



**SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ**

**JOURNAL OF HEALTH PROFESSIONALS RESEARCH**

**J HEALTH PRO RES**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

**SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ**  
**JOURNAL OF HEALTH PROFESSIONALS RESEARCH**

**J HEALTH PRO RES**

**CİLT 5 SAYI 2 YIL 2023/ VOL 5 NO 2 YEAR 2023**

**İÇİNDEKİLER**

	<b>DANIŞMA KURULU</b>	i
	<b>YAZARLARA BİLGİ</b>	iii
	<b>ARAŞTIRMA MAKALELERİ</b>	
1	Sorumlu Hemşirelerin Hasta Merkezli Bakım Yetkinliklerinin Belirlenmesi Fatma Hastaoğlu, Yudum Bulut, Mukadder Mollaoğlu	96-102
2	Covid-19 Pandemi Sürecinde Hemşirelik Öğrencilerinin Çevrimiçi Eğitimi Sonrası Hemşirelik Becerilerini Yerine Getirmede Yaşadıkları Sorunlar: Nitel Bir Çalışma Ayşe Eminoğlu, Nazike Duruk	103-112
3	Covid 19 Pandemisinin Hemşirelerin Tükenmişlik ve İş Doyumu Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi Ayşe Eminoğlu, Nazike Duruk	113-123
4	Hemşirelik ve Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Anne Sütü Bankacılığı Hakkındaki Görüşleri Öznur Yaşar, Esra Çevik, Deniz Aslı Dokuzcan	124-129
	<b>DERLEME</b>	
5	Radius Distal Uç Kırıklarında Kan Akımı Kısıtlamalı Egzersizlerin Etkinliğinin İncelenmesi İbrahim Arkın, Doç. Dr. Esra Pehlivan	130-137
6	Palyatif Bakım Hastalarında Psikososyal Semptomların Yönetimi Neslihan Keser Özcan	138-145
7	Ameliyathanede Hayati Bir Liste: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Büşra Ergen, Dilek Yıldırım Tank	146-151

**DERGİNİN SAHİBİ**  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi

**BAŞ EDITÖR**  
Prof. Dr. Cevdet ERDÖL

**EDITÖR**

Prof. Dr. Arzu İRBAN

Doç. Dr. Esra PEHLİVAN

**ALAN EDITÖRLERİ**

Dr. Bertuğ SAKIN  
Dr. Elvan YILMAZ AKYÜZ  
Dr. Fatmagül VAROL  
Dr. Handan ÖZCAN  
Dr. Hülya YÜCEL  
Dr. Mediha Demet OKUDAN  
Dr. Ümmügülsüm AYSAN  
Dr. Serap TEPE  
Dr. Yasemin AYDIN KARTAL  
Dr. Zahra POLAT

**SEKRETERYA / MİZANPAJ EKİBİ**

Arş. Gör. Ahmet GÖKCAN  
Arş. Gör. Ahsen ERİM  
Arş. Gör. Ahsen KARTAL  
Arş. Gör. Ayşe Derya SARAÇOĞLU  
Arş. Gör. Beyza PEHLİVAN  
Arş. Gör. Büşra TEKİN  
Arş. Gör. Ceyhan TURHAN  
Arş. Gör. Ebru YILDIZ  
Arş. Gör. Mert KILIÇ  
Arş. Gör. Pınar BAŞTÜRK  
Arş. Gör. Yasemin Tuğba ÖĞÜNÇ

**DANIŞMA KURULU**

Dr. Abdullah Tırgil  
Dr. Abdülkadir Yeler  
Dr. Ahmet Zeki İzgöer  
Dr. Alev Keser  
Dr. Ali Rıza Abay

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi  
İstanbul Medeniyet Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
Ankara Üniversitesi  
Yalova Üniversitesi

Dr. İlkem Kara  
Dr. İpek Yeldan  
Dr. İsmail Barış  
Dr. Joseph Akanuwe  
Dr. Melih Zeren

Hacettepe Üniversitesi  
İstanbul Üniversitesi  
Üsküdar Üniversitesi  
Lincoln University  
Bezmialem Üniversitesi

Dr. Alis Kostanoğlu	Bezmalem Üniversitesi	Dr. Mendane Saka	Başkent Üniversitesi
Dr. Arzu Razak Özdiñçler	Biruni Üniversitesi	Dr. Muhittin Tayfur	Başkent Üniversitesi
Dr. Asiye Ayar Kocattürk	Medipol Üniversitesi	Dr. Murat Baş	Acıbadem Üniversitesi
Dr. Aydan Ercan	Trakya Üniversitesi	Dr. Murat Konca	Çankırı Üniversitesi
Dr. Aysel Yıldız	Marmara Üniversitesi	Dr. Mustafa Yılmaz	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Dr. Aysun Yüksel	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. Nazan Karahan	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Ayşen Köse	Hacettepe Üniversitesi	Dr. Nazlı Baltacı	Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Dr. Besey Ören	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. Nebile Özmen	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Binnur Okan Bakır	Yeditepe Üniversitesi	Dr. Necla Dalbay	İstanbul Aydın Üniversitesi
Dr. Birol TİBET	TÜSEB	Dr. Neriman Çağlayan Keleş	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Buket Akıncı	Biruni Üniversitesi	Dr. Neriman Zengin	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Demet Tekin	Fenerbahçe Üniversitesi	Dr. Neşe Kaya	Erciyes Üniversitesi
Dr. Derya Yüksel Koçak	Hitit Üniversitesi	Dr. Nevin Şahin	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa
Dr. Dilber Coşkunsu	Bahçeşehir Üniversitesi	Dr. Nezihe Kızılkaya Beji	Biruni Üniversitesi
Dr. Elif İşlek	TÜSEB	Dr. Nilgün Avcı	Biruni Üniversitesi
Dr. Elvan Yılmaz Akyüz	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. Nur Elçin Boyacıoğlu	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa
Dr. Emel Tahir	Ondokuz Mayıs Üniversitesi	Dr. Nuran Aydın	Medipol Üniversitesi
Dr. Emine Koç	Ondokuz Mayıs Üniversitesi	Dr. Nurgül Karakurt	Atatürk Üniversitesi
Dr. Ergül Aslan	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa	Dr. Özge Küçükerdönmez	Ege Üniversitesi
Dr. Esra Pehlivan	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. Özgür Sarı	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Esra Yücel	Hacettepe Üniversitesi	Dr. Ramazan Erdem	Süleyman Demirel Üniversitesi
Dr. Fatih Özbek	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. Rasmi Muammer	Yeditepe Üniversitesi
Dr. Fatma Deniz Sayiner	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi	Dr. Rengin Demir	İstanbul Üniversitesi
Dr. Fatma Esen Aydınlı	Hacettepe Üniversitesi	Dr. Rıza Korhan Sezgin	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Feryal Subaşı	Yeditepe Üniversitesi	Dr. Rukiye Hobek Akarsu	Bozok Üniversitesi
Dr. Gamze Akbulut	Gazi Üniversitesi	Dr. Rüştü Uçan	Üsküdar Üniversitesi
Dr. Göksel Demir	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. Saadet Yazıcı	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Gül Kızıltan	Başkent Üniversitesi	Dr. Semiha Aydın Özkan	Adıyaman Üniversitesi
Dr. Gülay Koçoğlu	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi	Dr. Semiramis Özyılmaz	Bezmalem Üniversitesi
Dr. Gülçin Bozkurt	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa	Dr. Serap Tepe	Üsküdar Üniversitesi
Dr. Gülhan Yılmaz Gökmen	Bandırma Üniversitesi	Dr. Sevgi Özalevli	Dokuz Eylül Üniversitesi
Dr. H. Serap İnal	Bahçeşehir Üniversitesi	Dr. Sevinç Yücecan	Yakın Doğu Üniversitesi
Dr. Hafize Öztürk Can	Ege Üniversitesi	Dr. Şengül Hablemitoğlu	Lefke Avrupa Üniversitesi
Dr. Hakan Değerli	Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi	Dr. Tuncay Soylu	Trakya Üniversitesi
Dr. Hale Tosun	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. Tülay Yılmaz	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa
Dr. Handan Özcan	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. Ümit Çıraklı	Yozgat Bozok Üniversitesi
Dr. Hanifegül Taşkıran	İstanbul Aydın Üniversitesi	Dr. Ümmügülsüm Aysan	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Hasan Hüseyin Yıldırım	TÜSEB	Dr. Üyesi Esin Sezgin	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Haşim Çapar	İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi	Dr. Vahit YİĞİT	Süleyman Demirel Üniversitesi
Dr. Hayrettin Mutlu	İstanbul Gedik Üniversitesi	Dr. Yasemin Aydın Kartal	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Hilal Külli	Bezmalem Üniversitesi	Dr. Yasin Acar	Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi
Dr. Huriye Tümer	İstanbul Sebahattin Zaim Üniversitesi	Dr. Yeliz Dinçer	Düzce Üniversitesi
Dr. Hür Mahmut Yücer	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Dr. Yasemin Hamlacı	Sakarya Üniversitesi
Dr. Hüsniye Dinç	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa	Dr. Zekiye Karaçam	Adnan Menderes Üniversitesi
Dr. İlhan Tomanbay	İstinye Üniversitesi	Dr. Zekiye Turan	Sakarya Üniversitesi

## YAZARLARA BİLGİ

### 1-DERGİNİN AMACI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi tarafından yayınlanan SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ kar amacı gütmeyen ve kamu yararını gözeten hakemli bir dergidir. Sağlık bilimleri ve meslekleri alanında ulusal ve uluslararası nitelikli çalışmaların yayınlanması ile sağlık profesyonellerinin gelişimine katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

### 2-ODAK VE KAPSAM

SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ'nin amaçları doğrultusunda yayın odağında;

- Teori ve uygulama arasında köprü olan,
- Sağlık profesyonellerinin teorik eğitimine katkı sağlayan,
- Sağlık profesyonellerinin uygulama alanlarında gelişmelerine katkı sağlayan,
- Sağlık profesyonellerinin çalışma kapsamında güncel sağlık sorunlarını ve çözüm önerilerini ele alan,
- Sağlığı geliştiren, koruyan ve hastalık sürecinde uygulanan girişimleri ele alan çalışmalar yer almaktadır.

SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ 'nin yayın kapsamında;

- Sağlık profesyonellerinin eğitimini geliştirmeye yardımcı olan çalışmalar
- Sağlık profesyonellerinin temel problemlerini ve uygulamalarını inceleyen, geliştiren çalışmalar
- Sağlık profesyonellerinin görev ve sorumlulukları kapsamında güncel sağlık sorunlarını irdeleyen çalışmalar
- Meta-analiz, sistematik inceleme ile büyük araştırma grupları veya örneklerle gerçekleştirilmiş çalışmalar
- Sağlık profesyonellerinin yetkileri kapsamında sağlık sorunlarını ve toplum üzerinde etkisini inceleyen çalışmalar

### 3-YAYIN SIKLIĞI

Uluslararası hakemli bir dergi olan SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ Şubat, Haziran ve Ekim aylarında olmak üzere yılda üç kez elektronik olarak yayımlanır.

