örneklem yaş ortalaması 20.87±1.35’tir. Erkek öğrencilerin (31.06±11.68) ölçekten aldıkları puan ortalamasının kız öğrencilere (26.36±6.39) göre daha yüksektir. Öğrencilerin cinsiyet değişkeni ile SZÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0.000$, $Z=-4.073$, $U=3740$) ($p < 0.05$). Öğrencilerin SZÖ toplam puan ortalaması ile yaş ortalamaları, kaçınıcı sınıfta okudukları, aile yapıları, algılanan aile tutumları, yaşanan ortam, akademik başarı durumları arasında istatistiksel bir fark yoktur ($p < 0.05$) (Tablo 2).

Tablo 3. Öğrencilerin İnternet Kullanım Özellikleri ve SZÖ Toplam Puanı Karşılaştırılması

İnternet Kullanım Özellikleri	n	%	Siber Zorbalık Ölçeği		Ortanca	p
			Min-Max	X±Ss		
İnternet Kullanım Süresi		4.98±3.86 (0.5 – 24 sa)	24-73	27.10±7.64	24	0.019* r _s =0.137
Boş Zamanın Değerlendirilme Biçimi						
Sosyal medyada vakit geçirme						
Evete	29	9.9	24-58	27.32±8.00	24	0.948** Z=-0.065
Hayır	263	90.1	24-73	27.07±7.63	24	U=3788.5
Film izleme						
Evete	63	21.6	24-46	25.24±3.50	24	0.046** Z:-1.996
Hayır	229	78.4	24-73	27.60±8.37	24	U=6152.5
Uyuma						
Evete	45	15.4	24-73	27.30±8.97	25	0.162** Z=-1.398
Hayır	247	84.6	24-64	27.00±7.41	24	U=4905
Kitap okuma						
Evete	96	32.9	24-46	25.60±3.80	24	0.085** Z=-1.724
Hayır	196	67.1	24-73	27.83±8.88	24	U=8361
Ders çalışma						
Evete	19	6.5	24-57	27.73±9.20	24	0.281** Z=-1.079
Hayır	273	93.5	24-73	27.05±7.55	24	U=2249.5
Dinlenme						
Evete	8	2.7	24-33	26.62±3.37	25	0.458** Z=-0.742
Hayır	284	97.3	24-73	27.10±7.74	24	U=979.5
Spor yapma						
Evete	23	7.9	24-60	29.30±10.13	25	0.080** Z=-1.752
Hayır	269	92.1	24-73	26.90±7.40	24	U=2483.5
Gezme						
Evete	30	10.3	24-33	25.30±2.18	24	0.941** Z=-0.074
Hayır	262	89.7	24-73	27.30±8.03	24	U=3901
Arkadaşlarla vakit geçirme						
Evete	23	8.2	24-56	26.25±6.52	24	0.808** Z=-0.243
Hayır	269	91.8	24-73	27.17±7.75	24	U=2997.5
Dizi izleme						
Evete	26	8.9	24-46	25.96±4.72	24	0.641** Z=-
Hayır	266	91.1	24-73	26.26±7.89	24	0.0466 U=3274
Müzik dinleme						
Evete	42	14.4	24-63	27.92±8.45	24.5	0.282** Z=-1.075
Hayır	250	85.6	24-73	26.95±7.52	24	U=4762.5
Video izleme						
Evete	13	4.5	24-41	27.30±6.03	24	0.684** Z=-0.407
Hayır	279	95.5	24-73	27.08±7.73	24	U=1705
Bilgisayarla vakit geçirme						
Evete	12	4.1	24-46	27.25±7.12	24	0.648** Z=-0.456
Hayır	280	95.9	24-73	27.08±7.69	24	U=1563
İnternette vakit geçirme						
Evete	33	11.3	24-64	28.87±10.82	25	0.205** Z=-1.268
Hayır	259	88.7	24-73	26.89±7.14	24	U=3754
Telefonla vakit geçirme						
Evete	27	9.2	24-38	26.07±3.63	24	0.642** Z=-0.465
Hayır	265	90.8	24-73	27.20±7.95	24	U=3403.5
Televizyon izleme						
Evete	14	4.8	24-41	25.71±4.46	24	0.783** Z=-0.275
Hayır	278	95.2	24-73	27.16±7.78	24	U=1870
Sosyal aktivitelere katılma						
Evete	11	3.8	24-47	26.27±6.90	24	0.163** Z=-1.396
Hayır	281	96.2	24-73	27.12±0.460	24	U=1202
Oyun oynama						
Evete	20	6.8	24-48	27.70±5.99	25	0.016** Z:-2.417
Hayır	272	93.2	24-73	27.05±7.77	24	U=1931
İnternet Kullanım Aracı						
Cep telefonu	273	93.5	24-73	26.98±7.45	24	0.058*** KW=5.71
Bilgisayar	17	5.8	24-46	26.82±6.07	24	1
Tablet	2	0.7	30-63	46.5±23.33	46.5	
İnternet Kullanım Amacı						
Ders çalışmak						
Evete	193	66.1	24-62	26.38±6.05	24	0.281** Z=-1.077
Hayır	99	33.9	24-73	28.52±9.92	24	U=8894.5
Eğlence						
Evete	152	52.1	24-73	27.78±7.97	25	0.000** Z:-3.929
Hayır	140	47.9	24-64	26.37±7.22	24	U=8103
E-posta alıp/göndermek						
Evete	127	43.5	24-73	26.91±7.49	24	0.828** Z=-0.218
Hayır	165	56.5	24-60	27.26±7.77	24	U=10338
Film izlemek						
Evete	209	71.6	24-64	26.55±6.54	24	0.732** Z=-0.342
Hayır	83	28.4	24-73	28.50±9.79	24	U=8474
Alışveriş yapmak						
Evete	133	45.5	24-62	26.34±5.94	24	0.614** Z=-0.504
Hayır	159	54.5	24-73	27.74±8.78	24	U=10249
Sosyal ağlarla paylaşım						
Evete	229	78.4	24-73	26.64±6.71	24	0.593** Z=-0.535
Hayır	63	21.6	24-63	28.79±10.22	24	U=6929
Müzik dinlemek						
Evete	230	78.8	24-64	26.28±6.73	24	0.512** Z=-0.656
Hayır	62	21.2	24-73	30.16±11.96	24	U=6783.5
İnternet Ortamında Rahatsız Edildiğinde Kırıcı Konuşma, Bağırma veya Kızgın Davranışlar Gösterme Durumu						
Hiçbir zaman ^a	96	32.9	24-64	26.31±6.97	24	0.014*** KW=8.57
Arada sırada ^b	163	55.8	24-62	26.96±6.74	24	5
Her zaman ^c	33	11.3	24-73	30.15±12.05	25	b>c>a**
İnternet Kullanımının Okul Başarısına Algılanan Etkisi						
Hiçbir zaman ^a	56	19.2	24-48	25.21±4.52	24	0.001*** KW=13.0
Arada sırada ^b	187	64.0	24-64	27.32±7.65	24	42
Her zaman ^c	49	16.8	24-73	28.46±9.87	25	b>c>a**

* r_s Spearman Korelasyon Katsayısı, ** Mann-Whitney U Testi, *** Kruskal-Wallis H Testi

Araştırmaya katılan öğrencilerin günlük internet kullanım süreleri ortalama 4.98±3.86 saattir (min:30 dk, max:24 saat). Öğrencilerin SZÖ toplam puan ortalaması ile internet kullanım süresi (p=0.019, r=0.137) arasında anlamlı zayıf bir ilişki vardır. İnterneti en sık (%93.5) telefon aracılığı ile kullanılmaktadır. Öğrencilerin boş zaman değerlendirme biçimlerinden film izleme (p=0.046, Z:-1.996, U=6152.5) ve oyun oynama (p=0.016, Z:-2.417, U=1931) değişkenleri ile SZÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0.05). Ancak sosyal medyada vakit geçirme, uyuma, kitap okuma, ders çalışma, dinlenme, spor yapma, gezme, arkadaşlarla vakit geçirme, dizi izleme, müzik dinleme, video izleme, bilgisayarla vakit geçirme, internette vakit geçirme, telefonla vakit geçirme, televizyon izleme, sosyal aktivitelere katılma durumları ve interneti kullandıkları araç türü ile SZÖ toplam puanı arasında istatistiksel anlamlı bir fark yoktur (p>0.05). Öğrencilerden internet kullanım amaç/amaçlarını belirtmeleri istendiğinde, müzik dinlemek (%78.8), sosyal ağlarla paylaşım yapmak (%78.4), film izlemek (%71.6), ders çalışmak (%66.1), eğlence (oyun oynama) (%52.1), alışveriş yapmak (%45.5), elektronik posta alıp/göndermek (%43.5) olarak belirtmişlerdir. İnterneti eğlence amacı olarak kullanma ile SZÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken (p=0.000, Z:-3.929, U= 8103)(p<0.05), ders çalışma, e-posta alıp/gönderme, film izleme, alışveriş yapma, sosyal ağlarla paylaşım yapma ve müzik dinleme amaçları ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p>0.05) (Tablo 3).

Öğrencilerin %55.8'i, internet ortamında rahatsız edilmeleri üzerine "arada sırada" kırıcı konuşma, bağırma veya kızgın davranışlar gibi tepki gösterdiğini belirtmiştir. Çalışmaya katılan öğrencilerin %19.2'si internet kullanımlarının okul başarılarını "hiçbir zaman" etkilemediğini, %64.0'ü "arada sırada", %16.8'i "her zaman" etkilediğini belirtmiştir. SZÖ toplam puanı ile internet ortamında rahatsız edildiğinde kırıcı konuşma, bağırma veya kızgın davranışlar gösterme durumu değişkeni arasında anlamlı bir fark vardır (p<0.05). Bu tepkileri her zaman gösterdiğini belirten öğrencilerin, SZÖ puan ortalamalarının en yüksek olduğu görülmüştür. İnternet kullanımının okul başarısına her zaman etkilediğini belirten öğrencilerin SZÖ

puan ortalamaları daha yüksektir. İnternet kullanımının okul başarısına algılanan etkisi değişkeni ile SZÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$)(Tablo 3). Bu farklar her iki değişkende de hiçbir zaman kızgın davranışlar göstermediğini belirten ve internet kullanımının akademik başarısını etkilemediğini belirten öğrencilerden kaynaklanmaktadır.

TARTIŞMA

Gelişen teknoloji, artan internet kullanımı siber zorbalık kavramını ortaya çıkarmıştır. Hemşirelik öğrencilerinde siber zorbalık ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada, öğrencilerin SZÖ toplam puanlarının ortalaması 27.10 ± 7.64 olduğu, ortancasının 24 olduğu belirlenmiştir. Katılımcılar okudukları bölümden bağımsız olarak, üniversite hayatı yaşamaları, çağın getirileri ve gelişim dönemleri gibi nedenlerle siber zorbalık davranışı açısından risk grubundadır. Katılımcıların, SZÖ puan ortalaması ve ortancası ölçekten alınacak taban puana yakın olması nedeniyle düşüktür. Aynı yaş grubu ile yürütülen, Çiftçi'nin (2018) çalışmasında bireylerin SZÖ toplam puan ortalaması 28.73 olarak bulunurken; Çetin ve arkadaşlarının (2019) ise çalışmasındaki sağlıklı bireylerin ölçek toplam puan ortalamasını 25.43 ± 4.56 olarak belirlemiştir. Bu sonuç araştırma bulgularıyla uyum göstermektedir.

Çalışmada, erkek öğrencilerin ölçekten aldıkları puan ortalaması kız öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur. Öğrencilerin cinsiyet değişkeni ile SZÖ toplam puanı arasında anlamlı bir fark vardır. Araştırma bulgularında erkeklerin siber zorbalık davranışını kızlara göre daha yoğun göstermesi literatür ile uyumludur (Erdur Baker, 2010; Gül, 2021; Robson ve Witenberg, 2013; Ümit Çizmeci, 2020). Ümit Çizmeci'i (2020), siber zorbalık ve saldırgan davranış kavramlarını ve ilişkisini araştırdığı çalışmasında; cinsiyeti, erkek cinsiyeti açısından önemli bir faktör olarak belirtmiştir. Toplumumuzda, kız çocukları aileleri tarafından daha korumacı ve denetim altında yetiştirilirken, erkek çocuklarının daha bağımsız bırakıldığı görülmektedir (Gül 2021). Bu nedenle, bu sonucun cinsiyete bağlı çocuk yetiştirme tutumlarından kaynaklandığı söylenebilir. Aynı zamanda toplumsal cinsiyet

rolleri düşünüldüğünde erkek çocuklarının duygu ifade biçimlerinin de sonuç üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin günlük internet kullanım süreleri ortalama 4.98 ± 3.86 saattir. Günay ve arkadaşlarının (2018), 1288 üniversite öğrencisi üzerinde yaptıkları araştırmada gençlerin günlük internet kullanım sürelerini 4.2 ± 3.3 , Durmuş ve arkadaşlarının (2018)'de 252 öğrenci üzerinde yaptıkları araştırmada ise 2.94 ± 1.84 olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılan öğrencilerin internet kullanım süreleri literatür bulgularına göre daha yüksektir. Literatürde günlük beş saat ve üzeri internet kullanımı problemleri internet kullanımı olarak tanımlanmıştır (Ünver ve Koç, 2014). Öğrenciler, problemleri internet kullanımı açısından risk altındadır. Öğrencilerin SZÖ toplam puanı ile internet kullanım süresi arasında anlamlı bir fark vardır. Benzer şekilde Ünver ve Koç'un (2017) çalışmalarında internet kullanım süresinin azalmasının siber zorbalık oranı üzerinde etkili olduğunu belirtmişlerdir. İnternette geçirilen süre arttıkça, kişilerin sosyal çevresine ulaşma, tanımadığı kişilerle iletişim kurmasına, internet üzerinden daha fazla riskli davranış göstermesine neden olmaktadır (Ünver ve Koç, 2014). Bu sürenin artışı, kişilerarası teması ve olumsuz internet içeriklerine maruziyet oranını da artırmaktadır. Aynı zamanda bu çalışmada SZÖ toplam puanı ile sosyal medya kullanımı, oyun gibi internet kullanım davranışları ile arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sosyal medya ve oyun ortamının sağlamış olduğu anonimlik, kullanıcıların yetkinlik hissini arttırarak siber zorbalık eğilimini arttırabilmektedir (Karadağ ve Baner 2022; Ünver ve Koç, 2014).

Araştırmada öğrencilerin internet kullanımının akademik başarı üzerine etkisi ile siber zorbalık durumları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu sonuçlar literatür ile uyumludur (Akbiyık ve Kestel, 2016; Serin, 2012; Ümit Çizmeci, 2020). Araştırma bulgularına göre öğrencilerin çoğunluğu, internette rahatsız oldukları bir durum karşısında ara sıra da olsa, kırıcı konuşma, bağırma veya kızgın davranışları kullandıklarını belirtmişlerdir. Serin (2012) yaptığı çalışmada ergenlerin siber zorbalık durumunda psikolojik olarak yaralandığını, öfke ve kızgınlık gibi duygular yaşadıklarını, Ümit Çizmeci'nin (2020) çalışmasında ise

saldırğan davranış tepkileri gözlemlenebildiği saptanmıştır. Akademik başarıları açısından ise internet kullanımının kendisini “hiçbir zaman” etkilemediğini belirten öğrencilerin SZÖ puan ortalamaları daha düşük saptanmıştır. Akbıyık ve Kestel (2016) de yaptıkları araştırmada siber zorbalığa maruz kalan öğrencilerin korku, öfke, tedirginlik yaşadıklarını, ders çalışma sürelerinin azaldığını, akademik başarının düştüğünü, uyku sorunları, yalnız kalmaktan ve dışarı çıkmaktan korkma gibi sorunlar yaşadıklarını bildirmişlerdir. Bu bulgulara göre siber zorbalığın akademik başarıyı olumsuz etkilediğini söylemek mümkündür.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sadece bir kurumda gerçekleştirilmesi, soru formunun katılımcıların sadece siber zorbalık yapma durumlarını incelemesi, siber zorbalığa maruz kalma durumlarını incelememesi sınırlılıkları oluşturmuştur.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada, lisans düzeyi hemşirelik öğrencilerinin siber zorbalık yapma durumlarının düşük olduğu bulunmuştur. Öğrencilerin tanıtıcı bilgilerinden yalnızca cinsiyet faktörü ile siber zorbalık durumları arasında anlamlı bir fark vardır. Erkek öğrencilerin daha fazla siber zorbalık davranışı gösterdiği belirlenmiştir. Aynı zamanda daha uzun süreyle internet kullanan, interneti film izleme, oyun oynama ve eğlence amacıyla kullanan öğrencilerin de daha fazla siber zorbalık davranışı gösterdiği bulunmuştur. Son olarak internet ortamında rahatsız edildiğinde kırıcı konuşma, bağırma veya kızgın davranışlar gösterdiğini belirten öğrenciler ve internet kullanımının okul başarısını etkilediğini belirten öğrenciler de daha fazla siber zorbalık davranışı göstermektedir.

Araştırma sonuçları hemşirelik öğrencilerinde siber zorbalık durumlarının düşük olduğunu gösterse dahi, internet kullanımının yoğun olduğu belirlenen bu genç grubun, siber zorbalık açısından risk altında olduğunu göstermektedir. Bu çalışma sonuçlarından yola çıkılarak, hemşirelik öğrencilerinin siber mağduriyet durumlarının, siber zorbalığa karşı yönelik tutumlarının araştırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Akbıyık, C., Kestel, M.(2016). Siber zorbalığın öğrencilerin akademik, sosyal ve duygusal durumları üzerindeki etkisinin incelenmesi. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 12(3):844-59. doi: 10.17860/mersinefd.282384
2. Akça, E.B., Sayıver, İ.(2017). Siber zorbalık kavramı, türleri ve ilişkili olduğu faktörler: mevcut araştırmalar üzerinden bir değerlendirme. AJIT-E: Bilişim Teknolojileri Online Dergisi,8(30):7-19. doi:10.5824/1309- 1581.2017.5.001.x.
3. Alanoğlu, M., Karabatak, S.(2020). Öğretmenlerin okullardaki siber zorbalık mağduriyetleri. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi,(55):45-70. doi: 10.21764/maeuefd.582236
4. Arıca, O.T., Kınay, H., Tanrıku, T.(2012). Siber Zorbalık Ölçeği'nin ilk psikometrik bulguları. Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Dergisi,17(1):101-14.
5. Aydın, M.(2019).Siber zorbalıkla karşılaşan gençlerin benlik saygısı ve stresle baş etme yöntemlerinin incelenmesi(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü , İstanbul.
6. Çetin, F.H., Uçar, H.N., Ersoy, S.A., Kılınç, K., Güler, H.A., Türkoğlu, S.(2019). Kaygı bozukluğu olan ergenlerde siber zorbalık ve siber mağduriyet: Kontrollü bir çalışma. Cukurova Medical Journal,44(1):133-9. doi: 10.17826/cumj.568993
7. Çiftçi, H.(2018). Siber zorbalık davranışları ve siber mağduriyet düzeylerinin karşılaştırılması. Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 6(6):887-97.
8. Dinç, E.S.(2020).Sosyal medya ortamlarında siber zorbalık: lise öğrencilerinin siber zorbalık deneyimlerinin incelenmesi. Yeni Medya Elektronik Dergisi,;4(1):24-39. doi:10.17932/IAU.EJNM.25480200.2020.4/1.24-39
9. Dorol-Beauroy-Eustache, O., Mishara, B.L.(2021).Systematic review of risk and protective factors for suicidal and self-harm behaviors among children and adolescents involved with cyberbullying. Preventive Medicine, 152:1-12. doi:10.1016/j.ypmed.2021.106684
10. Durmuş, H., Günay, O., Yıldız, S., Timur, A., Balcı, E., Karaca, S.(2018). Üniversite öğrencilerinde internet bağımlılığı ve üniversite yaşamı boyunca değişimi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 19(4):383-9. doi: 10.5455/apd.285466
11. Dursun, S., Gökçe, A., Aytaç, S.(2020). Siber zorbalık: Üniversite öğrencileri üzerine bir araştırma. International Journal of Social Inquiry,13(2):465-485. doi:10.37093/ijsi.837694
12. Erdur Baker, Ö.(2010). Cyber bullying and its correlation to traditional bullying, gender and frequent and risky usage of internet-mediated communication tools. In New Media Society,12(1):109-25. doi:10.1177/1461444809341260

13. Gül, P.S. (2021). Hemşirelik öğrencilerinde siber zorbalık ve siber mağduriyet deneyimlerinin yalnızlık ve aleksitimi ile ilişkisinin incelenmesi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
14. Günay, O., Öztürk, A., Arslantaş, E.E., Sevinç, N.(2018). Erciyes Üniversitesi öğrencilerinde internet bağımlılığı ve depresyon düzeyleri. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Science*,31:79-88. doi: 10.5350/DAJPN2018310108
15. Johnson, L.D., Haralson, A., Batts, S., Brown, E., Collins, C., Buren-Travis, A.V., et al.(2016). Cyberbullying on social media among college students. *VİSTAS*,1-8.
16. Karadağ, F., Banar, F.S. (2022). Üniversite öğrencilerinin siber zorbalık tutumu ile sosyal medya tutumu arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Yeni Medya*, (12):326-339. doi: 10.55609/yenimedya.1110511
17. Korkmaz, A.(2016). Siber zorbalık: Fizikselden sanala yeni şiddet. *Kurgu*,24(2):74-85.
18. Küçük, S., İnanıcı, M.A., Ziyalar, N.(2017). Siber zorbalık ölçeği Türkçe uyarlaması. *Adli Tıp Bülteni*, 22(3):172-6. doi: 10.17986/blm.2017331584
19. Küçükkaya, B., Süt, H.K., Aslan, F.(2019). Hemşirelik öğrencilerinde siber zorbalık ve mağduriyet ile sosyal ağ kullanım amaçları arasındaki ilişki. *Online Journal Of Technology Addiction and Cyberbullying* 6(1):31-53.
20. Nedim-Bal, P., Kahraman, S.(2015). The effect of cyber bullying sensibility improvement group training program on gifted students. *Journal of Gifted Education Research*, 3(2), 48-57.
21. Ortega-Barón, J., Buelga, S., Ayllón, E., Martínez-Ferrer, B., Cava, M.J.(2019). Effects of intervention program prev@cib on traditional bullying and cyberbullying. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(527):1-13. doi: 10.3390/ijerph16040527
22. Peker, A., İskender, M. (2015). İnsani değerler yönelimli psiko-eğitim programının siber zorbalık üzerindeki etkisi. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*,19(1):11-22.
23. Robson, C., Witenberg, R.T.(2013). The influence of moral disengagement, morally-based self-esteem, age and gender on traditional bullying and cyberbullying. *Journal Of School Violence*, 12(2):211-31. doi: 10.1080/15388220.2012.762921
24. Selkie, E.M., Fales, J.L., Moreno, M.A.(2016). Cyberbullying prevalence among united states middle and high school aged adolescents: a systematic review and quality assessment. *J Adolesc Health*,58(2): 125-33. doi: 10.1016/j.jadohealth.2015.09.026
25. Serin, H.(2012). Ergenlerde siber zorbalık/siber mağduriyet yaşantıları ve bu davranışlara ilişkin öğretmen ve eğitim yöneticilerinin görüşleri (Yayımlanmamış Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
26. Tanrıkulu, T. (2013). Siber zorbalıkla ilgili değişkenlerin incelenmesi ve gerçeklik terapisi yönelimli bir müdahale programının siber zorbaca davranışlar üzerindeki etkisi (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
27. Taştekin, E., Bayhan, P. (2018). Ergenler arasındaki siber zorbalığın ve Mağduriyetin İncelenmesi. *Online Journal Of Technology Addiction And Cyberbullying*, 5(2), 21-45.
28. Topcu-Uzer, Ç., Tanrıkulu, İ.(2017).Siber zorbalığı önleme ve müdahale programları: Ulusal bir alanyazın taraması. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 30(1):1-17.
29. Uluçay, D.M., Melek, G.(2017). Türkiye'deki Okullarda Siber Zorbalık: Bir Literatür Değerlendirmesi. *Online Academic Journal Of Information Technology*, 8(30):91-106. doi: 10.5824/1309- 1581.2017.5.005.x
30. Ümit Çizmeci, E.(2020).Televizyon dizilerinin ve saldırganlık eğiliminin siber zorbalık davranışı ile ilişkisi üzerine. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*,39:89-104.doi: 10.30794/pausbed.649013
31. Ünver, H., Koç, Z.(2017). Siber zorbalık ile problemli internet kullanımı ve riskli internet davranışı arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal of Turkish Educational Sciences*,15(2):117-40.
32. Yazar, Y.(2019). Lise öğrencilerinin iyi oluş düzeyleri ile siber zorbalık siber mağduriyetleri arasındaki ilişkinin incelenmesi (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
33. Yiğit, M.F., Keskin, S., Yurdugül, H.(2018). Ortaokullarda siber zorbalık ve aile desteği arasındaki ilişkinin cinsiyet, internet kullanımı ve öğrenim düzeyi bağlamında incelenmesi. *Addicta: The Turkish Journal On Addictions*,5(2):249-84. doi:10.15805/addicta.2018.5.2.0050



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

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

e-ISSN:2636-8439

DOI: <https://doi.org/10.54189/hbd.1173790>

Orijinal Araştırma

Covid-19 Döneminde Cerrahi Hemşirelerinin Anksiyete, Psikolojik Dayanıklılık ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Determining The Relationship Between Anxiety, Psychological Resilience and Perceived Social Support Levels of Surgical Nurses in The Covid-19 Period

Tuğçe YEŞİLYAPRAK ^a, Hatice ÖZSOY ^{*.b}, Fatma DEMİR KORKMAZ ^c

^a Öğr. Gör. Pamukkale Üniversitesi, Denizli Sağlık Hizmetleri MYO, Anestezi Programı, DENİZLİ, TÜRKİYE

^b Öğr. Gör. Dr. Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Gölhisar Sağlık Hizmetleri MYO, İlk ve Acil Yardım Programı, BURDUR, TÜRKİYE

^c Prof. Dr. Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD, İZMİR, TÜRKİYE

ÖZET

Giriş: Covid-19 hastalığı küresel bir salgındır ve 2019 yılında Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkmıştır. Salgın hastalıklar halk sağlığı üzerinde etkili olurken sağlık çalışanlarını da olumsuz etkilemektedir. Bu araştırma, Covid-19 döneminde cerrahi hemşirelerinin anksiyete, psikolojik dayanıklılık ve algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Metod: Bu çalışma tanımlayıcı kesitsel bir araştırmadır. Çalışma 300 hemşire ile yürütüldü. Araştırmanın verileri, Aralık 2021 ile Mayıs 2022 arasında Birey Tanılama Formu, Koronavirüs Anksiyete Ölçeği Kısa Formu, Kısa Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılarak çevrimiçi toplandı.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamasının 33.02±7.33 yıl olduğu saptandı. Hemşirelerin klinik süreçleri incelendiğinde çalışma süresinin ortalama 101.49±98.88 ay olduğu bulundu. Araştırmada cerrahi hemşirelerinin koronavirüs anksiyete düzeyinin 2.10±2.95, algılanan sosyal destek ölçek toplam puan ortalamasının 68.20±12.06 olduğu bulundu. Ayrıca hemşirelerin kısa psikolojik dayanıklılık ölçeği puan ortalaması 19.34±3.49 puandı.

Sonuç: Bu çalışmada cerrahi hemşirelerinin koronavirüs kaygı düzeylerinin düşük, algılanan sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin yüksek olduğu bulundu. Cerrahi hemşirelerinin algılanan sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arttıkça koronavirüs kaygı düzeylerinin düştüğü belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, Cerrahi Hemşireler, Psikolojik Dayanıklılık, Anksiyete, Sosyal Destek

ABSTRACT

Background: Covid-19 disease is a global epidemic and emerged in 2019 in Wuhan, China. While epidemics have an impact on public health, they also negatively affect health workers. This study was carried out to determine the relationship between anxiety, psychological resilience and perceived social support levels of surgical nurses during the COVID-19 period.

Method: This study is a descriptive cross-sectional study. The study was conducted with 300 nurses. The data of the study were collected online between December 2021 and May 2022 using the Individual Identification Form, the Coronavirus Anxiety Scale Short Form, the Brief Resilience Scale, and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support.

Results: The mean age of the nurses participating in the study was found to be 33.02±7.33 years. When the clinical processes of the nurses were examined, it was found that the average working period was 101.49±98.88 months. In the study, it was found that the coronavirus anxiety level of the surgical nurses was 2.10±2.95, and the mean total score of the perceived social support scale was 68.20±12.06. In addition, the mean score of the nurses' brief resilience scale was 19.34±3.49 points.

Conclusion: In this study, it was found that surgical nurses had low coronavirus anxiety levels, and high levels of perceived social support and psychological resilience. It was determined that as the perceived social support and psychological resilience levels of surgical nurses increased, their coronavirus anxiety levels decreased.

Keywords: Covid-19, Surgical Nurses, Resilience, Anxiety, Social Support

☆ Bu çalışma 10. Uluslararası Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırmaları Kongresi'nde (Online/Ankara 27 - 28 Ağustos 2022) sözel bildiri olarak sunulmuştur.

*Sorumlu Yazar: Hatice ÖZSOY

Adres: Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Gölhisar Sağlık Hizmetleri MYO, İlk ve Acil Yardım Programı, BURDUR, TÜRKİYE

e-posta: htcozsoy15@gmail.com

Geliş tarihi: 11.09.2022

Kabul tarihi:08.04.2023

GİRİŞ

Covid-19 hastalığı küresel bir salgındır ve 2019 yılında Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkmıştır. Salgın hastalıklar halk sağlığı üzerinde etkili olurken sağlık çalışanlarını da olumsuz etkilemektedir (Labrague ve De los Santos, 2020). Bu etkilerden birisi anksiyetedir. Hastalar ile doğrudan temas, hastalık ile ilgili bilgi eksikliği, hastaların ölümü ve travmatik olaylara maruz kalma gibi salgınla ilişkili birçok faktör sağlık çalışanlarında anksiyeteye neden olmaktadır (Liu, Gayle, Wilder-Smith ve Rocklöv, 2020). Covid-19 salgınında anksiyetenin en büyük nedeni ise enfekte olma ve başka birine bulaştırma korkusudur (Mo ve ark., 2020). Anksiyetenin yüksek düzeyde olması sağlık çalışanlarında tükenmişlik, stres, depresyon, iş performansında azalma, işten ayrılma, uyku bozukluğu, baş ağrısı gibi fizyolojik ve psikolojik problemlere neden olmaktadır (Lee, 2020; Lee, Jobe, Mathis ve Gibbons, 2020; Labrague ve McEnroe-Petitte, 2017). Literatürde Covid-19 döneminde hemşirelerin %15 ila %92'sinin anksiyete yaşadığı belirtilmiştir (Alwani ve ark., 2020; Luo, Guo, Yu ve Wang, 2020). Literatürde psikolojik dayanıklılık ve algılanan sosyal destek düzeyinin de hemşirelerin anksiyete ile başa çıkmasında etkili faktörler olduğu belirtilmiştir (Labrague ve ark., 2018; Turner, 2015).

Psikolojik dayanıklılık, kişinin stresörlerin neden olduğu yüke katlanması ve stresli olay ile başa çıkması olarak tanımlanabilir (Hart, Brannan ve De Chesnay, 2014). Diğer bir tanım ise "bir kişinin zorluklar, aksaklıklar ve çatışmalar karşısında direnme, iyileştirme ve dönüşme yeteneğidir" şeklindedir (Monsen, Austim, Goparaju, Jones ve Mathiasom, 2011). Psikolojik dayanıklılık hemşirelerde koruyucu bir role sahip olup hemşirelerin stres ile başa çıkma stratejilerinin gelişmesini sağlamaktadır. Literatürde de psikolojik dayanıklılığın sağlık çalışanlarında salgın hastalıkların neden olduğu stres ile başa çıkmada etkin olduğu belirtilmiştir (Cooper, Brown, Rees ve Leslie, 2020). Bu nedenle Covid-19 döneminde hemşirelerin anksiyeteye neden olan potansiyel etmenlerin ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin belirlenmesi gereklidir.

Covid-19 döneminde hemşirelerin algıladıkları sosyal destek düzeyi psikolojik dayanıklılığı artırabilir ve anksiyeteyi

azaltabilir (Kılınç ve Çelik, 2020). Algılanan sosyal destek bireylere verilen yardım ve koruma olarak tanımlanmaktadır. Bu yardım kişinin meslektaşları, kurum yönetimi, arkadaşları veya ailesi tarafından sağlanabilir (Langford, Bowsher, Maloney ve Lillis, 1997). Algılanan sosyal destek düzeyinin yüksek olması hemşirelerin bulaşıcı hastalık salgınları dahil olmak üzere farklı konular ile başa çıkması, işe bağlılık, anksiyete düzeyinde azalma ve sağlığın sürdürülmesinde önemlidir (Labrague, McEnroe Petitte, Leocadio, Van Bogaert ve Tsaras, 2018). Master ve arkadaşlarının çalışmasında da Covid-19 döneminde hemşirelerin algıladıkları sosyal destek düzeyinin psikolojik sağlığın korunmasında önemli faktörlerden biri olduğu belirtilmiştir (Master, Su, Zhang, Guan ve Li, 2020). Kim ve arkadaşlarının çalışmasına ise Covid-19 döneminde sosyal destek düzeyi ve türünün hemşirelerin işe bağlılık düzeyleri üzerinde etkili olduğu belirtilmiştir (Kim, Lee ve Cho, 2020). Bu bağlamda hemşirelerin, bakımın sürekliliğini sağlamak, kendilerine ve diğer hastalara salgının bulaşmasını önlemek ve stabilitelerini artırmak için fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak korunması ve desteklenmesi gerekmektedir (Kılınç ve Çelik, 2020).

Sağlık alanında hemşirelerin algılanan sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Ancak algılanan sosyal destek ve psikolojik dayanıklılığın Covid-19 döneminde görev alan hemşireler ile ilişkilendirildiği ulusal ve uluslararası sınırlı çalışmaya ulaşılmıştır (Labrague ve De los Santos, 2020; Kim ve ark., 2020; Kılınç ve Çelik, 2020). Bu nedenle planlanan araştırmanın, ülkemizde Covid-19 döneminde cerrahi hemşirelerinin anksiyete, algılanan sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeylerini belirleyerek literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, Türkiye'nin Ege Bölgesi'nin iki ayrı bölgesinde yer alan bir üniversite hastanesi ve üç devlet hastanesinin cerrahi kliniklerinde (genel cerrahi, kalp damar

cerrahisi, göğüs cerrahisi, ortopedi, kulak burun boğaz, göz, plastik cerrahi, üroloji, beyin ve sinir cerrahisi), cerrahi yoğun bakım üniteleri ve ameliyathanelerinde yapıldı. Üniversite hastanesinde 310, Devlet Hastanesi-1 (DH-1)'de 260, Devlet Hastanesi-2 (DH-2)'de 140 ve Devlet Hastanesi-3 (DH-3)'de 90 hemşire görev yapmaktadır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Türkiye'nin Ege Bölgesi'nin iki ayrı bölgesinde yer alan bir üniversite hastanesi ve üç devlet hastanesinin cerrahi kliniklerinde (genel cerrahi, kalp damar cerrahisi, göğüs cerrahisi, ortopedi, kulak burun boğaz, göz, plastik cerrahi, üroloji, beyin ve sinir cerrahisi), cerrahi yoğun bakım üniteleri ve ameliyathanelerinde çalışan hemşireler oluşturdu. Bu birimlerde çalışan toplam hemşire sayısı 800'dür.

Araştırmada örneklem büyüklüğü literatür doğrultusunda (Labrague ve De los Santos, 2020) "G. Power-3.1.9.2" programı kullanılarak, %95 güven düzeyinde hesaplandı. Analiz sonucunda $\alpha=0.05$ düzeyinde, standardize etki büyüklüğü 0.208 ve 0.95 teorik power ile minimum örneklem 294 olarak hesaplandı. Tabakalı örneklem yöntemi sonrasında üniversite hastanesinde 117, DH-1'de 96, DH-2'de 55, DH-3'de 32 hemşire araştırmaya dahil edilerek araştırma 300 hemşire ile sonlandırıldı.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri Birey Tanılama Formu, Koronavirüs Anksiyete Ölçeği Kısa Formu (KAÖ), Kısa Psikolojik Dayanıklık Ölçeği (KPSÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğini (MPSS) kullanılarak toplandı.

Birey Tanılama Formu: Bu form araştırmacılar tarafından literatür incelenerek oluşturulmuştur (Labrague ve De los Santos, 2020; Bayülgen, Bayülgen, Yeşil ve Türksever, 2021). Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, kronik hastalık durumu, sigara kullanma durumu, kurumda hemşire olarak çalışma yılı, çalıştığı bölüm, çalışma vardiyası, pandemi hemşiresi olarak çalışma durumu, pandemi hemşiresi olarak çalışma süresi, pandemi öncesi ve sırası klinik görevi, Covid-19 tanısı alma durumu, haftalık en az/en çok çalışma süresi,

aylık en az/en çok nöbet sayısını içeren 19 sorudan oluşmaktadır.

Koronavirüs Anksiyete Ölçeği (KAÖ): Covid-19 kriziyle ilişkili olası disfonksiyonel anksiyete vakalarını tanımlamak amacıyla Lee (2020) tarafından geliştirilmiştir. Orijinal ölçeğin güvenirlik katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur (Lee, 2020). Biçer ve arkadaşları (2020) tarafından ölçeğin Türkçe güvenirlik ve geçerliği yapılmıştır. Beş sorudan oluşan ve 0-4 arası puanlanan likert tipinde tek boyutlu ölçektir. Ölçekten alınabilecek en düşük değer 0 puan, en yüksek değer ise 20 puandır. Ölçek puan değerinin 9 ve üzerinde olması bireylerdeki anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçek uyarlamasında güvenirlik katsayısı 0.83 olarak hesaplanmıştır (Biçer, Çakmak, Demir ve Kurt, 2020). Bu çalışmada ise güvenirlik katsayısı 0.87 olarak bulundu.

Kısa Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (KPSÖ): Ölçek Smith ve ark. (2008) tarafından bireylerin psikolojik dayanıklılığını ölçebilmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin güvenirliği iç tutarlık ve test tekrar test yöntemleriyle hesaplanmıştır. Buna göre, iç tutarlık güvenirlik katsayısı 0.80 ile 0.91 arasında değişen değerlerde bulunmuştur. Test tekrar test güvenirlik katsayısı ise, 0.62 ile 0.69 arasında bulunmuştur (Smith ve ark., 2008). KPSÖ Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Doğan (2015) tarafından yapılmıştır. KPSÖ, beşli likert tipinde altı maddelik bir ölçektir. Türkçe uyarlaması üniversite öğrencileri üzerinde yapılmıştır ve sağlıklı bireyler üzerinde yapılması önerilmektedir. Ölçek maddelerine ilişkin faktör yükleri ise, 0.63 ile 0.79 arasında değişen değerlerde bulunmuştur. Ölçek maddelerinin toplam puanı yordama gücünü, bir başka ifadeyle ölçeği temsil gücünü belirleyebilmek amacıyla madde analizi yapılmıştır. Madde analizi sonucu, düzeltilmiş madde toplam korelasyonu değerlerinin 0.49 ile 0.66 arasında değiştiği görülmüştür. Ölçekte kesme noktası bulunmayıp, ölçekte bulunan ve tersten kodlanan maddeler çevrildikten sonra, ölçekten alınan yüksek puanlar, yüksek psikolojik dayanıklılığa işaret etmektedir (Doğan, 2015). Bu çalışmada ölçeğin güvenirlik katsayısı 0.83 olarak hesaplanmıştır.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği: Ölçek Zimmet ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiştir.

Önerilen alt ölçek yapısı; aile, arkadaş ve özel bir insandan alınan desteği içermektedir. Özel bir insan, aile ve arkadaşlar alt boyutları için Cronbach alfa katsayıları sırasıyla 0.91, 0.87 ve 0.85'tir. Toplam ölçeğin güvenilirliği 0.88'dir. Bu değerler bir bütün olarak ölçek ve üç alt boyut için iyi bir iç tutarlılığa işaret etmektedir (Zimmet ve ark.,1988). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Eker ve Arkar tarafından 1995 yılında yapılmıştır. 2001 yılında aynı yazarlar tarafından Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formu'nun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği incelenmiş ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt ölçek puanlarının iç tutarlılığı kabul edilebilir düzeyde (Cronbach alfa katsayıları= 0.80-0.95) bulunmuştur (Eker, Arkar ve Yıldız, 2001). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.93 olarak bulundu.