### 4-YAYINLAMA POLİTİKALARI

SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ'ne, daha önce yayımlanmamış ya da yayımlanmak üzere başka bir yere gönderilmemiş, özgün, güncel ve sağlık profesyonellerine katkı yapacak makaleler gönderilmelidir.

### 5-YAYIN DİLİ

SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ'nin yayın dili Türkçe'dir. Aynı zamanda İngilizce makaleler yayımlanır. Makalelerin yazımı dil bilgisi kurallarına uygun olmalıdır. Makaleler anlaşılır, açık ve yalın bir dil ile yabancı sözcüklerden arındırılmış olarak yazılmalıdır. Yabancı sözcük kullanımı zorunlu olduğunda yanında parantez içinde Türkçesi yazılmalıdır. Yazar(lar)a, makalelerin değerlendirme sürecinde editörler kurulu, hakemler ya da dil editörlerince düzeltmeler önerilebilir. Bu düzeltmelerin yapılması, yazarların sorumluluğundadır.

### 6-DERGİNİN BÖLÜMLERİ

SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ'nde ağırlıklı olarak özgün nitelikli araştırma makaleleri (% 100 - % 80) yayımlanır. Her sayıda araştırma sayısına göre derleme makale sayısına karar verilir.

### 7-YAZIM KURALLARI

**Sayfa Düzeni:** Makale, bilgisayarlarda Microsoft Word programı ile yazılmalıdır. A4 dikey, Kenar boşlukları 4 yandan 2,5cm

**Font:** The Times Roman, Ana başlıklar 11, Metin 10 punto büyüklüğünde yazılmalıdır.

**Makale türlerine göre sırasıyla aşağıdaki ana başlıklardan oluşmalıdır;**

**7-1. Orijinal Araştırma Makalesi:** Sağlık profesyonellerinin görev yetki ve sorumlulukları kapsamında, daha önce herhangi bir yerde yayımlanmamış prospektif-retrospektif ve deneysel çalışmalardır.

#### Yapısı:

- Başlık (11 punto, sırayla Türkçe ve İngilizce)
- Öz (10 punto, ortalama 250-300 kelime; amaç, gereç ve yöntemler, bulgular ve sonuç bölümlerinden oluşmalı)
- Abstract (10 punto ortalama 250-300 kelime, Aim, Method, Result, Conclusion)
- Anahtar kelimeler (10 punto alfabetik sıra ve noktalı virgül ile ayrılmalı)
- Giriş
- Gereç ve Yöntem
- Bulgular
- Tartışma
- Sonuç
- Teşekkür
- Kaynaklar
- Tablo, şekil, resim (Tablo başlıkları ve metin 10 Punto, tablo ve şekil toplam sayısı en fazla 5 olmalıdır.)

**7-2. Derleme Makalesi:** Doğrudan veya davet edilen yazarlar tarafından son literatürü içine alacak şekilde hazırlanmalıdır.

**Yapısı:**

- Başlık (sırayla Türkçe ve İngilizce)
- Öz (Ortalama 200-250 kelime, Türkçe)
- Abstract (Ortalama 200-250 kelime, İngilizce)
- Anahtar kelimeler (alfabetik sıra ve noktalı virgül ile ayrılmalı)
- Konu ile ilgili başlıklar
- Kaynaklar
- Tablo, şekil, resim (**Tablo başlıkları ve metin 10 Punto**)

**7-3. Olgu Sunumu:** Nadir görülen farklılık gösteren makalelerdir. Yeterli sayıda fotoğraflarla ve şemalarla desteklenmiş olmalıdır.

**Yapısı:**

- Başlık (11 punto, sırayla Türkçe ve İngilizce)
- Öz (10 punto, ortalama 100-150 kelime; bölümsüz; Türkçe)
- Abstract (10 punto, ortalama 200-250 kelime, İngilizce)
- Anahtar kelimeler (10 punto, alfabetik sıra ve noktalı virgül ile ayrılmalı)
- Giriş
- Olgu Sunumu
- Tartışma
- Kaynaklar
- Tablo, şekil, resim (**Tablo başlıkları ve metin 10 Punto**)

**7-4. Editöryel Yorum/Tartışma:** Yayımlanan orijinal araştırma makalelerinin, araştırmanın yazarları dışındaki, o konunun uzmanı tarafından değerlendirilmesidir. İlgili makalenin sonunda yayımlanır.

**7-5. Editöre Mektup:** Son bir yıl içinde dergide yayımlanan makaleler ile ilgili okuyucuların değişik görüş, tecrübe ve sorularını içeren en fazla 500 kelimelik yazılardır.

**Yapısı:**

- Başlık ve öz bölümleri yoktur.
- Anahtar kelimeler (alfabetik sıra ve noktalı virgül ile ayrılmalı)
- Kaynak sayısı 5 ile sınırlıdır.
- Hangi makaleye (sayı, tarih verilerek) ithaf olduğu belirtilmeli ve sonunda yazarın ismi, kurumu, adresi bulunmalıdır. Mektuba cevap, editör veya makalenin yazar(lar)ı tarafından, yine dergide yayımlanarak verilir.

**7-6. Bilimsel Mektup:** Genel tıbbi konularda okuyucuyu bilgilendiren, basılmış bilimsel makalelere de atıfta bulunarak o konuyu tartışan makalelerdir.

**Yapısı:**

- Başlık (sırayla Türkçe ve İngilizce)
- Öz (ortalama 100-150 kelime; bölümsüz, Türkçe ve İngilizce)
- Anahtar kelimeler (alfabetik sıra ve noktalı virgül ile ayrılmalı)
- Konu ile ilgili başlıklar
- Kaynaklar

**7-7. Şekil, Resim, Tablo ve Grafikler**

- Tablo başlıkları 10 Punto, ilk harfler büyük yazılmalıdır (Tablo 1. Sosyodemografik Özellikler)
- Şekil, resim, tablo ve grafiklerin metin içinde geçtiği yerler ilgili cümlelerin sonunda belirtilmelidir. Şekil, resim, tablo ve grafiklerin açıklamaları makalede kaynakların sonuna eklenmelidir.
- Şekil, resim/fotoğraflar ayrı birer jpg veya gif dosyası olarak (pixel boyutu yaklaşık 500x400, 8 cm eninde ve 300 çözünürlükte taranarak), sisteme eklenmelidir.
- Kullanılan kısaltmalar şekil, resim, tablo ve grafiklerin altındaki açıklamada belirtilmelidir.
- Daha önce basılmış şekil, resim, tablo ve grafik kullanılmış ise yazılı izin alınmalıdır ve bu izin açıklama olarak şekil, resim, tablo ve grafik açıklamasında belirtilmelidir.
- Resimler/fotoğraflar renkli, ayrıntıları görülecek derecede kontrast ve net olmalıdır.

**7-8. Sayıların Yazılışı**

Ondalık Sayıların yazımında sadece nokta kullanılmalıdır. Nokta sonrası iki sayı verilmelidir.

Örnek: 12.25; %36.74; p=0.025;

**7-9. Kısaltmalar**

İlk kullanımda uzun şekli yazılmalı ve hemen yanında parantez içinde kısaltılmış şekli verilmeli ve tüm metin boyunca o kısaltma kullanılmalıdır. Uluslararası kullanılan kısaltmalar için "Bilimsel Yazım Kuralları" kaynağına başvurulabilir.

## 7-10. Anahtar Kelimeler

En az 2 adet, Türkçe ve İngilizce yazılmalıdır. Kelimeler birbirlerinden noktalı virgül (;) ile ayrılmalıdır. İngilizce anahtar kelimeler “Medical Subject Headings (MESH)”e uygun olarak verilmelidir (Bkz: [www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html](http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html)). Türkçe anahtar kelimeler Türkiye Bilim Terimleri (TBT)’ne uygun olarak verilmelidir (Bkz: [www.bilimterimleri.com](http://www.bilimterimleri.com)).

## 7-11. Teşekkür

Eğer çıkar çatışması, finansal destek, bağış ve diğer bütün editöryal (istatistiksel analiz, İngilizce/Türkçe değerlendirme) ve/veya teknik yardım varsa, metnin sonunda sunulmalıdır.

## 7-12. Kaynaklar

Dergide kaynak yazımı Vancouver Stilidir.

Kaynaklar makalede geçiş sırasına göre yazılmalı ve metinde cümle sonunda noktalama işaretlerinden önce parantez içinde belirtilmelidir. Makale içinde geçen bütün kaynaklar makalenin sonunda Kaynaklar başlığı altında yazılmalıdır. Kaynaklarda yazar sayısı 6 veya daha az ise tüm yazarlar belirtilmeli, 7 veya daha fazla ise ilk 6 isim yazılıp İngilizce kaynaklarda “et al.”, Türkçe kaynaklarda “ve ark.” eklenmelidir. Kaynakların yazımı için örnekler (Noktalama işaretlerine lütfen dikkat ediniz). Kaynakların doğruluğundan yazarlar sorumludur. Kaynak yazımında aşağıda belirtilen kurallara dikkat edilmelidir.

VANCOUVER KAYNAK YAZIM STİLİ	
<b>Metin İçinde Kaynak Gösterimi</b> Metin içinde geçiş sırasına göre numaralandırılır. Birden fazla kaynak kullanıldıysa kaynaklar arasında virgül konulmalıdır. (Örnek:.....(1,2).....(2,3). Birden fazla referans beraber kullanılacaksa kaynaklar arasına virgül konulmalıdır (1,2). Peş peşe gelen referanslar kullanılacaksa araya tire konulmalıdır (1-2).  Aynı kaynaktan birden fazla alıntı yapılıyorsa sayfa numarası da belirtilmelidir.	
<b>Kaynaklar Bölümünde Kaynak Gösterimi</b> Metin sonunda kaynaklar metin içinde kullanıldıkları sıraya göre numaralandırılarak ayrı bir liste halinde verilmelidir.	
<b>Dergi:</b> Dergi isimlerinin kısaltmaları Index Medicus/Medline/PubMed listesine göre yapılmalıdır (dergilerin kısaltmaları için <a href="http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html">http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html</a> adresinden ulaşılabilir).Dergi ismi bu listelerde yer almıyorsa tam olarak yazılmalıdır. Kaynaklarda yer alan yazar sayısı 6 ya da daha az ise hepsi yazılmalı, 7 ya da daha fazla ise 6. yazardan sonra Türkçe kaynaklarda “ve ark.”, yabancı kaynaklarda “et al.” olarak kısaltılmalıdır. Yazar isimlerinden sonra, o yazının tam başlığı, derginin adı, yıl, cilt ve sahifeler sıralanır.	
<b>DERGİ</b>	
Tek yazarlı makaleler	Zengin N. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde öz-etkililik-yeterlilik algısı ve klinik uygulamada yaşanan stresle ilişkisinin incelenmesi. <i>Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi</i> 10 (1), 49-57.
Çok yazarlı makaleler	Akinci AC, Zengin N, Yıldız H, Sener E, Gunaydin B. The complementary and alternative medicine use among asthma and chronic obstructive pulmonary disease patients in the southern region of Turkey. <i>Int J Nurs Pract</i> 2011;17(6), 571-582.
Yazarı verilmeyen makaleler	Cancer in South Africa [editorial]. <i>S Afr Med J</i> 1994; 84:15.
Yazarın kurum olduğu makaleler	Türk Hemşireler Derneği. Hemşirelik için geleceğe yönelik stratejiler. <i>Klinik Forum</i> 1992; 105: 23-5.
<b>KİTAPLAR</b>	
Tek yazarlı	Kolcaba K. Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research. New York: Springer publishing;2003.
2 – 6 Yazarlı	Madden R, Hogan T. The definition of disability in Australia: Moving towards national consistency. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 1997.
Yazar sayısı 6’dan fazla	Rodgers P, Smith K, Williams D, et al. The way forward for Australian libraries. Perth: Wombat Press; 2002.
Editör	Kastenbaum R, editor. Encyclopedia of adult development. Phoenix: Oryx Press; 1993 Zengin N, Ören B, eds. İç hastalıkları ve kadın sağlığı (ebeler için). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi,2018.
Kitap Bölümü	Zengin N, Şolt A. İmmün Sistem. İçinde: Zengin N, Ören B, Eds. İç Hastalıkları ve Kadın Sağlığı (ebeler için). İstanbul:Nobel Tıp Kitabevi; 2018. s. 8-20.