Veri Toplama Yöntemi

Araştırma verileri, Aralık 2021 ile Mayıs 2022 tarihleri arasında çevrimiçi bir anket kullanarak toplandı. Anket formunu e-posta ve bir sosyal iletişim ağı (WhatsApp) aracılığıyla katılımcılara gönderildi.

Verilerin Analizi

Verilerin değerlendirilmesinde IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 25.0) paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma değerleri olarak; kategorik değişkenler ise frekans ve yüzde olarak ifade edildi. Hemşirelerin anksiyete, dayanıklılık ve algılanan sosyal destek düzeylerini etkileyen değişkenler arasındaki ilişki normallik analizi çarpıklık basıklık değerleri ± 2 aralığında normal dağılım (George ve Mallery, 2010) kabul edilerek Student-t testi, One-way ANOVA, Kruskal Wallis-H ve Man-Whitney U testleri ile değerlendirildi. Anksiyete, dayanıklılık ve algılanan sosyal destek düzeyi arasındaki ilişki ise korelasyon analizi ile belirlendi. Korelasyon katsayısı 0.30-0.50 ise düşük pozitif etki, 0.50-0.70 orta düzey pozitif etki, 0.70-0.90 yüksek pozitif etki ve 0.90-1.00 çok yüksek düzey pozitif etki olarak değerlendirildi (Mukaka, 2012). İstatistiksel değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edildi.

Araştırmanın Etik Yönü

Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (Toplantı Tarihi: 02.06.2021, Karar No: GO 2021/275) ve araştırmanın yapıldığı kurumlardan yazılı izin alınmıştır. Katılımcı onamının alınabilmesi için Google anket formunun başlangıcında, araştırma ile ilgili bilgi verilmiştir ve araştırmayı katılmayı kabul eden katılımcılardan "Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum" seçeneğini işaretlemesi istenmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamasının 33.02 ± 7.33 yıl olduğu saptandı. Araştırmada hemşirelerin %65.3'ünün kadın, %53.0'ünün bekar ve %66.0'sının lisans mezunu olduğu bulundu. Araştırmada hemşirelerin %19.0'unda kronik hastalık öyküsü vardı ve %56.0'sı sigara kullanıyordu.

Tablo 1. Cerrahi Hemşirelerinin Sosyodemografik Mesleki Deneyimlerine İlişkin Dağılımı

		X ± SS	
Yaş		33.02±7.33	
Hemşire olarak çalışma yılı (ay)		101.49±98.88	
Pandemi döneminde haftalık en az ve en fazla çalışma süresi (saat)		38.21±7.08	
		47.76±8.60	
Pandemi döneminde aylık en az ve en fazla nöbet sayısı		3.32±2.82	
		5.41±3.72	
		n	%
Cinsiyet	Kadın	196	65.3
	Erkek	104	34.7
Medeni durum	Bekar	159	53.0
	Evlü	141	47.0
Eğitim düzeyi	Lise	50	16.7
	Ön lisans	37	12.3
	Lisans	198	66.0
	Lisansüstü	15	5.0
Kronik hastalık	Var	57	19.0
	Yok	243	81.0
Sigara kullanımı	Evet	168	56.0
	Hayır	132	44.0
Çalışılan kurum	Üniversite Hastanesi	117	39.0
	DH-1	96	32.0
	DH-2	55	18.3
	DH-3	32	10.7
Çalışılan birim	Cerrahi servis	181	60.3
	Cerrahi yoğun bakım ünitesi	67	22.3
	Ameliyathane	52	17.4
Çalışma şekli	Genellikle gündüz	108	36.0
	Genellikle gece	24	8.0
	Gündüz ve gece	168	56.0
Pandemi hemşiresi olarak çalışma durumu	Evet	142	47.3
	Hayır	158	52.7
Pandemi döneminde görev	Cerrahi servis hemşiresi	203	67.7
	Cerrahi servis sorumlu hemşiresi	16	5.3
	Cerrahi yoğun bakım ünitesi	50	16.7
	Ameliyathane	22	7.3
	Ameliyathane sorumlu hemşiresi	2	0.7
	Ağı birimi	7	2.3
Kovid-19 tanısı alma	Evet	213	71.0
	Hayır	87	29.0

X±SS: Ortalama, Standart Sapma; DH-1: Devlet Hastanesi-1, DH-2: Devlet Hastanesi-2, DH-3: Devlet Hastanesi-3

Hemşirelerin klinik süreçleri incelendiğinde çalışma süresinin ortalama 101.49 ± 98.88 ay olduğu bulundu. Araştırmaya katılan hemşirelerin %39.0'unun üniversite hastanesi %32.0'sinin DH-1, %18.3'ünün DH-2'de ve

%10.7'sinin DH-3'de çalıştığı belirlendi. Hemşirelerin %60.3'ü cerrahi servis hemşiresi olarak görev yapmakta ve %56.0'si gece ve gündüz vardiyası şeklinde çalışmaktaydı. Araştırma sonucunda hemşirelerin %47.3'ünün pandemi hemşiresi olarak görev aldığı ve %71.0'inin Covid-19 tanısı aldığı görüldü (Tablo 1).

Tablo 2. Cerrahi Hemşirelerinin Ölçek Puan Dağılımları

	X±SS
KAÖ	2.10±2.95
KPSÖ	19.34±3.49
Algılanan Sosyal Destek	68.20±12.06
Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları	
Aile desteği	23.29±4.11
Arkadaş desteği	23.03±4.46
Özel insan desteği	21.88±5.05

KAÖ: Koronavirüs Anksiyete Ölçeği, KPSÖ: Kısa Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Araştırmada hemşirelerin koronavirüs anksiyete düzeyinin ortalama 2.10±2.95 olduğu saptandı (Tablo 2). Cerrahi hemşirelerinin Covid-19 korku düzeyi ile cinsiyet (p=0.010), eğitim düzeyi (p=0.010), çalıştığı kurum (p=0.001) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0.05). Araştırmaya katılan hemşirelerin kısa psikolojik dayanıklılık ölçeği puan ortalaması 19.34±3.49 puandı. Araştırmada cerrahi hemşirelerinin psikolojik dayanıklılık düzeyi ile çalıştığı kurum (p=0.012) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (Tablo 3). Ayrıca cerrahi hemşirelerinin koronavirüs anksiyete düzeyi ile psikolojik dayanıklılık düzeyi arasında negatif yönlü düşük düzey (r=-0.0180, p=0.002) ilişki olduğu görüldü (Tablo 4).

Tablo 3. Cerrahi Hemşirelerinin Koronavirüs Anksiyete Psikolojik Dayanıklılık ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişki

	Koronavirüs Anksiyete Ölçeği		Kısa Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği		Algılanan Sosyal Destek	
	Test değeri	p değeri	Test değeri	p değeri	Test değeri	p değeri
Cinsiyet	Z=-2.572	p=0.010	t=0.416	p=0.678	t=1.226	p=0.221
Eğitim düzeyi	KW=11.369	p=0.010	F=2.372	p=0.071	F=1.184	p=0.316
Kronik hastalık	Z=-0.523	p=0.601	Z=-0.210	p=0.833	t=1.054	p=0.293
Sigara kullanımı	Z=-0.871	p=0.384	t=-1.283	p=0.200	t=-1.772	p=0.077
Çalışılan kurum	KW=21.882	p=0.001	F=3.718	p=0.012	KW=13.596	p=0.004
Çalışılan bölüm	KW=4.245	p=0.120	F=1.184	p=0.308	F=0.944	p=0.390
Çalışma şekli	KW=1.454	p=0.483	F=0.584	p=0.558	F=2.131	p=0.121
Pandemi hemşiresi olarak çalışma	Z=-1.381	p=0.167	t=-0.390	p=0.697	t=-0.627	p=0.535
Kovid-19 tanısı	Z=-0.765	p=0.444	t=-1.117	p=0.265	t=-1.004	p=0.316

Z: Mann-Whitney U, KW: Kruskal Wallis Test, t: Student-t testi, F: One-way ANOVA

Araştırma sonucunda cerrahi hemşirelerinin algılanan sosyal destek ölçek toplam puan ortalaması 68.20±12.06 puandı (Tablo 2). Aynı ölçeğin aile, arkadaş ve özel alt boyut puan ortalamaları sırasıyla, 23.29±4.11, 23.03±4.46 ve 21.88±5.05 puandı. Cerrahi hemşirelerinin algılanan sosyal destek düzeyi ile çalıştığı kurum (p=0.004) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Tablo 3). Ayrıca özel

birey alt boyutu ile koronavirüs anksiyete düzeyi arasında negatif yönlü düşük düzey (r=-0.151, p=0.009) ilişki olduğu görüldü (Tablo 4).

Tablo 4. Cerrahi Hemşirelerinin Koronavirüs Anksiyete, Psikolojik Dayanıklılık ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Arasındaki İlişki

	Kısa psikolojik dayanıklılık ölçeği	Algılanan sosyal destek	Aile desteği	Arkadaş desteği	Özel insan desteği
Koronavirüs anksiyete ölçeği	r=-0.180 p=0.002	r=-0.112 p=0.052	r=-0.054 p=0.347	r=-0.082 p=0.156	r=-0.151 p=0.009
Kısa psikolojik dayanıklılık ölçeği	-	r=0.172 p=0.003	r=0.111 p=0.055	r=0.122 p=0.035	r=0.212 p=0.001

p<0.01, p<0.05 seviyesinde anlamlıdır. Spearman Korelasyon Testi kullanılmıştır.

TARTIŞMA

Covid-19 ortaya çıktığı günden itibaren halk sağlığı üzerinde etkili olduğu kadar sağlık çalışanlarını da olumsuz etkilemiştir (Labrague ve De los Santos, 2020). Literatürde iş yükü, vardiyalı çalışma, bilinmezlik korkusu, iş-aile çatışması gibi birçok nedenle Covid-19 döneminde hemşirelerin %15 ila %92'sinin anksiyete yaşadığı belirtilmiştir (Alwani ve ark., 2020; Luo ve ark., 2020; Liu, ve ark., 2020; Mo ve ark., 2020; Cai ve ark., 2019). Deng ve arkadaşlarının çalışmasında pandemiden bir yıl sonra da hemşireler arasında genel anksiyete prevalansının %21.4 olduğu bildirilmiştir (Deng, Kiewitz, Jordan, ve Hochwarter, 2021). Bu araştırmada da pandemiden iki yıl geçmesine rağmen hemşirelerin %5.3'ünde koronavirüs anksiyetesinin devam ettiği bulunmuştur. Literatür bulguları karşılaştırıldığında cerrahi hemşirelerin koronavirüs anksiyete düzeyinin pandeminin yoğun olduğu dönemlere göre azaldığı ancak tamamen sonlanmadığı görülmektedir. Bu bulgulara göre yüksek riskli alanlarda çalışan hemşirelerin Covid-19'un psikolojik etkilerinin daha yoğun olduğu söylenebilir.

Bu araştırma sonucuna göre DH-2'de görev yapan hemşirelerin koronavirüs korku düzeyi diğer kurumlarda çalışan hemşirelere göre daha yüksektir. Bu durum ilgili hastanenin pandemi süresince pandemi hastanesi olarak hizmet vermesinden kaynaklanmış olabilir. Araştırmanın bir başka bulgusu ise kadın cinsiyet ve lise mezunu olan hemşirelerin Covid-19 korku düzeyi diğer hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur. Literatürde de kadın, düşük eğitim seviyesine sahip hemşirelerin koronavirüs anksiyete seviyesinin diğer hemşirelere göre yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu araştırmaya katılan hemşirelerin fizyolojik, psikolojik ve kültürel

özelliklerinin koronavirüs korku düzeyini etkilediği düşünülebilir. Literatürde de kadınların ev işi, küçük çocukları büyütme gibi ek sorumluluklarının olması, bilgi düzeyi arttıkça bilinmezlik korkusunun azalması ve yaşla birlikte oluşan klinik deneyim ile açıklanmıştır (Deng ve ark., 2021; Vlachantoni, Evandrou, Falkingham, Gomez-Leon, 2019).

Psikolojik dayanıklılık, sağlık çalışanlarının salgın hastalıkların neden olduğu anksiyete ile başa çıkma kolaylaştırılmaktadır (Cooper ve ark., 2020; Labrague ve ark., 2018; Turner, 2015). Labrague tarafından yayınlanan sistematik derlemede (2021) sağlık çalışanlarının orta ve yüksek düzeyde psikolojik dayanıklılığa sahip olduğu görülmektedir. Bu çalışmada cerrahi hemşirelerinin psikolojik dayanıklılık düzeyi yüksek bulunmuştur. Konuyla ilgili diğer ulusal ve uluslararası çalışmalarda da hemşirelerin orta ile yüksek düzey arasında psikolojik dayanıklılığa sahip olduğu görülmektedir (Labrague, 2021; Hou, Bi, Jiao, Luo, ve Song, 2021; Deniz ve Ünal, 2022; Labrague ve ark., 2021; Hoşgör ve Yaman, 2021). Bu bağlamda araştırma sonucunun literatüre benzer olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada cerrahi hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeyini cinsiyetin etkilemediği bulundu. Bozdağ ve Ergün'ün (2020) çalışmasında ise, bu çalışmadan farklı olarak erkek bireylerde psikolojik dayanıklılığın daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Bu farklılığın kadınların duygu durum değişimlerinin erkeklere göre daha ön planda olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca bu çalışmada üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin dayanıklılık düzeyinin diğer hastanelerde çalışan hemşirelerden yüksek olduğu görülmektedir. Hemşirelerin psikolojik dayanıklılıklarının artırılmasında çalışma saatlerinin sınırlandırılması, yeterli malzemenin sağlanması, dinlenme alanlarının oluşturulması gibi hastane yapılanmasına ilişkin faktörler rol almaktadır (Labrague, 2021). Üniversite hastanelerinin kurum yapılanmasının devlet hastanelerinden farklı olmasının, araştırma sonucundaki farklılığı açıkladığı düşünülebilir.

Kurum fiziki olanaklarının yanı sıra algılanan sosyal destek de anksiyetenin azaltılmasını ve psikolojik dayanıklılığın artırılmasını sağlayabilir (Kılınç ve Çelik,

2020; Labrague, McEnroe Petite, Leocadio, Van Bogaert ve Tsaras, 2018). Bu çalışmada hemşirelerin algılanan sosyal destek düzeyi yüksek bulunmuştur. Cerrahi hemşirelerinin sosyal desteği arttıkça psikolojik dayanıklılıkları da artmaktadır. Master ve arkadaşlarının çalışmasında da Covid-19 döneminde hemşirelerin algıladıkları sosyal destek düzeyinin yüksek olduğu ve sosyal desteğin psikolojik dayanıklılığı arttırdığı belirtilmiştir (Master ve ark., 2020). Ulusal ve uluslararası diğer çalışmalarda da pandemi döneminde hemşirelerin orta ve yüksek düzey sosyal desteğin koronavirüs anksiyetesini azalttığı ve psikolojik dayanıklılığı arttırdığı belirtilmiştir (Hou ve ark., 2021; Labrague, 2021; Deniz ve Ünal 2022). Bu çalışmanın cerrahi hemşireliği gibi yüksek riskli alanlarda çalışan hemşirelerde sosyal desteğin pandemi döneminde yaşanan anksiyete ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkiyi yansıttığı ve literatürü desteklediği görülmektedir. Bu bağlamda cerrahi hemşirelerinin, pandemi gibi kriz durumlarıyla baş etmesi ve bakımın sürekliliğinin sağlanması için fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak korunması ve desteklenmesi gerektiği söylenebilir (Kılınç ve Çelik, 2020).

Araştırmanın Sınırlılıkları

Covid-19 döneminde ilk vakaya bizim ülkemizde 11 Mart 2020 tarihinde rastlandı. Bu araştırma ise pandemiden yaklaşık iki yıl sonra gerçekleştirildi. Bu nedenle çalışmanın en büyük sınırlılığı 2022'de yapılmasıdır. Bu durum araştırma sonucunu etkilemiş olabilir. Araştırmanın Türkiye'nin bir bölgesinde yürütülmesi araştırmanın sınırlılığıdır. Ülke değerlerinin görülebilmesi için araştırma örnekleminin genişletilerek araştırmanın tekrarlanması önerilebilir. Ayrıca araştırma bir üniversite hastanesi ile üç devlet hastanesinde yürütülmüştür. Araştırma farklı disiplinleri içeren diğer hastanelerde tekrarlanabilir.

SONUÇ

Bu çalışmada cerrahi hemşirelerinin koronavirüs anksiyete düzeyinin düşük, algılanan sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin yüksek olduğu bulundu. Cerrahi hemşirelerinin algılanan sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arttıkça koronavirüs anksiyete düzeylerinin azaldığı saptandı. Bu durum hemşirelerin aslında

gelecekteki olası salgınlara karşı da hazırlıklı olduğu şeklinde açıklanması ile birlikte sosyal destek ve psikolojik dayanıklılığı arttıran eğitim, uğraş terapileri ve kurum politikalarının devamlığının sağlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Alwani, S. S., Majeed, M. M., Hirwani, M. Z., Rauf, S., Saad, S. M., Shah, S. H., ve Hamirani, F. M. (2020). Evaluation of knowledge, practices, attitude and anxiety of Pakistans nurses towards KOVID-19 during the current outbreak in Pakistan. medRxiv, 1-2. doi:10.1101/2020.06.05.20123703
- Bayülgen, M.Y., Bayülgen, A., Yeşil, F.H., ve Akcan Türksever, H. (2021). KOVID-19 pandemisi sürecinde çalışan hemşirelerin anksiyete ve umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi. SBÜ Hemşirelik Dergisi, 3(1), 1-6. doi: 10.48071/sbuhemşirelik.839229
- Biçer, İ., Çakmak, C., Demir, H., ve Kurt, M.E. (2020). Koronavirüs anksiyete ölçeği kısa formu: Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Klin, 25(1), 216-225. doi: 10.21673/anadoluklin.731092
- Bozdağ E, Ergün N. (2021). Psychological Resilience of Healthcare Professionals During COVID-19 Pandemic, Psychological Report, 124(6) 2567-2586 doi: 10.1177/0033294120965477
- Cai, Q., Feng, H., Huang, J., Wang, M., Wang, Q., Lu, X., ... ve Liu, Y. (2020). The mental health of frontline and non-frontline medical workers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: A case-control study. Journal of Affective Disorders, 275, 210-215. doi: 10.1016/j.jad.2020.06.031
- Cooper, A. L., Brown, J. A., Rees, C. S., ve Leslie, G. D. (2020). Nurse resilience: A concept analysis. International Journal of Mental Health Nursing, 29(4), 553-575. doi:10.1111/inm.12721
- Deng, Y., Kiewitz, C., Jordan, S., ve Hochwarter, W. (2021). Losing Compassion for Patients? COVID-19, Compassion Fatigue, and Event-Related PTSD in nurses. In Academy of Management Proceedings (Vol. 2021, No. 1, p. 15560). Briarcliff Manor, NY 10510: Academy of Management.
- Deniz, S., ve Ünal, Ö. (2022). The mediating role of resilience in the effect of perceived social support on fear of COVID-19: a research on healthcare employees. Hospital Topics, 1-8. doi:10.1080/00185868.2022.2066593
- Doğan, T. (2015). Kısa psikolojik sağlık ölçeği'nin türkçe uyarlaması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. The Journal of Happiness & Well-Being, 3(1), 93-102.
- Eker, D., Arkar, H. (1995). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. Turk Psikol Derg, 34, 45-55.
- Eker, D., Arkar, H., Yaldız, H. (2001). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. Turk Psikol Derg, 12, 17-25.
- George, D ve Mallery, M. (2010). SPSS for windows step by step: A simple guide and reference, 17.0 uptodate (10 ed.) Boston: Pearson.
- Hart, P. L., Brannan, J. D., ve De Chesnay, M. (2014). Resilience in nurses: An integrative review. Journal of Nursing Management, 22(6), 720-734. doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01485.x
- Hoşgör, H., ve Yaman, M. (2022). Investigation of the relationship between psychological resilience and job performance in Turkish nurses during the Covid- 19 pandemic in terms of descriptive characteristics. Journal of Nursing Management, 30(1), 44-52. doi: 10.1111/jonm.13477
- Hou, F., Bi, F., Jiao, R., Luo, D., ve Song, K. (2020). Gender differences of depression and anxiety among social media users during the COVID-19 outbreak in China: a cross-sectional study. BMC Public Health, 20(1), 1-11. doi:10.1186/s12889-020-09738-7
- Kim, Y. J., Lee, S. Y., ve Cho, J. H. (2020). A study on the job retention intention of nurses based on social support in the COVID-19 situation. Sustainability, 12(18), 7276. doi:10.3390/su12187276
- Kılınç, T., ve Çelik, A.S. (2021). Relationship between the social support and psychological resilience levels perceived by nurses during the COVID- 19 pandemic: A study from Turkey. Perspect Psychiatr Care, 57, 1000-1008. doi:10.1111/ppc.12648
- Labrague, L. J., ve McEnroe-Petitte, D. M. (2017). Job stress in new nurses during the transition period: An integrative review. International Nursing Review, 65(4), 491-504. doi: org/10.1111/inr.12425
- Labrague, L. J., Hammad, K., Gloe, D. S., McEnroe-Petitte, D. M., Fronda, D. C., Obeidat, A. A., ... Mirafuentes, E. C. (2018). Disaster prepared-ness among nurses: A systematic review of literature. International Nursing Review, 65(1), 41-53. doi:10.1111/inr.12369
- Labrague, L. J., McEnroe Petitte, D. M., Leocadio, M. C., Van Bogaert, P., ve Tsaras, K. (2018). Perceptions of organizational support and its impact on nurses' job outcomes. Nursing Forum, 53(3), 339-347. doi: 10.1111/nuf.12260
- Labrague, L.J., ve De los Santos, J.A.A. (2020). KOVID-19 anxiety among front-line nurses: Predictive role of

- organisational support, personal resilience and social support. *J Nurs Manag*, 28,1653–1661. doi: 10.1111/jonm.13121
22. Labrague, L. J. (2021). Psychological resilience, coping behaviours and social support among health care workers during the COVID- 19 pandemic: A systematic review of quantitative studies. *Journal of Nursing Management*, 29(7), 1893-1905. doi: 10.1111/jonm.13336
 23. Labrague, L. J., De los Santos, J. A. A., ve Fronda, D. C. (2021). Perceived COVID- 19- associated discrimination, mental health and professional- turnover intention among frontline clinical nurses: The mediating role of resilience. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(6), 1674-1683. doi: 10.1111/inm.12920
 24. Langford, C. P. H., Bowsher, J., Maloney, J. P., ve Lillis, P. P. (1997). Social support: A conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 95 –100. doi:10.1046/j.1365-2648.1997.1997025095.x
 25. Lee, S.A. (2020). Coronavirus anxiety scale: A brief mental health screener for KOVID-19 related anxiety. *Death Studies*, 44(7), 393- 401. doi:10.1080/07481187.2020.1748481
 26. Lee, S. A., Jobe, M. C., Mathis, A. A., ve Gibbons, J. A. (2020). Incremental validity of coronaphobia: Coronavirus anxiety explains depression, generalized anxiety, and death anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 74, 102268. doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102268
 27. Liu, Y., Gayle, A. A., Wilder-Smith, A., ve Rocklöv, J. (2020). The reproductive number of KOVID-19 is higher compared to SARS coronavirus. *Journal of Travel Medicine*, 27(2), 1– 4. doi: 10.1093/jtm/taaa021
 28. Luo, M., Guo, L., Yu, M., Jiang, W., ve Wang, H. (2020). The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public–A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 291, 113190. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113190
 29. Master, A.N., Su, X., Zhang, S., Guan, Z., ve Li, R. (2020). Psychological impact of KOVID-19 outbreak on frontline nurses: A cross-sectional survey study. *J Clin Nurs*, 29, 4217–4226. doi:10.1111/jocn.15454
 30. Monsen, K. A., Austin, R. R., Goparaju, B., Clarence Jones, R., Mathiason, M. A., Pirsch, A., ve Eder, M. (2021). Exploring large community and clinically generated datasets to understand resilience before and during the COVID- 19 pandemic. *Journal of Nursing Scholarship*, 53(3), 262-269. doi:10.1111/jnu.12634
 31. Mo, Y., Deng, L., Zhang, L., Lang, Q., Liao, C., Wang, N., ... ve Huang, H. (2020). Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID- 19 epidemic. *Journal of Nursing Management*, 28(5), 1002-1009. doi: 10.1111/jonm.13014
 32. Mukaka, M. M. (2012). A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. *Malawi Medical Journal*, 24(3), 69-71.
 33. Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Jennifer Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15, 194–200. doi: 10.1080/10705500802222972
 34. Turner, S. B. (2015). Resilience of nurses in the face of disaster. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 9(6), 601–604. doi:10.1017/dmp.2015.70
 35. Vlachantoni, A., Evandrou, M., Falkingham, J., & Gomez-Leon, M. (2020). Caught in the middle in mid-life: Provision of care across multiple generations. *Ageing & Society*, 40(7), 1490-1510. doi:10.1017/S0144686X19000047
 36. Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., ve Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41. doi:10.1207/s15327752jpa5201_2



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

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

e-ISSN:2636-8439

DOI: <https://doi.org/10.54189/hbd.1232397>

Orijinal Araştırma

Enjektör ile Beslenen Prematüre Bebeklerin Annelerinin Taburculuk Sonrası Beslenmenin Devamlılığını Sağlama Durumları ve İlişkili Faktörler

Mothers of Injector-Fed Premature Babies To Ensure Continuity of Feeding After Discharge and Related Factors

Sultan GÜNER BAŞARA ^{ID}*,^a, Emel BAHADIR ARSU ^{ID}^b, Raziye YILDIZ NOĞAN ^{ID}^b

^a Dr. Öğr. Üyesi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Erbaa Sağlık Bilimleri Fakültesi, TOKAT, TÜRKİYE

^b Hemşire, Ankara Şehir Hastanesi Kadın Doğum Hastanesi, Yenidoğan Ünitesi, ANKARA, TÜRKİYE

ÖZET

Giriş: Prematüre bebeklerin beslenmesinde optimal bir metot tanımlamak çok zordur. Bu nedenle anne memesini emme durumuna gelene kadar emzirmeye alternatif beslenme metodu kullanılmaktadır. Bu çalışmada amaç enjektör ile beslenen prematüre bebeklerin annelerinin taburculuk sonrası beslenmenin devamlılığını sağlama durumları ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Araştırma gözlemsel prospektif olarak yapılmıştır. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tedavi ve bakım alan prematüre bebeğe sahip 75 anne ile yürütülmüştür. Taburculuk sırasında ve sonrası dönemde bebeğin beslenme yöntemi ve kilosuna ait veriler anneler ile telefon görüşmesi aracılığıyla elde edildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan annelerin %68.0'ı daha önce bebek emzirme deneyimi yaşamış, %77.3'ü de bebeğini enjektör ile iyi beslendiğini ifade ettiği belirlendi. Bebeklerinin %52.0'nın 30-32. gestasyon yaşında, %74.6'sının postnatal 1-5. gün peroral beslenmeye başladıkları tespit edilmiştir. Taburculuk sonrası 7. gün beslenme yöntemleri ile kilo almaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0.018$).

Sonuç: Annelerin doğum şekli bebeklerinin besleme yöntemini etkilemektedir. Anneler 0. gün enjektör yöntemi ile beslemeyi tercih etmektedir. Gestasyon yaşı 36 hafta ve üzerinde olan prematüre bebeklerin enjektör yönteminde verilen süt veya mamayı daha iyi alabilmektedir. Kanguru bakımı alan annelerin enjektör ile beslenme yöntemini tercih edebildikleri saptandı.

Anahtar Kelimeler: Anneler, Prematüre bebekler, Beslenme yöntemi, Şırınga

ABSTRACT

Background: It is very difficult to define an optimal method of feeding premature infants. For this reason, an alternative feeding method to breastfeeding was used. The aim of this study is to evaluate the post-discharge status of mothers of preterm infants fed with injector and related factors.

Methods: The study was conducted as an observational prospective study with 75 mothers of premature babies receiving treatment and care in NICU. Mothers were given injector nutrition education. Data on the feeding method and weight of the baby during and after discharge were obtained through telephone interviews with the mothers.

Results: 68.0% of the mothers had experienced breastfeeding before, 77.3% stated that their baby was well fed with the injector. 52.0% of their babies are 30-32. gestational age, 74.6% postnatal 1-5. peroral feeding was started. A statistically significant difference was found between feeding methods, weight gain on the 7th day after discharge ($p=0.018$).

Conclusion: The way of birth of mothers affects the feeding method of their babies. Mothers prefer to feed with the injector method on the 0th day. Premature babies with a gestational age of 36 weeks and above can take the milk or formula given by the injector method better. Mothers receiving kangaroo care may prefer injector feeding method.

Key words: Mothers, Premature Infants, Feeding methods, , Syringe

* Bu çalışma, 25. Uluslararası Neonatoloji Kongresi UNEKO 12-16 Nisan 2017 tarihinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

*Sorumlu Yazar: Sultan GÜNER BAŞARA

Adres: Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Erbaa Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, TOKAT, TÜRKİYE

E-posta: sultan.guner@gop.edu.tr

Geliş Tarihi: 11.01.2023

Kabul Tarihi:07.04.2023

GİRİŞ

Emzirmenin bebek ve anne açısından çok fazla faydası bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü [WHO] (2021) ve UNİCEF (2021), bebekler altı aylık oluncaya kadar sadece anne sütü ile beslenmesi ve iki yaşına kadar emzirmeye devam edilmesini tavsiye etmektedir. Buna rağmen pek çok ülkede halen emzirme oranları önemli ölçüde düşüktür (Bellu ve Condo, 2017). Dünya ülkelerinde emzirme oranlarındaki farklılıklara rağmen, gerek term gerekse preterm bebeklerde en uygun besin kaynağı anne sütüdür (AAP, 2022; WHO, 2019). Yenidoğan döneminde özellikle minimal enteral beslenmede amaç bebeğin bağırsak sistemini aktifleştirmektir. Bunun için minimal enteral beslemede ilk tercih anne sütü (kolostrum) olup enteral beslenmenin başlanabilmesi için 24-48 saat beklenmektedir (Kültürsay, Bilgen, Türkyılmaz, 2018).

Erken dönemde enteral beslenme başlanamayan bebeklerde akciğer hasarı, sepsis, nörolojik hasar ve patolojik problemler gibi sağlık sorunlarının gelişebildiği bilinmektedir. Bu nedenle özellikle preterm bebeklerin, doğum hafta ve kiloları ne kadar düşük olursa olsun doğum sonrası ilk günden itibaren enteral beslenmeye başlanması önemlidir (Su, 2014; Montealegre-Pomar, Bertolotto-Cepeda, Romero-Marquez, José Muñoz –Ramírez, 2021). Preterm bebeklerin, term bebeklere göre postnatal malnutrisyon riski daha yüksektir. Çünkü preterm bebeklerin daha fazla nutrisyonel desteğe ihtiyaçları bulunmaktadır ve preterm bebeklerde protein ve enerji gereksiniminin erken dönemde karşılanamaması postnatal malnutrisyon riskini artırmaktadır (Cormack, Harding, Miller, Bloomfield, 2019). Prematüre bebeklerde enteral beslenme malnutrisyonun önlenmesi ve düzeltilmesi aynı zaman da nörogelişimsel bozuklukları önlemede anahtar rol oynamaktadır. Emzirilemeyen yenidoğanlar için uygun beslenme yönteminin başlatılması ve sürdürülebilir olması bebek sağlığı açısından çok önemlidir. Erken doğmuş bebeğin etkili ve güvenli bir şekilde ağızdan beslenebilmesi için emme, yutma ve soluk alma uyumunu yapabilmesi gerekmektedir (Skinner ve Narchi, 2021). Emmenin başarılı olabilmesi için gereken nörogelişimsel olgunlaşma ve koordineli bir emme-yutma-soluk fonksiyonu, ortalama 32-34. haftalarda gelişmeye başlamaktadır (Lau, 2015). Bu nedenle başlangıçta bebeğin orogastrik tüple beslenmesinin yapılması, daha sonra

oral beslenmeye geçilmesi önerilmektedir (Collins, Gillis, McPhee, Sukanuma, Makrides, 2016). Ememeyen ve yüksek solunum hızı olan bebeklere nazogastrik (NG) veya orogastrik (OG) yolla besinler aralıklı olarak azar azar tolere edebilme durumu dikkate alınarak verilmektedir (Neonatal Guideline, 2020). Oral beslenmeye geçen bebeklerde belli aşamalarda annenin emzirmesi denetlenmektedir. Ancak bebeğin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde (YYBÜ) tedavi ve bakımın devam etmesi ve diğer bazı faktörler emzirmenin gerçekleştirilme durumunu zorlaştırabilmektedir. Bu faktörler; anne ve bebeğin ayrı olması, maternal stres ve hastalıklar, gecikmiş enteral beslenme ve yetersiz bakım şeklinde sıralanabilir (Bellu ve Condo, 2017). Hastanede enteral beslenen prematüre bebekte emzirmeye geçiş sürecinin yönetimi çok önemlidir. Emerek beslenme prematürelere için de normal fizyolojik bir davranıştır, ancak pretermelerde uykudan uyanıklığa geçişin zor olması, fizyolojik instabilitenin (apne gibi) sıklığı, emme/yutma ve solunum koordinasyon zayıflığı, yutma mekanizmasının gelişmemiş olması, oral motor kontrol ve koordinasyon zayıflığı beslenme sorunlarının çok daha sık yaşanmasına neden olmaktadır (Didişen ve Gerçek, 2015; Kültürsay ve ark., 2018).

Yoğun bakım ünitesinde izlenen prematüre bebeklerin beslenmesinde optimal bir metot tanımlamak çok zordur. Bu nedenle anne memesini emme durumuna gelene kadar emzirmeye ek olarak biberon, kaşık, damlalık, kap, parmak beslenmesi gibi değişik sonuçlar veren birçok alternatif beslenme metodu kullanılmaktadır (Collins ve ark., 2016). Bu yöntemlerin dışında prematür bebek beslenmesinde alternatif beslenme metotlarından birisi de YYBÜ'lerinde kullanılan enjektörle bebek besleme yöntemidir. Bu yöntemin uygulanmasına ilişkin literatürde bir çalışmaya (Buldur ve ark., 2020) rastlanmaktadır. Ancak günümüzde pek çok YYBÜ'nde beslenme yöntemi olarak enjektör kullanılmaktadır ve gözlemsel olarak olumlu sonuçlar alınmıştır (Buldur ve ark., 2020; Collins ve ark., 2008; Diaz ve ark., 2007; Türkyılmaz ve ark., 2018). Literatürde prematüre bebeğin emerek beslenmesine karar verildiği durumlarda annelerin öncelikli ilk tercihi biberonla beslenme yöntemidir (Kumar ve ark., 2017). Biberon kullanımının emzirme başarısına zarar verip vermediği konusunda bazı tartışmalar vardır ve devam

etmektedir. Literatürde, biberon ile beslenmeden kaçınılan ve taburcu olan bebeklerin emme oranlarının arttırdığını gösteren düşük ve orta kalite kanıtlar bulunmaktadır (Kotowski, Fowler, Hourigan, Orr, 2020; McKinney ve ark., 2016). Ayrıca sınırlı sayıdaki mevcut kanıtlar biberon ile beslenmeyen bebeklerin taburculuk ve taburculuktan sonraki ilk altı ayda emme oranlarının yükseldiğini göstermektedir. Düşük ve orta düzeydeki kanıtlar ise emzirmenin fincan ile desteklenmesinin emzirme kapsamını ve süresini arttırdığını göstermektedir (Collins ve ark., 2016). Bu çalışma enjektör ile beslenen prematüre bebeklerin annelerinin taburculuk sonrası beslenmenin devamlılığını sağlama durumları ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

Araştırma Soruları

1.Yoğun bakım ünitesinde izlenen bebeklerin enjektör yöntemiyle beslenme durumunun bebeklerin taburculuk sonrası annelerinin beslenme yöntemi seçimine etkisi var mıdır?

2.Yoğun bakım ünitesinde tedavi alan bebeklerin taburculuk sonrası beslenme yöntemleri ile ilişkili durumlar nelerdir?

YÖNTEM

Araştırma Tipi

Araştırma gözlemsel prospektif olarak yapıldı.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Ankara ilinde bulunan bir Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nin ikinci düzey yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yapıldı.

Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırmanın örneklemini, araştırmanın yapıldığı tarihlerde YYBÜ'nde tedavi ve bakım alan, araştırma seçim kriterlerine uyan 75 prematüre bebek ve anneleri oluşturdu. Araştırmada tam sayım (census) yöntemi kullanılarak evrenin tümüne ulaşmak hedeflendi. Örneklem hacmi hesaplamasına gidilmeden, altı ayda (01 Haziran-31 Aralık 2016 tarihleri arasında), ikinci düzey YYBÜ'de tedavi ve bakım alan araştırma seçim kriterlerine uyan bebeklerin tamamı alındı. Örneklem seçim kriterleri genel sağlık durumu stabil olan, gestasyon yaşı 30-37. hafta arasında, enteral olarak

beslenebilen fakat anne memesini etkin ememeyen prematüre bebekler ve bu bebeklerin anneleri oluşturdu. Konjenital anomali, intrakranial hemoraji varlığı ya da şüphesi olan, invazif veya noninvazif mekanik ventilasyon desteği alan, umbikal kateteri ve göğüs tüpü olan bebekler araştırmaya alınmadı. Oral beslenmesi kesilen ve yalnızca parenteral beslenmeye geçen prematüre bebekler ve taburculuk sonrası telefon ile annelerin ulaşamayan bebekler araştırmadan çıkarıldı. Araştırma sonunda elde edilen verilerle yapılan güç analizi sonucunda (n=75) örneklem sayısı ile etki büyüklüğü=0.367, alfa=0.05 alınmış ve çalışmanın gücü %82.2 olarak hesaplanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Anne veri toplama formu; araştırmacılar tarafından literatürdeki pek çok araştırmanın incelenmesinin ardından oluşturulan görüşme anketi (22 açık uçlu soru) annelere uygulandı (Collins ve ark., 2016; Kotowski ve ark., 2020; McKinney ve ark., 2016; Montealegre-Pomar ve ark., 2021). Form annelerin demografik özellikleri, emzirme durumları, süt salgısının varlığı, kanguru bakımı, enjektör yöntemi ile ilgili düşüncelerini içermektedir.

Bebek veri toplama formu; Bebeğe ait veriler araştırmacılar tarafından ilgili literatür incelenerek (Cunha ve ark., 2016; Lapillonne ve ark., 2013; McKinney ve ark., 2016; Su ve ark., 2014) hazırlanan 11 açık uçlu sorudan oluşan veri toplama formu ile toplandı. Bebek veri toplama formu tanımlayıcı bilgi, beslenmeye başlanma durumu, beslenme yöntemi ve taburculuk sonrası beslenme yöntemi ve kilo alımını içermektedir.

Verilerin Toplanması

Çalışmanın yapıldığı YYBÜ'nde enteral beslenen bebeklerin beslenmesinde alternatif yöntem olarak enjektör kullanılmaktadır. Bebeğe anne sütü veya mama enjektör aracılığı ile verilmektedir. Biberon yalnızca bazı bebeklerde (çok uzun süre YYBÜ'de tedavi alan yenidoğan dönemi geçmiş süt çocukları, madde bağımlısı anne bebeği ve terk edilmiş bebekler) hekim önerisi ile alternatif beslenme yöntemi olarak kullanılmaktadır. Bebekleri YYBÜ'nde tedavi ve bakım hizmeti alan ve çalışmaya katılmaya gönüllü anneler ile ünite

içerisinde, ziyaret saatlerinde yüz yüze görüşme sağlandı. Anneler bebeklerini gün içerisinde en fazla beş ve en az iki kez ziyaret etmektedir ve her ziyaretleri yaklaşık 45 dakika sürmektedir. Araştırma süresince anneler üniteye bebeklerinin beslenme saatinde alındı. Araştırmacılar tarafından araştırmaya katılmayı kabul eden annelere veri toplama formu uygulandı. Enjektör besleme yönteminde annelere bebeğin başının desteklenmesi ve pozisyonu, enjektör ucunun bebeğin ağız ve dil üzerine yerleştirilmesi, enjektörden süt/mamayı verirken bebeğin yutkunmasının gözlenmesi ile ilgili bilgi verildi. Araştırmacılar gözetiminde annelerin bebeğini enjektörle beslemesi sağlandı.