	Phillips SJ, Whistant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, Eds. Hypertension: Pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: RavenPress; 1995. p.465-78.
Kongre / Sempozyum özet bildirileri	Kar S, Zengin N. KOAH' ı hastalarda öz-etkililiğin, bakım verenlerin yükü ile ilişkisi. 1..Uluslararası İç Hastalıkları Hemşireliği Kongresi; 25-27 Kasım 2018; Antalya
Tez	Zengin N. Antikoagülan tedavinin İzlenmesinde iki farklı kan alma yöntemi: vena ponsiyon ve periferik venöz kateter. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi. 1999.
Yazarın kurum olduğu kitaplar	Institute of Medicine. Looking at the future of the Medicaid program. Washington: TheInstitute; 1992. p. 567-98. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması 2003. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; 2003. s. 56-72.
<b>İNTERNET KAYNAKLARI</b>	
CD Rom Kitaplar	The Oxford english dictionary [CD-ROM]. 2nd ed. New York, NY: Oxford UniversityPress; 1992. Alberts B, Johnson A, Lewis J, Raff M, Roberts K, Walter P. Molecular Biology of the Cell [CD-ROM]. 4th ed. New York, NY: Garland Science; 2002.
İnternet kitap	Yazar (lar). Bölüm başlığı İçinde: Editör (ler). Kitap başlığı. [Baskı numarası, ikinci veya üzeri ise; ilk basımdan baskı gerekli değildir]. Yayıncının Şehri, (veya ülkesi): Yayıncının adı; telif hakkı yılı; dahil sayfalar. URL: [URL sağlayın ve bağlantının hala yayınlanma süresine en yakın şekilde çalıştığını doğrulayın]. Erişim [tarih]. Resnick NM. Geriatric medicine. In: Braunwald E, Fauci AS, Isselbacher KJ, et al, eds. Harrison's Online. Based on: Braunwald E, Hauser SL, Fauci AS, Kasper DL, Longo DL, Jameson JL, eds. Harrison's Principles of Internal Medicine. 15th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2001.
İnternet Dergi	Reid DB. Australian association of doctors' health advisory services. Med J Australia [serial online]. 2005 [cited 2006 Mar 28];182(5):255. Available from: Health and Medical Complete LaPorte RE, Marler E, Akazawa S, Sauer F. The death of biomedical journals. BMJ [online]. 1995;310:1387-90. URL:http://www.bmj.com/bmj/archive/6991ed2.htm. September 26, 1996.
Web Sayfası	Yazar (lar), eğer verilmiş ise (çoğunlukla hiçbir yazar verilmez). Atfıta bulunulan konunun adı (belirtilmemişse, siteden sorumlu kuruluşun adını kullanın). Web sitesinin adı. URL [URL]. Yayınlanma tarihi. Güncellenme tarihi. Erişim tarihi. World Health Organization. Major NCDs and their risk factors.. <a href="https://www.who.int/ncds/introduction/en/">https://www.who.int/ncds/introduction/en/</a> . Erişim tarihi 15.04.2019].
İnternette Alınan Kaynak	Covell K. 2007. [4 screens]. URL: http:// www.voicesforchildren.ca/index. April 24, 2007.
Elektronik dergi	LaPorte RE, Marler E, Akazawa S, Sauer F. The death of biomedical journals. BMJ [online]. 1995;310:1387-90. URL:http://www.bmj.com/bmj/archive/6991ed2.htm. September 26, 1996.
Kurum Raporları	Department of Health and Ageing. Ageing and aged care in Australia [Internet]. 2008 [cited 2008 November 10]. Available from: http:// www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/ageing
İkincil Kaynaklar	Jones C. Hypotheses. 2008. Cited by: Smith J. Analysing Hypotheses. Penrith: University of Western Sydney; 2009:2.

## 8. MAKALE GÖNDERME

SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ'ne makale başvurusu yapacak yazar(lar) <https://dergipark.org.tr/tr/pub/jhpr> adresindeki dergi yönetim sistemine üye olarak makalelerini sisteme yükleyebilirler.

### 8-1. Telif Hakkı Devri

Yazarlar makalelerinin telif haklarını, makale başvurusu sırasında devretmek zorundadır. Bunun için "Telif Hakkı Devir Formu"nu doldurarak tüm yazarlar imzalar ve PDF olarak makaleyle birlikte TÜBİTAK ULAKBİM DERGİPARK sistemine (<http://ulakbim.gov.tr/auebfd>) yükler. Editörler Kurulu, makalenin yayımlanmasında yetkilidir. Ayrıca yazarların telif hakkı dışında kalan patent hakları, dersleri, sunumları ve kitap çalışmalarında makaleyi ücret ödemeksizin kullanabilme hakkı, satmamak koşuluyla kendi amaçları için makaleyi çoğaltma hakkı, postayla veya elektronik yolla dağıtım hakkı saklıdır. Ayrıca makalenin herhangi bir bölümünün başka bir yayında kullanılmasına Dergiye atfıta bulunulması koşuluyla yazarına izin verilir. "Telif Hakları Tutanağı"nı makale başvurusu ile sisteme yüklemeyen yazarların makalelerine işlem yapılmaz. Telif hakkı devri yalnız SAĞLIK PROFESYONELLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ'nde yayımlanan makaleler için geçerlidir; yayımlanmayan makalelerin telif hakkı yazarlarındır.



## 9. KÖR HAKEMLİK VE DEĞERLENDİRME SÜRECİ

### 9-1. Değerlendirme Süreci

Sağlık Profesyonelleri ve Araştırma Dergisi'ne başvurusu yapılan makaleler, yazar ve hakem kimliklerinin gizlendiği, yazarların hakemlerin kim olduğunu hakemlerin yazarların kim olduğunu bilmediği **İKİ YÖNLÜ KÖR HAKEMLİK** süreciyle şu aşamalarda değerlendirilmektedir.

### 9-2. Ön İnceleme ve Ön Değerlendirme Süreci

Sağlık Profesyonelleri ve Araştırma Dergisi'ne gönderilen makaleler ön incelemede editörlerce değerlendirilir. Bu adımda, dergisinin amaçlarına, kapsamına ve yayın politikalarına uymayan, yazıldığı dil ve anlatım kurallarına uygun olmayan, yöntem açısından hata bulunan, özgün olmayan, benzerlik oranı yüksek olan makaleler reddedilir.

### 9-3. Benzerlik-Özgünlük Denetimi

Yayın etiği, başvurusu yapılan makale ile yayım aşamasına gelen her makalenin benzerlik-özgünlük durumunu belirlemek amacıyla **İNTİHAL DENETİMİNDEN** geçirilmesini zorunlu tutar. Benzerlik-intihal denetimi **ITHENTICATE** programıyla yapılır, raporu alınır. Editörler Kurul'unca makalede saptanan hataların yazar(lar) tarafından düzeltilmesi de istenebilir, ancak benzerlik oranı % 20'den fazla olan makaleler reddedilir ve yazar(lar)ı bilgilendirilir.

### 9-4. Ön Değerlendirme

Ön inceleme sürecini tamamlayan makaleler makalenin konusu ile ilgili olan **ALAN EDITÖRÜNE** iletilir. Alan editörüne gönderilen makaleyi inceler. Bu incelemede uygun bulunmayan makale gerekçe ile editöre sunulur. Alan editörü Dergiye uygun bulunduğu makalelerin hakem inceleme sürecini başlatır. Alan editörü makalenin sürecini izler.

### 9-5. Hakem Süreci

Alan editörü makaleyi değerlendirmesi için **en az İKİ HAKEME** iletilir. Yazar(lar)ın görev yaptığı kuruluştan, yazar(lar)la çatışma ve çıkar birliği bulunanlardan, alanı makaleyle ilgili olmayanlardan, tez danışmanı ya da tezin jüri üyelerinden hakem atanmasına özen gösterilir. Derginin bir sayısında aynı hakeme değerlendirmesi için bir makaleden fazla makale gönderilmez.

Hakem değerlendirmesi; makalenin bilimsel açısından incelenmesi, özgünlüğü, yöntemi, etik ilkelere uygunluğu, sonuçlarının tutarlı biçimde sunumuna, atıfların ilkelere uygunluğu, kaynakça ile atıfların tutarlılığına dayanır. Hakem değerlendirme süreci için hakemlere bir ay süre verilir, hakemin istemi doğrultusunda gerektiğinde süre uzatılabilir. Hakemler makaleyi değerlendirdikten sonra, makaleyle birlikte gönderilmiş olan, araştırma makalesi için "Araştırma Makalesi Değerlendirme Formu"nu, derleme makale için ise "Derleme Makalesi Değerlendirme Formu"nu doldurmaları gerekir. Hakemler, ayrıca makale üzerinde düzeltme önerilerini belirtebilirler. Hakemlerden ve/ya da editörlerden gelen düzeltme önerileri doğrultusunda yazarlarca üç hafta içinde "Makale Düzeltme Raporu" hazırlanması gerekir. Yazarlar bu raporda, yapılması önerilen düzeltmelerden yaptıklarını ve yapamadıklarını gerekçeleriyle belirtirler, sonra düzeltilmiş makaleyle birlikte elektronik başvuru sistemine yüklerler. Düzeltmeleri görmek isteyen hakemlere, düzeltilmiş makale gönderilir. Hakemler ya da editörlerce, yazarlardan birden fazla düzeltme istenebilir. Yazar(lar)ın bu düzeltmeleri yapmaları beklenir.

### 9-6. Değerlendirme Sonucu ve Editörler Kurulu Kararı

Hakemlerden gelen görüşler ile varsa yazarlardan gelen düzeltme raporu, editör tarafından incelenir. Bu inceleme sonucunda, editör, makalelerle ilgili kararı oluşturmak üzere Editörler Kurulu'na toplantıya çağırır. Editörler Kurulu, alan editörü ve hakemlerin görüşleri doğrultusunda makaleleri görüşerek son kararını verir. Editör, yayımlanmasına karar verilen makalelerle ilgili Fakültesi Yönetim Kurulu'na yazılı olarak bilgi verir. Yayımlanmasına karar verilen makalelerin sayfa düzenlemesi (mizanpajı), Fakültesi elemanlarınınca yapılır. Böylece yayımlanacak makalelerin biçim açısından bir örnek ve birbiriyle tutarlı olmaları sağlanır. Sayfa düzenlemesi yapılan makaleler dil editörlerine (Türkçe, İngilizce) incelenir, gerekliyse yazarlardan düzeltme istenir. Düzeltmeleri tamamlanarak yayım aşamasına gelen makalelerin son kez benzerlik- intihal denetimi yapılır, makale genel olarak bir kez daha gözden geçirilerek yazarlarından "basılabilir" onayı alınır.

### 9-7. Değerlendirmeye İtiraz Hakkı

Bir makale ile ilgili verilen karara, yazar(lar)ın itiraz hakkı vardır. Yazar(lar), Editörler Kurulu kararına yönelik itiraz gerekçelerini kantlarıyla ve kaynak göstererek <https://dergipark.org.tr/tr/pub/jhpr> adresine bir iletiyle bildirebilirler. Yazar(lar)ın itirazı, Editörler Kurul'unca incelenerek yazar(lar)ya yanıt verilir. İtiraz haklı bulunursa, Editörler Kurulu yeni hakemlerle değerlendirmeyi yeniden başlatır.

### 9-8. Atf ve Kaynakça Denetimi

Makalelere atıfların doğru ve eksiksiz verilmesi zorunludur. Bu denetim, önce değerlendirme sırasında hakemlerce, sonra benzerlik-intihal (**iThenticate**) programı sonucuna göre editörlerce yapılır.

- Kaynakça, vancouver biçimi kaynak yazımına uygun olmalıdır.
- Metinde yararlanılan kaynakların, kaynakçada eksiksiz ve doğru biçimde verilir ve vermediği denetlenir. Kaynakçadaki her kaynağa ilişkin metin içindeki atıflar uygun biçimde yapılmadıysa düzeltilir.
- Metin içindeki atıfların, yollama ilkelerine uygun biçimde yapılar yapılmadığı denetlenir, eksik ya da hatalı olanlar düzeltilir.
- Türkçe makaleler için Türkçe, İngilizce makaleler için İngilizce kaynak gösterme ilkeleri temel alınır.

### 9-9. Makaleyi Geri Çekme

Editörler Kurulu, değerlendirme sürecindeki bir makaleyi yazar(lar)ının geri çekme istemini aldığı anda, kısa sürede inceleyerek yazar(lar)ya yazılı yanıt verir. Yazar(lar), değerlendirme sürecinde, makaleyi çekmek için editörle işbirliği yapmakla yükümlüdür. Başvurusu yapılmış bir makalenin geri çekilme istemi Editörler Kurulu'nca onaylanmadıkça, yazar(lar) makalesini başka bir dergiye gönderemez. Değerlendirme sürecindeki bir makalenin geri çekilme isteminde bulunmak isteyen yazar(lar), <https://dergipark.org.tr/tr/pub/jhpr> ileti adresiyle Editörler Kurulu'na iletir. Editörler Kurulu, makale çekme istemini kısa sürede inceleyerek kararını yazar(lar)ya bildirir.

## ETİK SORUMLULUKLAR VE POLİTİKALAR

Yayın süreci bilimsel yöntemle yansız biçimde bilginin üretilmesi, geliştirilmesi ve paylaşılmasına dayanır. Yayıncı, editörler, yazarlar, hakemler ve okuyucuların etik ilkelere uymaları gerekir. Bu kapsamda Yayın Etiği Komitesi'nin (**Committee on Publication Ethics, COPE**) açık erişimde yayınladığı kılavuzlar ve politikalar doğrultusunda (**COPE Davranış Kuralları ve Dergi Editörleri İçin En İyi Uygulama Kılavuzları**; "Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors" ve "COPE Best Practice Guidelines for Journal

Editors”) süreci sürdürmeleri gerektirmektedir. Makalelerde kullanılan verilerin manipüle edilmesi, çarpıtılması ve uydurma verilerin kullanılması gibi durumlar tespit edilirse makale red edilecektir.

Dergi, “İnsan” ögesinin içinde bulunduğu tüm çalışmalarda Helsinki Deklerasyonu Prensipleri’ne uygunluk (<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>) ilkesini kabul eder. Bu tip çalışmaların varlığında yazarlar, makalenin GEREÇ VE YÖNTEMLER bölümünde bu prensiplere uygun olarak çalışmayı yaptıklarını, kurumlarının etik kurullarından ve çalışmaya katılmış insanlardan “Bilgilendirilmiş Olur” (informed consent) aldıklarını belirtmek zorundadır. Çalışmada “Hayvan” ögesi kullanılmış ise yazarlar, makalenin GEREÇ VE YÖNTEM bölümünde Guide for the Care and Use of Laboratory Animals ([www.nap.edu/catalog/5140.html](http://www.nap.edu/catalog/5140.html)) prensipleri doğrultusunda çalışmalarında hayvan haklarını koruduklarını ve kurumlarının etik kurullarından onay aldıklarını belirtmek zorundadır. Olgu sunumlarında hastanın kimliğinin ortaya çıkmasına bakılmaksızın hastalardan “Bilgilendirilmiş Olur” (informed consent) alınmalıdır. Eğer makalede direkt-indirekt ticari bağlantı veya çalışma için maddi destek veren kurum mevcut ise yazarlar; kullanılan ticari ürün, ilaç, firma ile ticari hiçbir ilişkisinin olmadığını ve varsa nasıl bir ilişkisinin olduğunu (konsültan, diğer anlaşmalar), editöre sunum sayfasında bildirmek zorundadır.

Makalelerin etik kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır. Makalede “Etik Kurul Onayı” alınması gerekli ise; alınan belge online olarak, Makale Gönderim” linkindeki ek dosyalar bölümden, gönderilmelidir. Makalenin değerlendirilmesi aşamasında, yayın kurulunun gerek görmesi halinde, makale ile ilgili araştırma verilerinin ve/veya etik kurul onayı belgesinin sunulması yazarlardan talep edilebilir.

## Sorumlu Hemşirelerin Hasta Merkezli Bakım Yetkinliklerinin Belirlenmesi

### Determination of Patient-Centered Care Competences of Responsible Nurses

Fatma HASTAOĞLU<sup>1</sup>, Yudum BULUT<sup>2</sup>, Mukadder MOLLAOĞLU<sup>3</sup>

#### ÖZ

**Amaç:** Bu çalışma ile sorumlu hemşirelerin hasta merkezli bakım yetkinliklerini değerlendirmek amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma tanımlayıcı desende planlanmıştır. Araştırmanın evreni, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi (n=55) ile Sivas Numune Hastanesinde (n=38) görev yapan toplam 93 sorumlu hemşirelerden oluşmaktadır. Örneklemi ise, çalışmaya katılmaya gönüllü, sorumlu hemşire olarak görev yapan 73 katılımcı oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında, literatür doğrultusunda hazırlanan, katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini belirlemeyi amaçlayan Değerlendirme Formu ve Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Ölçeği (HMBY) kullanılmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi için gereken izinler alınmış olup, online anket uygulama yöntemiyle çalışma tamamlanmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan katılımcıların yaklaşık yarısı (%47.9) 35-44 yaş arasındadır. Katılımcıların %79.5'i kadın, %76.7'si evli ve %64.4'ü lisans mezunu hemşirelerden oluşmaktadır. Ölçekten (HMBY) alınan toplam puan  $72.35 \pm 7.03$  olarak belirlenmiş ve cinsiyet ile medeni durumun, hemşirelerdeki hasta merkezli bakım yetkinliğini anlamlı biçimde etkilediği, sorumlu hemşirelerin hizmet içi eğitim alma durumları ve öğrenim düzeyleri de hasta merkezli bakım yetkinliklerini istatistiksel yönden anlamlı biçimde etkileyen faktörlerden olduğu saptanmıştır.

**Sonuç:** Hasta merkezli bakım yetkinliği, özellikle son yıllarda bakım kavramları içerisinde sıklıkla yer bulan önemli bir konudur. Öğrenim düzeyi lisansüstü olan sorumlu hemşirelerin hasta merkezli bakım yetkinlikleri alt boyut puan ortalamaları yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca hizmet içi eğitimin, hasta merkezli yaklaşımı önemli ölçüde etkilediği ve tekrarlı hizmet içi eğitimlerle, sorumlu hemşirelerdeki hasta merkezli bakım yetkinliğinin artırılacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hasta Merkezli Bakım, Hemşire, Sorumlu, Yetkinlik

#### ABSTRACT

**Aim:** The aim of this study was to evaluate the patient-centered care competencies of responsible nurses.

**Method:** The research was planned in a descriptive design. The universe of the research consists of 93 nurses working in Sivas Cumhuriyet University Practice and Research Hospital (n=55) and Sivas Numune Hospital (n=38). The sample consisted of 73 nurses in charge who volunteered to participate in the study, were open to communication, and worked as the responsible nurse. The Evaluation Form and the Patient-Centered Care Competency Scale, which were prepared in line with the literature and aimed to determine the socio-demographic characteristics of the participants, were used to collect the data. Necessary permissions were obtained for the implementation of the research, and the study was completed with the online survey method.

**Results:** The majority of the participants (47.9%) who participated in the study consisted of nurses between the ages of 35-44, female (79.5%), married (76.7%) and undergraduate (64.4%). The total score obtained from the scale was determined as  $72.35 \pm 7.03$ , and it was determined that gender and marital status significantly affected the patient-centered care competence of nurses. In addition, in-service training and education levels of responsible nurses are among the factors that affect patient-centered care competencies in a statistically significant way.

**Conclusion:** Patient-centered care competence is an important topic that has been frequently included in the concepts of care, especially in recent years. It was observed that both the patient-centered care competencies and the sub-dimension mean scores of the responsible nurses with a postgraduate education level were high. In addition, it is thought that in-service training significantly affects the patient-centered approach and patient-centered care competence of responsible nurses can be increased with repeated in-service trainings.

**Key Words:** Patient-Centered Care, Nurse, Responsible

**Geliş Tarihi/Received:** 15.12.2022 **Kabul Tarihi/Accepted:** 23.02.2023 **Çevrimiçi Yayın Tarihi/Available Online Date:** 30.06.2023 **DOI:** 10.57224/jhpr.1219030

<sup>1</sup> Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO, fhastaoglu@cumhuriyet.edu.tr, 0000-0001-8929-2860

<sup>2</sup> Sivas Numune Hastanesi, ydmbt\_uu@hotmail.com, 0000-0002-4284-811X

<sup>3</sup> Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, mukadder@cumhuriyet.edu.tr, 0000-0002-9264-3059,

Sorumlu yazar/Correspondence: Fatma Hastaoğlu

**Cite this article as:** Hasanoğlu F, Bulut Y, Mollaoğlu M. Determination of Patient-Centered Care Competences of Responsible Nurses. J Health Pro Res 2023;5(2): 96-102.

## Giriş

Hasta merkezli bakım (HMB), tıbbi uygulamada yaygın olarak kullanılan, ancak az anlaşılmış bir kavramdır (1). Hasta merkezli bakım, bireysel hasta tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı olma durumudur. Hastaların değerleri, tüm klinik kararlara yol gösterici unsurlardan biridir (2). Hasta merkezli bakım, geleneksel, sağlık personeli ve hastalık odaklı yaklaşımlardan ziyade, hastaların tercihlerini, ihtiyaçlarını, arzularını ve deneyimlerine ek olarak tıbbi konsültasyon, tedavi ve takibin her aşamasına tamamen entegre olmasını sağlar (3).