Bebeğin enjektör aracılığıyla beslenme süresi bebeğin beslenme sırasında yorulma, kuvöz dışında stabil kalabilme durumu ve YYBÜ'de görev alan personel sayısı ve yoğunluk düzeyine bakılarak yaklaşık olarak her bebek için 30 dakika olacak şekilde belirlendi. Enjektör ile beslenmesi tamamlanamayan prematüre bebeklerde enjektörle beslenme yöntemine uyum sağlanıncaya kadar beslenme OG tüp ile desteklendi. Araştırmaya alınan bebek taburcu olana kadar izlendi. Bebeğin taburcu olduğu 0. gün taburculuk sırasında yoğun bakımda kilosunu tartıldı ve kaydedildi. Taburculuk sonrası dönemde araştırmacılar anneler ile telefon görüşmesi yaparak 0. ve 7. günde bebeğin beslenmesinde kullanılan alternatif beslenme yöntemi ve bebeğin 7. gün kilosuna ait verileri öğrendi ve kayıt altına alındı.

Araştırmanın Etik Onayı: Araştırmanın yürütülmesi için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (etik onay numarası; 6; 24.06.2016) alındı. Veri toplama öncesinde tüm annelere araştırmanın konusu, amacı ve yöntemi hakkında bilgi verildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden annelerden sözlü ve yazılı onamları alındı. Araştırma süreci boyunca Helsinki Bildirgesi'nin ilkelerine uyuldu ve araştırma öncesi gerekli tüm izinler tamamlandı.

Verilerin Analizi: Araştırmada verilerin değerlendirilmesinde istatistiksel analizler için SPSS software (Statistical Package For Social Sciences, 18,0 sürüm Inc., Chicago, IL, ABD) kullanıldı. İstatistiksel analizlerde

anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi. Verilerin analizinde yüzdeler dağılımı, ortalama, ki-kare testi, kullanıldı.

BULGULAR

Çalışmaya katılan annelerin yaş ortalaması 29.75 ± 6.48 ve sahip oldukları çocuk sayısı ortalaması 1.97 ± 1.09 'dur. Annelerin %34.7'si lise mezunu, %73.3'ü ev hanımı ve %42.7'si primipardır. Araştırma kapsamına dahil edilen, araştırma öncesi yoğun bakımda bebeğini ilk kez emziren ve daha önce emzirme deneyimi olan annelerin oranı %68.0'dır. %73.3'ünün emzirme hakkında sosyal destek aldıkları ve %57.3'ünün kanguru bakımına katıldıkları belirlendi (Tablo 1).

Tablo 1. Annelerin Sosyodemografik Özellikleri (n=75)

Soyodemografik özellikler	n (%)
Yaş	
25 yaş altı	23 (30.7)
25-30	19 (25.3)
30-35	17 (22.7)
35-40	12 (16.0)
40-45	4 (5.3)
Eğitim durumu	
İlkokul	15 (20.0)
Ortaöğretim	12 (16.0)
Lise	26 (34.7)
Ön lisans	6 (8.0)
Lisans	16 (21.3)
Meslek	
Ev hanımı	55 (73.3)
Diğer	20 (26.7)
Doğum sayısı	
Bir	32 (42.7)
İki	23 (30.7)
Üç ve daha fazla	20 (26.6)
Doğum şekli	
Normal	25 (33.3)
Sezeryan	50 (66.7)
Önceki emzirme deneyimi	
Var	51 (68.0)
Yok	24 (32.0)
Emzirme konusunda çevre desteği	
Alıyor	55 (73.3)
Almıyor	20 (26.7)
Kanguru bakımına katılma	
Evet	43 (57.3)
Hayır	32 (42.7)

Araştırmada annelerin %73.3'ünün süt salgısının olduğu, %94.7'sinin bebeklerini emzirme deneyimi yaşadığı, %76'sının enjektör ile bebek besleme yöntemi hakkında sertifikalı yenidoğan hemşirelerinden eğitim aldıkları tespit edildi. Annelerin %22.7'sinin enjektör ile besleme yöntemi öncesinde küçük parmak ile bebeğin emme dürtüsünü

uyardıkları, %77.3'ünün enjektörle besleme yöntemi ile bebeklerinin iyi beslendiğini düşündükleri, %70.7'sinin enjektörle 3-5 kez bebeklerini besledikleri saptandı (Tablo 2).

Tablo 2. Annelerin Emzirme ve Deneyimlerinin Genel Dağılımı (n=75)

Değişkenler	n (%)
Annelerin emzirme ve enjektör ile besleme yöntemi	
Süt salgısının olması	55(73.3)
Emzirme	71(94.7)
Enjekt. beslenme eğitimi alma	57(76.0)
Enjekt. ile bebeğin iyi beslendiğini düşünme	58 (77.3)
Parmak ile emme dürtüsünü uyarma	17 (22.7)
Bebeğin enjektör yöntemiyle beslemesi esnasında annenin duyguları	
Olumlu	19 (26.9)
Olumsuz	55 (71.8)
Hiçbir şey	1 (1.3)
Annelerin yoğun bakımda bir günde bebeğini enjektör ile besleme sıklığı	
1 ve 3 kez	10 (13.3)
3 ve 5 kez	53 (70.7)
5 ve daha fazla	12 (16.0)

Tablo 3. Annelerin Bebeklerine Ait Değişkenler (n=75)

Değişkenler	n (%)
Gestasyon haftası	
30-32. hft	39 (52.0)
32-34. hft	13 (17.3)
34-36. hft	5 (6.7)
36-37. hft	18 (24.0)
Peroral beslenmeye başladığında bebeklerin kilo dağılımı	
1500 gr altı	22 (29.3)
1500-2000 gr	27 (36.0)
2000 gr üstü	24 (34.7)
Peroral beslenme günü	
1-5. gün	56 (74.6)
5-10. gün	6 (8.0)
10. ve daha fazla gün	13 (17.4)
İlk uygulanan enteral beslenme yöntemi	
Orogastrik	54 (72.0)
Enjektör	14(18.7)
Anne göğsü	4 (5.3)
OG ve enjektör	2 (2.7)
Biberon	1 (1.3)
Enjektörü aktif emme	
Evet	44 (58.7)
Hayır	31 (41,3)
Her beslenmede anne sütü alma	
Evet	43 (57.3)
Hayır	32 (42,7)
Oksijen alma	
Evet	7 (9.3)
Hayır	68 (90,7)
Parenteral beslenme	
Evet	3 (4.0)
Hayır	72 (96.0)

Araştırmaya dahil edilen annelerin bebeklerinin %52.0'mın 30-32. gestasyon haftasında doğdukları, %36.0'mın 1500-2000 gr ağırlığında bulunduğu, %74.6'sının postnatal 1-5 gün peroral beslenmeye başladıkları, %58.7'sinin enjektör ile besleme esnasında enjektör ucunu aktif olarak emebildikleri ve %57.3'ünün her beslenmede anne sütü aldıkları ve %72.0'mın ilk enteral beslenme yalnızca OG ile beslendikleri belirlendi (Tablo 3).

Tablo 4. Annelerin Süt Salgısı ve Bebeklerin Kilo Alımlarının Taburculuk Sonrası 0. ve 7. Gün Beslenme Yöntemlerine Göre Karşılaştırılması

Taburculuk sonrası 0. gün beslenme yöntemi	Süt Salgısı				Test*	
	Var		Yok		X ²	P
	n	%	n	%		
Enjektör	44	72.1	17	27.9	0.242	0.623
Biberon	11	78.6	3	21.4		
Taburculuk sonrası 7. gün beslenme yöntemi	Süt Salgısı				X ²	P
	Var		Yok			
	n	%	n	%		
Enjektör	35	74.5	12	25.2	0.083	0.773
Biberon	20	71.4	8	28.6		
Taburculuk sonrası 0. gün beslenme yöntemi	Bebek Kilo Alımı				X ²	P
	Var		Yok			
	n	%	n	%		
Enjektör	21	34.4	40	65.6	0.008	0.927
Biberon	5	35.7	9	64.3		
Taburculuk sonrası 7. gün beslenme yöntemi	Bebek Kilo Alımı				X ²	P
	Var		Yok			
	n	%	n	%		
Enjektör	21	44.7	26	53.3	5.574	0.018
Biberon	5	17.9	23	82.1		

*Ki-kare testi

Annelerin süt salgısı ve bebeğin taburculuk sonrası 0. ve 7.gün beslenmesinde kullanılan yöntemler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4). Ancak emziren annelerin taburculuk sonrası enjektör ile beslenme yöntemini 0. ve 7. günde biberon ile beslenme yöntemine göre daha sık kullanmış olmaları dikkat çekici bir bulgudur (Tablo 4). Yoğun bakım ünitesinde tedavi ve bakım alan bebeklerden taburculuk sonrası 0. günde beslenme yöntemine göre kilo alım hızları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken ($p>0.05$) 7. gün beslenme yöntemleri ile kilo alımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0.018$) (Tablo 4). Enjektör yöntemiyle beslenmeye devam eden bebeklerin kilo alımları biberon yöntemiyle beslenenlere göre artmıştır.

Araştırmada yaş, eğitim düzeyi, gebelik ve doğum sayısı, doğum şekli, emzirme deneyimine sahip olma durumu

ve sosyal destek varlığı gibi değişkenler ile annenin süt salgısı arasında fark olmadığı tespit edildi. Annelerin doğum şekli ile taburculuk sonrası bebeklerini 0. ve 7. gün besleme yöntemleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (sırasıyla; $p=0.003$, $p=0.007$). Sezaryenle doğum yapan annelerin bebeğini enjektörle beslenme yöntemi sıklığının normal doğum yapan annelere göre anlamlı düzeye daha yüksek bulundu. Aynı zamanda kanguru bakımı alan annelerin bebeklerinin taburculuk sonrası 0. gün beslenme yöntemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken, taburculuk sonrası 7. günde beslenme yöntemleri arasında anlamlı fark bulundu ($p=0.017$) (Tablo 5). Kanguru bakımı alan annelerin bebeğini enjektörle beslenme yöntemi

Tablo 5. Bebeklerin Doğum Şekli ve Annelerin Kanguru Bakımı Alma Durumu ile Taburculuk Sonrası 0. ve 7. Gün Besleme Yöntemlerinin Karşılaştırılması

Taburculuk sonrası 0. gün beslenme yöntemi	Doğum Şekli				Test*	
	n	%	n	%	X ²	P
Enjektör	36	59.0	24	41.0	8.607	0.003
Biberon	14	92.8	1	7.2		

Taburculuk sonrası 7. gün beslenme yöntemi	Doğum Şekli				Test*	
	n	%	n	%	X ²	P
Enjektör	26	55.3	21	44.7	7.295	0.007
Biberon	24	85.7	4	14.3		

Taburculuk sonrası 0. gün beslenme yöntemi	Kanguru Bakımı				Test*	
	n	%	n	%	X ²	P
Enjektör	36	59.0	25	41.0	0.378	0.538
Biberon	7	50.0	7	50.0		

Taburculuk sonrası 7. gün beslenme yöntemi	Kanguru Bakımı				Test*	
	n	%	n	%	X ²	P
Enjektör	22	46.8	25	53.2	5.701	0.017
Biberon	21	75.0	7	25.0		

*Ki-kare testi

sıklığının, kanguru yöntemi alamayan annelere göre daha yüksek bulundu (Tablo 5).

Araştırmada takip edilen bebeklerin gestasyon yaşı ile enjektörü aktif emme, enjektörden sıkılan süt/mama ile beslenme durumları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Gestasyon yaşı 36 hafta ve üzerinde olan bebeklerin enjektörü emme sıklıkları anlamlı düzeyde yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.001$). Bu analiz sonucu gestasyon haftası arttıkça enjektörle beslenme yönteminin bebeklerde emme davranışını geliştiğini göstermektedir. Bununla birlikte, 30-32. gestasyon haftasında doğan bebeklerin enjektörden süt/mama sıkılarak

Tablo 6. Bebeklerin Gestasyon Yaşı ile Enjektörü Aktif Emme ve Enjektörden Sıkılan Süt/Mama ile Beslenme Durumu

Gestasyon Yaşı	Enjektörü emme				Test*	
	n	%	n	%	X ²	P
30-32. hft	13	17.3	26	34.7	21.65	0.001
32-34. hft	11	14.7	2	2.7		
34-36. hft	4	5.3	1	1.3		
36. hft ve üzeri	16	21.3	2	2.7		

Gestasyon Yaşı	Enjektör ile süt/mama sıkma				Test*	
	n	%	n	%	X ²	P
30-32. hft	18.7	14.0	25	33.3	10.30	0.015
32-34. hft	1	1.3	12	16.0		
34-36. hft	0	0.0	5	6.7		
36. hft ve üzeri	1	1.3	17	22.7		

*Ki-kare testi

beslendiklerini göstermektedir ve bu istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.015$) (Tablo 6).

TARTIŞMA

Araştırmada enjektör yöntemiyle beslenmeye devam eden bebeklerin kilo almaları biberon yöntemiyle beslenenlere göre ve sezaryenle doğum yapan annelerin bebeğini enjektörle beslenme yöntemi sıklığı normal doğum yapan annelere göre yüksekti. Kanguru bakımı alan annelerin bebeğini enjektörle beslenme yöntemi sıklığı, kanguru yöntemi alamayan annelere göre daha yüksek bulundu. Gestasyon yaşı 30-32. hafta olan bebeklerin enjektörü aktif ememedikleri sıkılan süt/mama alabildikleri gestasyon yaşı 36 hafta ve üzeri olan bebeklerin ise enjektörü aktif emebildikleri tespit edildi.

Prematürenin neden olduğu sağlık sorunları bu bebeklerin uzun süre YYBÜ'nde tedavi ve bakım hizmeti almasına neden olabilmektedir. Prematür bebeğin YYBÜ'nde geçirdiği süreçte karşı karşıya kalabileceği sorunların başında, beslenme ile ilgili sorunlar önemli yer tutmaktadır (Buldur ve ark., 2020). Bu süreçte ve sonrasında bebeklerin annelerine emzirmeleri konusunda verilen sosyal destek kullanılan önemli bir müdahale yöntemidir (Bellu ve Condo; 2017). Prematüre bebeklerin beslenmesinde, tamamlayıcı yöntemler (enjektör, kap, kaşık, biberon) kullanılabilir. Enjektörle beslenme yöntemi klinikte kolaylıkla uygulanabilen, pratik, daha az zaman gerektiren ve komplikasyon riski olmayan bir beslenme yöntemidir. Ancak bu yönteme ilişkin literatürde ve diğer yöntemlerle karşılaştırılma yapılmış araştırma bilgisi

oldukça sınırlıdır. Buldur ve ark (2020) yaptıkları tek araştırmada YYBÜ'nde tedavi ve bakım hizmeti alan ve finger feeding yöntemi ile beslenen prematüre bebeklerin enjektörle beslenen bebeklere göre daha fazla kilo aldıkları belirlenmiştir. Araştırma da ise enjektörle beslenen bebeklerin biberon ile beslenme yöntemine göre taburculuk sonrası 7.günde kilo alımları yüksek bulundu. Araştırma sonucu literatürdeki tek çalışma ile benzerlik göstermemekle birlikte özellikle taburculuk sonrası enjektör ile beslenmeye devam edilen prematüre bebeklerin, biberon ile beslenen bebeklere göre kilo alımlarının anlamlı derece yüksek olması dikkat çekici bir bulgudur ve prematüre bebeklerde enjektörle beslenme yönteminin etkili bir yöntem olduğunu düşündürmektedir.

Normal doğum yapan annelerin bebekleriyle iletişimi ve emzirmeye başlama zamanı sezaryen ile doğum yapanlara göre çok daha erken dönemde ve başarılı olmaktadır (Alzaheb, 2017). Kadınların doğum şekli ile bebeğine ilk besin olarak anne sütü verme durumu arasında da anlamlı ilişki bulunmuştur (Ahi, Borlu, Balç, Günay, 2019; Ericson, Eriksson, Hoddinott, Hellström-Westas, Flacking, 2018). Araştırmada sezaryen doğum yapan annelerin taburculuk sonrası 0. ve 7. günde normal doğum yapan annelere göre enjektörle beslenme yöntemini biberonla beslenme yöntemine göre daha fazla tercih ettikleri belirlenmiştir. Bu durum sezaryen doğum yapan annelerin normal doğum yapan annelere göre iyileşme sürelerinin uzun olması, annede cerrahi uygulamaya bağlı ağrının varlığı ve konforun düşüklüğü, anne sütünün daha geç salgılanması gibi durumlarla alakalı olarak bebekten ayrı kalma sürecinin uzamasına bağlı olarak erken dönemde enjektörle beslenme yöntemini tercih ettiklerini düşündürmektedir. Annenin süt salgısının olması bebeğini emzirmesi açısından oldukça önemlidir. Süt salgısının gecikmesi ya da olmaması annelerin bebeklerini yapay mama ile beslemeye yöneltmektedir ve yapay beslenmede en çok tercih edilen yöntem biberon ile beslenme yöntemi olmaktadır (Flint, New, Davies, 2016). Araştırmada, süt salgısı olan annelerin süt salgısı olmayan annelere göre taburculuk sonrası 0. ve 7. günde enjektör ile besleme yöntemini tercih etmeleri dikkat çekicidir fakat istatistiksel açıdan anlamlı değildir. Bu sonuç, süt salgısı olan annelerin bebeğini emzirmeye geçene kadar enjektörle bebeğini yormadan, kolayca, azar azar pratik

bir şekilde beslemeyi tercih ettiklerini düşündürmektedir. Kanguru bakımının, anne bebek bağlanmasını ve emzirme üzerindeki faydaları bilinmektedir (Conde-Agudelo, Díaz-Rossello, 2016; Oras ark., 2016). Tully ve ark. (2016), Küçükoğlu ve ark. (2021) araştırmalarında, kanguru bakımı alan bebeklerin taburculuk sırasında emzirme oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmada kanguru bakımı alan annelerin bebeğini enjektörle beslenme yöntemi sıklığının, kanguru yöntemi alamayan annelere göre daha yüksek olduğu bulundu. Bu sonuç kanguru bakımı alan annelerin enjektör ile besleme yöntemini daha fazla tercih ettiklerini düşündürmektedir. Aynı zamanda kanguru bakımı alan annelerin enjektörle beslenme eğitimini benimsedikleri ve taburculuk sonrası bebek beslenmesinde etkin bir biçimde kullandıklarını göstermektedir. Emmenin başarılı olabilmesi için gereken nörogelişimsel olgunlaşma ve koordineli bir emme-yutma-solama fonksiyonunun ortalama 32-34. haftalarda gelişmeye başladığı bilinmektedir (Acunaş, Baş, Uslu, 2014; Lau, 2015). Araştırmada gestasyon yaşı 36 hafta ve üzerinde doğan bebeklerin diğer bebeklere göre enjektörü emerek beslenme sıklıklarının anlamlı düzeyde yüksektir. Enjektörle beslenme yönteminin bebeklerin emme davranışını geliştirdiği düşünülebilir. Bununla birlikte, 30-32. gestasyon haftasında doğan bebeklerin diğer bebeklere göre anlamlı düzeyde yüksek sıklıkta enjektörden süt/mama sıkılarak beslendikleri belirlendi. Bu sonuçlar bize gestasyon haftası küçük bebeklerin enjektörden anne sütü/mamayı sıkılarak azar azar alabildiklerini, gestasyon haftası büyüdükçe anne sütü/mamayı enjektör ucunu emerek alabildiklerini ve emme davranışlarının bu doğrultuda arttığını düşündürmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek merkezde yapılması ve term bebekleri kapsamaması, birden fazla çocuğu olan ya da il dışında yaşayan annelerin bebeklerinin ziyaretine her gün gelememeleri, günlük ziyarete gelen annelerin bebeklerinin öğleden sonra ve akşam saatlerindeki beslenmesine katılamamaları, gündüz saatlerinde ünitenin yoğun olması nedeniyle annelerin bebeklerin beslenme süresinin kısıtlı olması bu çalışmanın sınırlılıklarıdır.

SONUÇ

Bu araştırmada enjektör ile beslenme yönteminin taburculuk sonrası 0. ve 7. günde etkin bir yöntem olduğu göstermektedir. Anneler bebeklerinin taburculuğunun 0. ve 7. gününde enjektör ile besleme yöntemini tercih etmişlerdir. Araştırmada annenin bebeğinin enjektörle beslenme yöntemi taburculuk sonrası 0. ve 7. günde annenin doğum şekli, kanguru bakımı alma durumu, bebeğin kilo alma durumu ve bebeğin gestasyon haftası gibi faktörler ile ilişkilendirildi. Bu doğrultuda; oral beslenmeye başlanan prematüre bebeğin annesi tarafından beslenmesi sağlanmalı, anne sütüyle beslenme ve devamlılığı desteklenmelidir. Enjektör ile besleme yönteminin prematüre bebeklerin beslenmesinde etkili olduğunu kanıtlayacak daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Teşekkür

Araştırmaya katılan anne ve bebeklere, yenidoğan ünitesinde görev alan hemşirelere teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

- Acunaş, B. Baş, AY. Uslu, S. (2014). Türk Neonatoloji Derneği Yüksek Riskli Bebeklere Yaklaşım ve İzlem Rehberi. http://www.neonatology.org.tr/images/stories/files/makaleler/yukse_riskli_bebek.pdf (Erişim Tarihi: 24.11.2022).
- Ahi, S. Borlu, A. Balcı, E. Günay, O. (2019). Bebek dostu bir hastanede doğum yapan annelerin doğumdan sonra ilk bir saatte emzirmeye başlama durumları ve ilişkili faktörler. *Ahi Evran Med J.* 3(2):41-47
- Alzaheb, R.A. (2017). A review of the factors associated with the timely initiation of breastfeeding and exclusive breastfeeding in the middle east. *Clinical Medicine Insights: Pediatrics*, 11: 1–15. DOI:10.1177/1179556517748912
- American Academy of Pediatrics. (2022). Work Group on Breastfeeding. Updated AAP guidance recommends longer breastfeeding due to benefits, <https://publications.aap.org/aapnews/news/20528/Updated-AAP-guidance-recommends-longer?autologincheck=redirected> (Erişim Tarihi: 15.11.2022).
- Batistaa LCC. Ribeiro, SV. Nascimentoc, MSB. Rodrigues, VP. (2018). Association between pacifier use and bottle-feeding and unfavorable behaviors during breastfeeding. *J Pediatr (Rio J)*.94(6):596-601. DOI: 10.1016/j.jped.2017.10.005
- Bellu, R. Condo, M. (2017) Breastfeeding promotion: evidence and problems. *La Pediatria Medica e Chirurgica - Medical and Surgical Pediatrics*.39:156, 53-56. DOI: 10.4081/pmc.2017.156
- Buldur, E. Baltacı, N. Terek, D. Yalaz, M. Koroglu, O. Akisu, M. & Kultursay, N. (2020). Comparison of the finger feeding method versus syringe feeding method in supporting sucking skills of preterm babies. *Breastfeeding Medicine*, 15(11), 703-708. DOI:10.1089/bfm.2020.0043
- Collins, CT. Gillis, J. McPhee, AJ. Suganuma, H. Makrides, M. (2016). Avoidance of bottles during the establishment of breast feeds in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 10. Art. No.: CD005252. DOI: 10.1002/14651858.CD005252.pub4
- Conde-Agudelo, A. Díaz-Rossello, JL. (2016). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 8. Art. No.: CD002771. DOI: 10.1002/14651858.CD002771.pub4.
- Cormack, EB. Harding, JE. Miller, SP. Bloomfield, FH. (2019). The Influence of Early Nutrition on Brain Growth and Neurodevelopment in Extremely Preterm Babies: A Narrative Review. *Nutrients*. 11: 20-29; DOI:10.3390/nu11092029
- Cunha, SRD. Filhoc, LF. Rafael, EV. Lamyc, ZC. Guimarães de Queiroz, AL. (2016). Breast milk supplementation and preterm infant development after hospital discharge: a randomized clinical trial. *J Pediatr (Rio J)*, 92:136-42. DOI: 10.1016/j.jped.2015.04.004
- Díaz, P. F., & Valdebenito, M. R. (2007). The transition from tube to nipple in the premature newborn. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 7(2), 114-119.
- Didişen, AN. Gerçek, E. (2015). Breastfeeding in multiple pregnancies induced by assisted reproduction technologies. *The Journal of Pediatric Research*.2:177-182. DOI:10.4274/jpr.05706
- Ericson, J. Eriksson, M. Hoddinott, P. Hellström-Westas, L. Flacking, R. (2018). Breastfeeding and risk for ceasing in mothers of preterm infants—Long-term follow-up. *Matern Child Nutr.* 14:e12618. DOI: 10.1111/mcn.12618
- Flint A, New K, Davies MW. (2016). Cup feeding versus other forms of supplemental enteral feeding for newborn infants unable to fully breastfeed. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 8. Art. No.: CD005092.
- Kotowski, J. Fowler, C. Hourigan, C. Orr, F.(2020). Bottle-feeding an infant feeding modality: An integrative literature review. *Matern Child Nutr.*16:12939. doi: 10.1111/mcn.12939
- Kucukoglu, S., Kurt, F. Y., Ozdemir, A. A., & Ozcan, Z. (2021). The effect of kangaroo care on breastfeeding and development in preterm neonates. *Journal of Pediatric Nursing*, 60, 31-38. DOI: 10.1016/j.pedn.2021.02.019
- Kumar, R. K., Singhal, A., Vaidya, U., Banerjee, S., Anwar, F., & Rao, S. (2017). Optimizing nutrition in preterm low birth weight infants—consensus summary. *Frontiers in Nutrition*, 4: 20. <https://doi.org/10.3389/fnut.2017.00020>
- Kültürsay, N. Bilgen, H. Türkylmaz, C. (2018). Hastanede Yatan Prematüre Bebeğin Enteral Beslenmesi. *Türk Neonatoloji Derneği Rehberleri Güncellemeleri*. S.22-24. http://www.neonatology.org.tr/images/stories/files/makaleler/yukse_riskli_bebek.pdf (Erişim Tarihi:26.05.2021).
- Lapillonne, A. O'Connor, DL. Wang, D. Rigo, J. (2013). Nutritional recommendations for the late-preterm infant and the preterm infant after hospital discharge. *J Pediatr*.162:90-100. • DOI:10.1016/j.jpeds.2012.11.058
- Lau, C. (2015). Development of Suck and Swallow Mechanisms in Infants. *Ann Nutr Metab*.66(5):7–14. DOI: 10.1159/000381361
- Marofi, M. Abedini, F. Mohammadzadeh, M. Talakoub, S. (2016). Effect of palady and cup feeding on premature neonates' weight gain and reaching full oral feeding time interval. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21(2):202-206. doi: 10.4103/1735-9066.178249

23. McKinney, MC. Glass, RP. Coffey, P. Ru,e T. Vaughn, MG. Cunningham, M. (2016). Feeding Neonates by Cup: A Systematic Review of the Literature. *Matern Child HealthJ.* 20:1620–1633. DOI: 10.1007/s10995-016-1961-9
24. Montealegre-Pomar A, Bertolotto-Cepeda AM, Romero-Marquez Y, José Muñoz –Ramírez K. (2021). Effectiveness and safety of fast enteral advancement in preterm infants between 1000 and 2000 g of birth weight. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 45(3): 578-586. DOI: 10.1002/jpen.1925
25. Neonatal Guideline (2020). <https://medicdialogues.in/pediatrics-neonatology/guidelines/nice-guidelines-on-neonatal-parenteral-nutrition-64419> (Erişim Tarihi; 12.12.2021).
26. Oras, P. Blomqvist, TY. Nyqvist, KH. Gradin, M. Rubertsson, C. Hellström-Westas, L. Funkquist, EL. (2016). Skin-to-skin contact is associated with earlier breastfeeding attainment in preterm infants. *Acta Paediatr.* 105(7): 783–789. DOI: 10.1111/apa.13431
27. Skinner, A. M., & Narchi, H. (2021). Preterm nutrition and neurodevelopmental outcomes. *World Journal of Methodology.* 11(6), 278. DOI 10.5562/wjm.v11.i6.278
28. Su, Bai-Hong. (2014). Optimizing nutrition in preterm infants. *Pediatrics & Neonatology*, 55.1: 5-13. DOI: 10.1016/j.pedneo.2013.07.003
29. Tully, K. P., Holditch-Davis, D., White-Traut, R. C., David, R., O'Shea, T. M., & Geraldo, V. (2016). A test of kangaroo care on preterm infant breastfeeding. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 45(1), 45-61. DOI: 10.1016/j.jogn.2015.10.004
30. Türkyılmaz, C., Bilgen, H., & Kültürsay, N. (2018). Turkish Neonatal Society guideline on parenteral nutrition in preterm infants. *Turkish Archives of Pediatrics/Türk Pediatri Arşivi*, 53(Suppl 1), S119.
31. UNİCEF. Breastfeeding (2021). <https://data.unicef.org/topic/nutrition/breastfeeding/> (Erişim Tarihi:20.11.2022)
32. World Health Organization. (2019). Early initiation of breastfeeding to promote exclusive breastfeeding. https://www.who.int/elena/titles/early_breastfeeding/en/ (Erişim Tarihi; 12.12.2021)
33. World Health Organization. Infant and young child feeding 2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding> (Erişim Tarihi: 15.11.2022).
34. Zimmerman, E. Thompson, K. (2015). Clarifying nipple confusion. *J Perinatol*, 35(11):895-9. DOI: 10.1038/jp.2015.83



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

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

e-ISSN:2636-8439

DOI: <https://doi.org/10.54189/hbd.1189507>

Orijinal Araştırma

Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler

Quality of Life of Family Members Caring for Patients Receiving Chemotherapy and Affecting Factors

Şule ÇALIŞIR KUNDAKÇI *,^a, Birsen YÜRÜGEN ^b

^a Öğr Gör., Beykent Üniversitesi, Meslek Yüksek Okulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, İSTANBUL, TÜRKİYE

^b Prof. Dr., İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İZMİR, TÜRKİYE

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, kemoterapi hastalarına bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla uygulandı.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki çalışma, 2018'de Kocaeli'ndeki özel bir hastanenin kemoterapi ünitesinde yapıldı. Evreni, 443 hastanın aile üyeleri oluşturdu. Örneklem, evren sayısı bilinen formülle hesaplandı. Çalışmaya 120 hastanın aile üyesi katıldı. Veriler "Aile Üyelerini Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Aile-Yaşam Kalitesi Ölçeği" ile toplandı. Değerlendirmede Kolmogorov-Smirnov testi, Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi ve korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Bakım verenlerin %55.8'nin kadın, %82.5'inin evli, %61.7'sinin çalışmadığı, %55'inin eşler olduğu belirlendi. Aile üyelerinin fiziksel sağlıklarının kötü olmadığı, psikolojik ve ekonomik etkilenme durumlarının orta düzeyde olduğu, taniya yaklaşımlarını, endişe verici ve üzücü olarak ifade ettikleri görüldü. Yaşın, eğitimin, medeni durumun, mesleğin, çocuk sahibi olmanın aile –yaşam kalitesini etkilemediği belirlendi ($p>0.05$). Bakım veren kadın ise yaşam kalitesi ve duygusal yaklaşımlarının kötü olduğu ($p=0.037<0.05$), çalışanlarsa ekonomik olarak etkilendiği saptandı ($p=0.004<0.05$). Hastayla ilişkisi olumsuz etkilenenlerin fiziksel sağlıklarının daha çok bozulduğu görüldü ($p=0.010<0.05$). Hasta yakınlarının %58'i bakım sürecinde sağlık personellerinden destek almak istediklerini ve %49.2'si telefon ile almak istediğini belirtti.

Sonuç: Araştırma sonucunda, bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesinin, orta düzeyde etkilendiği belirlendi. Kadın bakım verenlerin ve çalışanların daha fazla etkilendiği görüldü. Bakım verme sürecinde hastayla ilişkisi olumsuz etkilenenlerin fiziksel sağlık durumlarının bozulduğu tespit edildi.

Anahtar Kelimeler: Aile üyeleri, Evde bakım, Kanser, Kemoterapi, Yaşam kalitesi.

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to determine the quality of life of family members caring for chemotherapy patients and the factors affecting it.

Method: The descriptive study was conducted in the chemotherapy unit of a private hospital in Kocaeli in 2018. The population consisted of family members of 443 patients. The sample was calculated with the known population number formula. Family members of 120 patients participated in the study. Data were collected with the "Family Members Descriptive Information Form" and "Family Quality of Life Scale". Kolmogorov-Smirnov test, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test and correlation analysis were used in the evaluation.

Results: It was determined that 55.8% of the caregivers were female, 82.5% were married, 61.7% were not working and 55% were spouses. It was observed that the physical, psychological and economic effects of family members were moderate, and their attitudes towards the diagnosis were worrying and distressing. Age, education, marital status, occupation and having children did not affect the quality of family life ($p>0.05$). It was found that women's quality of life and emotional attitudes were poor ($p=0.037<0.05$) and employees were economically affected ($p=0.004<0.05$). The physical health of those whose relationship with the patient was negatively affected deteriorated ($p=0.010<0.05$). 58% of the patients' relatives stated that they wanted to receive support from health personnel, 49.2% stated that they wanted to receive support by telephone.

Conclusion: It was determined that the quality of life of caregivers was moderately affected. Female caregivers and employees were more affected.

Keywords: Cancer, Family caregivers, Family members, Chemotherapy, Quality of life.

☆ Bu çalışma, İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programında hazırlanmış tez çalışmasından üretilmiş olup, çalışma özeti 1.Uluslararası 2.Ulusal Onkoloji Hemşireliği Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur (4-6.12.2019).

*Sorumlu Yazar: Şule ÇALIŞIR KUNDAKÇI

Adres: Beykent Üniversitesi, Meslek Yüksek Okulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, İSTANBUL, TÜRKİYE

e-posta: sulecalisir@gmail.com

Geliş tarihi: 15.10.2022

Kabul tarihi: 12.04.2023

GİRİŞ

Kanser ülkemizde ve dünyada kalp hastalıklarından sonra ikinci ölüm nedeni olması sebebiyle önemli bir sağlık sorunudur. Günümüzde yaşam süresinin uzamış olması, kanser tedavisi olanaklarının artması ve hastaların hekime sık başvurması kanserli bireylerle daha çok karşılaşmamıza neden olmaktadır. Ayrıca insanların kanser yapan etkenlere her geçen gün daha fazla maruz kalması, kanserin görülme sıklığını artırmıştır (Can, 2014; Türkiye Kanser İstatistikleri, 2021).

Kanser, tanı alan bireyleri ve ailelerini etkilemekte ve ailenin dengesini bozmaktadır (Gültekin ve ark. 2008; Toptaş ve Öz, 2019). Hastalığın ilerlemesi ile bireyin, aile içindeki sorumluluklarını yerine getirememesi ailede rol değişikliklerine neden olmaktadır. Bu rol değişimi aile üyelerinin sorumluluklarını artırmaktadır. Ailenin yaşam şeklinin zaman içerisinde değişmesi sorunları artırmakta ve tüm aileyi olumsuz yönde etkilemektedir (Akça ve ark. 2018). Bu süreçte aile üyeleri, kendilerini çaresiz, gergin, tükenmiş, endişeli ve yalnız hissedebilmektedir. Dolayısıyla bireyin ve ailenin yaşam kalitesi olumsuz etkilenebilmektedir. Bu nedenle kanserli birey ve ailesi her yönden değerlendirilmelidir (Alptekin, 2010; McMillan ve ark. 2006; Ülger ve ark. 2014).

Kanser tanı ve tedavi sürecinden, hasta ve aile üyeleri aynı düzeyde etkilenmektedir. Bu nedenle bakım sürecine ailenin katılımı ve desteği önemlidir. Bazı hasta yakınları süreci yönetmekte daha güçlü olabilir. Bu durum aile bireylerinin kanseri ve süreci nasıl algıladığına göre değişiklik gösterir. Hasta ve hasta yakınlarındaki depresif durumlar ailede gerginlik ve sorunlar yaratabilir. Kanserli yaşayan her ailede problemlerin yaşanacağı göz önünde bulundurulmalıdır. Aileler bu süreçte beklenmedik durumlarla nasıl ve ne zaman başa çıkacakları konusunda sorun yaşayabilmektedir (Ayabakan-Cot,2017;Yıldız ve ark. 2016).

Yapılan çalışmalarda kanser hastasına bakım veren aile üyeleri, yüksek düzeyde stres yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bu durumun bakım verenlerin diğer yaşam becerilerini etkilediğini ve sağlık sorunları açısından risk oluşturduğunu belirtilmiştir (McMillan ve ark. 2006; Yıldız ve ark. 2016).

Over kanserli hastaların yakınlarıyla yapılan çalışmada, bakım verenlerin süreçten kötü etkilendiklerini sıklıkla

psikolojik ve duygusal sorunlarla karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada hasta yakınları, yorgun hissettiklerini, baş etmede kendini yetersiz bulduklarını ve bakım verebilmek için işlerinden ayrılmaları gerektiğini belirtmişlerdir (Ferrell ve ark. 2002).

Belirtilen araştırmadaki bulgularında gösterdiği gibi, kanser hastası olan bireylere bakım veren aile üyeleri süreçten olumsuz etkilenmektedir. Bu bilgilerden yola çıkarak, kanserli hastaya bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları sorunların bilinmesi sağlık çalışanları için önem arz etmektedir. Bu nedenle çalışmada, kemoterapi alan hastaya bakım veren aile üyesinin, yaşam kalitesinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlandı.

Araştırma Soruları

1. Kemoterapi tedavisi alan hastaların aile üyelerinin yaşam kaliteleri ne düzeydedir?
2. Kemoterapi tedavisi alan hastaların aile üyelerinin yaşam kalitelerini etkileyen faktörler nelerdir?
3. Kemoterapi tedavisi alan hastaların aile üyelerinin fiziksel sağlık durumları nasıldır?
4. Kemoterapi tedavisi alan hastaların aile üyelerinin psikolojik sağlık durumları nasıldır?

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, tanımlayıcı tasarımda uygulandı.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, Kocaeli ilinde özel bir hastanenin ayaktan kemoterapi ünitesinde yürütüldü.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini 443 hastanın aile üyeleri oluşturdu. Örneklemen belirlenmesinde evren sayısı bilinen örneklem formülünden yararlanıldı. Nisan 2018- Temmuz 2018 tarihleri arasında tedavi alan hastaların; iletişim engeli olmayan, Türkçe bilen ve bilgilendirilmiş onam sonrası çalışmaya gönüllü katılmayı kabul eden 120 aile üyesi örneklemi oluşturdu.

Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verileri “Aile Üyelerini Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Yaşam Kalitesi Ölçeği Aile Versiyonu” ile araştırmacı tarafından yüz yüze toplandı.

Aile Üyelerini Tanıtıcı Bilgi Formu: Aile üyelerinin yaş, eğitim durumu, medeni durum, meslek vb. özelliklerini içeren sosyodemografik sorular ile aile üyesinin yaşam kalitesine etki edeceği düşünülen faktörleri içeren toplam 25 sorudan oluşmaktadır.

Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği Aile Versiyonu (Quality of Life Family Version): Ferrell ve Grant (1994-1998) tarafından kanserli hastaların yaşam kalitesinin değerlendirmesi için geliştirilen ölçek, aile üyelerinin yaşam kalitesini ölçmeye uygun hale getirilerek adapte edilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerliği Karadakovan ve Okçin (2007) tarafından yapılmıştır. Toplam 37 maddeden oluşan ölçek; Fiziksel Sağlık Durumu, Psikolojik ve Manevi Sağlık Durumu, Tanıya Yaklaşım Durumu ve Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekteki sorular 0 ile 10 puan arasında puanlanmakta “10” en iyi, “0” en kötüyü ifade etmektedir. Ölçekte 1-4, 6, 13-20, 22, 24-29, 33. sorular ters olarak kodlanmaktadır. Örneğin, bu sorularda “3” işaretlendi ise puanlamada 10-3=7 olarak kodlama yapılmaktadır. Çalışmanın Cronbach Alpha katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS (Statistical Package Social Science) 21 programında analiz edildi. Elde edilen veriler sayı, yüzde gibi tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılarak değerlendirildi. Veri analizi, Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testi ile yapıldı. Sürekli değişkenlerin ilişkisine ise Korelasyon Analizi ile bakıldı. Verilerin normallliği One-Sample Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Test sonuçlarına göre değişkenler arasında ilişki olup olmadığına ilişkin kararlar, %5 anlamlılık düzeyinde %95 güven aralığında verilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için yapıldığı hastanenin etik kurulundan (Onay tarihi: 14.03.2018/ onay sayısı: ASM-EK-18/74) ve Okan Üniversitesi etik kurulundan (Onay

tarihi:17.01.2018/onay sayısı:90) izin alındı. Ölçeğin Türkçe geçerliğini yapan Sn. Okçin'den gerekli izin alındı. Çalışmaya katılan bütün hasta yakınlarından araştırma amacı açıklanarak imzalı yazılı onam alındı.

BULGULAR

Hastaların sosyodemografik verileri Tablo 1'de sunuldu.

Tablo 1. Kemoterapi Alan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Hasta Cinsiyeti	n	%
Kadın	66	55
Erkek	54	45
Hasta Yaşı		
18-30	6	5
31-43	18	15
44-56	36	30
57-69	48	40
70 ve üstü	12	10
Hastaya Ait Oda Varlığı		
Evet	105	87.5
Hayır	15	12.5
Hastaların Tanı Alma Zamanı		
0-6 ay	58	48.3
7-12 ay	15	12.5
13-18 ay	13	10.8
19-24 ay	5	4.2
25 ay ve sonrası	29	24.2
Hastaların Tanı Bilgisi		
Evet	113	94.2
Hayır	7	5.8

Hastaların %55'i kadın, %40'ı 57-69 yaş arasındadır. Hastaların çoğunluğu tanısı çok yeni konanlar (%48.3), ya da çok uzun süredir (%24.2) tanı konmuş olanlardır. Hastaların çoğunluğu (%94.2) tanılar hakkında bilgi sahibidir.

Bakım veren aile üyelerinin %55.8'inin (n=67) kadın, %44.2'sinin (n=53) erkek ve 31-43 ve 44-56 yaş aralığında olduğu görüldü (Tablo 2). Bakım veren aile üyelerinin %82.5'i (n=99) evli; büyük kısmı (%77.5 n=93) çocuk sahibi, çocuk sahibi olan bireylerin %61.3'ü (n=74) iki çocukludur (Tablo 2). Bakım veren aile üyelerinin %60.8'inin (n=73) ilde yaşadığı, eğitim düzeylerinin lise (%35) ve üniversite (%33.3) mezunlarının hemen hemen aynı orana sahip oldukları ve grubun büyük kısmını oluşturdukları belirlendi. (Tablo 2). Aile üyelerinin çoğunluğu emekli (%27) ve ev hanımıdır (%27) (Tablo 2). Bakım veren aile üyelerinin %55'i (n=66) eşlerdir. Bunu sırasıyla anne/baba (%30.8), kardeş (%8.3), diğer kişiler (%5) ve çocuklar (%0.8) izlemektedir (Tablo 2). Aile üyelerinin %76.7'si hastalarıyla birlikte, aynı evde yaşamaktadır (Tablo 2). Bakım veren aile üyelerinin

%61.7'sinin hastasına günde 1-6 saat arası bakım desteği verirken, %38.3'ü 7-12 saat arası bakım vermektedir (Tablo 2). Bakım veren aile üyelerinin çoğunluğu (%83.3) tedavi sürecinin hastayla olan ilişkisini olumsuz etkilemediğini ifade etti (Tablo 2).

Tablo 2. Bakım Veren Aile Üyelerinin Sosyodemografik Özellikleri

Cinsiyet	n	%
Kadın	67	55.8
Erkek	53	44.2
Yaş		
18-30	8	6.7
31-43	42	35
44-56	43	35.8
57-69	21	17.5
70 ve üstü	6	5
Sosyal Çevre		
İl	73	60.8
İlçe	47	39.2
Eğitim Durumu		
Okuryazar	1	0.8
İlkokul	21	17.5
Lise	42	35
Üniversite	40	33.3
Lisansüstü	16	13.3
Medeni Durum		
Evli	99	82.5
Bekâr	16	13.3
Dul	5	4.2
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Evet	93	77.5
Hayır	27	22.5
Çocuk Sayısına Göre		
1	19	15.8
2	57	47.5
3 ve üzeri	17	14.2
Meslek		
İşçi	12	10
Emekli	27	22.5
Ev hanımı	27	22.5
Diğer	54	45.1
Çalışma Durumu		
Evet	46	38.3
Hayır	74	61.7
Hastaya Yakınlık Derecesi		
Eş	66	55
Anne/Baba	37	30.8
Kardeş	10	8.3
Çocuk	1	0.8
Diğer	6	5.0
Hastayla Birlikte Yaşama Durumu		
Evet	92	76.7
Hayır	28	23.3
Hasta Bakım Süresine Göre		
1-6 saat	74	61.7
7-12 saat	46	38.3
Tedavinin Hasta ile Hasta Yakınının İlişkisine Olumsuz Etkisi		
Evet	20	16.7
Hayır	100	83.3

Aile üyelerine tedavi süresince sağlık personellerinden destek alıp almadıkları soruldu ve destek alanların %58.3 olduğu tespit edildi (Tablo 3). Aile üyelerinin %70'i bakım sürecinde hemşirelerden aldığı desteği yeterli bulduğunu belirtti (Tablo 3). Aile üyelerinin %57.5'i hastalarına bakım verirken sağlık personellerinden destek almayı; sağlık personellerinden destek almayı tercih eden aile üyelerinin %49.2'si telefonu tercih ettiği saptandı (Tablo 3).

Tablo 3. Aile Üyelerinin Bakım Verirken Destek Sistemlerine Göre Dağılımı

Sağlık Personellerinden Destek Alma Durumuna	n	%
Evet	70	58.3
Hayır	50	41.7
Hemşirelerden Alınan Desteğin Yeterlilik Durumu		
Evet	84	70
Hayır	36	30
Sağlık Personellerinden Evde Destek İsteme Durumu		
Evet	69	57.5
Hayır	51	42.5
Tercih Edilen Destek Kanalına Göre		
Telefon	59	49.2
e-posta	1	0.8
Diğer	4	3.3

Aile üyelerinin ölçekten aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında, psikolojik ve manevi sağlık durumu için ortalama yaklaşık 6.6'dır (SS=1.95). Aile üyelerinin fiziksel sağlık durumlarının ortalaması yaklaşık 4.4 (SS=1.78) olduğu tespit edildi. Tanya yaklaşım durumu alt boyutu da olumsuz maddelerden oluşmaktadır. Burada ortalama değer yaklaşık 6.8'dir (SS=2.87). Destek ve ekonomik etkilenme durumlarının ortalamaları ise 5.43 (SS=1.58) olduğu görüldü.

Aile üyelerinin ölçek alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlarına cinsiyete göre bakıldığında, tanya yaklaşım durumu hariç anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4). Tanya yaklaşım durumuna ait ortalama puanlarda, kadınların ortalama puanı 6.9 (SS=2.1) iken erkeklerin ortalama puanı 6.4'tür (SS=2.2) (Tablo 4). Kadın aile üyelerinin tanıdan daha fazla etkilendiği görüldü ($p=0,037$) (Tablo 4). Aile üyelerinin ölçek alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlara yaş, sosyal çevre, eğitim düzeyi, medeni durum, çocuk sahibi olma durumuna göre bakıldığında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4). Aile üyelerinin ölçek alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlara, çalışma durumlarına göre bakıldığında destek ve ekonomik etkilenme durumu alt boyutu hariç diğer alt boyutlarda anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4). Destek ve ekonomik etkilenme durumuna

Tablo 4. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklere Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

TANITICI ÖZELLİKLER		Yaşam Kalitesi Ölçeği-Aile Versiyonu			
		Psikolojik ve Manevi Sağlık Durumu	Fiziksel Sağlık Durumu	Tanya Yaklaşım Durumu	Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu
Cinsiyet	Kadın Ortalama	6.491	4.534	6.912	5.425
	Erkek Ortalama	6.730	4.201	6.549	5.457
	U-istatistiği * SS*** p değeri	p=0.251 U= 1558.500 SS=2	p=0.270 U= 1567.000 SS=2	p=0.037 U= 1381.500 SS=2	p=0.721 U= 1708.000 SS=1.3
Yaş	18-30 Ortalama	6.795	3.666	6.767	4.843
	31-43 Ortalama	6.541	4.463	7.312	5.797
	44-56 Ortalama	6.441	4.467	6.518	5.325
	57-69 Ortalama	6.909	4.316	6.207	5.275
	70 ve üstü Ortalama	7	4.314	6.571	5.125
	X ² **, SS*** ve p değeri	SS=4 p=0.37 X ² = 4.461	SS=4 p=0.768 X ² = 1.824	SS=4 p=0.679 X ² = 2.312	SS=4 p=0.320 X ² = 4.700
Sosyal Çevre	İl Ortalama	6.531	4.371	7.015	5.650
	İlçe Ortalama	6.698	4.411	6.343	5.111
	U-istatistiği*, SS*** p değeri	p=0.887 U= 1689.000 SS=2	p=0.983 U= 1711.500 SS=1.8	p=0.389 U= 1555.500 SS=2	p=0.063 U= 1370.500 SS=1.6
Eğitim	Okur yazar Ortalama	6.818	6.222	6.428	5.5
	İlköğül Ortalama	6.714	3.841	7.183	5.416
	Lise Ortalama	6.268	4.354	6.901	5.607
	Üniversite Ortalama	7.05	4.475	6.560	5.3
	Lisansüstü Ortalama	6.346	4.854	6.294	5.375
X ² **, SS*** ve p değeri	SS=4 p=0.571 X ² = 2.920	SS=4 p=0.342 X ² = 4.503	SS=4 p=0.670 X ² = 2.359	SS=4 p=0.994 X ² = 0.234	
Medeni Durum	Evli Ortalama	6.648	4.460	6.538	5.484
	Bekar Ortalama	6.556	4.055	8.401	5.546
	Dul/Boşanmış Ortalama	5.709	4	5.714	4.2
X ² **, SS*** ve p değeri	SS=2 p=0.072 X ² = 5.267	SS=2 p=0.592 X ² = 1.047	SS=2 p=0.224 X ² = 2.994	SS=2 p=0.252 X ² = 2.757	
Çocuk Sahibi	Evet Ortalama	6.599	4.436	6.462	5.491
	Hayır Ortalama	6.589	4.218	7.751	5.259
	U-istatistiği *, SS*** p değeri	p=0.30 U= 1090.500 SS=3	p=0.55 U= 1160.500 SS=1.8	p=0.137 U= 1019.000 SS=2	p=0.529 U= 1155.500 SS=1.6
Çalışma Durumu	Evet Ortalama	6.517	4.676	6.493	5.902
	Hayır Ortalama	6.646	4.207	6.913	5.152
	U-istatistiği*, SS***, p değeri	p=0.646 U= 1617.000 SS=2	p=0.198 U= 1463.500 SS=1.8	p=0.695 U= 1629.500 SS=3	p=0.004 U= 1176.000 SS=1.6
Hasta Cinsiyeti	Kadın Ortalama	6.830	4.111	6.244	5.356
	Erkek Ortalama	6.312	4.67	7.353	5.547
	U-istatistiği *, SS***, p değeri	p=0.180 U= 1498.500 SS=2	p=0.107 U= 1448.000 SS=1.7	p=0.025 U= 1329.500 SS=2	p=0.744 U= 1688.000 SS=1.7
Hasta Yaşı	18-30 Ortalama	6.545	3.814	5.690	4.833
	31-43 Ortalama	6.207	4.802	6.674	6.013
	44-56 Ortalama	6.707	3.836	6.595	5.465
	57-69 Ortalama	6.721	4.784	7.142	5.432
	70 ve üstü Ortalama	6.378	4.111	6.309	4.833
	X ² **, SS*** ve p değeri	SS=4 p=0.983 X ² = 0.393	SS=4 p=0.078 X ² = 8.388	SS=4 p=0.919 X ² = 0.937	SS=4 p=0.188 X ² = 6.155
Hastaya Yakınlık Derecesi	Eş Ortalama	6.669	4.627	6.357	5.587
	Ebeveyn Ortalama	6.480	4.249	7.814	5.310
	Kardeş Ortalama	6.811	3.266	5.714	5.175
	Çocuk Ortalama	5.636	4.22	8.142	5.75
	Diğer Ortalama	6.287	4.481	6.047	5
	X ² **, SS*** ve p değeri	SS=4 p=0.574 X ² = 2.903	SS=4 p=0.278 X ² = 5.089	SS=4 p=0.056 X ² = 9.193	SS=4 p=0.825 X ² = 1.508

Tablo 4. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklere Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları (Devamı)

Tanı Zamanı		Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları			
		0-6 ay	7-12 ay	13-18 ay	19-24 ay
Hasta Bakım Süresi	Ortalama	6.390	4.523	6.554	5.491
	Ortalama	6.981	4.296	7.352	5.516
	Ortalama	6.440	3.35	7.901	4.384
	Ortalama	6.745	5.888	7.142	6.4
	Ortalama	6.85	4.364	6.256	5.603
Hasta Bakım Süresi	1-6 saat Ortalama	6.551	4.204	6.517	5.358
	7-12 saat Ortalama	6.67	4.681	7.130	5.570
Tedavinin Etkisi	Evet Ortalama	6.681	5.361	6.914	5.562
	Hayır Ortalama	6.58	4.192	6.72	5.415
Sağlık Personel Destek Alma	Evet Ortalama	6.732	4.493	6.646	5.575
	Hayır Ortalama	6.426	4.187	6.913	5.182
Hemşire Alınan Desteginin Yeterliliği	Evet Ortalama	6.777	4.388	6.612	5.431
	Hayır Ortalama	6.124	4.387	7.089	5.414
Evde Destek İstenme	Evet Ortalama	6.507	4.65	6.975	5.641
	Hayır Ortalama	6.660	4.038	6.440	5.163

*Man-Whitney U testi** K1 - Kare testi

*** Standart Sapma

ait ortalama puanlar, çalışma durumuna göre karşılaştırıldığında, çalışanların ortalama puanı 5.9 iken çalışmayanların ortalama puanı 5.15'tir (Tablo 4). Aradaki fark p=0.004<0.05 olduğundan anlamlıdır. Çalışan aile üyelerinin ekonomik olarak daha çok etkilendiği görüldü.

Tanya yaklaşım durumu, hastanın cinsiyetine göre karşılaştırıldığında, kadınların ortalama puanı 6.2 (SS=1.9) iken erkeklerin ortalama puanı 7.4'tür (SS=3.6) (Tablo 4). Hasta yakını erkek olan aile üyelerinin tanıdan daha fazla etkilendiği görüldü (p=0.025) (Tablo 4). Aile üyelerinin ölçek alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlarda, hastaların yaş gruplarına, hastalara olan yakınlık derecesine, hastalara tanı konma zamanına, hastaya verilen bakım süresine göre anlamlı fark bulunmadı (p>0.05) (Tablo 4). Tedavinin hasta ile olan ilişkilerini etkileme durumuna göre bakıldığında, fiziksel sağlık durumu hariç anlamlı fark bulunmadı (p>0.05) (Tablo 4). Fiziksel sağlık durumuna ait ortalama puanlar, ilişkisinin olumsuz yönde etkilendiğini ifade edenlerde 5.36'dır (SS=1.7) (Tablo 4). İlişkilerinin etkilendiğini ifade edenlerin fiziksel

sağlık açısından daha fazla etkilendiği görüldü ($p=0.010$) (Tablo 4).

Aile üyelerinin ölçek alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlarda, sağlık personellerinden destek alma durumuna, hemşirelerden alınan desteğin yeterli olup olmamasına göre bakıldığında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4). Evde bakım verirken destek isteme durumuna göre ise, fiziksel sağlık durumu alt boyutu hariç anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4). Fiziksel sağlık açısından daha fazla olumsuz etkilenen aile üyelerinin evde destek verecek sağlık personeline ihtiyaç duyduğu görüldü ($p=0.048$) (Tablo 4).

Tablo 5. Ölçek Alt Boyutları Arasındaki Korelasyonlar

		Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık Durumu	Fiziksel Sağlık Durumu	Taniya Yaklaşım Durumu	Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu
Psikolojik ve Manevi (Spiritüel) Sağlık durumu	r	1	-.291**	-.275**	-.130
	p		.001	.002	.157
	N	120	120	120	120
Fiziksel Sağlık Durumu	r	-.291**	1	.256**	.422**
	p	.001		.005	.000
	N	120	120	120	120
Taniya Yaklaşım Durumu	r	-.275**	.256**	1	.301**
	p	.002	.005		.001
	N	120	120	120	120
Destek ve Ekonomik Etkilenme Durumu	r	-.130	.422**	.301**	1
	p	.157	.000	.001	
	N	120	120	120	120

*Pearson testi kullanılmıştır.

Aile üyelerinin aile-yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarının birbiriyle ilişkisi korelasyon katsayıları ile belirtildi (Tablo 5). Psikolojik ve manevi sağlık ile fiziksel sağlık arasında negatif yönlü, istatistiksel anlamlı ilişki vardır ($r=-0.291$, $p=0.001$) (Tablo 5). Psikolojik ve manevi sağlık ile taniya yaklaşım arasındaki ilişki negatif yönlüdür ($r=-0.275$, $p=0.002$) (Tablo 5). Fiziksel sağlık ile taniya yaklaşım arasında pozitif ilişki vardır ($r= 0.256$, $p= 0.005$) (Tablo 5). Fiziksel sağlık ile destek ve ekonomik etkilenme arasında pozitif anlamlı ilişki vardır ($r= 0.422$, $p= 0.000$) (Tablo 5). Taniya yaklaşım ile destek ve ekonomik etkilenme arasında da pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı ilişki vardır ($r= 0.301$, $p= 0.001$) (Tablo 5).

TARTIŞMA

Araştırma sonucunda bakım veren aile üyelerinin çoğunluğunun kadın olduğu bulundu. Bu sonucun literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir (Subaşı ve ark. 2016; Toptaş,

2013; Ustaalioğlu ve Acar, 2017). Bu sonuç, toplumun kadına yüklediği rolle ilişkili olarak düşünülebilir. Erkeklerin daha çok çalışma hayatında olması, bakım sorumluluğunun daha çok ailedeki kadınlara bırakılması, bakım işinin kadına daha uygun olması düşüncesi ile ilgili olabilir. Kadın hasta yakınlarının tanıdan daha fazla etkilendiği görüldü. Yapılan çalışmalara bakıldığında kadın aile üyelerinin yaşam kalitesinin daha düşük olduğu görülmektedir (Karabuğa ve Pınar, 2013; Kalıncara ve Kalaycı, 2017; Orak ve Sezgin, 2015). Literatürdeki çalışmaların sonuçları bu araştırma ile uyum göstermektedir. Bunun nedeni olarak kadınların bakım verme rolünde daha fazla yer almaları olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada bakım veren aile üyelerinin yaş aralığının en yüksek 31-43 ve 44-56 arasına ait olduğu görüldü. Karabuğa'nın (2013) araştırmasında hastaya bakım verenlerin yaş ortalaması 44, Deniz'in (2011) çalışmasında hasta yakınlarının yaş ortalaması 42, Yıldız ve ark. (2016) yaptıkları çalışmada aile üyelerinin yaş ortalaması 45 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre bakım verenlerin genelde orta yaş grubundan bireyler oldukları söylenebilir. Bakım verenlerin, tablo 4'te belirtildiği üzere yaşa göre yaşam kalitesine bakıldığında anlamlı bir fark bulunmadı. Yapılan araştırmalar ile bu araştırmanın sonuçları uyumludur (Çitlik Sarıtaş ve ark. 2014; Malak, 2008; Toptaş, 2013). Ancak literatürde, yaş arttıkça yaşam kalitesinin düştüğünü gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Given ve ark. 2005; Karabuğa ve Pınar, 2013; Kızılcı, 1999).

Araştırmaya katılan aile üyelerinin 4'te 3'ü evlidir. Medeni duruma göre yaşam kalitesi karşılaştırıldığında, tablo 4'te belirtildiği üzere etkisi olmadığı bulundu. Yapılan bazı çalışmalarda da medeni durumun yaşam kalitesi üzerine etkisi bulunmamıştır (Çitlik Sarıtaş, 2014; Malak, 2008). Literatüre bakıldığında medeni duruma göre yaşam kalitesinin değiştiğini gösteren çalışmalar vardır. (Bookwala, 2011; Deniz, 2011). Hastaya bakım verenlerin yakınlık derecesine göre dağılımına bakıldığında yarısından fazlası hastaların eşleridir. Bu konuda literatüre bakıldığında araştırmayı destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (Görgülü ve Akdemir, 2010; Gültekin ve ark. 2008; Uğur ve Fadiloğlu, 2012). Günümüzde ailelerin daha çok

çekirdek aile yapıda bulunması nedeniyle, eşlerin birbiriyle daha çok ilgilenebiliyor olması sonucu çıkarılabilir. Aile üyelerinin yaşam kalitesine, hastaya yakınlık derecelerine göre bakıldığında da anlamlı fark bulunmadı. Yapılan diğer çalışmalara bakıldığında, bakım vericilerin bakım yükünün hastaya yakınlık derecesine göre etkilenmediği belirtilmiştir (Kalınkara ve Kalaycı, 2017; Tel ve ark. 2012; Uğur ve Fadıoğlu, 2012;). Toptaş yaptığı çalışmada, bakım veren aile üyelerinden en çok eşlerin etkilendiği ifade edilmektedir (Toptaş, 2013). Ancak bu çalışmada bakım verenlerin çoğunluğunun eşler olmasına rağmen sonuçlar farklılık göstermektedir.

Çalışmaya katılan bakım veren aile üyelerinin büyük kısmı çocuk sahibidir. Uğur'un (2010), Yeh ve ark. (2009) Deniz'in (2011) araştırmasında da hasta yakınlarının çoğunluğunun çocuk sahibi olduğu ifade edilmiştir (Deniz, 2011; Uğur ve Fadıoğlu, 2010; Yeh ve ark. 2009). Sonuçlar bu araştırma ile benzerlik göstermektedir. Aile üyelerinin çocuk sahibi olma durumları ile yaşam kaliteleri karşılaştırıldığında, tablo 4'te görüldüğü üzere istatistiksel anlamlılık bulunmadı. Toptaş (2013) yaptığı çalışmada da benzer sonuçları elde etmiş, çocuk sahibi olmanın bakım verenlerin yaşam kalitesini etkilemediğini ifade etmiştir. Deniz'in (2011) yaptığı çalışmada ise çocuk sahibi olmayanların yaşam kalitesi puanlarını daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç çocuk sahibi olmayan bakım verenlerin genç ve bekar olmaları, bakımın merkezinde yer almamaları ile ilişkilendirilmiştir. Bütün bu sonuçlar incelendiğinde primer bakım verenlerin çocuk sahibi olmalarının yaşam kalitelerini etkilemediği söylenebilir.

Hastaya bakım veren katılımcıların yarısından fazlası hastalarına günde 1-6 saat arası bakım desteği verirken, diğer katılımcılar 7-12 saat arası bakım verdiğini belirtti. Okçin'in (2007) yaptığı çalışmada bakım verenlerin üçte birinin neredeyse tüm gün hastalarıyla ilgilendikleri ifade edilmektedir. Ayaktan kemoterapi alan hastaların aile üyelerinin araştırmanın evrenini oluşturması, bizim araştırmamızın farklı sonuçlara ulaşmasının nedeni olarak düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan aile üyelerinin mesleklerine göre dağılımı incelendiğinde en yüksek oranın emekli ile ev hanımı

gruplarına ait olduğu görüldü. Yapılan çalışmalar ve bu çalışmada da bakım verenlerin çoğunluğunun ev hanımı ve emekli olduğu görülmektedir. (Babaoğlu ve Öz, 2003; Görgülü ve Akdemir, 2010). Bunun nedeni olarak, çalışmayan bireylerin bakım verme işlemini üstlenmiş oldukları düşünülmektedir. Araştırmaya katılan bakım verenler çalışma durumlarına göre incelendiğinde büyük kısmının çalışmadığı gözlenmektedir. Literatür ile araştırma uyum sağlamaktadır (Babaoğlu ve Öz, 2003; Görgülü ve Akdemir, 2010; Şahin ve ark. 2009). Çalışan aile üyelerinin ekonomik açıdan daha fazla etkilendiği görüldü. Yapılan bazı çalışmalarda da çalışan aile üyelerinin bakım yükü puanlarının daha yüksek olduğunu belirtilmiştir (Malak, 2008; Pelit, 2015). Bu çalışmalarla araştırma uyum göstermektedir. Literatürde araştırmadan farklı sonuçlar elde eden çalışmalar da bulunmaktadır. Deniz'in (2011) çalışmasında bu araştırmadan farklı olarak çalışanların yaşam kalitesi puanları, daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bunun nedeni olarak, bakım vericilerin çoğunluğunun kadın ve ev hanımı olması belirtilmektedir. Ancak bu çalışmada da kadın ve ev hanımı bakım verenlerin çoğunlukta olmasına rağmen Deniz'in (2011) çalışmasından farklı sonuçlar elde edildi. Bizim araştırmamızda olduğu gibi Karabuğa ve Yakar'ın (2013) araştırmasında da erkek hastaya bakım verenlerin yaşam kalitesi daha düşük bulundu.

Araştırmaya katılan bakım verenlerin, hastalarının neredeyse yarısına 0-6 ay önce tanı konulmuştur. Aile üyelerinin tanı konulma zamanına göre yaşam kalitesine bakıldığında, tablo 5'te belirtildiği üzere ölçeğin tüm alt boyutları için değerlerde anlamlı fark bulunmadı. Literatürde yapılan çalışmalara göre bu çalışmada elde edilen veriler farklı sonuçları içermektedir (Karabuğa ve Pınar, 2013; Kızılcı, 1999; Toptaş, 2013).

Aile üyelerinin çoğunluğu bakım verdikleri hasta ile beraber yaşamaktadır. Literatüre bakıldığında bakım verenlerin çoğunluğunun hastalarla birlikte yaşadığı görülmektedir (Okçin, 2007; Toptaş, 2013; Ustaalioğlu ve Acar, 2017). Kemoterapi tedavi sürecinin aile üyeleri ile hasta arasındaki ilişkiyi nasıl etkilediği bakıldığında, aile üyeleri ilişkilerinin olumsuz etkilenmediğini ifade etti. Yapılan bir çalışmada ise bakım verenlerin yarısından fazlası aile içinde

etkileşimin bozulduğunu belirtmişlerdir (Yıldız ve ark. 2016). Aile içi etkileşimin olumsuz etkilenmesinin nedeni olarak, hasta yakınının aile içi sorumluluklarının artması olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada aile üyeleri sağlık profesyonellerinden evde hastaya bakım süreçlerinde destek almak istediklerini ve bunu telefon aracılığıyla olmasını tercih ettiklerini ifade etti. Fiziksel sağlık durumu olumsuz etkilenen aile üyelerinin evde destek verecek sağlık profesyoneline daha fazla ihtiyaç duyduğu görüldü. Literatüre bakıldığında aile üyelerinin bakımda tercih edilen destek kanalını sorgulayan çok fazla çalışma yoktur. Ancak yapılan çalışmalarda telefon yolu ile destek alan aile üyelerinin daha az bakım yükü yaşadıkları belirtilmektedir (Göçmen ve Yılmaz, 2016; Hindistan ve Çilingir, 2012; Yıldız ve Ekinci, 2017).

Araştırmada aile üyelerinin fiziksel sağlık durumlarının çok kötü olmadığı görüldü. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında birçok çalışmada hastaya bakım verenlerin fiziksel sağlık durumlarının bozulduğu ifade edilmektedir (Erdoğan ve Yavuz, 2014; Kaya ve ark. 2018; Taşdelen ve Ateş, 2012). Ancak bizim araştırmamızda aile üyelerinin fiziksel sağlık durumlarının sonuçları literatürden farklı olarak bulundu. Bu durumun dikkat çekici olduğu düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda, sürece ve taniya karşı belirsizliğin anksiyete, korku, kaygı, ümitsizliğe neden olduğu belirtilmiştir (Kaçan ve ark. 2016; Yılmaz Karabulutlu, 2013). Bu araştırmada da taniya bağlı ölçek alt boyutlarının, psikolojik ve manevi alt boyutları arasında anlamlı ilişki olduğu görüldü. Taniya yaklaşım durumunda bozulmalar azaldıkça, manevi sağlık iyileşmektedir.

Bu çalışmada, fiziksel sağlık bozuldukça, destek ihtiyacının arttığı ve ekonomik etkilenmenin daha fazla olduğu görüldü. Toptaş'ın (2013) çalışmasında da fiziksel sağlık durumu ile destek ve ekonomik durum arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Fiziksel sağlık durumunda bozulmalar azaldıkça, manevi sağlık durumu iyileşmektedir. Toptaş'ın (2013) çalışmasında da psikolojik ve manevi sağlık durumu ile fiziksel sağlık durumu ve taniya yaklaşım durumu arasında anlamlı ilişki olduğu ifade edilmiştir. Çivi, Kutlu ve Çelik'in (2011) çalışmasında, hasta yakınlarında orta düzeyde depresyon

saptanmıştır. Depresyonlu olan hasta yakınlarının fiziksel sağlık durumları, olmayanlara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Bu çalışmaların sonuçları araştırma ile uyumludur.

Araştırmada, kanserli hastaya bakım veren aile üyelerinin, rol çatışması yaşamaları, kendilerine vakit ayıramamaları, maddi yönden etkilenmeleri ve süreçle ilgili yaşadıkları duygusal yük nedeniyle yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği söylenebilir.

SONUÇ

Araştırmanın sonucunda, bakım verenlerin yaşam kalitesinin orta düzeyde etkilendiği belirlendi. Yaş, sosyal çevre, eğitim, medeni durum, meslek, çocuk sahibi olma, hastanın yaşı, hastaya yakınlık derecesi, hastaya bakım süresi, hastaların tanı zamanı değişkenleri aile üyelerinin yaşam kalitesini etkilememektedir. Kadın bakım verenlerin ve bakım verilen hasta erkek ise bakım vericilerin tanıdan daha fazla etkilendikleri görüldü. Çalışan aile üyelerinin ekonomik etkilenme durumunun daha fazla olduğu ve hastayla olan ilişkisi olumsuz etkilenen aile üyelerinin fiziksel sağlıklarının daha çok bozulduğu tespit edildi. Aile üyeleri evde bakımda sağlık profesyonellerinden destek almak istediklerini ifade etti.

Bu sonuçlara dayanarak; aile içinde görev paylaşımı yapılması ve bu süreçte temel bakım veren aile üyesine destek olunması, bakım sürecinde aile üyelerinin sağlık profesyonellerinden destek alabilecekleri hatlarının oluşturulması ve telefon aracılığıyla destek almalarının sağlanması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Akça, D., Şentürk, S., Bıçak, D. (2018). Kanserli hasta yakınlarının yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 5(1),35-39.
2. Alptekin, S. (2010). Charecteristics and quality of life analysis of caregivers of cancer patients. Medical Oncology, 27(3), 607-617. DOI: 10.1007/s12032-009-9256-2
3. Ayabakan-Cot, D., Ates, E., Kurt, B., Nazlıcan, E., Akbala, M. (2017). Investigation of depression and quality of life factors in cancer patients' caregivers. J BUON,22(2), 524-529.

4. Babaoğlu, E., Öz, F. (2003). Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2, 24-33.
5. Bookwala, J., & College, L. (2011). Marital quality as a moderator of the effects of poor vision on quality of life among older adults. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66(5), 605-616. doi:10.1093/geronb/gbr091.
6. Can, G. (Ed.) (2014). *Onkoloji Hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
7. Çitlik Sarıtaş, S., Bayır, K., Ucuza, M. (2014). Karaciğer transplantasyonu yapılan hastalara bakım verenlerin bakım yüklerinin belirlenmesi. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi*, 2(1), 17-25.
8. Çivi, S., Kutlu, R., Çelik, H.H. (2011). Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Gülhane Tıp Dergisi*, 53, 248-253.
9. Deniz, M.Ç. (2011). *Ayaktan kemoterapi alan hastalar ve yakınlarında sağlıkla ilgili yaşam kalitesi. (Uzmanlık Tezi)*. (Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı). <http://dspace.trakya.edu.tr/xmlui/handle/trakya/1364>.
10. Erdoğan, Z., Yavuz, D. E. (2014). Kanserli hastaların bakım vericilerinde yaşam kalitesi. *Arşiv Tarama Dergisi*, 23(4), 726-736. <https://doi.org/10.17827/aktd.72741>
11. Ferrell, B., Ervin, K., Smith, S., Marek, T., Melancon, C. Family perspectives of ovarian cancer. *Cancer Practice*, 2002, 10(6); 269-276. DOI: 10.1046/j.1523-5394.2002.106001.x
12. Given, B., Wyatt, G., Given, C., Gift, A., Sherwood, P., DeVoss, D., Rahbar, M. (2005). Burden and depression among caregivers of patients with cancer at the end of life. *Oncol Nurs Forum*, 31(6), 1105-1117.
13. Göçmen, F., Yılmaz, M. (2016). Kanserli hasta ve bakım verenlerinin evde bakım hizmetlerinden beklentileri. *Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics*, 2(3), 73-80.
14. Görgülü, Ü., Akdemir, N. (2010). İleri evre kanser hastalarına bakım verenlerin yorgunluk ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 20(4), 125-132.
15. Gültekin, Z., Pınar, G., Doğan, N., Alger, L., Pınar, T., Kızıltan, G., Özyılkan, Ö. (2008). Akciğer kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve sağlık bakım hizmet beklentileri. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 18(2), 99-106.
16. Hacıoğlu, N., Özer, N., Yılmaz, E., Erdem, N., Erci, B. (2010). The quality of life of family caregivers of cancer patients in the east of Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(3), 211-217. DOI: 10.1016/j.ejon.2010.01.017.
17. Hindistan, S., Çilingir, D. (2012). Hemşirelik uygulamalarında güncel bir yaklaşım: Telefon kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(1), 30- 35.
18. Kaçan, H. S., Çelik, A., Başbilen, H. (2016). Kemoterapi alan hasta yakınlarında depresyon. *Kastamonu Sağlık Akademisi*, 1(1), 56-70.
19. Kalınkara, V., Kalaycı, I. (2017). Yaşlıya Evde Bakım Hizmeti Veren Bireylerde Yaşam Doyumu, Bakım Yükü ve Tükenmişlik. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi (YSAD)*, 10(2), 19-39.
20. Karabuğa, Y. H., Pınar, R. B. (2013). Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 15(2), 1-16.
21. Kaya, N., Bolol, N., Ülgen, S., İşçi, Ç., Özen, S., Akgün, G. (2018). Kanserli bireyin bakımından sorumlu yakınlarının yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 8, 25- 35. DOI: 10.5152/clinexphealthsci.2017.422
22. Kızılcı, S. (1999). Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3(2), 18-26.
23. Okçin, F. (2007). Kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması. (Doktora Tezi). (Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü). <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonusuYeni.jsp>.
24. Orak, O.S., Sezgin, S. (2015). Kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(1), 33- 39. Doi: 10.5505/phd.2015.02986.
25. Malak, A. T., Dicle, A. (2008). Beyin tümörlü hastalarda bakım verenlerin yükü ve etkileyen faktörler. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, 18(2), 118-121.
26. McMillan, S. C., Small, B. J., Weitzner, M., Schonwotter, R., Tittle, M., Moody, L., Haley, W. E. (2006). Impact of coping skills intervention with family caregivers of hospice patients with cancer. *Cancer*, 106(1), 214-222. DOI: 10.1002/cncr.21567.
27. Pelit, S. (2015). Jinekolojik Kanserli Hastanın Hastanede Bakımına Destek Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyinin Belirlenmesi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara.
28. Subaşı, H.G., Yıldız, H.N., Tekin, S. (2016). Kanser hastalarının bakımıyla ilgilenen yakınlarının umut düzeylerinin incelenmesi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 14(2), 109-127.
29. Şahin, A. Z., Polat, H., Ergüney, S. (2009). Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(2), 1-9.

30. 31. Taşdelen, P., Ateş, M. (2012). Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(3), 22-29.
31. Tel, H., Demirkol, D., Kara, S., Aydın, D. (2012). KOAH'lı hastaların bakım vericilerinde bakım yükü ve yaşam kalitesi. *Türk Toraks Dergisi*, 13, 87-92. doi:10.5152/ttd.2012.21
32. Toptaş, K.S., Öz, F. (2019). Kanser Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Sorunları, Yaşam Kalitesi ve Müdahaleler, *HUHEMFAD-JOHUFON*, 6(3), 197-204. <https://doi.org/10.31125/hunhemsire.630828>.
33. Toptaş, S. (2013). Kanser hastalığı olan bireye bakım veren yakınlarının yaşam kalitesi. (Yüksek Lisans Tezi). (Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi). <http://nek.istanbul.edu.tr:4444/ekos/TEZ/52557.pdf>.
34. Tuncay, T. (2010). Kanserle baş etmede destek grupları. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 21(1), 59-71
35. Türkiye Kanser İstatistikleri 2017. (2021). T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ankara.
36. Uğur, Ö., Fadiloğlu, Ç. (2010). Caregiver Strain Index Validity and Reliability In Turkish Society. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 11, 1669-1675.
37. Uğur, Ö., Fadiloğlu, Z.Ç. (2012). Kanser hastasına bakım verenlere uygulanan planlı eğitimin bakım veren yükü üzerine etkisi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 53-58.
38. Ustaalioğlu Öven, B. B., Acar, E. (2017). Türk toplumunda kanserli hastalar ve yakınları arasındaki depresyon ve depresyonla ilişkili faktörler. *Anta Oncologica Turcica*, 10, 115-123. DOI: 10.5505/aot.2017.81994.
39. Ülger, E., Alacacıoğlu, A., Gülseren, A. Ş., Zencir, G., Demir, L., Tarhan, M. O. (2014). Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 28(2), 85-92. <https://doi.org/10.18614/deutfd.88761>.
40. Yıldız, E., Dedeli, Ö., Çınar, P. S. (2016). Kanser Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13 (3), 216-225. doi:10.5222/HEAD.2016.216.
41. Yıldız, M. K., Ekinci, M. (2017). Kanserli hastaya bakım veren aile üyelerinin bakım yükleri ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(3), 176-184. doi:10.5222/HEAD.2017.176
42. Yılmaz Karabulutlu, E., Akyıl, R., Karaman, S., Karaca, M. (2013). Kanser hastalarına bakım verenlerin uyku kalitesi ve psikolojik sorunların incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 28(1), 1-9. doi: 10.5505/tjoncol.2013.807.



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

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

e-ISSN:2636-8439

DOI: <https://doi.org/10.54189/hbd.1088650>

Derleme

Çocukluk Dönemi Korkuları ve Bir Müdahale Aracı Olarak Sanal Gerçeklik Uygulamasının Kullanımı

Childhood Fears and Use of Virtual Reality as an Intervention Tool

Ayşegül DÖNMEZ ^a, Aytuğ TÜRK ^{*b}

^a Prof. Dr., Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, İZMİR, TÜRKİYE

^b Arş. Gör., Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, İZMİR, TÜRKİYE

ÖZET

Korku insanoğlunun bebeklikten yetişkinliğe değin uzanan gelişim dönemlerinin her birisinde görülmekte ve şiddetli düzeyde psikolojik uyaran ile ilişkili bir duygu olarak ortaya çıkmaktadır. Henüz yeni doğmuş bir bebeğin ses gibi dış ortam kaynaklı bir uyaran karşısında ağlaması ya da çırpınma şeklinde fiziksel tepkilerde bulunması dış dünyayı tanıma sürecindeki bebeğin yaşamış olduğu korku duygusunun ilk göstergelerinden birisi olarak kabul edilebilir. Ne yazık ki ülkemizde korku, çocuklar üzerinde denetim sağlamak amaçlı sık sık başvurulan bir yöntemdir. Yetişkinlerin çocuklar üzerinde bir yaptırım ya da ceza yöntemi olarak uyguladıkları çocuğun karanlıkla tehdit edilmesi ya da karanlık bir odaya kilitlemesi gibi davranışlar çocukların karanlığa karşı korku duygusu geliştirmesine neden olmaktadır. Çocukluk döneminde yaşanan bu korkular o kadar engelleyici ve bozucu bir hale gelebilir ki, bu durum bazen çocuğun özgül fobi tanısı almasına yol açabilir. Bu nedenle erken çocukluk döneminde yaşanan korkulara yönelik uygun yaklaşım müdahalelerinin, sonraki dönemde yaşanması olası problemlerin önüne geçilmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Uygun müdahale yaklaşımlarının başında da günümüz gelişen teknolojisi ve imkânları doğrultusunda sanal gerçeklik tabanlı uygulamaları gelmektedir. Bu derlemede de çocukluk dönemi korkuları ve bir müdahale aracı olarak sanal gerçeklik uygulamalarının kullanımı değerlendirilecektir.