Aynı zamanda, hastanın hastalık deneyimini, psikososyal bağlamı ve ortak karar vermeyi birleştirerek hastalık odaklı modeli genişletir (4). Bu tür bakım, birçok birinci basamak hekimi, tıp eğitimi ve uzmanı tarafından bir tıbbi uygulama modeli olarak benimsenmiştir. Hasta merkezli bakımın unsurları antik çağlardan beri tanımlanmıştır. Pek çok farklı terminoloji kullanılmış olsa da, hastanın iyileşme süreci, hastalığın doğru bir şekilde teşhis edilmesi ve hastayı bir birey olarak tanımayla şekillendiği temel fikirdir. Hasta merkezli bir yaklaşımın unsurlarının bakımın önemli sonuçlarını iyileştirdiğine dair çok sayıda kanıt bulunmaktadır (5).

Hasta merkezli bakım, hastaya ve bireyin özel sağlık bakım gereksinimlerine odaklanır. Hasta merkezli sağlık hizmetinin amacı, hastaları bakımlarında aktif katılımcılar olmaları için güçlendirmektir. Bu, doktorların, radyolojik teknoloji uzmanlarının ve diğer sağlık hizmeti sağlayıcılarının iyi iletişim becerileri geliştirmelerini ve hasta ihtiyaçlarını etkin bir şekilde ele almalarını gerektirir. Hasta merkezli bakım aynı zamanda sağlık hizmeti sunucusunun bir hasta savunucusu olmasını ve yalnızca etkili değil aynı zamanda güvenli bir bakım sağlamaya çalışmasını gerektirir (6). Bir diğer deyişle, hasta merkezlik kişisel, profesyonel ve örgütsel ilişkilerin kalitesidir. Bu nedenle, hasta merkezli bakımı teşvik etme çabaları, hastaların (ve ailelerinin), klinisyenlerin ve sağlık sistemlerinin hasta merkezliliğini dikkate almalıdır (7).

Hasta merkezli bakımın çoğu tanımı, sağlık sistemlerinin ve tesislerinin tasarlanma ve yönetilme biçimini ve bakımın sunulma biçimini etkileyen birkaç ortak öğeye sahiptir:

- Sağlık sisteminin misyonu, vizyonu, değerleri, liderliği ve kalite iyileştirme etkenleri, hasta merkezli hedeflerle uyumludur.
- Bakım iş birliğine dayalı, koordineli ve erişilebilirdir. Doğru bakım, doğru zamanda ve doğru yerde sağlanır.
- Bakım, fiziksel rahatlığa olduğu kadar duygusal esenliğe de odaklanır.
- Hasta ve aile tercihlerine, değerlerine, kültürel geleneklerine ve sosyoekonomik koşullarına saygı duyulur.
- Hastalar ve aileleri, bakım ekibinin beklenen bir parçasıdır ve hasta ve sistem düzeyindeki kararlarda rol oynar.

- Aile üyelerinin bakım ortamında bulunması teşvik edilir ve kolaylaştırılır.
- Hastalar ve ailelerinin bilgiye dayalı kararlar verebilmeleri için bilgiler eksiksiz ve zamanında paylaşılır (8).

Hemşireler, hastaya odaklanmanın hemşireliğin merkezinde olduğu konusunda hemfikir olsalar da, hemşireler meslekler arası ekiplerin üyeleri olarak çalıştıkları için bağlam daha geniş olmalıdır. Bu nedenle, hemşirelikte hasta merkezli bakımın temel unsurlarını anlamak, günümüzde sağlık hizmetlerinin sunumunda esastır. Bu ihtiyacın önemini anlamak için, sağlık hizmetlerini ve HMB'nin sağlanmasını etkileyen bağlamsal faktörlerin anlaşılması gerekir. Hasta merkezli bakım sağlamanın temel amacı, mükemmellik sunmak ve hasta bakımının kalitesini iyileştirmektir (9). Bununla birlikte, literatürde hangi yapıların HMB oluşturduğuna ve bu bakım şeklinin sürdürülmesinin, hasta sonuçlarını nasıl etkilediğine dair netlik yoktur (10).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda kalite iyileştirmeye ve hasta güvenliğine sürekli vurgu yapılmıştır. Hasta merkezlik, yüksek kaliteli bakım ve hasta güvenliğinin temel bileşenidir. Bu anlamda, hasta bakımında önemli konumda yer alan sorumlu hemşirelerin, hasta merkezli bakım yetkinliklerini belirlemek önemlidir. Bu amaçla çalışmamızda, sorumlu hemşirelerin hasta merkezli bakım yetkinliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı olarak planlanan çalışmaya, örneklem seçim yöntemine gidilmeden Sivas Numune Hastanesi ve Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde görev yapan tüm sorumlu hemşirelerin dahil edilmesi planlandı. Her iki kurumda görev yapan toplam 93 sorumlu hemşire araştırmanın evrenini oluşturdu. Araştırmaya dahil edilme kriterleri; hemşirelik mezunu olan ve araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden sorumlu oluşturmaktadır. Bu durumda çalışmaya 73 sorumlu hemşire katılımıyla tamamlandı.

### Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma 2022 yılı Haziran- Aralık tarihleri arasında gerçekleştirildi. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hukuk Müşavirliği Etik kurulundan çalışma için yasal izin alındı (E-60263016-050.06.04-213580). Çalışma ile ilgili, başhemşirelik izni ile, hemşirelere elektronik belge yönetim sistemi yoluyla bilgilendirme maili gönderildi, veriler online toplandı.

### Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Form: Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda, araştırmacı tarafından hazırlanan 10 sorudan oluşan form sorumlu hemşirelere uygulandı (11,12).

Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Ölçeği (HMBY): Hwang (2015) tarafından geliştirilen ve

Arslandoğlu ve Kırılmaz (2019) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ölçeği; hasta bakış açılarına (perspektifine) saygı duymak, bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek, hasta konforu sağlamak, hastaların haklarını savunmak boyutları olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır (13, 14). Hasta bakış açılarına (perspektifine) saygı duymak boyutunda altı ifade, Bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek boyutunda beş ifade, Hasta konforu sağlamak ve Hastaları haklarını savunmak boyutlarında ise 3 ifade olmak üzere toplam 17 ifade yer almaktadır. Araştırmaya katılanların ölçek ifadelerine hangi oranda katıldıklarını belirlemek için beşli likert tipi ölçek üzerinde, 1 (Kesinlikle Katılmıyorum) ile 5 (Kesinlikle Katılıyorum) arasında değişen bir sıklık aralığında işaretleme yapmaları istenmiştir. Hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeğini oluşturan dört alt boyutun güvenilirlik analizi, Cronbach alfa ( $\alpha$ ) değeri hesaplanarak yapılmıştır. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa ( $\alpha$ ) katsayıları Hasta bakış açılarına (perspektifine) saygı duymak için 0.892, Bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek için 0.837, Hasta konforu sağlamak için 0.919 ve Hastaların haklarını savunmak için 0.969 olarak elde edilmiştir. Bu değerler her alt boyuta ait ifadelerin iç tutarlılık güvenilirliğini göstermektedir. Ölçeğin tamamı dikkate alındığında toplam Cronbach Alfa katsayısının 0.850 olarak hesaplanmıştır. Çalışmamızın Cronbach Alfa katsayısı 0.870 olarak bulunurken, çalışma sonucuna göre ölçekten alınan toplam puan arttıkça, hasta merkezli bakım yetkinliğinin arttığını görülmektedir.

#### Verilerin Analizi

Çalışmadan elde edilen veriler IBM SPSS 25.0v kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin normalliğine Kolmogorov-Smirnov testi ile bakılmıştır. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin incelenmesinde sayı, yüzde ve sürekli değişkenler ise ortalama  $\pm$  standart sapma vb. kullanılmıştır. Veriler parametrik şartları sağlıyorsa bağımsız iki grup için independent sample t test, ikiden fazla grup için F testi (ANOVA) ile analiz edilmiş ve yanılma düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

#### Bulgular

Bu bölümde çalışmaya katılan sorumlu hemşirelerin sosyo demografik dağılımları, ölçek puan ortalamaları ve bazı demografik özelliklerle ölçek puanlarının karşılaştırmalı tabloları verilecektir.

Çalışmaya katılan sorumlu hemşirelerin %47.9'u (n=35) 35-44 yaş arasıdayken, büyük çoğunluğu kadın hemşirelerdir (n= 58, %79.5). Katılımcıların çoğunluğunun evli (n=56, %76.7) ve lisans mezunu oldukları (n=47, %64.4) belirlenirken, mesleği isteyerek seçen hemşire sayısının da çoğunlukta olduğu (n=46, %63.0) görülmüştür (Tablo 1). Yine meslekte çalışma yılının sorumlu hemşirelerde

fazla olduğu ve sorumluluğun kendilerine görevlendirme ile verildiğini (n=44, %60.3) ifade eden hemşirelerin, konu ile ilgili hizmet içi eğitim alanlarının oranı da yüksektir (n=50, %68.5) (Tablo 1).

Tablo 2'de çalışmada kullanılan ölçeğin toplam puanı ve ölçek alt boyutlarının puan ortalamaları  $\pm$  standart sapmaları ile minimum ve maksimum değerler verilmiştir. Buna göre, toplam ölçek puanı  $72.35 \pm 7.03$  bulunurken, hastaların bakış açılarına saygı alt boyut puan ortalaması  $25.46 \pm 2.80$ , hastanın bakıma katılımına teşvik puan ortalaması  $20.90 \pm 2.51$ , hastanın konforunu sağlama  $13.12 \pm 1.41$  ve hastaların haklarını savunma puan ortalaması  $12.86 \pm 1.78$  olarak bulunmuştur.

Katılımcıların bazı demografik özelliklerine göre ölçek boyutlarının karşılaştırması, Tablo 3'te verilmiştir. Buna göre, cinsiyet ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Erkek sorumlu hemşirelerde, hasta bakış açısına saygı, hasta konforunu sağlama, hasta haklarını savunma ve toplam ölçek puanları kadın hemşirelere göre istatistiksel açıdan anlamlı biçimde yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Bunun yanı sıra evli-lerde hasta merkezli bakım yetkinliği daha yüksek bulunurken, devlet hastanesinde çalışan sorumlu hemşirelerin, üniversite hastanesinde çalışanlara oranla hasta konforunu sağlamaya daha özen gösterdiği ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (p<0.05). Öğrenim durumu ile hasta merkezli bakım arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu, öğrenim düzeyi yüksek olan sorumlu hemşirelerin hasta merkezli bakım yetkinliklerinin de yüksek olduğu belirlenmiştir. Hizmet içi eğitim alan sorumlu hemşirelerin, hastanın bakım katılımına teşvik edilmesi ve hasta haklarını savunma alt boyutlarında anlamlı düzeyde farklılık olduğu ve bakıma katılma teşvik etme ve hasta haklarını savunma alt boyut puanlarının, hizmet içi eğitim alan sorumlularda daha yüksek olduğu görülmüştür (p<0.05).

#### Tartışma

Bu bölümde çalışmaya katılan sorumlu hemşirelerin sosyo demografik dağılımları, ölçek puan ortalamaları ve bazı demografik özelliklerle ölçek puanlarının karşılaştırmalı tabloları verilecektir.

Çalışmaya katılan sorumlu hemşirelerin %47.9'u (n=35) 35-44 yaş arasıdayken, büyük çoğunluğu kadın hemşirelerdir (n= 58, %79.5). Katılımcıların çoğunluğunun evli (n=56, %76.7) ve lisans mezunu oldukları (n=47, %64.4) belirlenirken, mesleği isteyerek seçen hemşire sayısının da çoğunlukta olduğu (n=46, %63.0) görülmüştür (Tablo 1). Yine meslekte çalışma yılının sorumlu hemşirelerde fazla olduğu ve sorumluluğun kendilerine görevlendirme ile verildiğini (n=44, %60.3) ifade eden hemşirelerin, konu ile ilgili hizmet içi eğitim alanlarının oranı da yüksektir (n=50, %68.5) (Tablo 1).

**Tablo 1.**Katılımcıların Sosyo demografik Özelliklerinin Frekans Dağılımları

	Sosyo-Demografik Özellik	N (Sayı)	Yüzde %
<b>Yaş</b>	25-34	15	20.5
	35-44	35	47.9
	45 Ve Üzeri	23	31.6
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	58	79.5
	Erkek	15	20.5
<b>Medeni Durum</b>	Evli	56	76.7
	Bekar	17	23.3
<b>Öğrenim Durumu</b>	Lisans	47	64.4
	Lisansüstü	26	35.6
<b>Mesleği İsteyerek Mi Seçtiniz</b>	Evet	46	63.0
	Hayır	27	37.0
<b>Meslekte Çalışma Yılı</b>	5-10 yıl	7	9.6
	11-15 yıl	22	30.1
	16 yıl ve üzeri	44	60.3
<b>Sorumlu Hemşirelikte Çalışma Nedeni</b>	Kendi İsteği	15	20.5
	Atama	14	19.2
	Görevlendirme	44	60.3
<b>Hasta Merkezli Bakım ile İlgili Eğitim Aldınız mı</b>	Evet	50	68.5
	Hayır	23	31.5
<b>Sorumlu Hemşirelikte Çalışma Yılı</b>	0-4 Yıl	25	34.2
	5- 10 Yıl	24	32.9
	11-15 Yıl	13	17.8
	16 Yıl ve Üzeri	11	15.1
<b>Çalışılan Klinik</b>	Dahili Klinikler	15	20.5
	Cerrahi Klinikler	21	28.8
	Yoğun bakım-Ameliyathane	24	32.9
	Kalite-Eğitim-Nutrisyon	13	17.8

Tablo 2’de çalışmada kullanılan ölçeğin toplam puanı ve ölçek alt boyutlarının puan ortalamaları  $\pm$  standart sapmaları ile minimum ve maksimum değerler verilmiştir. Buna göre, toplam ölçek puanı  $72.35 \pm 7.03$  bulunurken, hastaların bakış açılarında saygı alt boyut puan ortalaması  $25.46 \pm 2.80$ , hastanın bakıma katılımına teşvik puan ortalaması  $20.90 \pm 2.51$ , hastanın konforunu sağlama  $13.12 \pm 1.41$  ve hastaların haklarını savunma puan ortalaması  $12.86 \pm 1.78$  olarak bulunmuştur.

Katılımcıların bazı demografik özelliklerine göre ölçek boyutlarının karşılaştırması, Tablo 3’te verilmiştir. Buna göre, cinsiyet ile hasta merkezli bakım yetkinliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Erkek sorumlu hemşirelerde, hasta bakış açısına saygı, hasta konforunu sağlama, hasta haklarını savunma ve toplam ölçek puanları kadın hemşirelere göre istatistiksel açıdan anlamlı biçimde yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 2.** Ölçeğin toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları

ÖLÇEK	MİN	MAX	X ± SD
Bakış Açısına Saygı	17.00	30.00	25.46± 2.80
Hasta Katılımına Teşvik	15.00	25.00	20.90± 2.51
Hasta Konforunu Sağlama	10.00	15.00	13.12 ±1.41
Hasta Haklarını Savunma	8.00	15.00	12.86 ± 1.78
<b>Toplam Ölçek</b>	52.00	85.00	72.35 ± 7.03

**Tablo 3.** Katılımcıların bazı demografik özelliklerine göre ölçek boyutlarının karşılaştırması

Özellik		Bakış Açısına Saygı	Hasta Katılımına Teşvik	Hasta Konforunu Sağlama	Hasta Haklarını Savunma	Toplam Ölçek Puanı
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	25.43 ± 2.46	20.92 ± 2.29	13.00 ± 1.27	12.85 ± 1.54	72.21 ± 5.91
	Erkek	25.60 ± 4.40	20.80 ± 3.67	13.80 ± 1.98	12.90 ± 2.88	73.10 ± 11.89
	(T Test) P	0.002*	0.02*	0.01*	0.04*	0.001*
<b>Medeni Durum</b>	Evli	25.54 ± 2.88	20.90 ± 2.63	13.18 ± 1.44	12.96 ± 1.80	72.60 ± 7.33
	Bekar	25.00 ± 2.35	20.90 ± 1.85	12.80 ± 1.31	12.30 ± 1.63	71.00 ± 5.22
	(T Test) P	0.26	0.17	0.16	0.58	0.05*
<b>Çalışılan Kurum</b>	Üniversite Hastanesi	25.71 ± 3.03	21.12 ± 2.63	13.09 ± 1.59	12.71 ± 1.92	72.65 ± 8.09
	Devlet Hastanesi	25.21 ± 2.57	20.69 ± 2.41	13.15 ± 1.25	13.00 ± 1.65	72.06 ± 5.94
	(T Test) P	0.53	0.50	0.03*	0.24	0.12
<b>Yaş Grubu</b>	25-34 Yaş	26.88 ± 2.20	21.77 ± 2.10	13.00 ± 1.50	12.77 ± 1.85	74.44 ± 6.24
	35-44 Yaş	24.84 ± 2.79	20.81 ± 2.61	13.09 ± 1.42	12.69 ± 2.02	71.45 ± 7.36
	45 Ve Üzeri	25.78 ± 2.85	20.69 ± 2.54	13.21 ± 1.44	13.13 ± 1.39	72.82 ± 6.91
	(ANOVA) F	0.12	0.53	0.91	0.67	0.49

**Tablo 3.(devamı)** Katılımcıların bazı demografik özelliklerine göre ölçek boyutlarının karşılaştırması

<b>Öğrenim Durumu</b>	Lisans	25.31 ± 3.00	20.70 ± 2.33	13.31 ± 1.75	13.06 ± 1.73	72.46 ± 7.05
	Lisansüstü	25.69 ± 2.83	21.53 ± 2.53	13.50 ± 1.67	13.15 ± 2.50	74.50 ± 7.63
	(T Test) P	0.00*	0.70	0.01*	0.07	0.23
<b>Hizmet içi Eğitim Aldığınız Mı?</b>	Evet	25.64 ± 2.74	20.82 ± 2.48	13.38 ± 1.60	13.12 ± 2.01	72.86 ± 6.97
	Hayır	25.04 ± 3.32	21.39 ± 2.29	13.39 ± 1.99	13.04 ± 2.09	73.91 ± 8.02
	(T Test) P	0.15	0.04*	0.70	0.01*	0.07
<b>Klinik</b>	Dahili Klinik	25.15 ± 3.41	21.53 ± 2.75	13.30 ± 1.75	13.23 ± 1.87	73.23 ± 8.87
	CerrahiKlinik	24.70 ± 2.54	20.58 ± 2.31	12.76 ± 1.20	12.76 ± 1.88	70.82 ± 6.78
	Yoğunbakım-Aml.	26.00 ± 2.67	20.77 ± 2.54	13.36 ± 1.49	12.95 ± 1.52	73.09 ± 6.19
	Kalite-Eğitim-Nutrisyon	25.84 ± 2.73	20.92 ± 2.66	13.00 ± 1.22	12.46 ± 2.06	72.23 ± 7.20
	(ANOVA) F	0.81	0.37	0.66	0.42	0.40
<b>Mesleki Çalışma Süresi</b>	0-4 Yıl	25.26 ± 3.38	21.08 ± 2.67	12.95 ± 1.58	12.43 ± 2.14	71.73 ± 8.25
	5-10 Yıl	25.00 ± 2.20	20.85 ± 1.92	13.10 ± 1.29	13.30 ± 1.30	72.25 ± 5.48
	11-15 Yıl	26.09 ± 2.58	20.54 ± 3.26	13.54 ± 1.50	13.18 ± 1.40	73.36 ± 7.65
	16 Yıl ve Üzeri	26.09 ± 2.77	21.00 ± 2.60	13.09 ± 1.30	12.63 ± 2.01	72.81 ± 6.99
(ANOVA) F	0.63	0.94	0.73	0.39	0.93	

Bunun yanı sıra evlilerde hasta merkezli bakım yetkinliği daha yüksek bulunurken, devlet hastanesinde çalışan sorumlu hemşirelerin, üniversite hastanesinde çalışanlara oranla hasta konforunu sağlamaya daha özen gösterdiği ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ). Öğrenim durumu ile hasta merkezli bakım arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu, öğrenim düzeyi yüksek olan sorumlu hemşirelerin hasta merkezli bakım yetkinliklerinin de yüksek olduğu belirlenmiştir. Hizmet içi eğitim alan sorumlu hemşirelerin, hastanın bakım katılımına teşvik edilmesi ve hasta haklarını savunma alt boyutlarında anlamlı düzeyde farklılık olduğu ve bakıma katılıma teşvik

etme ve hasta haklarını savunma alt boyut puanlarının, hizmet içi eğitim alan sorumlularda daha yüksek olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ).

### Sonuç

Hemşireler, öğrenim durumu arttıkça ve hizmet içi eğitimlerle desteklendiğinde, hasta merkezli bakım yetkinlikleri artmaktadır. Sorumlu hemşirelerin, hasta merkezli bakım yetkinliklerinin değerlendirilmesi, bakım kalitesinin artırılması açısından oldukça önemlidir. Bu anlamda, öğrenim durumuna göre değerlendirilen sorumlu hemşirelerin, öğrenim düzeylerinin yüksek olması hasta merkezli bakım için daha yetkili olduklarını göstermektedir. Sonuçta, sorumlu



oldukları klinikte beraber çalıştıkları diğer hemşireleri de etkileyecek olan bu süreçte, sorumlu hemşirelerin hasta merkezliliğini artırmak için hizmet içi eğitimler tekrarlanabilir. Daha geniş örneklerde, daha farklı kurumların karşılaştırıldığı araştırmalar planlanabilir.