Anahtar Kelimeler: Korku, Çocukluk Dönemi Korkuları, Sanal Gerçeklik

ABSTRACT

Fear is seen in each of the developmental stages of human beings from infancy to adulthood and is an emotion that arises in relation to a severe psychological stimulus. The physical reactions of a newborn baby in the form of crying or fluttering in the face of an external stimulus such as a sound can be considered as one of the first indicators of the fear experienced by the baby in the process of recognizing the outside world. Unfortunately, in our country, fear is a frequently used method to control children. Behaviors such as threatening the child with the dark or locking him in a dark room, which adults apply as a sanction or punishment method on children, cause children to develop a sense of fear against the dark. These fears experienced during childhood can become so obstructive and disruptive that this may sometimes lead the child to meet the criteria for a specific phobia diagnosis. For this reason, it is thought that appropriate approach interventions for fears experienced in early childhood are important in terms of preventing possible problems in the next period. Virtual reality-based applications are at the forefront of appropriate intervention approaches in line with today's developing technology and opportunities. In this review, childhood fears and the use of virtual reality applications as an intervention tool will be evaluated.

Key words: Fear, Childhood Fears, Virtual Reality

*Sorumlu Yazar: Aytuğ TÜRK

Adres: Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, İZMİR, TÜRKİYE

e-posta: aytug.turk@hotmail.com

Geliş tarihi: 16.03.2022

Kabul tarihi: 06.02.2023

GİRİŞ

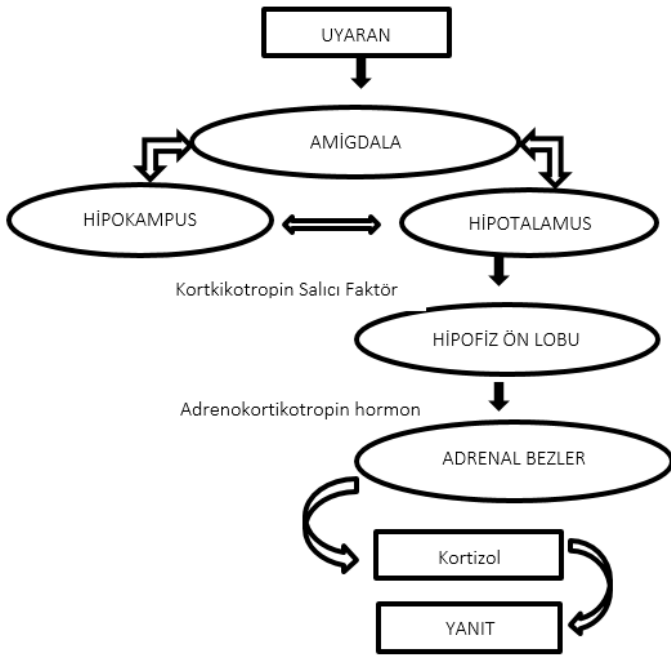
Bütünselliğin tehdit altında olduğu mevcut ya da potansiyel bir tehlike durumu karşısında ortaya çıkan otonom duygu olarak tanımlanan korku, öznel algılamaları da içerisinde barındıran komplike bir kavramdır. Öznel yapısından dolayıdır ki aynı durum ya da nesne ile karşılaşan farklı kişiler, bu durum ya da nesneye yönelik farklı duygu, düşünce ve tutum sergileyebilmektedirler. Buna karşın korku yaşayan kişiler çoğu zaman bu durumun kendi algılama ve değerlendirmelerinden kaynaklandığının farkına varamadıkları için uygun baş etme yöntem ve tekniklerini etkin bir şekilde kullanamamakta ve buna bağlı olarak çaresizlik içerisinde korkularını kriz boyutunda yaşayabilmektedirler (Anderson, Carleton, Diefenbach ve Han, 2019). Günümüzde korku duygusuna yönelik tedavi süreçlerinde ağırlıklı olarak bilişsel ve davranışçı terapi yöntemlerinin ön plana çıktığı görülmektedir (Çelik, 2017). Bilişsel davranışçı terapi (BDT) temelli müdahalelerin temelinde korku duyulan nesne ya da duruma sistematik olarak maruz bırakma bir başka deyişle kişiyi korku nesnesi ile yüzleştirme bulunmaktadır. Maruz bırakma (exposure), gerçek yaşamda (korku nesnesine karşı gerçekten maruz bırakarak) ya da imgesel (korku nesnesinin hayali olarak tasavvur edilmesi) olmak üzere iki şekilde gerçekleştirilmektedir (Işıklı, 2019). İmgesel maruz bırakma, teknolojik gelişmelere paralel olarak günümüzde artık sadece bireyin hayal gücü ile sınırlı kalmamakta, korku nesnesi ya da durumunun sanal gerçeklik ile deneyimlenmesine de olanak sağlamaktadır. (Işıklı, Baran ve Aslan, 2019). Teknolojik gelişmeler ve değişimler içinde bulunduğumuz yüzyılda oldukça hızlı yaşanmakta olup; yaşanan bu gelişim ve değişim, birçok yeni disiplinin ortaya çıkmasına neden olurken, aynı zamanda var olan disiplinlerin yöntem ve tekniklerinin de mevcut teknolojik gelişmeler ışığında yeniden gözden geçirilme ihtiyacına yol açmaktadır. Bu değişimden üstüne düşen payı alan sektörlerin başında sağlık ve sağlıkla ilişkili mesleki ve bilimsel alanlar gelmektedir. Sanal gerçeklik teknolojisinin gelişmesi ile bu yöntem birçok ruhsal ve fiziksel rahatsızlığın tanı ve tedavi süreçlerine ek tedavi yöntemi olarak kullanılmaya başlanmıştır. Genel olarak yetişkin popülasyona yönelik sanal gerçeklik tabanlı müdahaleler literatürde sıklıkla karşımıza çıksa da (Brea-Gómez ve ark., 2021; Işıklı, 2019;

Freeman ve ark., 2017; Diemer ve ark., 2016) çocuklara yönelik sanal gerçeklik tabanlı uygulamaların yetişkin popülasyona kıyasla oldukça az ve yetersiz olduğuna vurgu yapılmaktadır (Ridout ve ark., 2021; Eijlers, 2019; Bouchard, 2011). Bu nedenle derlemede korku duygusu ve korku duygusuna bir müdahale aracı olarak sanal gerçek teknolojisinin çocuklarda kullanımına yönelik bilgiler ve öneriler okuyucuya aktarılacaktır.

Korku Kavramı

Korku insanın bebeklikten yetişkinliğe değin uzanan gelişim dönemlerinin her birisinde görülmekte ve şiddetli düzeyde psikolojik uyarıcı ile ilişkili olarak ortaya çıkan bir duygu olarak tanımlanmaktadır (Erol ve Öner, 2000). Genel olarak ilgili literatürde korku duygusunun olumsuz yanlarına atıf yapılmış olsa da; organizmanın bütünlüğünün tehdit altında olduğu zamanlarda harekete geçiren motivasyonel bir güç olması ve riski ortadan kaldırmaya yönelik eylemler zincirinin başlatan bir yanıt olması gibi nedenle olumlu ve organizmayı koruyucu yönleri de bulunmaktadır (Burkovic ve Tan, 2016). Korku homeostatik dengenin korunabilmesine yönelik nesnel bir tehlike karşısında sergilenen bir uyarılıştır. Türk Dil Kurumu korkuyu, “bir tehlike veya tehlike düşüncesi karşısında uyanan kaygı duygusu” olarak açıklamakta ve bu duygunun kişinin kendini koruma ihtiyacına yönelik bilişsel şemaların aktive olduğu durumlarda görüldüğünü ifade etmektedir (Türk Dil Kurumu [TDK], 2015). Korku duygusu sempatik sinir sisteminin aktifleşmesi ve ilk olarak Washburn ve Cannon tarafından bahsedilen “savaş ya da kaç” mekanizması tetiklenerek organizmada bir uyarılmışlık hali oluşmasıdır (Washburn ve Cannon, 1920). Bu tepki mekanizmasına göre kişiler sahip oldukları tüm kaynakları gözden geçirerek, korku duygusunu başlatan uyarana karşı mücadele vermeye hazırlanır ya da tam tersi bu gözden geçirme sonucunda bu durumla baş edemeyeceklerini düşünerek, uyarandan uzaklaşmaya çalışırlar. Beyin bir durumu tehlikeli ya da organizmanın bütünlüğüne karşı tehdit olarak algıladığı anda organizmada birbiri ile bağlantılı olan birçok tepki mekanizması harekete geçer. Merkezi sinir sistemi içerisinde bulunan ve duygu durumu dolayısı ile korku ile doğrudan ilişkilendirilen alan, amigdala, prefrontal korteks ve

hipotalamus gibi önemli nöroanatomik oluşumları içeren limbik sistem olarak değerlendirilmektedir (Ledoux, 2002). Özellikle amigdala, korku duygusu ve anksiyete oluşumunda primer role sahip olan nöroanatomik yapı olarak gösterilmektedir. Korku durumunda amigdala ve diğer beyin bölgeleri, hipotalamik nöronları uyararak, hipofizdeki terminallerden kortikotropin salıcı faktörün (CRF) salınmasına yol açarlar. Böylelikle hipofizdeki ACTH salınımı uyarılmakta ve adrenal bezlerden kortizol salınımı artmaktadır. Kortizol kan yoluyla bütün vücuda yayılır ve beyinde özellikle hipokampustaki reseptörlere bağlanarak organizma tarafından uyarana yanıt verilmesinde önemli rol oynar (Alkın ve Onur, 2007). Bu süreç aşağıdaki şekil 1'de tepkisel yanıt olarak gösterilmiştir.



Şekil 1. Korkuya verilen tepkisel yanıt (Erol ve Öner,2000)

Korku durumunda organizma bir takım tepkilerde bulunmaktadır. Bu tepkileri fiziksel, davranışsal ve duygusal olarak kategorize etmek mümkündür. Fiziksel yanıt terleme, titreme, taşikardi, hiperventilasyon, irritabilite gibi belirtileri içerirken, duygusal yanıt düşünme, algılama, karar verme gibi bilişsel yapıları, davranışsal yanıt ise organizmanın korku durumunda verdiği ve dışa vuran ve gözlemlenebilen eylemlerini içermektedir (Erol ve Öner, 2000).

Çocuklarda Korku

Korku, bebeğin güvenli ve tüm tehlikelerden yalıtılmış olan ana rahminden ayrılışla birlikte başlayan ve sonraki

gelişim süreçleri boyunca da yaşanan temel duygulardan birisidir. Henüz yeni doğmuş bir bebeğin ses gibi dış ortam kaynaklı bir uyarana karşısında ağlaması ya da çırpınma şeklinde fiziksel tepkilerde bulunması dış dünyayı tanıma sürecindeki bebeğin yaşamış olduğu korku duygusunun ilk göstergelerinden birisi olarak kabul edilebilir. Korku dışsal ya da içsel kaynakların tetiklenmesi ile oluşmakta olup; gerçek korkuların bir-iki yaşlarından sonra ortaya çıktığı belirtilmektedir (Oğuz, 2019). Birincil bağlanmanın ve temel güven ilişkisinin geliştiği süreçte çocuğun dış dünyadan gelen uyarıları anlamak, çözümlenmek ve bunlarla baş edebilmek için oluşturmuş olduğu bilişsel şemalar önemli bir yer tutmaktadır. İki-üç yaşından itibaren başlayarak okul öncesi döneme kadar uzanan süreç boyunca çocuklarda yaygın olarak görülen korkular sırayla: yüksek ses, elektrik süpürgesi, gök gürültüsü, anne babadan ayrı düşme, karanlık, dilenci, hırsız, öcü, hayvanlar, kalabalık, düşüp yaralanmak, anneyi evde bulamamak, hayalet, cadı, yangın, hırsız ve filmlerdir (Szpunar ve Young, 2012). 5-6 yaş arasındaki çocukların korku nesnelere belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada, korku duyulan ilk üç nesnenin sırasıyla hayvanlar, doğa olayları ve hırsızlık olduğu belirlenmiştir (Bener, Ghuloum ve Dafeeah, 2011). 6-12 yaş dönemi korkuları ise daha gerçekçi bir nitelik kazanmakta genel olarak karanlıktan ve gölgelerden korkma, yeni bir ortama girme, okulda tek başına olma, okula geç kalma, okulda başarısız olma, cinayet, vücudundaki değişimlere karşı korkma ve ölüm olarak sıralanabilir (Aydın, 2000; Bener, Ghuloum ve Dafeeah, 2011).

Yaşanan bu korkuların çeşitliliği; çocukların yaş aralıklarına, cinsiyetlerine, yetiştikleri ortamın özelliklerine, anne ve babanın çocuk yetiştirme tutumlarına ve çocuğun kişilik özellikleri gibi birçok parametreye bağlı olarak değişkenlik gösterebilmektedir (Szpunar ve Young, 2012). Bu değişkenlik çocuklarda görülen korku kavramını açıklamaya çalışan yaklaşımlara da yansımıştır. Davranışçı yaklaşım çocuklarda korku duygusunun gelişimini (a) olumsuz uyarana maruz kalma, (b) olumsuz deneyimler yoluyla koşullandırma, (c) çevredeki diğerlerinin modellemesi yoluyla sosyal öğrenme (d) olumsuz bilgi ve tutumlara maruz kalma şeklinde dört temel faktöre dayandırmıştır (Çelik, 2017). Buna karşın bilişsel yaklaşım ise korkuların uyumsuz düşünme

kalıplarıyla ilişkili olduğunu öne sürmüş ve bu uyumsuz düşüncelerin, olumsuz öz değerlendirme, olumsuz kendi kendine konuşma veya koşulların işlevsiz olarak değerlendirilmesi ile ilişkili olduğunu öne sürmüştür (Deacon ve Abramowitz, 2004). Korku duygusunu tetikleyen uyaran çocuğun psikososyal gelişim dönemleri ve geliştirmiş oldukları bilişsel şemaları ile yakından ilişkilidir. Genel olarak çocuklar olgunlaştıkça ve primer çevresi başta olmak üzere çevresel faktörleri tanıyıp, bilişsel olarak işlemeyle korku nesnelere değişmekte ve farklılık göstermektedir. Çocuğun içinde bulunduğu dönem içerisinde yaşanan yaşam olayları ve çevresel değişkenler çocukların korku nesnelere değişmesinde önemli bir yer tutmaktadır. Bunun yanı sıra çocuklardaki bilişsel değerlendirmelerin ve algılama süreçlerinin sınırlı olmasına bağlı olarak ebeveynler ve yetişkinler tarafından çocuklara farklı korku nesnelere yüklenmesini de mümkün kılabilir (Süler, 2017).

Ne yazık ki bazı kültürlerde korkutma, çocukları yola getirmek amaçlı sık sık başvurulan bir yöntemdir. Yetişkinlerin çocuklar üzerinde bir yaptırım ya da ceza yöntemi olarak uyguladıkları çocuğun karanlıkla tehdit edilmesi ya da karanlık bir odaya kilitlemesi gibi davranışlar çocukların karanlığa karşı korku duygusunu geliştirmesine neden olmaktadır. Anlatılan masallar ve hikayelerin konusunda peri, hayalet gibi kavramların kullanılarak çocuklara anlatılması çocukların gerçekçi olmayan kavramlara ilişkin korku geliştirmesine neden olabilir (Dağlı ve İnanıcı, 2011). Çocukluk döneminde yaşanan bu korkular o kadar engelleyici ve bozucu bir hale gelebilir ki, bu durum bazen çocuğun özgül fobi tanısı kriterlerini karşılamasına yol açabilir (Öztürk, 2014). Çocukluğunda karanlık fobisi olan bireylerin yetişkinlik döneminde karanlığa yönelik özgül fobi tanısı alma prevalansı %2,3 olarak bulunmuştur (Alan, 2019). Karanlık, çocukluk döneminde görülen en yaygın 10 korku nesnesinden sadece birisidir; bu nedenle diğer korku nesnelere de göz önüne alındığında çocukluk dönemindeki korkuların özgül fobilere yönelik önemli bir risk faktörü oluşturduğunu söylemek mümkündür (Oğuz, 2019). Çocuk ve ergenlerdeki özgül fobilerin prevalansını belirlemeye yönelik çalışmalar incelendiğinde ise; toplumdaki çocuk ve ergenlerde yapılan 2000’li yıllardan önceki çalışmalarda özgül fobilerin

prevalansı %2.4 ile 3.6% aralığında olduğu ifade edilirken, yakın zamanda ülkemizde ve yurt dışında yapılan çalışmalarda bu oranın %5.9 ile %19.7 aralığına yükseldiği görülmektedir (De Vries ve ark., 2019; Sapmaz ve ark., 2017; Kılıç, 1999). Bu nedenle erken çocukluk döneminde yaşanan korkulara yönelik uygun yaklaşım müdahalelerinin, sonraki dönemde yaşanması olası problemlerin önüne geçilmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Çocuklarda Korku Belirteçleri ve Uygun Yaklaşım Yöntemleri

Çocuklarda korku belirteçleri, içerisinde buldukları gelişim döneminin özelliklerine göre farklılık gösterebilmektedir. Erken gelişim dönemindeki bir çocuğun korku duygusu karşısındaki tepkileri ağlama, hırçınlık, huzursuzluk, el ve bacakların çırpılması şeklinde açığa çıkarken; okul öncesi dönemdeki bir çocukta durum ve etkinliklerden kaçınma, kâbus görme, tırnak yeme, okula gitmek istememe şeklinde görülebilmektedir (Süler, 2017). Bu belirtilere ellerin aşırı terlemesi, kalp atışının hızlanması, baş ve ağrısı, mide bulantısı, kusma vb. gibi fiziksel belirtiler de sıklıkla eşlik etmektedir (Konkabeyeva, 2016). Korku duygusunu yaşayan çocuk duygularını net ifade edememesine bağlı olarak hırçın, sinirli ya da içe kapanık olabilmektedir. Bu nedenle çocukla iletişim kurmak ve korkuları ile ilgili öykü almak çoğu zaman ebeveynler ve psiko-sosyal danışmanlık sağlamak isteyen sağlık profesyonelleri açısından zorlayıcı olabilmektedir. Çocuğun maruz kaldığı aşılama, tehdit etme ve tutarsız davranışlar, aşırı kontrol edici, kollayıcı yaklaşımlar, olumsuz aile ve çocukluk dönemi deneyimleri, anne-baba ayrılığı gibi olumsuz durumlar bu durumu daha da pekiştirebilmektedir. Bu nedenle çocuk ile iletişim kurarken terapötik bir yaklaşımın esas alınması, çocuğun duygularını ve kendisini daha net ifade edebilmesine olanak sağlamaktadır (Öngider, 2013). Terapötik yaklaşımın temeli güven duygusudur; dolayısı ile çocuğun her şeyden önce ilişki kurduğu ve duygularını paylaştığı kişiye güven duyması oldukça önemlidir. Sonrasında ise onun kendi hislerini ifade edebilmesine yardımcı olacak şekilde etkin dinlenmesi, yaşadığı duyguların yargılamadan ve eleştirmeden olduğu gibi kabul edilmesi, çocuğun sahip olduğu iç ve dış kaynakların

çözümlemesi, ihtiyaç duyduğu bilgilerin aktarılması iletişim ve öykü alma sürecinin daha da etkin ve işlevsel yürütülmesine yardımcı olabilir. Her yetişkinin yaşam döngüsü içerisinde yaşamış olduğu bir probleme yönelik nasıl ki tek bir çözüm yolu yok ise, benzer şekilde her çocuk için de yaşanan sorun karşısında standardize bir çözüm yolu ve yaklaşımdan söz edilememektedir (Phelan, 2014). Burada dikkat edilmesi gereken nokta çocuğun iyi tanınması, gözlemlenmesi ve çocuğun gelişim dönemi, mizacı, içinde bulunduğu fiziksel çevre gibi tüm parametreleri kapsayan bütüncül bir yaklaşımın belirlenmesidir. Bütüncül yaklaşım, temel olarak insanın bir bütün olduğunu ve birbirinden ayrılmaz olan parçaların tek başına ele alınmasının doğru sonuçlar vermeyeceğini vurgulamaktadır. Ayrıca bu yaklaşım her çocuğun kendi fiziksel, ruhsal, sosyal ve spiritüel yapısı ve sistemleri içerisinde ele alınarak, bütünlüğüne ve bu bütünlüğünün eşsiz olduğuna vurgu yapmaktadır (Bayındır ve Biçer, 2019). Günümüz koşullarında sahip olduğu yazılımsal altyapıya bağlı olarak sınırsız senaryo ve ara yüze sahip olan sanal gerçeklik teknolojisi, çocuğun kendi eşsiz dünyası içerisinde ele alınmasına ve müdahalede bulunulmasına imkân sağlayan bir teknoloji olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sanal Gerçeklik Teknolojisi

İçinde bulunulan durum ve koşuldan bağımsız olarak yapay bir ortamda farklı deneyimler yaşanılmasına imkân sağlayan sanal gerçeklik (Virtual Reality – VR), kişisel bilgisayarlar ve dijital simülasyonlarda meydana gelen teknolojik gelişmeler ile yakından ilişkilidir. İlk olarak 1962 yılında Morton Heilig tarafından geliştirilen “Sensorama Simülatörü”, kısa film izlerken seyirciye görme işitme, dokunma ve koklama duyularını da kullanmalarına imkân sağlayarak sanal gerçeklik teknolojisinin de temellerini oluşturmuştur. Sonrasında ise 1968'de Ivan Sutherland ve Bob Sproull tarafından ilk başa takılan ekran (HMD) cihazı, 1978'de MIT'de (Massachusetts Teknoloji Enstitüsü) geliştirilen simülasyon ve 1980'lerde duyuşal girdilerin sanal gerçeklikle nasıl bütünleşebileceğini araştıran Jaron Lanier ve şirketi tarafından yapılan çalışmalar sanal gerçekliğin kilometre taşları olarak gösterilebilir (Gandolfi, 2018). Sonraki tarihsel süreç boyunca da sanal gerçeklik başta savunma sanayi

ve mühendislik olmak üzere farklı alanlardaki araştırma ve çalışmalarda spordan sanata uzanan geniş bir yelpazede sıklıkla kullanılır hale gelmiştir. Deneyimlerin ve ortamların yazılımsal ve donanımsal gereçlerle, gerçeğin en yakın biçimde algılamasına imkân sağlayan dijital iletişim ortamı olarak tanımlanan sanal gerçeklik, çevreleme ve bulunuşluk olmak üzere iki kritik boyuta sahiptir. Sürükleyici bir sanal gerçekliğin temeli olan çevreleme fiziksel gerçeklikten kopuşu ve sanal alandaki eylemlere ve hareketlere ne kadar yaklaşıldığını değerlendirir. Örneğin, son derece sürükleyici bir deneyim oluşturulması, hareketlerin doğal bir şekilde sanal alana taşınması gibi. Bulunuşluk ise çevreleme ile yakından ilişkili olup “orada olmanın” psikolojik duygusudur. Bireyin sanal dünyada kendini ne kadar iyi algıladığına ve yapay ortam içerisinde rahat hareket etme fırsatına sahip olmasına odaklanmaktadır (Markowitz, Laha, Perone, Pea ve Bailenson, 2018).

Sanal gerçeklikle oluşturulan yapay ortamları yakın zamana kadar kullanıcılar çoğunlukla 5D, 7D gibi sinema salonlarında deneyimleyebilme imkânı, günümüz koşullarında teknolojiye meydana gelen dönüşüme paralel olarak yerini kullanıcının istediği yerde başına takarak izlediği ekranlara (Head Mounted Display, HMD) bırakmıştır. Bunlar, içlerinde küçük ekranlar olan kask biçimli sistemler olduğu gibi sadece göz bölgesini kapatan büyük boyutlu gözlükler biçiminde de olabilmektedir (Ferhat, 2016). Yaşanan bu dönüşüm sayesinde farklı alanlardaki çok daha fazla kullanıcı sanal gerçekliği kullanma ve deneyimleme imkânına kavuşmuştur. Bu alanların başında gelen ruh sağlığı ve hastalıkları alanında hastalıkların araştırılması, değerlendirilmesi, tedavi ve klinik karar verme süreçlerinin yürütülmesi, mesleki eğitim gibi temel uygulama ve girişimlerde önemli bir müdahale ve girişim aracı olarak sanal gerçekliğin temel kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır (Bell ve ark., 2020; Freeman ve ark., 2017).

Sanal Gerçeklik ve Ruh Sağlığı Uygulamalarında Kullanımı

Doğduğumuz andan itibaren çevremizle ve diğerleri ile olan etkileşimimiz aslında ruhsal hastalıkların da temelini oluşturmaktadır (Oğuz, 2019). Arakrafobide örümcek görünce kaygılanmak, travma sonrası stres bozukluğunda (TSSB)

geçmiş travmayı hatırlatan yoğun geri dönüşler yaşamak, paranoid sanrılarda başkalarının zarar vermesinden korkmak, yaşanan bu etkileşim ve durumlara örnek olarak verilebilir (Burkovik ve Tan, 2016). İyileşme ise yaşanan bu durumlar karşısında farklı düşünme, farklı tepkiler verme, yeniden değerlendirmede bulunma ve değişim ile yakından ilişkilidir. Bu dönüşümün ve değişimin oluşturulmasında ya da farkındalık kazandırmada sanal gerçeklik ruh sağlığı uygulamalarında önemli bir müdahale aracı olarak karşımıza çıkmaktadır (Freeman ve ark., 2017). Sanal gerçekliğin ruh sağlığı alanında kullanılmasındaki en önemli avantajı, yazılımsal olarak oluşturulan yapay ortamdaki hareketlerin, algısal değişimlerin ve uyaranların, bilişsel yapı tarafından gerçek uzamdaakilere eşdeğer olarak işlenmesi ve tepki verilmesinden ileri gelmektedir (Ferhat, 2016). Sanal gerçeklik, ruh sağlığı uygulamalarında çevreleme ve bulunmuşluğun yüksek düzeyde sağlanmasına bağlı olarak, yaşanan ruh sağlığı sorunlarının üstesinden gelmesinde olağanüstü bir potansiyele sahiptir. Ara yüz esnekliği, sanal deneyimin tekrarlanabilirliği düşük maliyet, yapay ortamın sınırsız çeşitliliği, performansın anlık ve çevrimiçi olarak izlenebilmesi ve değerlendirilebilmesi, anlık geri bildirimler ve müdahaleler sanal gerçeklik teknolojisinin ruhsal hastalıkların tedavisi ve yönetiminde sağlamış olduğu başlıca avantajlar olarak sıralanabilir (Bell ve ark., 2020).

Sanal gerçeklik teknolojisinin ruh sağlığı alanında kullanımı klinik teşhis ve tedavi ile sınırlı kalmamaktadır; aynı zamanda sanal gerçeklik teknolojisinin, büyük ölçüde psikolojide bir araştırma aracı olarak kullanılabilmesi de görülmektedir. Özellikle davranışsal araştırmalarda, sanal gerçeklik teknolojisi ruh sağlığı alanındaki profesyonellerin geleneksel görüşler ve seçenekler dışında düşünmelerine izin vermekte; gerçekte oluşturulması ve test edilmesi oldukça zor olan bir dizi yeni paradigmanın ya da mevcut yöntemin yeniden sınanabilmesine olanak sağlamaktadır (Freeman ve ark., 2017). Psikolojideki sanal gerçeklik teknolojisinin gelişimine paralel olarak hastalarla yürütülen klinik çalışmaların yanı sıra, yükseköğretim eğitiminde profesyonel meslek üyesi yetiştirilmesinde de önemli bir yer tutmaktadır. Günümüz koşullarında ruh sağlığı alanındaki eğitimlerde sanal gerçeklik kullanımı, maliyet ve kontrol edilebilirlik avantajının

yanı sıra; farklı hastalıklardaki duyguların ve duygu durumların programlanması, sofistike kişiliklerin (karmaşık ya da çok yönlü) simüle edilmesi (örneğin ötimik, agresif, saldırgan gibi davranacak şekilde programlanma) ve öğrencilerin kliniklerde her zaman gözlem ve görüşme yapma imkanı bulamadıkları hasta gruplarını ve semptomlarını deneyimlemeleri açısından oldukça kolaylık sağlayabilmektedir (Markowitz ve ark., 2018).

Farklı ruhsal hastalıklara sahip hasta gruplarına yönelik çalışmalar literatürde mevcut olsa da sanal gerçeklik tabanlı çalışmaların özellikle fobiler başta olmak üzere anksiyete bozuklukları üzerinde yoğunlaştığı görülmektedir (Bell, Nicholas, Alvarez-Jimenez, Thompson ve Valmaggia, 2020; Maples-Keller, Bunnell, Kim ve Rothbaum, 2017; Diemer, Lohkamp, Mühlberger ve Zwanzger, 2016). Fobilere yönelik yürütülen psikoterapi süreçlerinde en etkin yöntem olarak kabul edilen korku nesnesi ya da durumu ile sistematik olarak yüzleşmesine aşamalı olarak imkân sağlayan maruz bırakma yöntemi sanal gerçeklik tabanlı senaryolar üzerinden simüle edilerek desteklendiği çalışmalar giderek popüler hale gelmektedir. Kişinin kademeli olarak öznel korku yaratan nesne ya da durumla yüzleşerek birden fazla duyusunun aktive olmasında ve korku ya da sıkıntı yok olana kadar sürecin devam etmesinde, sanal gerçeklik teknolojisinin sunmuş olduğu düşük maliyet, güvenli ve korunaklı ortam, daha geçerli ve izlenebilir ölçüm gibi imkânlarla bağlı olarak geleneksel maruz bırakma uygulamalarına kıyasla daha avantajlı bir hale geldiği görülmektedir. Sahip olduğu avantajlara karşın sanal gerçeklik teknolojisinin ruh sağlığı alanındaki kullanımına yönelik ilk eleştiri, gerçeklik algısında bozulmalar ve kopmaların yaşandığı şizofreni gibi hastalıklarda gerçeklik algısının daha da bozabileceğine yönündeki olmuştur (Vardarlı, 2021). Buna karşın; uygulamada TSSB'nin tedavisine yönelik yapılan çalışmalar dışında olumsuz bir ruhsal etkisinden bahsedilmemiştir (Fernandez-Alvarez ve ark., 2018). Oluşabilecek fiziksel yan etkilerin ise uzun süre ekrana bakılmasına bağlı oluşabilecek baş dönmesi, mide bulanması ve göz yorgunluğu olduğu belirtilmiştir (Chang, Kim ve Yoo, 2020).

Çocuklarda Sanal Gerçeklik ve Korku Duygusuna Yönelik Girişimler

Sanal gerçeklik teknolojisi kullanılarak gerçek hayata yakın bir ortam oluşturulması ve sanal gerçeklik tedavi yöntemlerinin sanal ortam içerisinde gerçekleştirilmesi, geleneksel tedavi yöntemleri ile kıyaslandığında maliyet ve kaynak yönetimi, sınırsız tekrarlanabilirliği, gerçekçi ve ölçülebilir geri bildirim sağlayabilmesi başta olmak üzere çocuklar gibi özel gruplara uygulanabilirlik bakımından oldukça avantajlıdır. Danışman ya da terapist süreç boyunca uygulamayı istediği gibi daha sıkı biçimde yönlendirip kontrol edebilmekte ve anlık müdahalelerde bulunabilmektedir. Bu durum özellikle ortam ve mekan güvenliğinin daha da önem kazandığı çocuklara yönelik girişim ve uygulamalarda güvenlik risklerinin elimine edilmesine olanak sağlamaktadır. Çocuğun içinde bulunduğu gelişim dönemi göz önüne alınarak oluşturulan oyun tabanlı senaryolar aracılığı ile tedavi ve uygulama süreci daha etkili ve çocuk için eğlenceli bir aktivite haline dönüşebilir. Aynı zamanda bu senaryoların karmaşıklığı ve yoğunluğu çeşitlendirilerek farklı mekânsal deneyimlere de olanak sağlar. Karanlık korkusu olan bir çocuğun bu korkusunu ev ortamında, okul ortamında ya da park gibi oyun alanlarında deneyimlemesi bu duruma örnek olarak verilebilir (Bouchard, 2011). Sanal gerçeklik bu imkânı sağlarken mahremiyet ve gizlilik gibi önem arz eden konularda, ebeveynlerin çocukları için yaşadıkları, endişelerinin azalmasında önemli bir rol üstlenebilir. Klasik maruz bırakma yaklaşımında okul korkusu olan çocuğa bu deneyimi arkadaşları veya sınıf ortamında yaşatmak çocuğun özgüvenini ve mahremiyetine zarar verebilecekken, sanal gerçeklik aracılığı ile gerçekleştirilen maruz bırakmada bu tür istenmeyen durumlar en aza indirgenmektedir (Barceló, Saez ve Mir, 2020). Buna karşın ruh sağlığı profesyonelleri klasik maruz bırakmaya karşı daha avantajlı olmasına rağmen; uygulama konusundaki deneyim eksikliklerine ve bir üst uzmanlık alanı olarak algılamalarına bağlı olarak sanal gerçeklik teknolojisi kullanımına, mesafeli yaklaşabilmektedirler (Maples-Keller ve ark., 2017). Oysa ilgili literatür incelendiğinde sanal gerçeklik uygulamalarında deneyimli olmayan ruh sağlığı danışmanlarının, sanal gerçeklik tabanlı senaryolar ile gerçekleştirilen başarılı çalışma sonuçları karşımıza çıkmaktadır (Bioulac ve ark., 2017; Diaz-

Orueta ve ark., 2014). Aynı zamanda çocuklarda gerçekleştirilen sanal gerçeklik tabanlı uygulamaların yan etkilerinin müdahale gerektirmeyecek düzeyde hafif baş ağrısı, baş dönmesi, kulak çınlaması, bulantı olduğu göz önüne alındığında, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları tarafından uygulanabilir ve güvenli bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir (Chen ve ark., 2020; Ridout, Kelson, Campbell ve Steinbeck 2021).

Sanal gerçekliğin potansiyeline ve etkinliğine rağmen çocuklarda korku ya da diğer fobilerine yönelik bir müdahale aracı olarak kullanımı, yetişkin popülasyon ile gerçekleştirilen çalışmalara kıyasla oldukça kısıtlıdır (Kothgassner ve Felnhöfer, 2021). Aslında sanal gerçeklik teknolojisinin çocuklara yönelik kullanımının oldukça yeni bir süreç olduğunu ve bu sürece yönelik çalışmaların son beş yılda ağırlık kazandığını söylemek mümkündür. Literatürde yapılmış olan bu çalışmalar incelediğinde ise büyük çoğunluğunun diş tedavisi, onkolojik tedavi, pansuman değişimi, yanık yara bakımı, invaziv prosedürler, kan alma gibi tıbbi işlemler yâda tıbbi işlemlerde oluşabilecek akut ağrıyı gidermeye yönelik ve çoğunlukla hemşirelik uygulamalarında yer aldığı görülmektedir (Yaz ve Yılmaz, 2021; Chen ve ark., 2020; Atzori ve ark., 2018; Wong ve ark., 2019; Hua ve ark., 2015). Yakın zamanda yapılan uluslararası bir literatür tarama çalışmasında çocukların korku ve fobilerine yönelik sanal gerçekliğin kullanıldığı ve genel bir örnekleme kapsayan sadece dört çalışma olduğu belirlenmiş olup; çalışma sayısının oldukça yetersiz olduğuna vurgu yapılmıştır. Gerçekleştirilen yarı deneysel ve kontrol gruplu bu dört farklı çalışmada çocukların topluluk önünde konuşma, karanlık, örümcek ve okula gitme korkularına yönelik sanal gerçeklik tabanlı senaryolar oluşturulmuş ve çocuklar gözlük ya da başlık aracılığı ile bu senaryoları deneyimlemiştir. Topluluk önünde konuşma korkusuna yönelik 90 dk. süren tek oturumluk bir uygulama gerçekleştirilirken karanlık, örümcek ve okula gitme korkularına yönelik 6-8 arasında değişen oturumlar ile müdahale edilmiştir. Gerçekleştirilen bu dört farklı çalışma sonucunda çocuklardaki karanlık, topluluk içinde konuşma, okul ortamı ve örümcek korkuları karşısında sanal gerçekliğin oldukça etkin ve kullanışlı bir müdahale aracı olarak kullanılabilmesi belirlenmiştir. İlgili çalışmalarda aynı

zamanda sanal gerçeklik uygulaması sırasında ya da sonrasında çocuklarda ortaya çıkan yan etkilerin müdahale gerektirmeyecek derecede hafif baş ağrısı, mide bulantısı ve baş dönmesi ile sınırlı olduğu ifade edilmiştir (Kothgassner ve Felhofer, 2021). Yapılan çalışma sayısının kısıtlı olmasında pediatrik popülasyona yönelik yürütülen çalışmalarda sanal gerçeklik alanında deneyimli personel ihtiyacı, daha katı yasal prosedürler, ebeveynlerin olumsuz tutumu gibi durumların etkisinin bulunduğu da yadsınamaz bir gerçek olarak değerlendirilmektedir.