### Kaynaklar

1. Moira S. Towards a global definition of patient-centred care. *BMJ* 2001; 322:444. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7284.444>
2. Goldfarb M, Gulati M. A cardiology Fellow's guide to patient-centered care. *Journal of the American College of Cardiology* 2017; 69(23):2871–2874. Doi: 10.1016/J.Jacc.2017.05.001
3. Bokhour BG, Fix GM, Mueller NM, Barker AM, Lavela SL, Hill JN, Solomon JL, Lukas CV. How can health care organization implement patient-centered care? Examining a large-scale cultural transformation. *BMC Health Serv Res* 2018; 18(1):168. doi:10.1186/s12913-018-2949-5
4. Reynolds A. Patient-centered Care. *Radiologic Technology* 2009; (81), 2: 133-147.
5. Hwang J, Kim WS, Chin JH. Patient participation in patient safety and its relationships with nurses' patient-centered care competency, team work, and safety climate. *Asian Nursing Research* 2019; 13(2):130-136. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2019.03.001>
6. Richards T, Coulter A, Wicks P. Time To Deliver Patient Centred Care. *The BMJ* 2015; 350, 1-2. <https://doi.org/10.1136/bmj.h530>.
7. Epstein RM, Fiscella K, Lesser CS, Stange KC. Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Aff (Millwood)*. 2010; 29(8):1489–1495. Abstract/FREE Full Text Google Scholar
8. Epstein RM. "The Science of Patient-Centered Care." *Journal of Family Practice* 49, no. 9, 2000: 805. Gale Academic OneFile (accessed December 14, 2022). <https://link.gale.com/apps/doc/A66664680/AONE?u=anon~5af73cdc&sid=googleScholar&xid=bb42c174>.
9. Sidani S. Effects of patient-centered care on patient outcomes: An evaluation. *Research and Theory for Nursing Practice* 2008; 22, 24–37.
10. Epstein RM, Street RL Jr.. Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering. Bethesda, MD: National Cancer Institute, NIH; 2007. Google Scholar
11. Şahin G. & İğde, Artıran, F.A. Hasta Merkezli Bakım-Ortak Karar Alma Süreci ve Kalite. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2014; 5(3), 38-43.
12. Ogden K, Barr J. & Greenfield, D. Determining Requirements For Patientcentred Care: A Participatory Concept Mapping Study. *BMC Health Services Research* 2017; 17(780), 1-11.
13. Hwang HJ. Development and testing of a patient-centred care competency scale for hospital nurses. *International Journal of Nursing Practice* 2015; 21(1):43-51. <https://doi.org/10.1111/ijn.12220>
14. Arslanoğlu A, Kırılmaz H. Hasta merkezli bakım yetkinliği (HMBY) ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi* 2019; 6(2), 158-166. <http://dergipark.gov.tr/sagakadeg>
15. Bakır N, Demir C. Hemşirelerin Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği ve Bütüncül Hemşirelik Yeterliliği. *Cumhuriyet Üniv. Sağ. Bil. Enst. Dergisi* 2020; (5)3: 109-117
16. LuAnn W, Cha-Chi F, Win M, Donna E. Assessing patient-centered care: one approach to health disparities education. *Journal of General Internal Medicine* 2010; 25(2):86-90. <https://dx.doi.org/10.1007%2F11606-010-1273-5>
17. Flinkman M, Leino-Kilpi H, Numminen O, Jeon Y, Kuokkanen L, Meretoja R. Nurse competence scale: a systematic and psychometric review. *Journal of Advanced Nursing* 2016; 73(5):1035-1050. <https://doi.org/10.1111/jan.13183>
18. Kebapçı A, Akyolcu N. Acil birimlerde çalışan hemşirelerde çalışma ortamının tükenmişlik düzeylerine etkisi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi - Tr J Emerg Med* 2011; 11(2):59-67.
19. Miller D, Gray SC, Kuluski K, Cott C. Patient-centered care and patient-reported measures: Let's look before we leap. *Patient* 2015; 8(4):293-299. <https://doi.org/10.1007/s40271-014-0095-7>
20. Sundqvist AS, Nilsson U, Holmefur M, Anderzén-Carlsson A. "Promoting Person-Centred Care in the Perioperative Setting through Patient Advocacy: An Observational Study". *Journal of Clinical Nursing*. 27/11-12 (2018): 2403-2415.

## Covid-19 Pandemi Sürecinde Hemşirelik Öğrencilerinin Çevrimiçi Eğitimi Sonrası Hemşirelik Becerilerini Yerine Getirmede Yaşadıkları Sorunlar: Nitel Bir Çalışma

### The Problems Faced By Nursing Students in Performing Their Nursing Skills After Online Education During The Covid-19 Pandemic Process: A Qualitative Study

Ayşe EMİNOĞLU<sup>1</sup>, Nazike DURUK<sup>2</sup>

#### ÖZ

**Amaç:** Araştırma pandemi sürecinde çevrimiçi yürütülen eğitim sonrası hemşirelik öğrencilerinin yüz yüze eğitime geçiş sonrası klinik becerileri gerçekleştirmede yaşadığı sorunların betimlenmesi ve sürecin değerlendirilmesi amacı ile fenomenolojik desende bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir.

**Gereç ve Yöntemler:** Bu çalışmada pandemi sürecinde hemşirelik lisans eğitimini çevrimiçi ve yüz yüze alan hemşirelik öğrencileri ölçüt olarak belirlenmiştir. Veriler 2020-2021 ve 2021-2022 eğitim öğretim döneminde, yarı yapılandırılmış sorular ile yüz yüze yapılan görüşmelerde 11 hemşirelik öğrencisinden toplanmıştır. Elde edilen veriler, yazılı metinler biçiminde bilgisayar ortamına aktarılarak, içerik analizi ve betimsel analiz yoluyla yordanmıştır.

**Bulgular:** Analiz sonucunda temalar; hemşirelik öğrencilerinin pandemi sürecinde çevrim içi eğitim ile ilgili yaşadıkları sorunlar teknolojik alt yapı ve öğrenci temelli sorunlar olmak üzere iki ana temaya ayrılmıştır. Çevrimiçi eğitimin klinik becerilere etkileri teması altında duygusal etkileri ve psikomotor becerileri gerçekleştiren yaşanan sorunlar olarak belirlenmiştir.

**Sonuç:** Öğrencilerin klinik becerileri yerine getirirken özgüven eksikliği, stres, kaygı, korku, odaklanma ve uyum sorunu yaşadığı ve klinik beceriler konusunda yetersiz kaldığı ifadelerinin yaygın olduğu görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Çevrim İçi Sistemler, Eğitim, Hemşirelik

#### ABSTRACT

**Objective:** The research was carried out as a phenomenological study in order to describe the problems experienced by nursing students after the online education during the pandemic process in performing clinical skills after the transition to face-to-face education and to evaluate the process.

**Material and Methods:** In this study, nursing students who received their undergraduate nursing education online and face-to-face during the pandemic process were determined as criteria. Data were collected from 11 nursing students in face-to-face interviews with semi-structured questions in the 2020-2021 and 2021-2022 academic years. The data obtained were transferred to the computer environment in the form of written texts and predicted through content analysis and descriptive analysis.

**Results:** As a result of the analysis, the themes; The problems experienced by nursing students regarding online education during the pandemic process are divided into two main themes: technological infrastructure and student-based problems. Emotional effects and problems experienced while performing psychomotor skills were determined under the theme of the effects of online education on clinical skills.

**Conclusion:** It was observed that the statements of the students that they experienced lack of self-confidence, stress, anxiety, fear, focusing and adaptation problems while performing clinical skills, and that they were insufficient in clinical skills were common.

**Keywords:** Online Systems, Education, Nursing

#### Giriş

Özellikle üst solunum yollarını etkileyen ve ölümcül sonuçlara yol açan, 2019 yılında tespit edilmesinden dolayı Covid-19 olarak adlandırılan Coronavirüs,

kısa bir zaman içerisinde küresel çapta hayatı olumsuz etkilemiş ve hastalığa yakalanan birçok insanın ölümüne yol açmıştır (1). Bunun üzerine

**Geliş Tarihi/Received:** 22.12.2022 **Kabul Tarihi/Accepted:** 04.04.2023 **Çevrimiçi Yayın Tarihi/Available Online Date:**

**DOI:** 10.57224/jhpr.1223067

<sup>1</sup>Gaziantep İslam Bilim ve Teknoloji Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye. ORCID: 0000-0002-6738-5529, mail: ayse.11.eminoglu@gmail.com

<sup>2</sup>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye.

ORCID: 0000-0001-8517-2474, mail: [nduruk@ogu.edu.tr](mailto:nduruk@ogu.edu.tr)

Sorumlu yazar/Correspondence: Ayşe Eminoglu

**Cite this article as:** Eminoglu A, Duruk N, Mollaoğlu M. The Problems Faced By Nursing Students in Performing Their Nursing Skills After Online Education During The Covid-19 Pandemic Process: A Qualitative Study. J Health Pro Res 2023;5(2): 103-112.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Covid19'dan ötürü 11 Mart 2020 tarihinde "Pandemi" ilan etmiştir. Tüm dünyayı tehdit eden, hızla yayılarak bir salgın kimliğine dönüşen Covid-19 ile ülkeler toplumsal kurumları etkileyen bu durum karşısında bir dizi önlemlere ve uygulamalara başvurmuştur (2). Bu uygulamalar arasında pek çok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de okul ve üniversitelerin uzaktan eğitim uygulamalarına geçmesi, kamu ve özel sektörde çalışan personellere esnek çalışma saati uygulanması, temasın yüksek olduğu iş yerlerinin kapatılması, 20 yaş altı ve 65 yaş üstü bireylere sokağa çıkma yasaklarının getirilmesi ve virüsün yayılma hızının yüksek olduğu şehirlerde sokağa çıkma kısıtlamaları yer alır (3). Küresel boyutta büyük bir değişime neden olan bu durum eğitim sistemlerini de etkilenmiştir (4). Yüksek virülansı ve fatalitesiyle koronavirüse karşı insanlar hayatlarını riske atmadan eğitime devam edebilmek için teknolojik imkanlara başvurmuştur. Tüm uluslar bu durum karşısında örgün eğitime ara vererek çevrim içi eğitime geçmiş, Türkiye'de bu ülkeler arasında yer almıştır (5). Eğitim sistemi, küresel ölçekte ilk kez bu kadar büyük bir etkiye maruz kalmıştır (6).

Covid-19 salgını, Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Kurumu (UNESCO) verilerine göre dünyada 1.5 milyar öğrencinin fiilen okuldan uzak kalmasına neden olmuştur (7). Covid-19 virüsünün Türkiye'de görülmesi ile beraber Yükseköğretim kurumlarında 2020 Mart ayında eğitime bir süre ara verileceği, ardından da 2020 bahar döneminin uzaktan eğitim yöntemine geçildiği açıklanmıştır (8). Aynı zamanda YÖK, 4 Haziran 2020'de küresel salgın ile mücadele sürecinde yeni düzenlemeler yayınlamış ve yayınladığı bildiriye göre üniversitelerin uzaktan eğitimle çevrim içi verilecek ders oranlarının artırılması, buna yönelik alt yapı ve gerekli uzman desteğinin sunulmasına yönelik bildiri yayınlamıştır (9).