SONUÇ

Görüldüğü üzere yurt dışında bireysel senaryolar ya da paket programlar aracılığı ile yetişkin bireylerdeki korku ve fobi durumlarına karşı müdahale aracı olarak sanal gerçeklik 20 yılı aşkın süredir kullanılmaktadır. Sanal gerçekliğin çocuk popülasyonu üzerinde kullanımına yönelik çalışmaların ise oldukça kısıtlı olduğu ve yapılan çalışmaların da çoğunlukla hemşireler tarafından tıbbi uygulamaların yan etkilerine yönelik gerçekleştirildiği, çocuklardaki korku duygusuna yönelik çalışmaların ise son derece kısıtlı olduğu görülmüştür. Araştırmacıların tıbbi uygulamalardaki korkuya yönelik sanal gerçeklik tabanlı müdahaleler aracılığı ile kazanmış oldukları deneyimi, spesifik çocukluk dönemi korkularına aktarabileceği düşünülmektedir. Çocukların yaşamış olduğu korkuya yönelik sanal gerçekliğin bir müdahale aracı olarak kullanımı ileride yaşanacak özgül fobi gelişimi, etkisiz baştme, işlevsellikte bozulma vb. olumsuz psikososyal durumların önlenmesi adına önemlidir. Bu nedenle sağlamış olduğu avantajlardan dolayı sanal gerçekliğin çocuklardaki korku duygusuna yönelik içinde buldukları gelişim dönemi ve dönemin korku nesnelere göz önünde bulundurularak; bir müdahale ve program aracı olarak kullanılmasının oldukça önemli olduğu değerlendirilmektedir. Buna karşın sonraki çalışmalarda çocukluk dönemi korkuları ve bu korkulara yönelik sanal gerçeklik tabanlı müdahalelerin etkisini ve uygulanabilirliğini ortaya koyan daha fazla sayıdaki klinik çalışmanın; belirtilen nedenlere bağlı olarak başta hemşire araştırmacılar olmak üzere literatüre kazandırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Alan, B. E. (2019). Çocuk Ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastaların Başvuru Biçimi, Şikâyet, Tanı Ve Eştanı Dağılımları. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 10(4), 484-491.
2. Alkın, T., & Onur, E. (2007). Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış. E. Köroğlu, C. Güleç ve S. Şenol (Ed.). *Psikiyatri Temel Kitabı içinde*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. Pp:296-303.
3. Anderson, E. C., Carleton, R. N., Diefenbach, M., & Han, P. (2019). The Relationship Between Uncertainty and Affect. *Frontiers in Psychology*, 10, 2504. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02504>.
4. Atzori, B, Grotto, R.L, Giugni, A, Calabro, M, Alhalabi, W. and Hoffman, H.G. (2018). "Virtual Reality Analgesia for Pediatric Dental Patients". *Frontiers in Psychology*, 9, 2265.
5. Aydın, A. (2000). *Gelişim ve Öğrenme Psikolojisi*, 2. bs. İstanbul: Alfa Basım Yayın Dağıtım.
6. Barceló, M. S., Sáez, B., & Mir, J. M. G. (2020). Feasibility of A Virtual Reality Program to Treat Children with Fear of Darkness with Nonexpert Therapists. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(2), 16-21.
7. Bayındır, S. K., Biçer, S. (2019). Holistik Hemşirelik Bakımı. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 25-29.
8. Bell, I. H., Nicholas, J., Alvarez-Jimenez, M., Thompson, A., & Valmaggia, L. (2020). Virtual Reality as A clinical Tool in Mental Health Research and Practice. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 22(2), 169.
9. Bener, A., Ghuloum, S., Dafeeah, E. E. (2011). Prevalence of Common Phobias and Their Socio-Demographic Correlates in Children and Adolescents in A Traditional Developing Society. *African Journal of Psychiatry*, 14(2).
10. Bioulac, S., De Sevin, E., Sagaspe, P., Claret, A., Philip, P., Micoulaud-Franchi, J. A., & Bouvard, M. P. (2018). Qu'apportent Les Outils De Réalité Virtuelle En Psychiatrie De L'enfant Et L'adolescent?. *L'Encéphale*, 44(3), 280-285.
11. Bouchard, S. (2011). Could Virtual Reality Be Effective in Treating Children with Phobias?. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 11(2), 207-213.
12. Brea-Gómez, B., Torres-Sánchez, I., Ortiz-Rubio, A., Calvache-Mateo, A., Cabrera-Martos, I., López-López, L., & Valenza, M. C. (2021). Virtual Reality in The Treatment of Adults with chronic Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 11806.
13. Burkovik, Y., Tan O. (2016). *Korkacak Ne Var: Korkunun Psikolojisi*. İstanbul: Timaş Yayınları.
14. Çelik, G. (2017). Bilişsel Davranışçı Terapi. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics*, 3(2), 115-20.
15. Chang, E., Kim, H. T., & Yoo, B. (2020). Virtual Reality Sickness: A Review of Causes And Measurements. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 36(17), 1658-1682.
16. Chen, Y.J, Cheng, S.F, Lee, P.C, Lai, C.H, Hou, I.C. and Chen, C.W. (2020). "Distraction Using Virtual Reality for Children During Intravenous Injections in an Emergency Department: A Randomised Trial". *J Clin Nurs*, 29(3-4), 503-510.
17. Dağlı, T., İnanıcı, M. A. (2011). *Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri İçin Başvuru Kitabı İhmal Ve İstismara*

- Uğrayan Çocuğa Bütüncül Yaklaşım*. Ankara: Fersa Ofset Matbaacılık.
18. Deacon, B. J., Abramowitz, J. S. (2004) Cognitive and Behavioral Treatments for Anxiety Disorders: A Review of Meta-Analytic Findings. *J Clin Psychol*, 60(4), 29-441.
 19. De Vries, Y. A., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Borges, G., Bruffaerts, R., Bunting, B., ... & De Jonge, P. (2019). Childhood Generalized Specific Phobia as an Early Marker of Internalizing Psychopathology Across The Lifespan: Results From The World Mental Health Surveys. *BMC Medicine*, 17(1), 1-11.
 20. Díaz-Orueta, U., García-López, C., Crespo-Eguilaz, N., Sánchez-Carpintero, R., Climent, G., & Narbona, J. (2014). Aula Virtual Reality Test as An Attention Measure: Convergent Validity with Conners' Continuous Performance Test. *Child Neuropsychology*, 20(3), 328-342.
 21. Diemer, J., Lohkamp, N., Mühlberger, A., & Zwanzger, P. (2016). Fear and Physiological Arousal During A Virtual Height Challenge Effects in Patients with Acrophobia and Healthy Controls. *Journal of anxiety disorders*, 37, 30-39.
 22. Erol, N., Öner, Ö. (2000). Çocukluk Korkuları. *Türk Psikoloji Yazıları*. 3(5), 23-36.
 23. Eijlers, R., Utens, E. M. W. J., Staals, L. M., de Nijs, P. F. A., Berghmans, J. M., Wijnen, R. M. H., Hillegers, M. H. J., Dierckx, B., & Legerstee, J. S. (2019). Systematic Review and Meta-analysis of Virtual Reality in Pediatrics: Effects on Pain and Anxiety. *Anesthesia and analgesia*, 129(5), 1344-1353.
 24. Ferhat, S. (2016). Dijital Dünyanın Gerçekliği, Gerçek Dünyanın Sanallığı Bir Dijital Medya Ürünü Olarak Sanal Gerçeklik. *TRT Akademi*, 1(2), 724-746.
 25. Freeman, D., Reeve, S., Robinson, A., Ehlers, A., Clark, D., Spanlang, B., & Slater, M. (2017). Virtual Reality in The Assessment, Understanding, and Treatment of Mental Health Disorders. *Psychological medicine*, 47(14), 2393-2400.
 26. Fernandez-Alvarez, J., Rozental, A., Carlbring, P., Colombo, D., Riva, G., Anderson, P., Banos, R. M., Benbow, A., Bouchard, S., Breton-Lopez, J. M., Cardenaz, G., Difede, J., Emmelkamp, P., Garcia-Palacios, A., Guillen, V., Hoffman, H., Kampann, I., Moldovan, R., Mühlberger, A., North, M., Pauli, P., Penate-Castro, W., Quero, S., Tortella-Felui, M., Wyka, K., & Botella, C. (2018). Deterioration Rates in Virtual Reality Therapy: An Individual Patient Data Level Meta-Analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 35(7), 34-43.
 27. Gandolfi, E. (2018). Virtual Reality and Augmented Reality. In K. Kennedy & R. E. Ferdig (Eds.), *Handbook of Research on K-12 Online and Blending Learning* (2nd edition) (pp. 545-561). Pittsburgh: Carnegie Mellon University - ETC Press.
 28. Gül, E. (2018). Ruh Sağlığı Çalışanlarının Psikiyatrik Hastalıklarda Sanal Gerçeklik Yönteminin Kullanımı Hakkında Tutum Çalışması. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.
 29. Hua, Y, Qiu, R, Yao, W, Zhang, Q. and Chen, X. (2015). "The Effect of Virtual Reality Distraction on Pain Relief During Dressing Changes in Children with Chronic Wounds on Lower Limbs". *Pain Manag Nurs*, 16, 685-691.
 30. Kılıç, E. Ö. (1999). Sosyal Fobi Etiyolojisine Yönelik Gelişimsel Bir Model. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 52(1).
 31. Işıklı, S., Baran, Z., & Aslan, S. (2019). Özgül Fobilerde Sanal Gerçeklik Teknolojisi Uygulamaları İle Tedaviye Yardımcı Araç Geliştirme: Bir Etkililik Çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 22(3).
 32. Konkabayeva, A. E., Dakhbay, B. D., Oleksyuk, Z., Tykezhanova, G. M., Alshynbekova, G. K., & Starikova, A. Y. (2016). Research of Fears of Preschool Age Children. *International Journal Of Environmental And Science Education*, 11(15), 8517-8535.
 33. Kothgassner, O. D., & Felnhofner, A. (2021). Lack of Research on Efficacy of Virtual Reality Exposure Therapy (VRET) for Anxiety Disorders in Children And Adolescents. *Neuropsychiatrie*, 35(2), 68-75.
 34. LeDoux, J., & Self, S. (2003). *How Our Brains Become Who We Are*. New York: Viking.
 35. Maples-Keller, J. L., Bunnell, B. E., Kim, S. J., & Rothbaum, B. O. (2017). The Use of Virtual Reality Technology in The Treatment of Anxiety and Other Psychiatric Disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 25(3), 103.
 36. Markowitz, D. M., Laha, R., Perone, B. P., Pea, R. D., & Bailenson, J. N. (2018). Immersive Virtual Reality Field Trips Facilitate Learning About Climate Change. *Frontiers in psychology*, 9, 2364.
 37. Oğuz, V. (2019). Fear and Reasons of Children in preschool. *Journal of Human Sciences*, 16(1), 192-204.
 38. Öngider, N. (2013). Anne-Baba ile Okul Öncesi Çocuk Arasındaki İlişki. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(4), 420-440.
 39. Öztürk, M. O., Uluşahin, A. (2014). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (13. Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2015:736.
 40. Phelan, T.W. (2014). 1-2-3 Çocuklarda Etkili Disiplin. (Çev: F. Çamlıkaya). İstanbul: L. Yavuz Bilim Teknik Yayınevi.
 41. Ridout, B., Kelson, J., Campbell, A., & Steinbeck, K. (2021). Effectiveness of Virtual Reality Interventions for Adolescent Patients in Hospital Settings: Systematic Review. *Journal Of Medical Internet Research*, 23(6), e24967.
 42. Sapmaz, Ş. Y., Ergin, D., Celasin, N. Ş., Karaarslan, D., Öztürk, M., Erkuran, H. Ö., Aydemir, Ö. (2017). Validity and Reliability of The Turkish Version of DSM-5 Social Anxiety Disorder Severity Scale-Child Form. *Archives of Neuropsychiatry*, 54(4), 354.
 43. Süler, M. (2017). Çocuk ve Ergenlerde Bilişsel Davranışçı Terapi Uygulamaları: Bir Gözden Geçirme. *Çocuk ve Medeniyet*, 2(3), 29-42.
 44. Szpunar, M., Young, A. R. (2012). Information Processing Biases in Behaviorally Inhibited Children: Response to Threat and Novelty. *Child Health & Education: An Interdisciplinary Journal*, 4(1).
 45. Türk Dil Kurumu, (2015). Hemşirelik Terimleri Sözlüğü. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/>
 46. Uzbay, T. (2004). Anksiyete ve Depresyonun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 4(3), 1-11.
 47. Vardarlı, B. (2021). Teknolojik Bir Yaklaşım: Sanal Gerçeklik Maruz Bırakma Terapisi. *Ege Eğitim Dergisi*, 22(1), 40-56.
 48. Washburn, M. F., Cannon, W. B. (1920). Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear, and Rage. New York and London: D. Appleton & Company.
 49. Wong, C.L, Lui, M.M.W, and Choi, K.C. (2019). "Effects of Immersive Virtual Reality Intervention on Pain and Anxiety Among Pediatric Patients Undergoing Venipuncture: A Study Protocol for a Randomized Controlled Trial". *BMC*, 20, 369-379.
 50. Yaz, Ş.B., Yılmaz, H.B. (2021). Pediatrik Hastalara Yönelik Tıbbi İşlemlerde Sanal Gerçeklik Kullanımının Etkileri:

Literatür İncelemesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 138-143.



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

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

e-ISSN:2636-8439

DOI: <https://doi.org/10.54189/hbd.1130866>

Derleme

Depresyon, Psikiyatrik Bakım ve Model Kullanımı: Depresyonun Roy Uyum Modeline Göre Analizi ve Hemşirelik Süreci

Depression, Psychiatric Care and Model Use: Analysis of Depression According To The Roy Adaptation Model and The Nursing Process

Ahmet GÖKTAŞ^{ID*}, Kadriye BULDUKOĞLU^{ID}

^a Dr. Öğr. Üyesi, Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, BİTLİS, TÜRKİYE

^b Prof. Dr. Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, ANTALYA, TÜRKİYE

ÖZET

Depresyon 21. yüzyılın en yaygın psikiyatrik bozukluklarından biridir. Dünya çapında milyonlarca insanı etkilemektedir. Bu nedenle depresyon hastalarının bakımı psikiyatri hemşireliği açısından büyük bir önem taşımaktadır. Hastalara verilen psikiyatrik bakımın amacına ulaşabilmesi ve bakımın sistematik olabilmesi için hemşirelik modelleri doğrultusunda bakım verilmesi gerekmektedir. Hemşirelik literatürü gözden geçirildiğinde, hemşirelik bakımında en çok kullanılan modellerden birinin Roy Uyum Modeli (RUM) olduğu görülmektedir. RUM hemşirelikte bütüncül bir bakım sağladığı için birçok hasta grubunda kullanılmaktadır. Ancak, depresyon hastalarında kullanımına rastlanmamıştır. Bu bilgiler doğrultusunda bu makalenin amacı depresyon, psikiyatrik bakım ve model kullanımı ile ilgili bilgi vermek ve depresyonu RUM'a göre analiz ederek hemşirelik sürecini ayrıntılı bir şekilde sunmaktır.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, Hemşirelik, Psikiyatrik bakım, Psikiyatri hemşireliği, Roy Uyum Modeli

ABSTRACT

Depression is one of the most common psychiatric disorders of the 21st century. It affects millions of people around the worldwide. Therefore, the care of patients with depression is of a great importance in terms of psychiatric nursing. In order for the psychiatric care given to the patients to reach its purpose and for the care to be systematic, care should be given in line with the nursing models. When the nursing literature is reviewed, it is seen that one of the most used models in nursing care is the Roy Adaptation Model (RAM). The RAM is used in many patient groups because it provides holistic care in nursing. However, its use in patients with depression has not been found. In line with this information, the aim of this article is to provide information about depression, psychiatric care and model use, and to present the nursing process in detail by analyzing depression according to the RAM.

Keywords: Depression, Nursing, Psychiatric care, Psychiatric nursing, Roy Adaptation Model

* Bu çalışma daha önce yayınlanmamış ve herhangi bir dergiye eş zamanlı olarak değerlendirilmek üzere sunulmamıştır.

*Sorumlu Yazar: Ahmet GÖKTAŞ

Adres: Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Rahva Yerleşkesi Beş Minare Mahallesi Ahmet Eren Bulvarı 13000 Merkez/Bitlis

e-posta: agoktas.85@gmail.com

Geliş tarihi: 14.06.2022

Kabul tarihi:20.08.2022

GİRİŞ

Sağlıklı bireyler, günlük yaşam olaylarına üzüntü, sıkıntı gibi duygularla tepki vermektedirler. Bu tepkiler kısa süreli, yaygın ve normal bir tepki olmakla birlikte, bireyin yaşadığı kayıp ya da başarısızlığa uyum göstermesiyle sona ermektedir. Bireyin yaşadığı kayıp ya da başarısızlığa karşı gösterdiği uyum çabalarının başarısız olması durumunda, patolojik bir durum olarak depresyon ortaya çıkmaktadır (Koç, 2016; Townsend ve Morgan, 2018). Depresyon, psikiyatrik hastalıklar arasında tarihte ilk olarak tanımlanan ve günümüzde de en sık görülen ve tanı konulan psikiyatrik bozukluklardan biridir (Akiskal, 2017; Halter ve Kozy, 2018; Townsend ve Morgan, 2018). Depresyon, en az iki hafta süresince temel günlük aktiviteleri yerine getirmeye karşı isteksizlik, derin üzüntü, genelde zevk alınan aktivitelere ilgi kaybı ile karakterize yaygın psikiyatrik bir bozukluktur (World Health Organization [WHO], 2017). Dünyada ruhsal bozuklukların tanılanmasında en yaygın kullanılan tanı sınıflandırma sistemi Amerikan Psikiyatri Birliği'nin tanı sınıflandırma sistemidir (Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders/DSM-V). Bu sınıflamaya göre depresif bozukluklar sekiz başlık altında sınıflandırılmış ve bunlardan biri de majör depresif bozukluktur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Majör depresif bozukluk, tipik olarak en az iki hafta ya da daha fazla devam eden üzgün bir ruh hali ve yaşam aktivitelerine karşı ilgisizlik ile birlikte anhedoni, kilo, uyku, enerji, konsantrasyon, karar verme, benlik saygısı gibi depresyon belirtilerinden en az dördünde meydana gelen değişim ile birlikte ortaya çıkmaktadır (Videbeck, 2020).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dünyada 300 milyondan fazla depresyonlu bireyin yaşadığını belirtmektedir. Dünya genelinde depresyon oranında 2005-2015 yıllarını kapsayan 10 yıllık süreçte %18'in üzerinde artış olduğu belirtilmektedir (WHO, 2017). Depresyon, Amerika Birleşik Devletleri'nde engelliliğin önde gelen nedenlerinden biridir. 2014 yılında, 18 yaş ve üzerindeki bireylerin %6,6'sının (15,6 milyon kişi) son bir yılda en az bir defa majör depresif bozukluk atağı geçirdiği belirtilmektedir (Townsend ve Morgan, 2018). Yaşam boyu yaygınlığı ise %17 civarında olup, bu durum depresyonu en yaygın psikiyatrik bozukluk haline getirmektedir (Sadock, Sadock ve Ruiz, 2015; Townsend ve Morgan, 2018). Ayrıca

Amerikalı gençler ve genç yetişkinlerde, özellikle de ergen kızlar arasında depresyon insidansının arttığına dair kanıtlar vardır. 2005'ten 2014'e kadar, insidans genç erkekler arasında %4.5'ten %5.7'ye ve genç kızlar için %13.1'den %17.3'e yükselmiştir (Mojtabai, Olfson ve Han, 2016; Townsend ve Morgan, 2018). DSÖ, dünya çapında epidemiyolojik ve demografik geçişlerin devam etmesi durumunda depresyonun 2020 yılında %5.7 artarak "Engellilikle Kaybedilen Yıllar" sıralamasında ikinci sırada yer alacağını, 2030 yılında ise hastalık yükünün en önemli nedenleri arasında ilk sırada yer alacağını tahmin etmektedir (WHO, 2001; WHO, 2011). Ülkemizde ise, Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'na göre "Özürlülükle Kaybedilen Yaşam Yıllarının İlk 20 Nedeninin Dağılımı" tablosunda depresif bozukluklar, kadınlarda %10.7 oranıyla ilk sırada yer alırken, erkeklerde ise %6.4 ile ikinci sırada yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Depresyon, kadınlarda erkeklere göre yaklaşık iki kat daha fazla görülmektedir (Athanasos, 2017; Townsend ve Morgan, 2018). Kadımlar için yaşam boyu depresyon sıklığı yaklaşık %21 iken, erkeklerde yaklaşık %12-13'tür (Townsend, 2016). Depresyonun cinsiyete göre farklılık göstermesi biyolojik (hormonal ve genetik), psikolojik ve sosyal teoriler ile açıklanmaktadır. Erkek ve kadın bağışıklık sisteminin strese verdiği farklı tepkiler, depresyonun cinsiyete göre farklı oranlarda ortaya çıkmasında önemli bir faktördür. Kadımlar erkeklere göre sosyal çevreye daha duyarlı oldukları için strese tepki olarak daha fazla enflamatuar aktiviteler gösterebilmektedir (Moieni ve ark., 2015; Athanasos, 2017). Ortaya çıkan bu enflamatuar aktivitelerle karşı verilen sosyal ve duygusal tepkilerin cinsiyete göre farklılık göstermesinin, kadımların erkeklerden daha fazla depresif bozukluk geliştirmesinin nedenini açıkladığı özellikle vurgulanmaktadır (Moieni ve ark., 2015). Kadınlarda enflamatuar bir yanıt ortaya çıktığında, kadımlar daha fazla sosyal kopukluk hissetmekte ve depresif bir ruh hali yaşamaktadırlar (Moieni ve ark., 2015; Athanasos, 2017).

Depresyon prepubertal erkek ve kız çocuklarda eşit oranda görülmektedir (Videbeck, 2020). Kadınlarda, hemen hemen 10 yaşında başlar ve ileriki yaşlarda da devam eder (Townsend, 2016). Depresyon insidansı kadınlarda yaşla

birlikte azalırken, erkeklerde yaşla birlikte artar (Videbeck, 2020). Depresyonda cinsiyet arası farklılık 44-65 yaşları arasında daha az belirgindir. Ancak, 65 yaşından sonra kadınlar tekrar erkeklerden daha fazla depresyona girmektedirler. Bu durumun, toplumsal rollerde ve ekonomik-sosyal fırsatlarda cinsiyet farklılıkları ve yaşla birlikte meydana gelen değişimler ile ilişkili olabileceği belirtilmektedir (Townsend ve Morgan, 2018).

Majör depresif bozukluk çoğunlukla yakın kişilerarası ilişkileri olmayan kişilerde ve boşanmış ya da ayrılmış kişilerde görülmektedir (Sadock ve ark., 2015). Bekar ve boşanmış kişilerde ise insidans daha yüksektir (Videbeck, 2020). Evliliğin, bekar olan ya da başka biriyle yakın ilişkisi olmayanlara göre olumlu psikolojik bir etkiye sahip olduğu ileri sürülmektedir (Townsend ve Morgan, 2018). Ancak Bulloch, Williams, Lavorato ve Patten'in (2017) yaptığı çalışma depresyonun gelişiminin sadece medeni durumla ilgili olmadığını, aynı zamanda bu ilişkinin cinsiyet ve yaş ile birlikte değişebileceğini göstermiştir. Depresyon riski açısından yaşın hem evli hem de bekar bireylerde önemli bir değişken olduğu vurgulanmaktadır (Lapate ve ark., 2014; Bulloch ve ark., 2017).

Psikiyatri hastasının bakımı söz konusu olduğunda, hemşirenin uygulamalarını "psikiyatrik bakım" kavramı kapsamında değerlendirmek uygun olacaktır. Psikiyatrik bakım, birey merkezli ve iyileşme temelli bir model içinde gelişen, psikiyatrik bozuklukların nörobiyolojisi ve psikotrop tedavi ile ilgili kanıtları anlama ve bunları hasta-hemşire ilişkisine entegre etmeyi sağlayan bir yaklaşımdır. Psikiyatrik bakımın temel amacı, bir birey olarak hasta hakları ile toplum hakları arasında bir denge oluşturmaktır. Psikiyatrik bakım standartları da hasta ve hemşire arasındaki terapötik ve profesyonel ilişki doğrultusunda geliştirilmelidir. İyi bir hemşirelik uygulamasının, hastanın iyilik halini artırması için bireyi merkeze alan, yasa, etik ve değerlerin kesişmesi yaklaşımı ile mümkün olacağı belirtilmektedir (Buldukoğlu, 2015).

Psikiyatri klinikleri, yatışı yapılan depresyon tanılı birey için sosyal becerilerini geliştirici ve diğer bireylerle etkileşimlerini destekleyici nitelikte olmalıdır. Bu yapı içinde

hemşireler hastalar için sevgi, saygı, kendini gerçekleştirme, özsaygı ve benzeri öğeleri göz önünde bulundurarak; hastanın klinikteki sosyal etkinliklere ve uğraşı etkinliklerine katılımını sağlamalıdır. Örneğin, hastanın etkinliklere katılmakta isteksiz olduğu durumlarda etkinliğe katılmasının istenmesi, bireyin kendisini daha değerli hissetmesini sağlayacaktır (Engin ve Ergün, 2014). Bu yaklaşım psikiyatrik bakımın temelinde yer almaktadır. Bu bağlamda, psikiyatrik bakımda hasta için önceliklerin belirlenmesi ve hemşirelik süreci doğrultusunda bakım uygulamalarının yerine getirilmesi gerekmektedir (Videbeck, 2020). Psikiyatrik bakım uygulamalarının daha kapsamlı ve sistematik olması için, veri toplama, verileri analiz etme, hemşirelik tanılarının oluşturulması aşamalarının bilimsel bir şekilde yapılandırılması gerekmektedir. Bunu sağlamak için hemşire kuramcılar tarafından geliştirilen modeller kullanılmalıdır (Günüşen, 2016).

Modeller, kronik hastalığı olan bireye verilen bakımda bireye özgü farklılık oluşturmakla birlikte, birey ve ailesine (holistik) bütüncül bakım verilmesine ve yaşam kalitesinin artırılmasına imkân sağlamaktadır (Zuhur ve Özpancar, 2017). Ayrıca, uygulamadaki problemlerin araştırılmasına imkân sağlayarak çözüm önerilerinin geliştirilmesini, hemşirelerin tıbbi uygulamalara değil, hemşirelik girişimlerine odaklanmasını ve bakımın daha sistematik olmasını sağlamaktadır (Vicdan ve Karabacak, 2014). Bunun en önemli nedeni, modellerin öne çıkardığı ve bireyin iyilik halini geliştirmeye odaklanan bakım davranışlarının, hemşirelik uygulamalarının merkezinde yer almasıdır (Buldukoğlu, 2015).

Ülkemizde hemşirelik araştırmalarında model kullanımının yeterli sayıda olmadığı, araştırma sürecinin bütün basamaklarında yer almadığı ve model kullanım basamakları doğrultusunda gerçekleşmediği belirtilmektedir (Ekim, Manav ve Ocakçı, 2012; Şengün, Üstün ve Bademli, 2013). Bu eksikliklere rağmen, ülkemizde hemşirelik araştırmalarında birçok hemşirelik modelinin kullanıldığı belirtilmektedir (Üstün ve Gigliotti, 2009). Model kullanımıyla ilgili yapılan bir derleme çalışmasına göre Orem'in Öz Bakım Eksikliği Kuramı'ndan sonra en çok kullanılan hemşirelik modelinin RUM olduğu belirtilmektedir (Zuhur ve Özpancar, 2017). Son

beş yılda ülkemizde yapılan hemşirelik çalışmalarında model kullanımında büyük bir artış gözlenmektedir (Ulusal Tez Merkezi, 2021). Bu artışa paralel olarak RUM da birçok hasta grubunda kullanılmıştır. Ülkemizde son yıllarda cerrahi hastalarında (Kabu Hergül ve Özbayır, 2019; Özsoy, 2018; Yıldız, 2019) miyokard infarktüsü geçiren hastalarda (Turan Kavrak ve Canlı Özer, 2020), hemodiyaliz hastalarında (Çayır Yılmaz, 2017; Kılıç, 2017), diyabeti olan bireylerde (Kavuran, 2017), demansı olan bireylerde (Lok, Buldukoğlu ve Barcin, 2020), hemofili olan bireylerde (Mehrekula, 2016), gebelerde (Amanak, Sevil ve Karacam, 2019; Fışkın, 2016) ve transplantasyon hastalarında (İşeri, 2016) kullanıldığı görülmektedir. Depresyon hastalarında kullanımına rastlanmamıştır. Bu bilgiler doğrultusunda bu makalenin amacı depresyon, psikiyatrik bakım ve model kullanımı ile ilgili genel bir bilgi sunmak ve Roy Uyum Modelini detaylı bir şekilde ele alarak depresyonu modele göre analiz etmektir.

Roy Uyum Modeli

Sister Callista Roy'un, insan varlığının amacı, değeri ve doğuştan getirdiği yetenekleri üzerine felsefi bir inanca sahip olduğu belirtilmektedir (Veliöğlu, 2012; Pektekin, 2013). Yüksek Lisans yaptığı yıllarda hemşirelikte kavramsal bir model oluşturmak üzere Dorothy E. Johnson ile seminer çalışmaları yapmıştır (Bırol, 2009; Philips ve Harris, 2014). RUM'un ilk biçimsel açıklamaları California Hemşirelik Okulunda Lisans Programı düzeyinde öğretim üyesi iken Sister Callista Roy tarafından yapılmıştır. Modelin temelleri Roy'un bireysel ve mesleki geçmişine dayanmaktadır. (Veliöğlu, 2012). Roy pediatri hemşireliğinde uzman bir hemşire olarak çalışırken yaptığı klinik uygulamalarla insan bedeninin ve ruhunun sağlığını çabuk toparlama yeteneği olduğuna ilişkin deneyim kazanmıştır. Çocukların çabuk iyileşme yeteneğine sahip olduğunu, biyolojik ve psikolojik değişikliklere karşı hemen uyum sağladıklarını fark etmiştir. Bu süreçte uyum kavramı, Roy'un zihninde hemşirelik bakımına uygun olarak modelin temel kavramı haline gelmiştir (Bırol, 2009; Veliöğlu, 2012).

Hemşireliği bilimsel ve hümanistik bir meslek olarak kabul eden Roy, hemşireliği ele aldığı araştırmalarında nörolojik bilimlerle ilgili konulara da yer vermiştir (Pektekin,

2013). Roy, teorisinin ilk gelişiminde Harry Helson'un adaptasyon teorisinin önemli anahtar rol oynadığını belirtmektedir (Masters, 2015). Roy, kuramını geliştirirken, Genel Sistemler Kuramı ile Selye'nin Adaptasyon Kuramından, Harry Helson'un Adaptasyon Kuramından, hümanistik değerlerden ve farklı disiplinlerdeki birçok bilim insanının kuramlarından ve kavramlarından faydalanmıştır (Pektekin, 2013). Ayrıca, Dorothy E. Johnson'un sosyal bilimlerdeki çalışmalarından da etkilendiği belirtilmektedir (Veliöğlu, 2012). Roy, hemşirelik uygulamalarının odak noktası olan insan-çevre etkileşimin yüzeysel kaldığını düşündüğü bölümlerde Rapoport'un görüşlerini modeline entegre etmiştir. Rapoport uyumu, bireyin çevresinden gelen uyarılara cevap verebilme ve değişiklikler yapabilme durumu olarak açıkladığı belirtilmektedir (Çatal ve Dicle, 2014). Roy, hemşirelik hakkındaki düşüncelerini ifade etmek ve çalışmalarında açıklamak için yollar aramıştır. 1964-1966 yılları arasında modelin temel kavramlarını oluşturarak model üzerine ilk makalesini 1970 yılında yayınlamıştır. Sister Callista Roy'un 1968 yılında uygulamaya başladığı RUM, 1970 yılında "Adaptation: A conceptual framework for nursing" başlıklı makale ile Nursing Outlook dergisinde yayımlanmıştır (Fawcett, 2006; Senesac ve Roy, 2015; Uzun, 2017).

RUM'a göre hemşirelik hizmetinin alıcısı olan insan, iç ve dış çevresi ile sürekli etkileşim halinde olan holistik ve adaptif bir sistemdir (Roy, 2009a; Senesac ve Roy, 2015; Uzun, 2017). İnsan, bulunduğu çevrede birçok yönden etkileşimde bulunduğu ve sistemleri devam ettirmeye çalıştığı için iç ve dış çevresi onun uyum düzeyini belirlemektedir. Bir taraftan kendi iç sisteminde gerilim ve çatışma yaşarken, diğer taraftan dış çevresine uyum sağlamaya çalışmaktadır. Sonuç olarak insan, uyum sağladığı uyarılara karşı olumlu bir cevap verir ya da cevabı etkisiz kalır (Pektekin, 2013).

RUM'da çevreyi oluşturan üç çeşit uyaran (odak, etkileyen, olası) tanımlanmaktadır (Roy, 2009a). Bireyin baş etme sürecini ise düzenleyici (regülatör) ve bilişsel (kognatör) olmak üzere iki alt sistemle açıklamaktadır. Bu baş etme mekanizmaları bireyin her bir uyum alanındaki uyum düzeyini belirlemektedir. Bireyin uyum düzeyi mükemmel (integrated),

dengeleyici (compensatory) ve uzlaşmacı (compromised) uyum olarak üç düzeyde tanımlanmaktadır. RUM'a göre, bireyin gösterdiği üç uyum düzeyinin etkilediği dört uyum alanı (fizyolojik alan, benlik kavramı alanı, rol fonksiyon alanı ve karşılıklı bağıllık alanı) vardır (Fawcett, 2006; Roy, 2009a). Model bu dört uyum alanı ile bireyin fizyolojik gereksinimlerinin yanı sıra psikolojik ve sosyolojik gereksinimlerine de odaklandığı için hemşirelik bakımında bütüncül bir bakış açısı sağlamaktadır (Punjani, 2013). Bu nedenle RUM, günümüzde dünyanın birçok ülkesinde yüzbinlerce hemşire tarafından uygulanan ve hemşirelik uygulamalarında en yaygın kullanılan modellerden biridir (Masters, 2015).

RUM'un Temel Kavramları

RUM'da "adaptif sistem olarak insan, baş etme süreçleri, uyum alanları, çevre, sağlık ve hemşireliğin hedefi," modelin temel kavramları olarak tanımlanmıştır. Bu kavramların yanı sıra uyarınlar, uyum düzeyi, hasta davranışı, düzenleyici ve bilişsel baş etme alt sistemleri, dengeleyici (stabilizer) ve yenilikçi (innovator) alt sistem de modelin diğer önemli kavramları arasında yer almaktadır (Roy, 2009a; Roy, 2009b).

Adaptif Sistem Olarak İnsan

Roy insan sistemini modelin altında yatan felsefi varsayımdan yola çıkarak holistik bir bakış açısıyla kavramsallaştırmıştır. Holizm, insan sisteminin bireysel parçaların toplamından daha büyük olması ve insan davranışının bütüncül olarak anlamlandırılmasını içerir (Galbreath, 2014). RUM'a göre insan, iç ve dış çevresi ile etkileşim içinde olan holistik ve adaptif bir sistemdir (Roy, 2009a; Galbreath, 2014; Masters, 2015; Masters, 2020). Yani değişen çevre ve internal süreçlerle sürekli etkileşim içinde olan, uyumunu sürdürmeye çalışan ve hemşirelik bakımı alan biyopsikososyal bir varlıktır (Bırol, 2009). Canlı bir sistem olan insan, çevresi ile sürekli etkileşim halinde olduğu için çevresinde meydana gelen her şeyden etkilenmekte ve aynı zamanda çevresini etkilemektedir (Vicdan ve Karabacak, 2014; Galbreath, 2014). Birey hem iç hem de dış uyarınlara yanıt vererek içinde bulunduğu ortama fizyolojik, psikolojik ve

sosyal yönden uyum göstermeye çalışmaktadır (Vicdan ve Karabacak, 2014).

Uyarınlar

RUM'da çevreyi oluşturan üç sınıf uyarın tanımlanmıştır. Bu uyarınlar; odak (focal-fokal) uyarın, etkileyen (contextual-kontekstüel) uyarın ve olası (residual-rezidüel) uyarınlardır (Roy, 2009a; Meleis, 2012). Roy'un bu uyarınları adlandırarak kategorize etmesi ve nasıl etki yaptıklarını açıklaması Helson'un çalışmalarına dayanmaktadır (Roy, 2009a; Velioglu, 2012; Senesac ve Roy, 2015).

Odak (Fokal) Uyarınlar: Birey ya da grubun hemen dikkatini çeken, içten ya da dıştan gelen uyarınlardır. Örneğin; bir birey, arkasından gelen yüksek ses ya da kendisini rahatsız eden bir gürültüye aniden dikkatini verir. Birey bu uyarı üzerine odaklanır ve onunla baş etmek için enerji harcar (Roy, 2009a). Benzer şekilde, elini sıcak suya koyan bir kişi elini hemen çeker. Bu durumda sıcak su kişi için bir odak uyarındır (Bırol, 2009). Sürekli olarak değişen çevre ile birlikte birçok uyarın bireyin dikkatini üzerine toplamadığı için odak uyarın olmayabilir. Yani çevredeki değişiklikler olumlu ya da olumsuz olduğunda odak uyarın olabilir. Örneğin hava durumu özellikle çok hoşlandığımız ya da hiç hoşlanmadığımız bir duruma gelmedikçe genellikle dikkatimizi çekmez. Birey ya da grup odak bir değişiklikte karşılaştığında kendini o değişime yanıt vermek zorunda hisseder. Bir hemşire RUM kullandığında, hastası için odak uyarın olabilen birçok uyarına dikkat etmesi gerekmektedir. Cerrahi hastasının dikkatini ve enerjisini üzerinde yoğunlaştırdığı ağrı, ya da pediatri hastası için evden ayrılma bir odak uyarın olabilir (Roy, 2009a). Depresyon hastaları açısından düşündüğümüzde depresyonun kendisi odak uyarın olmakla birlikte, hastayı önemli ölçüde etkileyen boşanma, ayrılık, sevilen birinin kaybı, iflas etme gibi uyarınlar odak uyarın olabilir. Her bireyin deneyimi farklı olduğu için bakım verdiğimiz hastada farklı odak uyarınlar ortaya çıkabilmektedir. Önemli olan hemşirenin bu uyarınları fark edip hangi uyarın olduğuna karar vermesi ve ona yönelik girişimlerde bulunmasıdır. Çünkü bir hastadaki odak uyarın başka bir hasta için etkileyen uyarın olabilir.

Etkileyen (Kontekstüel) Uyarılar: Bireyin iç ya da dış çevresinden gelen, ölçülebilir ve odak uyarının etkisini artıran diğer bütün uyarılardır. Etkileyen uyarılar bireyin enerji ve dikkatinin merkezinde olmayan ancak bireyi etkileyen bütün çevresel faktörlerdir. Bu faktörler bireyin odak uyarılarla baş etme yeteneğini etkiler (Roy, 2009a; Birol, 2009; Masters, 2015). Hasta odak uyarı olan bir değişiklik karşısında bu durum birçok etkileyen uyarı içerebilmektedir (Velioğlu, 2012). Örneğin, soğuk hava bir odak uyarıdır. Soğuk havaya rüzgarın eklenmesiyle birey daha çok etkilenmektedir. Bu durumda rüzgar, etkileyen uyarıdır (Birol, 2009). Benzer şekilde, hava değişikliklerine karşı tepki vermemizi sağlayan tek başına sıcaklık değildir. Yüksek nem, yüksek sıcaklık ile birlikte olduğu zaman sıcaklık daha az tolere edilebilir duruma gelmekte ve bireyi daha fazla etkileyebilmektedir (Velioğlu, 2012). Bu durumda yüksek nem bir etkileyen uyarıdır.

RUM'a göre etkileyen uyarılar, odak uyarıya katkıda bulunarak etkisini artıran diğer bütün uyarılardır (Roy, 2009a). Bu bağlamda, depresyonun etkisine katkıda bulunan bütün uyarılar birer etkileyen uyarıdır. Literatürde depresyonla ilişkili olduğu belirtilen yaş, cinsiyet, medeni durum, ırk, kültür, kişilik yapısı, kayıp yaşama, stresli yaşam olayları, genetik ve hormonal faktörler, antidepresan kullanımı gibi faktörler (Trigoboff, 2014; Townsend ve Morgan, 2018; Halter ve Kozy, 2018; Videbeck, 2020) depresyon hastaları için etkileyen uyarılar olarak değerlendirilmiştir. Her bireyin hastalık, yaşam deneyimi ve sosyokültürel faktörleri farklı olduğu için etkileyen uyarılar bireyden bireye farklılık gösterebilir. Bu nedenle her bir hastanın kendine özgü etkileyen uyarıları olabilir. Ortaya çıkan bütün etkileyen uyarılar bu bilgiler doğrultusunda ele alınarak değerlendirilmelidir.

Olası (Rezidüel) Uyarılar: İnsan sisteminin içinde ya da dışında bulunan ve duruma etkisi tam olarak belirlenemeyen olası çevresel faktörlerdir (Roy, 2009a; Senesac ve Roy, 2015). Bireyin geçmiş kişisel deneyimlerine bağlı olarak, sahip olduğu inancı, davranışları, alışkanlıkları, tutumları ve duygusal durumunu etkileyen uyarılar olası uyarı grubuna girmektedir (Vicdan ve Karabacak, 2014; Uzun, 2017). Hemşire bu uyarıların davranışın gelişmesinde etkili

olduğundan emin değildir. Ancak, adaptif davranışın değerlendirilmesinde dikkate alınmalıdır. Çünkü olası uyarıların davranış etkileme potansiyeli bulunmaktadır (Uzun, 2017).

Birey ve çevre etkileşimi sürekli değişmekte ve herhangi bir uyarının önemi de bu doğrultuda devamlı değişmektedir. Bu nedenle, bir hastaya bakım veren hemşirenin odak, etkileyen ve olası uyarı değişikliğini hızlıca tanıyabilmesi gerekmektedir. Çünkü odak uyarı bir süre etkileyen uyarı, etkileyen uyarı da bir süre sonra olası uyarıya dönüşebilir (Hannon-Engel, 2008; Roy, 2009a). Birey; biyopsikososyal bir varlık olarak birbirinden çok farklı birçok uyarıya karşı karşıya gelmektedir. Bu doğrultuda bireye uygulanan hemşirelik girişimlerinde bu uyarıların ortaya çıkacağı sonuçların dikkate alınması gerekmektedir. Uygulamayı gerçekleştiren hemşirenin odak, etkileyen ve olası uyarıların bilimsel bir altyapıyla öğrenmesi ve bu uyarılara uygun olan hemşirelik bakımını planlaması doğru sonuçların ortaya çıkması açısından önemlidir (Vicdan ve Karabacak, 2014).

Uyum Düzeyi

Uyum düzeyi, bir bireyin herhangi bir duruma karşı olumlu cevap verme yeteneğini gösteren bir değişim noktasıdır (Vicdan ve Karabacak, 2014). RUM'da uyum düzeyi, adaptif bir sistem olarak insanın içinde bulunduğu yaşam sürecinin olası üç düzeyini açıklamak için kullanılmaktadır. Bu üç düzey: mükemmel uyum, dengeleyici uyum ve uzlaşmacı uyumdur. Uyum düzeylerinin ortaya çıkmasında odak, etkileyen ve olası uyarılar önemli girdiler olarak değerlendirilmektedir. Bir bireyin çevresindeki uyarıların sürekli değişmesi ve bireyin uyarılara karşı verdiği tepkiler bireyin uyum düzeyini belirlemektedir (Roy, 2009a; Roy, 2011; Philips ve Harris, 2014).

RUM'a göre ilk uyum düzeyi "*mükemmel uyum*"dur. Yaşam sürecinde bireyin yapı ve fonksiyonlarının gereksinimlerini karşılamaya yönelik bir bütün (entegre) olarak çalıştığı en iyi uyum düzeyidir. *Dengeleyici uyum* ise, mükemmel uyumun sağlanamadığı durumlarda, bilişsel ve düzenleyici baş etme mekanizmalarının aktifleşerek mükemmel uyumu sağlamaya çalıştığı uyum düzeyidir.

Uzlaşmacı uyum, mükemmel ve dengeleyici uyumun yetersiz olduğu durumda meydana gelen uyum düzeyidir (Roy, 2009a; Whetsell, Gonzalez ve Moreno-Ferguson, 2011; Roy ve Zhan, 2011; Şimşek ve Dicle, 2013).

Hasta Davranışı

RUM'da davranış, belirli koşullar altında ortaya çıkan iç ya da dış eylemler ve reaksiyonlar olarak tanımlanır (Roy, 2009a). Davranış bazen birey ya da grup tarafından objektif olarak gözlemlenmekte ve ölçülmekte ya da öznel olarak rapor edilmektedir. Ortaya çıkan davranış, bir sistemin çevre ile etkileşime girerken ne kadar iyi uyum sağlayabildiğinin göstergesidir. Bu sonuç hemşirelik girişimlerinin temel hedefidir (Whetsell ve ark., 2011).

Davranış, bir bireyin başa çıkma yeteneklerini yansıtmakta ve uyumlu ya da etkisiz olarak değerlendirilmektedir. Hemşire hastanın davranışlarını gözlem, ölçme ve hastanın öznel ifadesi ile yorumlar. Hemşire, hastanın çevresel uyaranlara verdiği uyumlu ya da etkisiz yanıtları ayırt etmek için kişiden elde edilen nesnel ve öznel değerlendirme verilerini birleştirerek insan sisteminin davranışsal tepkilerini iyileştirmek için girişimler geliştirir (Hannon-Engel, 2008).

RUM'a göre düzenleyici ve bilişsel altsistemlerin fonksiyonlarını doğrudan gözlemlemek mümkün değildir. Bu nedenle Roy, modelinde hasta davranışlarının gözlenebildiği dört uyum alanı tanımlamıştır (Hannon-Engel, 2008; Roy, 2009a; Masters, 2015).

Baş Etme Süreçleri

RUM'da baş etme süreçleri hem doğuştan gelen baş etme mekanizmaları hem de edinilmiş baş etme mekanizmalarını içermektedir. Doğuştan gelen baş etme süreçleri kalıtım yoluyla belirlenmiş ve genellikle otomatik süreçler olarak işlev görmektedir (Roy, 2009a; Masters, 2015). Doğuştan gelen baş etme sürecine hemoglobin düzeyi örnek verilebilir. Bir birey oksijen saturasyonunun az olduğu bir yüksekliğe çıktığında, kandaki hemoglobin düzeyi yükselir. Daha sonra kan hücreleri vücudun organlarına yeterli oksijen taşıyabilir. Bu tepki otomatik, bilinçdışı ve doğuştandır (Roy, 2009a). Edinilmiş baş etme süreçleri ise, öğrenme gibi

stratejiler yoluyla öğrenilir ve geliştirilir (Roy, 2009a; Masters, 2015). Bu duruma bir çocuğun kalkıp okula gitmesi için annesinin yaptığı çağrıya uygun tepki vermesi örnek olarak verilebilir. Annenin sesi (uyaran) çocuğun yataktan kalkması ve okula gitmek için hazırlanması (tepki) gibi bir dizi eylemle sonuçlanan edinilmiş baş etme sürecini uyarır. Bu tepki amaçlı, bilinçli ve edinilmiş bir tepkidir (Roy, 2009a). RUM'da baş etme süreçleri bireyler ve gruplar için iki ayrı kategoriye ayrılmıştır. Bireyler için düzenleyici ve bilişsel altsistem; gruplar için dengeleyici ve yenilikçi altsistemleri tanımlanmıştır (Roy, 2009a; Senesac ve Roy, 2015).

Düzenleyici ve Bilişsel Baş Etme Altsistemleri

Roy, adaptif bir sistem olan bireyler için doğuştan ve sonradan edinilmiş baş etme süreçlerini düzenleyici ve bilişsel baş etme altsistemleri olarak iki majör altsistem ile açıklamıştır (Roy, 2009a).

Düzenleyici Altsistem: Düzenleyici altsistem nöral, kimyasal ve endokrin sistemleri içeren majör baş etme süreci ile ilgili altsistemdir. İç ve dış çevreden gelen uyaranlar endokrin sistemin yanı sıra sıvı, elektrolit ve asit-baz dengesini etkileme yoluyla sinir sistemine girmektedir. Bu süreç otomatik olarak kanalize edilmiş ve beden tarafından otomatik olarak tepki verilmektedir. Bu tepki bilinçdışı gerçekleşmektedir (Roy, 2009a; Philips ve Harris, 2014; Masters, 2015).

Bilişsel Altsistem: İkinci adaptif süreç olan bilişsel altsistem, algılama ve bilgi işleme, öğrenme, yargılama ve duygu gibi dört bilişsel-duygusal kanalı içeren majör bir başa çıkma sürecidir. Bu sistemde algılama ve bilgi işleme süreci; seçici dikkat, kodlama ve hafıza ile ilgili aktiviteleri içermektedir. Öğrenme; taklit etme, pekiştirme, anlama ve kavrama aktivitelerini içermektedir. Yargılama ise, problem çözme ve karar vermeden oluşmaktadır (Roy, 2009a; Philips ve Harris, 2014; Masters, 2015).

Birey bir taraftan doğuştan getirdiği düzenleyici alt sistemle diğer canlılarda da var olan hazır baş etme mekanizmalarını kullanırken, diğer taraftan insanlara özgü bilişsel yeteneklerle sonradan öğrendiği bilişsel baş etme mekanizmalarını kullanmaktadır. Bu iki farklı kontrol mekanizmalarından düzenleyici altsistem bireylerin tamamı

için genel ve ortak özellikler taşırken, bilişsel baş etme mekanizması bireyden bireye farklılık gösterebilmektedir. Hemşirelik uygulamalarında bireyin uyum düzeyinin en üst düzeye çıkartılması için her iki baş etme mekanizmasının dikkate alınması ve buna göre girişimlerde bulunulması gerekmektedir (Vicdan ve Karabacak, 2014).

Dengeleyici ve Yenilikçi Kontrol Süreçleri

Dengeleyici ve yenilikçi altsistem gruplarda bulunan iki altsistemdir. Bu sistemler, bireylerdeki bilişsel ve düzenleyici baş etme süreçleri ile paralel sistemlerdir. Dengeleyici altsistem, bir grubun temel amaçlarına ulaşmasını ya da bir toplumun ortak amaçlarına erişmesini sağlayan yapılar, değerler ve günlük aktiviteleri içermektedir. Yenilikçi altsistem ise, bir grubun sosyal sistemlerde değişmesi ve büyümesi için yapı ve süreçleri içermektedir. Bu altsistem grubun potansiyelini yükselten bilişsel ve duygusal stratejilerdir (Roy, 2009a; Galbreath, 2014; Senesac ve Roy, 2015; Uzun, 2017).

Modelin Uyum Alanları

Düzenleyici ve bilişsel altsistemlerin kendine özgü süreçleri tanımlanabilmesine rağmen, fonksiyonunu doğrudan gözlemek mümkün değildir. Bu nedenle Roy, modelinde hasta davranışlarının gözlenebildiği dört uyum alanı tanımlamıştır (Hannon-Engel, 2008; Roy, 2009a; Masters, 2015). Bu alanlar; (1) fizyolojik alan, (2) benlik kavramı alanı, (3) rol fonksiyon alanı ve (4) karşılıklı bağlılık alanıdır (Roy, 2009a; Seah ve Tham, 2015). Bu dört uyum alanı çevresel uyaranlar ile etkileşimde bulunarak bireyin baş etme mekanizmalarında tepki oluşturur (Seah ve Tham, 2015). RUM'a göre hemşireliğin amacı, sağlık, yaşam kalitesi ve onurlu bir ölüme katkıda bulunarak bu dört uyum alanındaki uyumu yükseltmektir (Roy, 2011).

RUM'a göre iç ya da dış uyaranlar, bu dört uyum alanını etkilerse ya da biri ötekine göre odak, etkileyen ya da olası uyaran olursa bireyin davranışları bozulmaktadır (Pektekin, 2013). Bireyin içinde bulunduğu dört uyum alanı, bireyi her yönden etkilemektedir. Bu dört uyum alanındaki herhangi bir değişiklik diğer alanlarda da değişikliğe yol açmaktadır. Bu nedenle, uyum alanlarının birindeki değişimin başka bir uyum

alanını etkileyip değişime neden olacağını hemşire tarafından bilinmesi gerekmektedir (Vicdan ve Karabacak, 2014).

Fizyolojik Alan

Fizyolojik alandaki hasta davranışları, beden bütünlüğünü sağlayan hücrelerin, dokuların, organların ve sistemlerin fizyolojik aktivitelerinin göstergesidir (Roy, 2009a; Masters, 2015). Bu alan çevreden gelen uyaranlara karşı kişinin bedensel olarak verdiği yanıtlar ile ilişkilidir (Velioğlu, 2012). RUM'a göre bireyler için fizyolojik alanın dokuz bileşeni bulunmaktadır. Bunlardan beşi oksijenlenme, beslenme, eliminasyon, aktivite ve dinlenme ve korunmadan oluşmaktadır. Bunlara ek olarak dört karmaşık sürecin fizyolojik uyumu içerdiği belirtilmektedir. Bunlar, duyular; sıvı, elektrolit ve asit-baz dengesi; nörolojik fonksiyon; ve endokrin fonksiyonlardır. Fizyolojik alanın altında yatan temel gereksinim, fizyolojik bütünlüğün sağlanmasıdır (Roy, 2009a; Philips ve Harris, 2014; Masters, 2015).

Oksijenlenme: Depresyon hastalarında çarpıntı görülmekle birlikte genellikle oksijenlenme ile ilgili problemleri olmamaktadır (Engin ve Ergün, 2014). Ancak, anti-depresan kullanımına bağlı olarak taşikardi, kan basıncının yükselmesi, ortostatik hipotansiyon, hipertansiyon gibi problemler yaşayabilmektedirler (Engin ve Ergün, 2014; Koç, 2016; Warren, 2018).

Beslenme: Depresyonu olan bireylerde iştah değişiklikleri yaygın olmakla birlikte bireyden bireye farklılık göstermektedir. Hastalar genellikle iştahsızlık ya da yeme ilgisizliği nedeniyle belirgin kilo kaybı yaşamakta ve kısa sürelerde vücut ağırlıklarının %5'ini kaybetmektedirler (Halter ve Kozy, 2018; Videbeck, 2020). Bazı hastalar ise bunun aksine daha sık yemek yemekte ve kilo almından şikayet etmektedirler (Halter ve Kozy, 2018). Ayrıca, antidepresan kullanımına bağlı olarak bulantı ve kusma görülebilmektedir (Warren, 2018).

Eliminasyon: Depresyon hastalarının boşaltım alışkanlıklarında değişiklikler meydana gelmektedir (Halter ve Kozy, 2018). Hastalar genellikle yetersiz gıda ve sıvı alımının yanı sıra hareketsizlikten ve antidepresan kullanımından kaynaklanan kabızlık problemini yaygın bir şekilde

yaşamaktadır. Sıvı alımı ciddi şekilde sınırlıysa, hastalarda dehidratasyon bile görülebilmektedir (Halter ve Kozy, 2018; Videbeck, 2020). Kabızlığa göre daha az olmakla birlikte diyare ve üriner retansiyon da depresyon hastalarında görülmektedir (Koç, 2016; Halter ve Kozy, 2018).

Aktivite ve Dinlenme: Depresyon hastaları günlük yaşam aktivitelerinden zevk almamakta ve günlük aktivitelerini yerine getirmekte problem yaşamaktadırlar. Bakım, giyinme ve kişisel hijyen önemli ölçüde ihmal edilmektedir. Önceki yaşamında genellikle görünüşleri ve kıyafetleriyle gurur duyan, her gün makyaj yapan, tıraş olan insanlar olsa bile, depresyonda iken saçlarını yıkamayan, elbiselerini temizlemeyen, görünüşlerine karşı ilgisini kaybeden bireyler olabilmektedirler. Banyo yapma, yıkanma, kıyafet değiştirme ya da diğer temel öz bakım aktivitelerini yerine getirmeyi ihmal etmektedirler (Athanasos, 2017; Halter ve Kozy, 2018).

Uyku düzeninde değişikliklerin meydana gelmesi yaygın olup depresyonun en önemli belirtilerinden biridir. Hastalar uyuyamazlar ya da zamanlarının çoğunu yatakta geçirmelerine rağmen kendilerini yorgun ve dinlenmemiş hissetmektedirler (Halter ve Kozy, 2018; Videbeck, 2020). Hastalar sık sık uyanmakta ve derin uyku evresi başta olmak üzere toplam uykuda kalma süresinde önemli azalma meydana gelmektedir. Uykuda kalma periyotları genellikle çok kısa olduğu için 24 saatlik süre boyunca depresyonun acısını yaşama süresi artmaktadır. Bazı hastalarda ise uykuda artış (hipersomnia) görülebilmekte ve depresyondan kaynaklanan acı verici duygulardan kaçış sağlayabilmektedir (Halter ve Kozy, 2018).

Korunma: RUM'un korunma ile ilgili bölümü bakteri, virüs, parazitler ve anormal beden hücrelerine karşı bedenini kendini koruması ile ilgilidir. İmmün sistem, enflamatuvar tepki, antijenler, antikorlar, ateş gibi terimler bu alanla ilgilidir (Roy, 2009e). Depresyon hastalarında bu alan ile ilgili genellikle problem yaşanmamaktadır. Ancak, antidepresan kullanımına bağlı olarak yüksek ateş görüldüğü belirtilmektedir (Engin ve Ergün, 2014).

Duyular: Hastalarda depresyona bağlı olarak beş duyu organı ile ilgili problemler genellikle görülmez. Depresyonun şiddetli düzeyinde hastaların yaklaşık %20-25'inde psikotik belirtilerin

görüldüğü belirtilmektedir. Psikotik semptomlar gösteren hastalarda yanlısama, halüsinasyonlar ve sanrılar görülebilmektedir (Koç, 2016; Videbeck, 2020). Diğer alanlarda olduğu gibi bu alanda da antidepresan kullanımına bağlı olarak bulanık görme, göz kararması gibi problemler görülmektedir (Engin ve Ergün, 2014; Koç, 2016).

Sıvı, Elektrolit ve Asit-Baz Dengesi: Depresyon hastalarında kalsiyum ya da sodyum bikarbonat düzeylerinin artması, sodyum ve magnezyum yetersizliğine yol açmaktadır. Benzer şekilde potasyumda artma ya da azalma da görülmektedir (Townsend ve Morgan, 2018). SSRI'ların kullanımına bağlı olarak vücudun tuz dengesinde değişiklikler olabilmektedir (Engin ve Ergün, 2014; Koç, 2016).

Nörolojik Fonksiyon: Depresyon hastalarının bilinci açıktır. İlerleyen evrelerde stupor nedeniye bilinçte sislenme olabilir. Yer, kişi ve zaman oryantasyonu vardır. Ancak, görüşmelerde sorulan sorulara cevap verecek gücü kendinde bulamayabilir ya da sorulara karşı ilgi gösteremeyebilir. Hastalarda gerçek bir bellek bozukluğu olmadığı halde unutkanlık görülebilir. Konsantrasyon eksikliği, karar verme yeteneğinde bozulma, düşüncelerini ve dikkatini toplama ya da bir konu üzerinde yoğunlaşmada güçlük çekebilirler (Koç, 2016). Bunlarla birlikte antidepresan kullanımına bağlı olarak yönelim bozukluğu, koordinasyon eksikliği, bulanık görme, baş dönmesi gibi problemler görülmektedir (Engin ve Ergün, 2014; Warren, 2018). Depresif belirtiler ile ilişkili olduğu düşünülen serotonin, noradrenalin ve dopamin gibi nörotransmitterlerin depresyon hastalarında eksik olduğu düşünülmektedir (Koç, 2016).

Endokrin Fonksiyonlar: Addison hastalığı, Cushing sendromu gibi hastalıklarda depresyon görülmektedir. Hipoparatroidizm, hiperparatroidizm, hipotroidizm, hipertroidizm gibi endokrin hastalıklar da depresyon semptomlarına yol açmaktadır. Bunların yanında östrojen ve progesteron hormonlarının dengesizliği de depresyonda rol oynamaktadır (Townsend ve Morgan, 2018). Depresyon hastalarının üçte birinde TSH'nin salgılama yanıtı vermediği belirtilmektedir. SSRI'ların kullanımına bağlı olarak serotonin sendromu, karaciğer enzimlerinde yükselme, karaciğer işlev

bozuklukları, terleme gibi problemler de görülmektedir (Engin ve Ergün, 2014; Koç, 2016).

Benlik Kavramı Alanı

Benlik kavramı alanı, psişik ve manevi bütünlük gereksinimi ile ilişkilidir (Meleis, 2012). Benlik kavramı ise, bir bireyin belli bir zaman sürecinde kendisi hakkında edindiği inanç ve duyguların bileşimi olarak tanımlanmaktadır (Roy, 2009a; Roy, 2009c). Bu kavram, başkalarının yaptığı tanımlamalar ve kişinin kendisi hakkındaki algılarını içermektedir (Meleis, 2012). Benlik kavramı alanının fiziksel benlik ve kişisel benlik olmak üzere iki temel bileşeni bulunmaktadır. Fiziksel benlik, beden imajını (benliğin görünümü) ve beden algısını (duygular ve deneyimler) içermektedir. Kişisel benlik ise, öz tutarlılık (benliğin sürekliliği), ideal benlik (beklentiler), ahlaki-etik-spiritüel (değerler) benlikten oluşmaktadır. Benlik saygısı da benlik kavramı alanının bir bileşenidir ve bireylerin benlik değerlerini nasıl algıladıkları ile ilgilidir (Roy, 2009a; Meleis, 2012; Philips ve Harris, 2014; Masters, 2015).

Depresyon hastalarının benlik kavramı alanında fiziksel ve zihinsel aktivitelerin yavaşlaması nedeniyle psikomotor gerileme ve hareketlerde yavaşlama davranışları dikkat çekmektedir. Genel görünüm açısından; belirgin yüz hatları, kırışık alın, ağız kenarında çökkünlük, çökük omuzlar, öne eğilmiş baş, kambur duruş ve sürekli yere bakma görülmektedir (Koç, 2016; Athanasos, 2017; Townsend ve Morgan, 2018). Depresyon hastaları, cinsel etkinliklere karşı ilgilerini kaybetmekte (libido kaybı) ve genellikle erkekler iktidarsızlık problemi yaşamaktadır (Videbeck, 2020). Hem erkeklerde hem de kadınlarda karşı cinse karşı azalan ilgi, evlilik ve sosyal ilişkilerini karmaşık hale getirmektedir. Ayrıca, antidepresan ilaçlarının kullanımı da cinsellikle ilgili problemlere yol açabilmektedir (Koç, 2016; Warren, 2018; Halter ve Kozy, 2018; Videbeck, 2020). Hastaların %90'ında depresif duygudurum ile birlikte şaşkınlık ve tedirginlik görülmektedir. İlgisiz, duygusuz ya da ıstırap çekme, elem-keder, hüznün ve ağlama sıklıkla görülen davranışlardandır. Sabahları genellikle kendilerini kötü hissetmekte ve anksiyete düzeyleri dayanılmaz olabilmektedir (Koç, 2016; Halter ve Kozy, 2018; Townsend ve Morgan, 2018).

Hastalarda çaresizlik, değersizlik, kendine yöneltilmiş öfke ve intihar düşünceleri ile birlikte gelecek hakkında umutsuz hissetme ve hiçbir şeyin anlamının kalmadığına inanma yaygındır. Onlar için yaşamak bir sevinç kaynağı değil, katlanmaları gereken bir durum olarak algılanmaktadır. Hastalar, kendileri hakkında genellikle olumsuz düşüncelere sahiptir. Kendi benliğine, geleceğine ve dünyaya karşı olumsuz düşünceleri öne çıkmaktadır. Bu olumsuz düşüncelere ters düşen birçok kanıt görmezden gelerek olumsuz düşüncelerini destekleyen küçük ayrıntılar üzerine yoğunlaşmaktadırlar (Koç, 2016; Halter ve Kozy, 2018; Townsend ve Morgan, 2018). Özellikle algılanan düşük benlik saygısının, depresyon hastalarının en önemli özelliği olduğu vurgulanmaktadır (Akiskal, 2017). Hastalar kendilerini tanımlarken genellikle "hiçbir işe yaramaz" ya da "değersiz" gibi ifadeler kullanmakta ve kontrol edemedikleri olayların sorumluluğunu alarak kendilerini suçlamaktadır (Videbeck, 2020).

Rol Fonksiyon Alanı

Rol fonksiyon alanı, bireyin bir grup ve toplum içindeki rolleri üzerine odaklanır. Rol fonksiyon alanının temelinde sosyal bütünlüğün sağlanması gereksinimi bulunmaktadır. RUM'da rol, bireylerin birbirlerine karşı bir dizi beklentisi olarak görülmektedir. Roy, rolleri birincil, ikincil ve üçüncül roller olmak üzere üç kategoride sınıflandırmıştır. Birincil roller; yaş, cinsiyet ve gelişime dayalı olan rollerdir. İkincil roller, başkaları ile geliştirilen ilişkiler sonucu edinilen ve süreklilik gösteren rollerdir. Üçüncül roller ise, geçici aktiviteler olarak tanımlanmaktadır (Roy, 2009a; Meleis, 2012; Galbreath, 2014; Philips ve Harris, 2014; Masters, 2015; Senesac ve Roy, 2015). Bir bireyin üstlendiği rollerini yerine getirememesi, bu konuda yetersiz kalması ya da rol çatışması yaşaması bireyde uyum sorunu ortaya çıkarmaktadır (Pektakin, 2013).

Depresyon hastaları rol fonksiyon alanı açısından değerlendirildiğinde; genellikle üstlendikleri rolleri ve sorumlulukları yerine getirmekte zorluk çekmektedirler (Videbeck, 2020). En basit görevleri yerine getirmek için fazla çaba göstermeleri gerektiği için her şey bir yüküm gibi gelmektedir. Bu nedenle yaşam rollerinde önemli ölçüde azalma ve ihtiyaçlarını karşılamada başkalarına bağımlı hale

gelmektedir (Koç, 2016; Athanasos, 2017; Townsend ve Morgan, 2018). Depresyon ne kadar şiddetli olursa, rol ve sorumlulukları yerine getirmede zorlanma da o kadar büyük olmaktadır. Hastaların işe ya da okula gitmekte sorunları vardır. Okulda ya da işte iken, sorumluluklarını yerine getiremiyor gibi görünmektedirler. Aynı şey aile sorumlulukları için de geçerlidir. Hastalar yemek yapamaz, temizlik ya da çocuklarına gerekli bakımı yapamazlar. Hastaların rol ve sorumluluklarını yerine getirememesine ek olarak, günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremedikleri için “değersiz oldukları” konusunda inanç geliştirmektedir (Videbeck, 2020).

Karşılıklı Bağlılık Alanı

Karşılıklı bağlılık alanı, karşılıklı ilişkilerde gösterilen davranışlarla ilgilidir. Bu alan, bireyler arasında karşılıklı sevgi, saygı ve değer verme ya da görme etkileşimleri ve bunları ifade etme yeteneği üzerine odaklanmaktadır. Bu alanın temel gereksinimi ilişkilerin bütünlüğü ya da gelişen ilişkilere güven duyulması üzerine temellenmiştir. Bu nedenle, karşılıklı bağlılık alanı bireyler için “önemli kişiler ve destek sistemleri” olmak üzere iki önemli ilişki üzerine odaklanmıştır (Roy, 2009a; Meleis, 2012; Galbreath, 2014; Philips ve Harris, 2014; Masters, 2015; Senesac ve Roy, 2015).

Karşılıklı bağlılık alanı açısından düşünüldüğünde; depresyon, hastaların çevresi ile kurdukları ilişkilerde gerginliğe neden olmaktadır. Hastalar etkileşimlerden zevk almadıkları için kendilerini bunalmış ve değersiz hissetmektedir. Bu nedenle genellikle aile ve sosyal ilişkilerden kaçınma davranışı göstermektedir. Hastalar ilişkilerden çekildikçe, hissettikleri gerginlik artmakta ve ilişki kurmak daha zor hale gelmektedir. Hastalar benmerkezci oldukları için etrafındakiler onları pek ilgilendirmez. Yalnız kalmaktan hoşlanıyor gibi görünmekle birlikte başkalarına bağımlılıkları vardır. Ailesi, arkadaşları gibi yakın çevresine karşı eski duyguları beslemez ve onlarla birlikte yaptığı aktivitelerle karşı ilgisi azalmıştır. İletişim kurmamak, yalnız kalmak, başkaları ile etkin olmayan etkileşimde bulunmak, sosyal ortamlarda rahatsız olmak en çok görülen davranışlardır. Sosyal izolasyon arttıkça hasta toplumdan

uzaklaşmaktadır (Koç, 2016; Townsend ve Morgan, 2018; Videbeck, 2020).

Çevre

Bir hemşirelik modelinin en büyük ikinci kavramı çevredir. RUM’da çevre kavramından, adaptif sistem olarak insanın içinde ve çevresinde bulunan dünya anlaşılacaktır (Roy, 2009a). RUM’a göre çevre, grupların ve bireylerin davranışını ve gelişimini etkileyen ve çevreleyen bütün şartlar, koşullar ve etkiler olarak tanımlanmaktadır (Roy, 2009b; Philips ve Harris, 2014). İnsan değişen çevre ile sürekli etkileşimde bulunur ve uyumlu tepkiler verir. Çünkü insan için yaşam hiçbir zaman aynı değildir. Sürekli değişim gösteren çevre insanın enerjisini artırarak insanın büyümesi, gelişmesi ve hayatın anlamını kavraması için yeni fırsatlar sunar (Roy, 2009a; Masters, 2015). Hem iç hem de dış çevresel faktörlerin her biri adaptif bir sistem olan insan için bir girdidir. Bu faktörler büyük ya da küçük, olumlu ya da olumsuz olabilir (Philips ve Harris, 2014). Bununla birlikte insan değişen bu faktörlere yeni tepkiler verme yeteneğine sahiptir (Roy, 2009a). Çevrede insanı etkileyen faktörler odak, etkileyen ve olası uyaranlar olarak sınıflandırılmaktadır (Philips ve Harris, 2014; Masters, 2015).

Sağlık

Sağlık, kişisel ve çevresel etkileşimlerin bir yansımasıdır. Roy, sağlık kavramını bireyin bütünlüğünü korumak için verdiği yanıtlar ve uyum kavramı ile ilişkilendirmektedir (Roy ve Zhan, 2010; Senesac ve Roy, 2015). RUM’a göre sağlık, bireyin ve çevrenin ortak etkileşimi ile bireyin kendini tamamlama ve entegre olma durumu ve sürecidir (Roy, 2009b; Roy ve Zhan, 2010; Masters, 2020). Bireyler ve gruplar, çevre ile etkileşime giren ve büyüyen, değişen ve gelişen adaptif sistemler olarak değerlendirilmektedir (Roy ve Zhan, 2010; Senesac ve Roy, 2015). Sağlık ve hastalık, kişinin yaşam deneyiminin ayrılmaz bir parçası ve kaçınılmaz bir boyuttur. Hemşirelik bu boyutla ilgilidir. Baş etme mekanizmaları etkisiz olduğunda hastalık, uyum durumunda ise sağlık ortaya çıkar. Etkisiz başa çıkma girişimlerinden ortaya çıkan enerjinin serbest bırakılması iyileşmeyi teşvik edebilir ve sağlığı geliştirebilir (Philips ve Harris, 2014).

Hemşireliğin Hedefi

Roy hemşireliği, insanın yaşam süreçleri ve örüntüleri üzerine odaklanan ve birey, aile, grup ve küresel toplumun olası sağlık potansiyelini yükselten bir sağlık bakım mesleği, bilimi ve uygulaması olarak tanımlanmaktadır. Hemşireliğin hedefi grupların ve bireylerin dört uyum alanında uyumunu yükseltmek, yaşam kalitesine katkıda bulunmak ve bireyin uyum yeteneğini etkileyen davranış ve faktörleri değerlendirerek çevresel faktörleri geliştirmektir (Roy, 2009b; Masters, 2015). Bu bağlamda, hemşireliğin ve hemşirelik girişimlerinin temel amacı bireyin uyumunu güçlendirmektir (Vicdan ve Karabacak, 2014; Masters, 2020).

RUM'a Göre Hemşirelik Süreci

Hemşirelik uygulamalarında RUM'un yaygın olarak kullanıldığı belirtilmektedir (Masters, 2015). RUM'a dayalı hemşirelik süreci, modelin varsayımlarından ve kavramlarından ortaya çıkmaktadır (Senesac ve Roy, 2015). RUM'a göre hemşirelik süreci uygulanırken, insan deneyimlerine ve tepkilerine geleneksel olmayan bir şekilde yaklaşmaktadır (Roy, 2009d; Whetsell ve ark., 2011). Bu süreçte birey ya da grup holistik ve adaptif bir sistem olarak görülmektedir (Roy, 2009d; Whetsell ve ark., 2011).

Yaşamı sürdürmek için uyum sağlamaya çalışan birey, sağlık ve hastalık durumlarında uyumsal değişiklikler yaşamakta ve bütünlüğünü korumaya çalışmaktadır. Eğer birey uyum sağlamada yetersiz kalırsa, onu desteklemek ve uyumunu hızlandırmak için hemşirelik sürecinden yararlanarak hemşirelik girişimlerinin planlanması gerekmektedir (Pektekin, 2013). Bu doğrultuda RUM'a dayalı hemşirelik süreci altı basamaktan oluşmaktadır (Roy, 2009d; Whetsell ve ark., 2011):

1. Davranışın değerlendirilmesi
2. Uyarıların değerlendirilmesi
3. Hemşirelik tanısının belirlenmesi
4. Amacın belirlenmesi
5. Girişim-Uygulama
6. Değerlendirme

Davranışın Değerlendirilmesi

RUM'da davranışın değerlendirilmesi olan birinci basamak, dört uyum alanının her birinde adaptif bir sistem olarak kişinin ya da grubun davranışları hakkında veri toplanmasını içermektedir (Roy, 2009d; Senesac ve Roy, 2015). Çünkü davranışlar insanın uyum sistemini nasıl yönettiği, nasıl baş ettiği, nasıl uyum sağladığı ve sağlık durumu üzerine yaptığı değişikliklerin göstergesidir. Hasta davranışları gözlemlenebilir olduğu gibi gözlenemeyen davranışlar da olabilir. Bu nedenle, hemşirenin gözlem becerilerini kullanarak, görüşmeler yaparak, gerekli durumlarda ölçüm araçları kullanarak hastanın davranışlarıyla ilgili sistematik olarak veri toplaması gerekmektedir (Roy, 2009d; Pektekin, 2013; Masters, 2015).

Uyarıların Değerlendirilmesi

Hemşirelik sürecinin ikinci basamağı uyarıların değerlendirilmesidir (Roy, 2009d; Masters, 2015; Senesac ve Roy, 2015). İç ve dış çevreden gelen uyarılar, hastanın dört uyum alanında sürdürülen başa çıkma süreçlerini etkileyerek harekete geçirmektedir. Bu nedenle, hemşirenin, bireyin ya da grubun davranışlarını ve uyarıların davranış üzerindeki etkilerini değerlendirmesi gerekmektedir (Roy, 2009d; Whetsell ve ark., 2011). Uyarılara verilen olumlu yanıtlar "uyum", olumsuz yanıtlar ise "uyumsuzluk" olarak nitelendirilmektedir (Vicdan ve Karabacak, 2014). Bu basamakta, hastanın uyum davranışlarını etkileyen iç ve dış uyarılar tanımlanarak odak, etkileyen ve olası uyarı olarak sınıflandırılır (Roy, 2009d; Masters, 2015; Senesac ve Roy, 2015). Depresyon hastalarında en önemli odak uyarı depresyondur. Bunun yanında bireyi etkileyen diğer uyarılar birey özelinde değerlendirilip hangi uyarı olduğuna karar vermek gerekir.

Hemşirelik Tanısının Belirlenmesi

Hemşire bu basamakta birey ya da grupla işbirliği yaparak bireyi en çok etkileyen uyarılar ve gösterdiği davranışlar dahil olmak üzere bireyin uyum durumunu yorumlar. Bireyin uyum düzeyini mükemmel, dengeleyici ya da uzlaşmacı şeklinde sınıflandırır. Bu basamakta hemşire birinci ve ikinci basamaktaki değerlendirmeleri kullanarak ve

toplanan verileri analiz ederek hastanın uyum durumuna göre NANDA sınıflama sistemine göre hemşirelik tanısını belirler (Roy, 2009a; Whetsell ve ark., 2011; Pektekin, 2013; Masters, 2015; Senesac ve Roy, 2015). Her hastada farklı hemşirelik tanıları ortaya çıkabilmektedir. Bu aşamada depresyon hastalarında en çok karşılaşılan hemşirelik tanılarının dikkate alınması önemlidir. Bunlar *“beden gereksiniminden az beslenme, uyku örüntüsünde bozulma, öz bakım eksikliği, etkisiz baş etme, öz kıyım (intihar) riski, ümitsizlik, düşük benlik saygısı, güçsüzlük, etkisiz rol performansı, aile süreçlerinde bozulma ve sosyal etkileşimde bozulma”* hemşirelik tanılarıdır. (Fortinash ve Worret, 2007; Varcarolis, 2013; Carpenito, 2017; Videbeck, 2020).

Amacın Belirlenmesi

RUM’da hemşirelik bakımının amacı, mükemmel ve dengeleyici uyumun etkisiz olduğu durumlarda hemşirelik girişimleri ile bireyin uzlaşmacı uyumunu yükselterek olumlu ve etkili uyum geliştirmesini sağlamaktır (Roy, 2011; Vicdan ve Karabacak, 2014). Bu aşamada hemşire, hastanın uyumunu yükseltmek için birey ya da grupla işbirliği içinde hemşirelik bakımının beklenen davranışsal sonuçlarını açık bir şekilde ifade ederek amaç belirlemektedir (Roy, 2009d; Pektekin, 2013; Masters, 2015; Senesac ve Roy, 2015).

Girişim - Uygulama

Bu aşamada hemşire belirlenen amaçlara ulaşmak için hastaya en iyi nasıl yardım edeceği ve faydalı olabilecek girişimlerin belirlenmesi üzerine odaklanır. Hasta için seçtiği girişimler ile uyarınları değiştirerek ya da uyum süreçlerini güçlendirerek hastanın uyum düzeyini yükseltmeye çalışır (Roy, 2009d; Masters, 2015; Senesac ve Roy, 2015). Uyarınlarla baş edebilmesi için hastaya yardım eder. Planlanan girişimlerle odak ve etkileyen uyarınlardan manipüle edilmeye çalışılarak değiştirilebilir. Uyarınlardan, artırılabilir, azaltılabilir, uzaklaştırılabilir ya da devamı sağlanabilir (Roy, 2009d; Pektekin, 2013). Bu girişimler, uyarınları değiştirmeyi ya da bireyin baş etme yeteneğini güçlendirmeyi içermektedir. Burada asıl amaç, hastanın mükemmel uyum düzeyine ulaşmasını sağlamaktır (Senesac ve Roy, 2015). Bu aşamada hemşirelik girişimleri belirlenirken NIC’in (Nursing Interventions Classifications) her bir hemşirelik tanısı için

uygulanması gereken hemşirelik girişimleri listesinden yararlanılmalıdır. Girişimlere ait uygulanan aktiviteler ise, NIC’te her bir girişimin altında yer alan aktivitelerden seçilmelidir (Bulechek ve ark., 2013; Bulechek ve ark., 2017; Butcher ve ark., 2018). Seçilen hemşirelik girişimlerinin, belirlenen hemşirelik tanısına özgü olmasına, hastada var olan uyarınları değiştirmeye yönelik olmasına ve NIC ve NANDA’nın her bir hemşirelik tanısı için özellikle önerdiği girişim olmasına dikkat edilmelidir. Depresyon hastalarında en çok karşılaşılan hemşirelik tanıları dikkate aldığımızda depresyon hastalarında uygulanabilecek girişimler arasında *“beslenme yönetimi, uykunun güçlendirilmesi, öz bakım yardımı: banyo hijyen, baş etmeyi güçlendirilme, benlik saygısını güçlendirme, öz etkililiği güçlendirme, intihar girişimini önleme, ümit aşılama, rol güçlendirme, sosyalizasyonu güçlendirme”* sayılabilir (Bulechek ve ark., 2013; Carpenito, 2017; Ackley ve ark., 2017).

Birey, biyopsikososyal bir varlık olduğu için yaşam sürecinde farklı ve birçok uyarınlara karşı karşıya gelmektedir. Bu nedenle, bireye uygulanan hemşirelik girişimlerinde bu uyarınlardan sonuçları dikkate alınmalıdır. Girişimleri uygulayan hemşirenin odak, etkileyen ve olası uyarınlardan bilimsel olarak öğrenmesi, bu uyarınlara uygun bir hemşirelik bakımını planlaması, doğru sonuçları ortaya çıkarması açısından çok önemlidir (Vicdan ve Karabacak, 2014).

Değerlendirme

Hemşirelik sürecinin son basamağı olan değerlendirme aşaması, belirlenen hedeflere göre ortaya çıkan davranışla hemşirelik girişimlerinin etkinliğinin değerlendirilmesini içermektedir (Senesac ve Roy, 2015). Bu aşamada uygulanan hemşirelik girişimlerinin bireyin davranışları üzerindeki etkilerine odaklanılır. Hemşire belirlenen uyum hedeflerinin karşılanıp karşılanmadığını belirlemek için tanılamada kullandığı sezgi, ölçme, gözlem, görüşme becerilerini tekrar kullanır (Roy, 2009d; Masters, 2015). Belirlenen her amaç için uyumun güçlenme durumuna bakıldığında amaca ulaşılmamışsa, tüm işlemler yeniden ele alınarak gözden geçirilir (Roy, 2009d; Pektekin, 2013). Birey uyumlu davranış geliştirdiyse hemşirelik girişimleri etkili, uyumsuz davranış

geliştirdiyse girişim etkisiz kabul edilir ve yeni girişimler planlanır (Roy, 2009d).

RUM'da hemşirelik sürecinin basamakları sırayla verilmiştir. Ancak, hemşirelik süreci devam etmekte ve adımlar eşzamanlı olabilmektedir. Örneğin, hemşire bir uyum alanına müdahale ederken aynı anda başka bir alanı değerlendirme sürecinde olabilmektedir (Senesac ve Roy, 2015). Hemşire bunları yaparken, bir taraftan da modelin sınırlılıklarını dikkate alması gerekmektedir. Modelin en önemli sınırlılıklarından biri, hemşirenin modelin tüm kavramlarını anlaması ve modele göre girişimlerini planlaması sürecinde birey uyum sürecini tamamlayabilmektedir. Bu nedenle hemşirenin gözlem, iletişim ve karar verme becerilerinin çok iyi gelişmiş olması gerekmektedir. Model ile ilgili bir diğer sınırlılık ise, hastanın uyum alanlarına göre değerlendirilmesi zaman aldığı için akut durumlarda uygulanmasının zor olmasıdır (Uzun, 2017). Depresyon açısından düşünüldüğünde, tedavi ve bakımın uzun süreli olması hemşirenin RUM'u kullanmasının akut durumlara göre daha kolay olabileceğini düşündürmektedir. Depresyon hastalarında fizyolojik alan ile ilgili benzer problemler ortaya çıkmakla birlikte, benlik kavramı alanı, rol fonksiyon alanı ve karşılıklı bağlılık alanında ortaya çıkan problemler bireyden bireye değişiklik göstermektedir. Bu durum, hemşirenin hastayı tanıması, değerlendirmesi ve planlamalar yapması için gereken süreyi uzatabilmektedir (Uzun, 2017). Bu nedenle, depresyon hastasına bakım veren psikiyatri hemşiresinin RUM ile ilgili bu sınırlılıkları dikkate alarak hastayı değerlendirmesi ve girişimleri planlaması gerekmektedir.

SONUÇ

Bu makalede depresyon, psikiyatrik bakım ve model kullanımı ele alınmıştır. Depresyon, psikiyatrik bakım ve model kullanımı temelinde RUM'a göre analiz edilerek hemşirelik süreci ayrıntılı bir şekilde sunulmuştur. RUM bütüncül bir hemşirelik bakımı sağladığı için birçok hasta grubunda kullanılmaktadır. Ancak psikiyatrik bakım gereksinimi olan depresyon hastalarında kullanımına rastlanmamıştır. Makalede depresyon RUM'un dört uyum alanına göre detaylı bir şekilde analiz edilmiştir. Depresyon hastalarının yaşadığı problemler bu dört uyum alanı ile uyumlu

olduğu için depresyon hastalarına verilecek psikiyatrik bakımın bütüncül ve sistematik olmasını sağlayabilir. Bu nedenle, dünyada birçok insanı etkileyen depresyonda verilecek psikiyatrik bakımda RUM'un kullanılabilirliği düşünülmektedir. Bu doğrultuda, RUM'a göre depresyon hastalarına bütüncül psikiyatrik bir bakımın verilebilmesi için modelin uyum alanları temelinde veri toplama formlarının ve bakım planı formlarının geliştirilmesi ve depresyon hastalarında test edilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Ackley, BJ, Ladwig, GB, Makic, MBF. (2017). Nursing Diagnosis Handbook an Evidence-Based Guide to Planning Care. 11th ed. Missouri: Elsevier.
2. Akiskal, HS. (2017). Mood disorders: Historical Introduction and Conceptual Overview. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, eds. Kaplan and Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; pp: 4099-4139.
3. Amanak K, Sevil U, Karacam Z. (2019). The impact of prenatal education based on the Roy Adaptation Model on gestational hypertension, adaptation to pregnancy and pregnancy outcomes. JPM, 69, 11-17.
4. Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı) Çeviren: Köroğlu E. Depresyon Bozuklukları. 5. Basım, Hekimler Yayın Birliği, Ankara; s: 91-112.
5. Athanasos, P. (2017). Mood Disorders. In: Evans K, Nizette D, O'Brien A, eds. Psychiatric and Mental Health Nursing. 4th ed. Australia: Elsevier; p: 914-962.
6. Birol, L. (2009). Hemşirelikle İlgili Kuramlar. In: Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında Sistematik Yaklaşım. 3rd ed. İzmir: Etki Yayınları; p: 47-92.
7. Buldukoğlu, K. (2015). Psikiyatrik bakımda değerler. Türkiye Klinikleri, 1, 9-15.
8. Bulechek, GM, Butcher, HK, Dochterman, JM, Wagner, C. (2013). Nursing Interventions Classification (NIC). 7th ed. Missouri: Elsevier.
9. Bulechek, GM, Butcher, HK, Dochterman, JM, Wagner, C. (2017). Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC) Çeviri ed: Erdemir F, Kav S, Akman Yılmaz A. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
10. Butcher, HK, Bulechek, GM, Dochterman, JM, Wagner, CM. (2018). Nursing Interventions Classification (NIC). 8th ed. Missouri: Elsevier.
11. Bulloch, AG., Williams, JV., Lavorato DH., Patten, SB. (2017). The depression and marital status relationship is modified by both age and gender. Journal of affective disorders, 223, 65-68.
12. Carpenito, LJ. (2017). Handbook of Nursing Diagnosis. 15th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer.
13. Çatal, E., Dicle, A. (2014). Teori araştırma bileşeni. Roy'un Uyum Modeli örneği. DEUHYOD, 7, 33-45.
14. Çayır Yılmaz, M. (2017). Hemodiyaliz tedavisi alan bireylere roy adaptasyon modeline göre verilen eğitimin hastalığı kabullenme ve sıvı kontrolüne etkisi. (Yayımlanmamış

- Doktora Tezi). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Erzurum.
15. Ekim, A., Manav, G., Ocakçı, AF. (2012). Ülkemizde teori temelli hemşirelik araştırmaları: Bir gözden geçirme. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 5, 157-161.
 16. Engin, E., Ergün, G. (2014). Depresyon. In: Çam O, Engin E, eds. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. 1st ed. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; p: 335-366.
 17. Fawcett, J. (2006). Roy's Adaptation Model. In: Fawcett J, ed. *Contemporary nursing knowledge analysis and evaluation of nursing models and theories*. 2nd ed. Philadelphia: FA Davis comp; p: 364-437.
 18. Fışkın, G. (2016). Gestasyonel diyabetli gebelerde roy adaptasyon kuramına göre hazırlanan diyafragmatik solunum egzersiz programının etkileri. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
 19. Fortinash, KM, Worret, PAH. (2007). Care Plans: Depression (All Types). In: *Psychiatric Nursing Care Plans*. 5th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; p: 95-138.
 20. Galbreath, JG. (2014). Roy Adaptation Model: Sister Callista Roy. In: George JB, ed. *Nursing Theories: The Base for Professional Nursing Practice*. 6th ed. London: Pearson Education Limited; p: 311-357.
 21. Günüşen, N. (2016). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinde Hemşirelik Süreci. In: Gürhan N, ed. *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri; p: 147-163.
 22. Halter, MJ., Kozy, M. (2018). Depressive Disorders. In: Halter MJ, ed. *Varcarolis' Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach*. 8th ed. Canada; p: 495-547.
 23. Hannon-Engel, SL. (2008). Knowledge development: The Roy Adaptation Model and bulimia nervosa. *Nursing Science Quarterly*, 21, 126-132. <https://doi.org/10.1177/0894318408315015>
 24. İşeri, Ö. (2016). Karaciğer transplantasyonu yapılan hastalarda Roy uyum modeline göre temellendirilen hemşirelik girişimlerinin bakım sonuçlarına etkisi. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
 25. Kabu Hergül, F., Özbayır, T. (2019). I am as normal as everyone now...: Examination of experiences of patients undergoing bariatric surgery according to Roy's Adaptation Model: A qualitative study. *Clinical Nursing Research*. 1-23. <https://doi.org/10.1177/1054773819880291>
 26. Kavuran, E. (2017). Tip 2 diyabet tanısı alan hastalara Roy'un Adaptasyon Modeli'ne göre verilen eğitimin diyabet bakım profiline etkisi. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
 27. Kılıç, E. (2017). Roy adaptasyon modeline göre verilen eğitimin hemodiyaliz hastalarının stres, psikososyal uyum ve öz bakım gücüne etkisi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
 28. Koç, M. (2016). Depresif (Çökkünlük) Bozukluklar. In: Gürhan N, ed. *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri; p: 475-538.
 29. Lapate, RC., Van Reekum, CM., Schaefer, SM., Greischar, LL., Norris, CJ., Bachhuber, DR., Ryff, CD., Davidson, RJ. (2014). Prolonged marital stress is associated with short-lived responses to positive stimuli. *Psychophysiology*, 51, 499-509. <https://doi.org/10.1111/psyp.12203>
 30. Lok, N., Buldukoglu, K., Barcin, E. (2020). Effects of the cognitive stimulation therapy based on Roy's Adaptation Model on Alzheimer's patients' cognitive functions, coping-adaptation skills, and quality of life: A randomized controlled trial. *Perspectives in Psychiatric Care*, 1-12. <https://doi.org/10.1111/ppc.12472>
 31. Masters, K. (2015). Roy Adaptation Model: Sister Callista Roy. In: *Nursing Theories: A Framework for Professional Practice*. 2nd ed. Burlington: Jones & Barlett Learning; p: 113.
 32. Masters, K. (2020). Frameworks for Professional Nursing Practice. In: Masters K, ed. *Role Development in Professional Nursing Practice*. 5th ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning; p: 110-189.
 33. Mehrekula, Z. (2016). Hemofili hastalarının profilaksiye uyumlarını etkileyen faktörlerin roy adaptasyon modeline göre incelenmesi. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
 34. Meleis, AI. (2012). On Outcomes: Sister Callista Roy. In: *Theoretical Nursing Development and Progress*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; p: 324-351.
 35. Moieni, M., Irwin, MR., Jevtic, I., Olmstead, R., Breen, EC., Eisenberger, NI. (2015). Sex differences in depressive and socioemotional responses to an inflammatory challenge: implications for sex differences in depression. *Neuropsychopharmacology*. 40, 1709-1716.
 36. Mojtabai, R., Olsson, M., Han, B. (2016). National trends in the prevalence and treatment of depression in adolescents and young adults. *Pediatrics*, 138, 2016-1878. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1878>
 37. Özsoy, M. (2018). Roy adaptasyon modelinin fizyolojik alanı doğrultusunda verilen eğitimin, kalça veya diz artroplastisi olanların erken dönem fiziksel uyumuna ve hareketliliğine etkisi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
 38. Pektekin, Ç. (2013). Sister Callista Roy ve Adaptation Kuramı. In: Pektekin Ç, ed. *Hemşirelik Felsefesi Kuramlar-Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar*. 1st ed. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; p:111-118.
 39. Philips, KD., Harris, R. (2014). Adaptation Model. In: Alligood MR, ed. *Nursing Theorists and Their Work*. 8th ed. Missouri: Elsevier Mosby; p: 303-331.
 40. Punjani, NS. (2013). Comparison and contrast of Orem's Self Care theory and Roy's Adaptation model. *i-Manager's Journal on Nursing*, 3, 1-5. DOI:10.26634/jnur.3.1.2222
 41. Roy, SC. (2009a). Elements of the Roy Adaptation Model. In: Roy SC, ed. *The Roy Adaptation Model*. 3rd ed. New Jersey: Pearson Education; p: 25-54.
 42. Roy, SC. (2009b). Elements of the Roy Adaptation Model. In: Roy SC, ed. *Nursing as a Knowledge-Based Profession*. 3rd ed. New Jersey: Pearson Education; p: 2-24.
 43. Roy, SC. (2009c). Self-Concept Mode of the Person. In: Roy SC, ed. *Nursing as a Knowledge-Based Profession*. 3rd ed. New Jersey: Pearson Education; p: 321-357.
 44. Roy, SC. (2009d). The Nursing Process According to the Roy Adaptation Model. In: Roy SC, ed. *Nursing as a Knowledge-Based Profession*. 3rd ed. New Jersey: Pearson Education; p: 55-86.
 45. Roy, SC. (2009e). Protection. In: Roy SC, ed. *Nursing as a Knowledge-Based Profession*. 3rd ed. New Jersey: Pearson Education; p: 198-221.
 46. Roy, SC., Zhan, L. (2010). Sister Callista Roy's Adaptation Model. In: Parker ME, Smith MC, eds. *Nursing theories and*

- nursing practice. 3rd. Ed. Philadelphia: FA Davis Company; p: 167-181.
47. Roy, SC. (2011). Extending the Roy Adaptation Model to Meet Changing Global Needs. *Nursing Science Quarterly*, 24, 345-351. <https://doi.org/10.1177/0894318411419210>
 48. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. (2015) Mood Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P eds. *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; p: 752-830.
 49. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Ankara: 2011, p: 5-6.
 50. Seah, XY., Tham, XC. (2015). Management of bulimia nervosa: A case study with the Roy Adaptation Model. *Nursing Science Quarterly*. 28, 136-141. <https://doi.org/10.1177/0894318415571599>
 51. Senesac, P., Roy, SC. (2015). Sister Callista Roy's Adaptation Model. In: Smith, MC, Parker, ME, eds. *Nursing Theories & Nursing Practice*. 4th ed. Philadelphia: FA Davis Company; p: 153-164.
 52. Şengün, Fİ., Üstün, B., Bademli, K. (2013). Türkiye'de kuram/modele dayalı hemşirelik araştırmalarının incelemesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16, 132-139.
 53. Şimşek, AB., Dicle, A. (2013). Primer beyin tümörlü hastaların roy uyum modeline göre uyum durumlarının incelenmesi: Niteliksel bir araştırma. *Journal of Neurological Sciences*, 30, 88-107.
 54. Townsend, MC., Morgan, KI. (2018). Depressive Disorders. In: Townsend MC, Morgan KI, eds. *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice*. 9th ed. Philadelphia: FA Davis Company; p: 494-527.
 55. Townsend, MC. (2016). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri: Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları Çeviren: Ançel G. *Depresif Bozukluklar*. 6. basım, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara; s: 378-423.
 56. Trigoboff, E. (2014). Mood Disorders. In: Kneisl CN, Trigoboff E, eds. *Contemporary Psychiatric-Mental Health Nursing*. 3rd ed. London: Pearson Education; p: 336-365.
 57. Turan Kavradim, S., Canli Özer, Z. (2020). The effect of education and telephone follow-up intervention based on the Roy Adaptation Model after myocardial infarction: Randomised controlled trial. *Scand J of Caring Sci.*, 34, 247-260. <https://doi.org/10.1111/scs.12793>
 58. Ulusal Tez Merkezi. Erişim tarihi: 21 Ocak 2021, <https://tez.yok.gov.tr/>.
 59. Uzun, Ş. (2017). Sister Callista Roy: Adaptasyon Modeli. In: Karadağ A, Çalışkan N, Baykara GZ, eds. *Hemşirelik Teorileri ve Modelleri*. 1st ed. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; p: 369-442.
 60. Üstün, B., Gigliotti, E. (2009). Nursing research in Turkey. *Nursing Science Quarterly*, 22, 206-208. <https://doi.org/10.1177/0894318409338691>
 61. Varcariolis, EM. (2013). Mood Disorders: Depression. In: Varcariolis EM, ed. *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing*. 2nd ed. China: Elsevier Saunders; p: 245-275.
 62. Velioglu, P. (2012). Roy'un Adaptasyon Kuramı Sister Callista Roy. In: Velioglu P, ed. *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. 2nd ed. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; p: 364-387.
 63. Vicdan, AK., Karabacak, BG. (2014). Hemşirelik modellerinden: Roy Adaptasyon Modeli. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5, 255-259.
 64. Videbeck, SL. (2020). Mood Disorders and Suicide. In: Videbeck SL, ed. *Psychiatric-Mental Health Nursing*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; p: 652-742.
 65. Warren, BJ. (2018). Depression. In: Boyd MA, ed. *Psychiatric Nursing Contemporary Practice*. 6th ed. Philadelphia: Wolter Kluwer; p: 756-797.
 66. Whetsell, MV., Gonzalez, YM., Moreno-Fergusson, ME. (2011). Models and Theories Focused on a Systems Approach. In: Butts JB, Rich KL, eds. *Philosophies and Theories for Advanced Nursing Practice*. 1st ed. Sudbury: Jones & Bartlett Learning; p: 415-445.
 67. WHO. (2001). The world health report 2001 - mental health: new understanding, new hope, Erişim tarihi: 23 Mayıs 2019, https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1.
 68. WHO. (2011). Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level, Erişim tarihi: 23 Mayıs 2019, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/eb130/b130_9-en.pdf.
 69. WHO. (2017). Depression, Erişim tarihi: 22 Mayıs 2019, https://www.who.int/mental_health/management/depression/en/.
 70. Yıldız, E. (2019). Roy Adaptasyon Modeline göre verilen tekrarlı hemşirelik eğitiminin bariatrik cerrahi uygulanan hastaların uyum süreçlerine etkisinin incelenmesi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
 71. Zuhur, Ş., Özpancar, N. (2017). Türkiye'de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin kullanımı: Sistematik derleme. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 19, 57-74.



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

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

e-ISSN:2636-8439

DOI: <https://doi.org/10.54189/hbd.1080085>

Olgu Sunumu

Being One of The First Nurses To Be Infected With Covid-19: A Case Report Covid-19 Bulaşan İlk Hemşirelerden Biri Olmak: Bir Olgu Sunumu

Gülçin AVŞAR ^{*,a}, Sümeyye BİLGİLİ ^b, Rabia ATLI ^c

^a Assoc. Prof., Atatürk University, Faculty of Nursing, Department of Fundamentals of Nursing, ERZURUM, TÜRKİYE

^b Nurse, Kovancılar State Hospital, ELAZIĞ, TÜRKİYE

^c Nurse, Çayırılı District Integrated Hospital, ERZİNCAN, TÜRKİYE

ABSTRACT

COVID-19, which first appeared in China in December 2019, rapidly spread all over the world and caused a pandemic. Although it is difficult to cope with this epidemic in every aspect, the biggest burden is on healthcare personnel and especially nurses. This study focuses on the physical and psychological difficulties experienced by a nurse who was one of the first nurses to catch COVID-19 while serving her patients in Turkey and who has been working as a nurse for 4 months, from diagnosis to the end of the treatment process. Due to the fact that a nurse who caught Covid-19 is a healthcare worker, it is thought that the physical and psychological problems experienced are greater.

ÖZET

İlk olarak Aralık 2019'da Çin'de ortaya çıkan COVID-19, hızla tüm dünyaya yayıldı ve bir pandemiye neden oldu. Bu salgınla her yönüyle baş etmek zor olsa da en büyük yük sağlık personeli ve özellikle hemşireler üzerindedir. Bu çalışmada, Türkiye'de hastalarına hizmet verirken COVID-19'a ilk yakalanan hemşirelerden biri olan ve 4 aydır hemşire olarak çalışan bir hemşirenin, tanıdan tedavinin sonuna kadar yaşadığı fiziksel ve psikolojik güçlükler üzerinde durulmuştur. Covid-19'a yakalanan bir hemşirenin sağlık çalışanı olması nedeniyle yaşanan fiziksel ve psikolojik sorunların daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Key Words: Covid-19, Nurses Infected with Covid-19, Case Report

Anahtar Kelimeler: Covid-19, Covid-19 ile Enfekte Olan Hemşireler, Olgu Sunumu

* Corresponding Author: Gülçin AVŞAR

Addresses: Atatürk University, Faculty of Nursing, Department of Fundamentals of Nursing, ERZURUM, TÜRKİYE

E-mail: gulcin-avsar@hotmail.com

Received Date: 28.02.2022

Accepted Date: 30.03.2023

INTRODUCTION

Coronaviruses (CoV) are a large family of viruses that can cause more serious diseases such as severe respiratory failure, MERS-CoV, and SARS, in addition to causing simple flu, and common cold. Up to the present time, many subtypes of coronaviruses have caused diseases in humans. In 2019, a new type of coronavirus was found to cause disease in humans in Wuhan, Hubei province, China, and the disease was named Covid-19 (Til, 2020; Cowling and Lueng, 2020; Kakodkar et al., 2020; Rabi et al., 2020; Yi et al., 2020).

The COVID-19 case, which first appeared on 29 December 2019, was reported to the World Health Organization on December 31. The World Health Organization recognized Covid-19 as a pandemic on 11 March 2020, after the Coronavirus outbreak was seen in many countries and continents (Shi, 2020; Guest et al., 2020). Against the rapidly spreading virus, the medical infrastructure of even developed countries has been inadequate in the face of the severity and urgency of the outbreak (Jianhua, 2020).

It has been repeatedly stated that epidemics are mirrors of power balances, class conflicts, and social changes in society. It has been witnessed from past to present that epidemics affect many aspects of human life. Outbreaks have hit commercial activities and paralyzed social life. This increased people's anxiety levels (Yolun, 2012). Despite the Coronavirus (Covid-19) epidemic, it also reveals that while countries are struggling with different approaches, they are generally caught unprepared (Demir et al., 2020). In the globalizing world, while the spread of the disease is developing faster than expected and expected, the development of the information required for the control of the disease and the establishment of the surveillance system do not progress at the same pace. However, healthcare professionals are also insufficient in the face of increasing patient and workload (Karasu and Öztürk Çopur, 2020; Ng et al., 2020). While the health system and infrastructure are questioned in many countries, the insufficiency of the medical personnel and the lack of medical equipment and supplies lead to chaos. Although there are support activities such as the supply of materials necessary for the solution of these problems, the

establishment of accommodation facilities for healthcare personnel, the support of society, and psychological assistance, health personnel may experience burnout from time to time. Being isolated, working in high-risk positions, and contacting infected people have been common causes of trauma and burnout. These problems can even lead to psychological problems in healthcare professionals and especially in nurses (Kang et al., 2020).

Nurses are key members of the healthcare system. Among healthcare professionals, nurses are professionals who communicate with patients the most and devote the most time to them (Jianhua, 2020). Nurses have always played an important role in infection prevention, control, isolation, treatment, care, and providing psychological support (Mo et al. 2020). While fulfilling these important roles in the pandemic process, it is important to understand the situation of nurses, improve the process, and create protocols related to the process. It is thought that it is necessary to reveal the feelings, thoughts, and difficulties of a nurse who caught Covid-19, especially during the working process. Based on this point, it was aimed to make a case report of a nurse who caught Covid-19.

In this article, the name and personal information of the client are kept confidential.

Ethical Considerations

Voluntary participation was provided. In addition, after the participant was informed about the purpose of the study and how to use the results, his written consent (informed consent form) was obtained. The participant was informed that their information would be kept confidential and the privacy policy was complied with.

CASE REPORT

H.K is a single, 24-year-old nurse who has been practicing nursing for 4 months. She did not use cigarettes, alcohol, or addictive substances, and she do not have any chronic illness or medication she use continuously. When the Covid-19 epidemic started to be seen in Turkey, pandemic services started to be opened in hospitals, after the pandemic services were established, health personnel from other

departments in the hospital were assigned to these services. In a public hospital where H.K. works, nurses who have just started the profession, as well as senior nurses, were assigned to pandemic services. After working in the cardiovascular surgery service for two months after graduation, H.K. was chosen as one of the nurses to work in these services. When it became clear that H.K. would serve in the pandemic service, they were very excited that we did not know much about it and that they would fight against a virus the world is fighting, saw their work as sacred, thought that the lives of all healthcare personnel were not worth less than their own and that when such a disaster struck our country, everyone should take responsibility.

H.K. started to work in the pandemic service after a short training. At the beginning of the epidemic, they were told to use protective equipment carefully and when necessary, and H.K. had no difficulty in accessing protective equipment in the services where she worked. She stated that goggles, masks, and overalls among the protective equipment she used prevented them from working comfortably and that overalls and glasses made them sweat a lot. She also stated that her clothes were wet with sweat and even the sweat flowing from their forehead and nose while wearing glasses wetted their mask, so the patient had difficulty even when performing a basic intervention such as opening the vascular access. She stated that besides the visual difficulty caused by the fogging of the glasses, the wounds, scars, and bruises caused by the constant use of masks also affect her psychology negatively.

During the study period, H.K., who felt a very mild sore throat, itching in the throat, burning in the eyes, and a pain radiating to the ear, thought that they would have flu. A few days after noticing these symptoms, they woke up at night with a shiver, felt cold and the house was cold, and dressed thicker. She did not notice that her body temperature had increased, and the next day, when their temperature rose above 38 ° C, they applied to the emergency room. In addition, she was sent home when she complained of bone pain and weakness, and she was given 2 days off to rest. H.K. felt that what they had experienced during this period was different from the usual flu and applied to the hospital again with a worsening sore throat. The Covid-

19 test was applied to H.K., who had a fever of 38 °C, upon her application to the hospital. Unfortunately, she continued to work in the service at that time (1 day) until the result of the test was clear. The result of the test was positive on March 26, 2020. H.K., who was hospitalized in the pandemic ward where she worked the same day, had new symptoms 2 days later. In the first cases, it was not clear exactly how to follow, being the first positive nurse in the hospital, and being one of the first positives among healthcare professionals in the country, worn-out H.K. in this process and made them experience the disadvantages of this situation. When she learned that they had the disease, they felt great anxiety and fear, and they felt both the uncertainty of the process and the difficulty of learning by living the process. H.K. stated that the uncertainty and complexity have been eliminated today, there is the possibility of vaccination, testing is easier and faster today, the healthcare team is more dominant in the disease, and the morale and motivation increase as we see the people who survive the disease.

H.K. stated that there was an increase in her sleep pattern during their hospitalization (8 days), her feeling of tiredness and tendency to sleep increased after their hospitalization, and she felt very tired despite constantly sleeping and resting. At that time, she did not have any complaints about feeding and excretion, but she had problems with communication. There were signs of hoarseness and hoarseness in her voice, difficulty in speaking, inability to speak in one breath without resting, and even panting even when talking slowly, and they experienced shortness of breath even while sleeping during the aggravating process. . H.K., who also received oxygen therapy during this period, stated that oxygen saturations also decreased from time to time. H.K., who lives in a city separate from their family, was able to get support from their loved ones only by telephone and stated that they were out of breath during telephone conversations and that their friends and relatives who witnessed this did not cry. H.K., who was impressed by this situation, stated that she was very sad after the interviews and that they felt very inadequate in those days. In particular, she describe the first 3 days after their hospitalization as the worst, nightmare days of their life.

Immediately after H.K. was diagnosed with Covid-19, their roommate was also taken into the isolation and treatment process. She stated that in this process, in addition to isolation measures, they are trying to fulfill their personal hygiene practices. This situation created a feeling of guilt in H.K. and she felt uncomfortable in terms of conscience. When the treatment process was completed, she separated their homes with their friends. When the isolation period in the house was over, H.K. applied to the hospital again and the Covid-19 test was negative. H.K., who was isolated at home for two more days, felt better during this period, and the symptoms of the disease gradually decreased. First, fever, cough, sore throat, shortness of breath, and finally hoarseness/bifurcation improved. H.K., who had a retest, got a negative result for the second time. Feeling good, H.K. stated that she would like to return to work if it would not pose any risk, and since the infection experts did not see any risk, H.K. returned to the pandemic service. Returning to work in the pandemic service, H.K. thought that when she returned service, she would be stigmatized and felt bad by those around them, but when she returned to the service, these thoughts were counterproductive. Especially the support of her friends motivated H.K. a lot. She wanted to give care to the patients who were hospitalized in the service and had fear and anxiety, and especially to the patients who did not have a chronic illness at a young age, and she told the patients that H.K. also overcame this disease. H.K. expressed that she understood the patients very well, what she experienced, and what she felt, and tried to support them. Seeing someone who has healthily survived the disease has given hope to the patients. This situation increased H.K.'s job satisfaction and stated that she felt better mentally.

Finally, H.K. said, "People should never feel lonely, we are with them. As our country is clamped with any negativity, we will come together in this difficult process by paying attention to our social distance and I believe that we will overcome it in the best mood."

DISCUSSION

The prevalence of COVID-19 in the general population in many countries, the unpredictable and high infection rate, the need for distance and isolation, and the high

morbidity/mortality rates make the usual coping methods dysfunctional. This necessitates the development of effective ways of dealing with the crisis and creates an unprecedented burden on all healthcare professionals worldwide (WHO, 2020).

In this case, H.K. was assigned to the pandemic service quickly from the service they worked for due to the epidemic. Due to the increasing number of patients in the epidemic, the need for more nurses in clinics, emergency rooms, and intensive care units where care is provided for COVID-19, and their quarantine due to the infection of healthcare personnel in this process caused the workload of all healthcare professionals, especially nurses, to increase and to work more (Maben and Bridges, 2020). Employing nurses from different services/departments to meet the need for nurses, having to work in areas that are unfamiliar and require a lot of knowledge, skills, and experience, such as intensive care, increases the work stress of nurses (Hiçdurmaz and Üzar Özçetin, 2020). This situation brings an extra burden, especially when it is considered that the nurse in the case is a nurse who has started a new profession.

In the presented case, it was stated that the protective equipment was too difficult to work and nursing practices could be performed with difficulty. It has even been stated that the materials used leave traces and bruises on the body. In fact, it is thought that these scars leave deep marks not only on the face but also on the psychology. It is obvious that especially long-term use can increase physical discomfort and further strain the already stressful covid-induced patient care process. Protective equipment prevents nurses' use of gestures, facial expressions, and gestures, which are important tools in therapeutic communication, even preventing the nurse's voice from being heard, seeing their face, and limiting nurse-patient interaction. In addition, personal protectors used for a long time also have negative effects on the skin. In the study conducted by Abiakam et al., It was stated that N95 and surgical masks cause skin reactions in many areas, mostly the nose bridge and ears. It has been reported that the most common skin reactions are rash, itching, and pressure damage. In addition, a significant relationship was found between adverse skin

reactions and the duration of daily personal protective use in the study (Abiakam et al., 2021). In another study, it was found that N95 face masks and protective glasses caused headaches in healthcare workers and exacerbated pre-existing headaches (Ong et al., 2020). In a study conducted by Hu K. et al., it was stated that the most common skin reactions among healthcare workers wearing protective clothing (overalls/aprons) were dry skin, itching, sweating, and difficulty in meeting basic needs (eating, going to the toilet, etc.) (Hu et al., 2020). However, in a study, it was stated that taking high levels of precaution and increasing the rate of using protective equipment decreased the rates of stress, depression, and anxiety (Polat and Coşkun, 2020). However, protecting the mental health of nurses, who form the backbone of the health system in the delivery of care services, is very valuable in managing the process more effectively. For this reason, all measures should be taken to reduce stress, depression and anxiety.

In the presented case, not knowing how to follow in the first cases and being one of the first COVID positive nurses in Turkey forced H.K. much more in this process and they experienced the disadvantages of this situation. In a study conducted, it is stated that anxiety can occur in the early stages of the epidemic and can be seen in depression and psychophysiological symptoms in later times. In addition, being isolated, working in high-risk positions, and contacting infected people are among the common causes of trauma (Kang et al., 2020). The Covid-19 outbreak causes fear, stress, stigma, and anxiety in all people. However, while everyone is escaping from the Covid epidemic, healthcare workers fighting at the front of the epidemic and especially nurses who spend the most time with patients may experience more severe stress, fear of death, anxiety, and stigma. Considering the studies on this subject; In the study by González-Gil, et al report that 37.5% of nurses working in Covid-19 intensive care and emergency departments work for fear of being infected, 28.2% of them have increased workloads and shifts that are not allowed to rest. In addition, 21.2% reported that they had deficiencies in communication with patients, 53.5% were unable to provide psychosocial care and emotional exhaustion to patients and their families, and 44.9% had difficulty expressing their emotions (González-Gil MT et al., 2020). In the study of

Doğan and Candan Dayılar, nurses in Covid-19 services initially experienced intense anxiety and crisis due to the uncertainty of the process and the disease, they stated that their knowledge about this issue increased and when a sufficient number of protective equipment was provided, they overcome the crisis process faster and work effectively and more efficiently. Nurses stated that caring for patients in Covid-19 services is proud and gives professional satisfaction, despite the intense stress, anxiety, and fears associated with uncertainty, contamination, fear of death, and infecting their relatives (Doğan and Candan Dayılar, 2020). However, if we consider that one of the most important factors that provide professional motivation is working in an environment where people can feel safe, these data are extremely thought-provoking.

H.K. stated that they had difficulty meeting with their family and that their family and friends were very affected by this situation. H.K. stated that especially the first 3 days after their hospitalization were the worst days of their life. With the COVID-19 pandemic, when the infection, protecting themselves and their relatives from infection and their responsibilities regarding the family is added, the difficulties experienced by the nurses who are already working with heavy workload are taken to a higher point. In the study conducted by Nelson H. et al., it was found that healthcare workers especially fear loneliness. It has been stated that healthcare professionals fear infecting their friends, families, and society and therefore decide to isolate themselves from the people around them (Nelson et al., 2021). According to the study by Chopra et al, healthcare professionals caring for patients with COVID have been stigmatized. People who are stigmatized are more likely to be reluctant to seek treatment, leading to delayed treatment and increasing morbidity/mortality (Chopra and Arora, 2020). In a study conducted, it was reported that there was a significant increase in anxiety levels in healthcare workers during the epidemic process (Pan et al., 2020). As in our case, the first responses of healthcare workers diagnosed with Covid-19 were questioned, and it was reported that there were reactions such as death, worry for family and relatives, shock, confusion, fear, feeling lonely, and self-blame (Aşkın et al., 2020).

The uncertainty of the process, especially at the beginning of the epidemic process, affected everyone and left healthcare professionals in a difficult situation. It is thought that not performing the test immediately when H.K. has the first sign of fever is a disadvantage due to the unknown process and the fact that they are the first infected nurse in the hospital. In a study conducted in Italy, it was stated that healthcare workers with Covid-19 -PCR positive were approximate twice the average monthly working time compared to those who were negative. In the same study, it was reported that 20% of healthcare workers working in COVID-19 clinics were infected within the first two months (Lahner and Dilaghi, 2020). In this process, it can be said that not only the sick individuals/society, but also the nurses are both physically and psychosocially affected by the process because they are members of the society and work at the front line under serious risk.

CONCLUSION

In this study; the physical and psychological difficulties experienced by a nurse infected with Covid-19, one of the nurses, who have an important place in the fight against the Covid-19 epidemic affecting all humanity, were emphasized. Especially in the epidemic period, it is important to define the problems faced by nurses working in the front stages and to solve these problems in combating the epidemic. Because, as stated by WHO, "Nurses are the backbone of the health system and are at the forefront of combating COVID-19".

REFERENCES

1. Abiakam, N. Worsley, P. Jayabal, H. Mitchell, K. Jones, M. Fletcher, J. Spratt, F. Bader, D. (2021). Personal protective equipment related skin reactions in healthcare professionals during COVID-19. *Int Wound J.* Jan 18(3),312-322
2. Aşkın, R. Bozkurt, Y. Zeybek, Z. (2020). Covid-19 pandemic: psychological implications and therapeutic interventions" *Istanbul Commerce University Journal of Social Sciences* , 19(37):304-318
3. Chopra KK, Arora VK. (2020) Covid-19 and social stigma: role of scientific community. *Indian J Tuberc.* Jul;67(3):284-285.
4. Cowling, B. J. Leung, G. M. (2020). Epidemiological research priorities for public health control of the ongoing global novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *Eurosurveillance*, 25(6), 2000110.
5. Demir, M. Günaydın, Y. Şen Demir, Ş. (2020). "Evaluation of the antecedents, effects and consequences of the coronavirus (Covid-19) epidemic on tourism in Turkey", *International Journal of Social Sciences and Education Research*,6(1):sf. 80-107.
6. Doğan, S. Candan Dayılar H. (2020). "Experiences of nurses working in COVID-19 services during the pandemic process", *Online International Conference of COVID-19 (CONCOVID)* ,
7. González-Gil, MT. et al., (2020). "Nurses' perceptions and demands regarding COVID-19 care delivery in critical care units and hospital emergency services", *Intensive & Critical Care Nursing*, 62, 102966
8. Guest, J. L., Del Rio, C. Sanchez, T. (2020). The three steps needed to end the covid-19 pandemic: bold public health leadership, rapid innovations, and courageous political will. *JMIR Public health and surveillance*, (2), e19043.
9. Hiçdurmaz, D. Üzar Özçetin, YS. (2020). "Protection of mental health and prevention of mental trauma of nurses working on the front line in the Covid -19 pandemic." *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing*; 7(Özel Sayı): 1-7.
10. Hu, K. Fan, J. Li, X. Gou X. Li, X. Zhou X. (2020). The adverse skin reactions of health care workers using personal protective equipment for covid19. *Medicine (Baltimore)*. Jun 12;99(24)
11. Jianhua, G. (2020) China's battle against novel coronavirus pneumonia: struggles, results and repercussions.. *BRIQ*,; 1(2), 90-102.
12. Kakodkar, P. Kaka, N. Baig, M.A. (2020). Comprehensive literature review on the clinical presentation, and management of the pandemic coronavirus disease 2019 (COVID-19).; *Cureus* 12(4): e7560. DOI 10.7759/cureus.7560
13. Kang, L. Ma, S. Chen, M. Yang, J. Wang, Y. Li, R. Yao, L. Bai, H. Cai, Z. Yang, BX. Hu, S. Zhan, FK. Wang, G. Ma, C. Liu, Z. (2020). "Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study", *Brain, Behavior, and Immunity*,;87,11-17
14. Karasu, F. Öztürk Çopur, E. (2020). "An intensive care nurse at the forefront of the epidemic as Covid -19 cases increase: 'heroes standing on the front'" *Journal of Intensive Care Nursing*,;24(1):.11-14.
15. Lahner, E. Dilaghi, E. Prestigiacomo, C. et al. (2020). Prevalence of sarscov-2 infection in health workers (hws) and diagnostic test performance: the experience of a teaching hospital in centralItaly. *Int J Environ Res Public Health*,; 17(12): 4417.
16. Maben, J. Bridges, J. (2020). "Covid-19: Supporting nurses' psychological and mental health". *J Clin Nurs*. 29, 2742-2750. DOI: 10.1111/jocn.15307
17. Mo, Y. Deng, L. Zhang, L. Long, Q. Liao, C. Wang, N. Qin, M. Huang H. (2020). "Work stress among Chinese nurses to support

- Wuhan in fighting against covid-19 epidemic”, *Journal of nursing management*, 28(5), 1002-1009., ; 1-8.
18. Nelson, H. Hubbard Murdoch, N. Norman, K. (2021). The role of uncertainty in the experiences of nurses during the covid-19 pandemic: a phenomenological study. *The Canadian journal of nursing research = Revue canadienne de recherche en sciences infirmieres*, 53(2), 124-133.
 19. Ng, K. Poon, BH. Puar, THK. Quan, JLS. Loh, WJ. Wong, YJ. Raghuram, J. (2020). “Covid-19 and the risk to health care workers: a case report”, *Annals of internal medicine*,; 172(11), 766-767.
 20. Ong, JJY. Bharatendu, C. Goh, Y. Tang, JZY. Sooi, KWX. Tan, YL. Tan, BYQ. Teoh, HL. Ong, ST. Allen, DM. Sharma, VK. (2020). Headaches associated with personal protective equipment - a cross-sectional study among frontline healthcare workers during Covid-19. *Headache*. May;60(5):864-877.
 21. Pan, R. Zhang L. Pan, J. (2020). “The anxiety status of chinese medical workers during the epidemic of covid-19: a meta-analysis,” *Psychiatry Investigation*,;17(5):475-480
 22. Polat, Ö. Coşkun, F. (2020). Determination of the relationship between the use of personal protective equipment by healthcare professionals and their depression, anxiety, and stress levels in the Covid -19 Epidemic.” *Western Black Sea Journal of Medicine* .; 4(2): 51-8.
 23. Rabi, F. A. Al Zoubi, M. S. Kasasbeh, G. A. Salameh, D. M. Al-Nasser, A. D. (2020). SARS-CoV-2 and coronavirus disease 2019: what we know so far. *Pathogens*, 9(3), 231.
 24. Shi, Y. Wang, J. Yang, Y. Wang, Z. Wang, G. Hashimoto, K. Liu, H. (2020). Knowledge and attitudes of medical staff in Chinese psychiatric hospitals regarding COVID-19. *Brain, Behavior, & Immunity-Health*, 100064.
 25. Til, A. (2020). “Things to know about the new coronavirus disease (Covid - 19) disease.” *Lakes Region Monthly Economy and Culture Magazine*.53(8):53-57.
 26. World Health Organization, (2020). Coronavirus disease (COVID-19) situation dashboard. <https://covid19.who.int/>
 27. Yi, Y. Lagniton, P. N. Ye, S. Li, E. Xu R. H. (2020). COVID-19: what has been learned and to be learned about the novel coronavirus disease. *International Journal of Biological Sciences*, 16(10), 1753.
 28. Yolun, M. (2012). *The Effects of the Spanish Flu on the World and the Ottoman State*, (Unpublished Master's Thesis), Adiyaman University Institute of Social Sciences, Adiyaman.