Çevrim içi eğitimi, öğretene ile öğrenenin farklı ortamlarda bulunduğu ve elektronik ortam veya basılı materyal aracılığıyla gerçekleştirilen bir eğitim faaliyeti olarak açıklamaktadır (10). Çevrim içi ortamlarda öğrenme ile ders materyalleri ses, video, metin, animasyon gibi yollarla dağıtılarak iletişim internete dayalı olarak sağlanmaktadır. Ortaya çıkan Covid-19 pandemisi ile çevrim içi öğrenme bir zorunluluk haline gelmiş ve hemşirelik eğitiminde de tercihten ziyade eğitimin sürekliliği için kullanılmıştır (11).

Hemşirelik eğitimi öğrencilerin bilişsel, duyuşsal ve psikomotor becerilerinin gelişmesini sağlayan teorik ve klinik uygulamanın bir arada olduğu bir sistemi gerektirir (12). Ancak yüz yüze eğitimin zorunlu olarak ara verilmesiyle hemşirelik eğitimcileri ve öğrenciler alışık olmadıkları pek çok zorlukla karşı karşıya gelmiştir. Bu sorunlar arasında eğitimci ve öğrencilerde yaşanan kaygı, üniversitelerin alt yapı yetersizliği, teknolojik imkanlara ulaşmada yaşanan güçlükler, ekonomik nedenler gibi birçok faktör

kendini göstermiştir. Karşılaşılan bu sorunlar öğrencilerin etkin bir şekilde hemşirelik eğitimi almasını engellemiştir. Pandemi ile klinik hemşirelik eğitiminin durma noktasına gelmiş ve öğrencilerin klinik beceri kazanmasına engel olmuştur (12-13). Ayrıca odak noktası bakım ve insan olan hemşirelik mesleğinin çevrim içi eğitim yoluyla verilmesi uygulamalı bir bilim olan hemşireliğin niteliğiyle ilgili birçok kaygıyı da beraberinde getirebilir. Bu nedenle günümüzde küresel boyutta devam eden Covid-19 pandemi sürecinin hemşirelik eğitiminde çevrimiçi öğrenmenin kullanımına ilişkin öğrencilerin yaşadığı deneyim, görüş ve tutumların belirlenmesi hemşirelik eğitiminde öğrenme sürecine yön vermek açısından önem arz etmektedir. Aynı zamanda bu araştırma ile hemşirelik eğitiminin pandemiyle yaşadığı eksikliklerin giderilmesi ve eğitimcilerle yeni çözüm arayışları getirmesi açısından önemli verilere ulaşılabileceği beklenmektedir.

#### **Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı, pandemiyle 2020-2021 ve 2021-2022 eğitim öğretim döneminde hemşirelik eğitimi çevrimiçi gerçekleştiren öğrencilerin yüz yüze eğitime geçiş sonrası hemşirelik becerilerini yerine getirmede yaşadığı sorunların belirlenmesidir. Araştırmanın amacına göre aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

1. Pandemi süreci sonrası çevrim içi eğitimden yüz yüze eğitime geçişle öğrencilerin hemşirelik becerine ilişkin deneyimleri nelerdir?
2. Çevrimiçi eğitimden yüz yüze eğitime geçişle öğrencilerin hemşirelik becerilerini yerine getirirken yaşadıkları zorluklar nelerdir?

#### **Yöntem**

##### **Araştırma Deseni**

Araştırma kapsamında çalışılan olgu hemşirelik öğrencilerinin çevrimiçi eğitim sonrası yüz yüze eğitime geçişle klinik sahada yaşadığı deneyimleri, izlenimleri, algılayışları ve çevrimiçi eğitim sonrası klinik becerileri yerine getirmede yaşadıkları deneyimleri yordandırmıştır. Bu çalışmada süreci deneyimleyen hemşirelik öğrencilerinin görüşleri doğrultusunda araştırmanın amacı, kurgusu ve soruları dikkate alınarak fenomenolojik desen uygun bulunmuştur.

##### **Çalışma Grubu**

Araştırmanın evreni, 2020-2021 ve 2021-2022 eğitim öğretim döneminde pandemi sürecinde eğitimini çevrimiçi alan ve daha sonra yüz yüze eğitime geçen hemşirelik öğrencileri olmuştur. Nitel araştırmalarda büyük gruplar yerine, araştırmanın amaçlarını karşılayan, detaylı veri sunabilecek örneklemelerin belirlenmesi gereklidir. Araştırma örneklemini, ölçüt örnekleme yöntemi kullanılarak araştırmaya dâhil edilen 11 öğrenci oluşturmuştur.

Dahil edilme kriterlerine göre hemşirelik esasları dersinin teorik, laboratuvar ve uygulamasını çevrimiçi alan, iç Hastalıkları Hemşireliği dersinin teorik kısmını çevrimiçi alıp klinik uygulamaya yüz yüze katılan, 2022 yılı bahar döneminde Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği dersinin teorik ve uygulamasını yüz yüze gerçekleştirecek olan hemşirelik ikinci sınıf öğrencileri araştırmaya katılmıştır.

Nitel araştırmalarda veriler doyum noktasına ulaşp tekrarlanmaya başlayınca veri toplama işlemi sona erdirilir (14). Araştırmamızda da veriler 8. bireyde tekrarlanmaya başlamıştır. On bir öğrenciden sonra ise verilerin istenilen doyunluğa ulaşması sebebiyle araştırma sonlandırılmıştır.

### Verilerin Toplanması

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak nitel araştırmalardaki temel veri toplama yöntemlerinden biri olan yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır. Araştırmada hemşirelik öğrencilerinin çevrimiçi eğitim sonrası klinik becerileri yerine getirmede yaşadıkları sorunların ortaya konması amacıyla ilgi alanda taramalar yapılmış ve yarı yapılandırılmış görüşme soruları geliştirilmiştir. Hazırlanan görüşme soruları 5 uzman görüşüne sunulmuştur. Uzman önerileri doğrultusunda görüşme soruları son halini almıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme soruları şunlardır;

1. Pandemi sürecinde hemşirelik eğitiminin çevrim-içi verilmesine ilişkin düşünceleriniz nelerdir?
2. Çevrim-içi eğitim ile yüz yüze eğitimi karşılaştırdığımızda neler söyleyebilirsiniz?
3. Çevrim-içi eğitimin klinik uygulamalar üzerindeki etkileri nelerdir?
4. Çevrim-içi eğitimin klinik alanda becerilerinize nasıl yansıdığını örnekle anlatabilir misiniz?

Görüşme öncesi çalışmanın amacı açıklanan ve gönüllü olan öğrencilerden randevu alınarak görüşmenin yapılacağı zaman belirlenmiştir. Görüşmeyi kabul eden öğrencilerin kendilerini rahat hissedebileceği uygun, sessiz bir ortamda görüşmenin gerçekleşmesi sağlanmıştır. Görüşme okulda bir toplantı salonunda tek tek gerçekleştirilmiştir. Görüşme öncesi öğrencilerden görüşmelerin ses kayıt cihazına kaydedilmesi konusunda sözlü onam alınmıştır. Görüşmeler yüz yüze kaydedilerek görüşlerin teyit edilebilirliği sağlanmıştır.

Çalışmaya ilişkin veriler 2021-2022 eğitim öğretim döneminde, yüz yüze eğitime geçildiği süreçte, 28.02.2022-14.04.2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Toplam 11 öğrenci ile tek tek görüşülmüş ve her biri görüşme yaklaşık 24 dakika sürmüştür. Görüşmelerin aktarılması sırasında 13 sayfa veri elde edilmiştir. Veriler yazıya dökülürken ses kayıt cihazıyla dökümlerin doğruluğu

sağlanmıştır. Tüm görüşmeler ve transkripsiyonlar aynı araştırmacı tarafından yapılmıştır.

### Verilerin Analizi

Elde edilen veriler, yazılı metinler biçiminde bilgisayar ortamına aktarılmış, içerik analizi ve betimsel analiz yoluyla yorumlanmıştır. Araştırma verileri katılımcı öğrencilerin çevrimiçi eğitim sürecine ilişkin olumlu ve olumsuz görüş, düşünce, önerileri ve yüz yüze eğitimle birlikte çevrimiçi eğitimin hemşirelik becerilerine nasıl yansıdığını araştırma soruları ile uyumlu temalar altında raporlanmıştır. Oluşturulan tema ve alt temalar doğrudan alıntılarla desteklenmiştir. Görüşmelerden elde edilen ifadeler gözden geçirilerek, veriler kavramsallaştırılmış ve kavramsallaştırılan veriler dikkate alınarak, benzer kavramlar belirlenmiştir. Bu kavramlar temalar ile formüle edilmiştir. Oluşturulan temalar kapsamında kavramlar başlıklar altında toplanarak alt temalar oluşturulmuştur. Ardından alt temalar ile birlikte öğrencilerin çevrim içi eğitimi sonrası hemşirelik becerilerini yerine getirmede yaşadığı sorunlar yorumlanmıştır. Son olarak, yorumların daha net ve anlaşılabilirliği için veriler metinler ve tablolarla gösterilmiştir. Belirlenen temalar ve kavramlar çerçevesinde bulgular bir araya getirilerek yorumlanmış ve doğrudan alıntılarla desteklenmiştir.

### Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesinde girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulu tarafından 28.02.2022 tarihli, 2022/98 sayılı etik kurul onayı alınmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme soruları araştırma hakkında bilgilendirme yapılarak öğrencilerden onam alınmıştır. Çalışma, Helsinki Deklerasyonu Prensiplerin’de belirtilen etik kurallara uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

### Bulgular

Çalışma grubunu oluşturan öğrencilerin isimleri verilmemiş olup, Öğrenci 1, Öğrenci 2, ... şeklinde kodlanmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilere ait bilgiler Tablo 1’de ifade edilmiştir. Araştırma kapsamında görüşme yapılan kişiler; 4 erkek, 7 kadın olmak üzere toplam 11 öğrenciden oluşmaktadır. Öğrencilerden 9 tanesi hemşirelik mesleğini iş imkanlarının geniş olması dolayısıyla seçmiştir. Yüz yüze eğitime geçişle beceri eksikliklerinin klinik uygulamalarına yansıdığını da gözlenmiştir. Ancak öğrenciler genel olarak beceri uygulamalarında oldukça istekli oldukları görülmüştür. Öğrencilerin çevrimiçi eğitim sürecinde akademik başarılarının 3’ün üstünde olduğu görülmektedir (Tablo 1)

Tablo 2.’de belirlenen temalar ve alt temalar kapsamında Covid-19 pandemi sürecinde hemşirelik öğrencilerinin çevrimiçi eğitim ile yaşadıkları sorunlara ilişkin görüşlerden alıntılara yer verilmiştir.

**Tablo 1.** Hemşirelik Öğrencileri ile İlgili Bilgiler

Öğrenciler	Yaş	Cinsiyet	Sınıf	Okul Başarısı
Ö1	20	E	2	3.69
Ö2	20	E	2	3.44
Ö3	20	K	2	3.67
Ö4	19	K	2	3.59
Ö5	19	K	2	3.75
Ö6	20	K	2	3.48
Ö7	20	K	2	3.54
Ö8	20	E	2	3.42
Ö9	19	K	2	3.30
Ö10	20	K	2	3.32
Ö11	20	E	2	3.84

**Tablo 2.** Hemşirelik Öğrencilerinin Covid-19 Pandemi Sürecinde Çevrim İçi Eğitim ile İlgili Yaşadıkları Sorunlar

Temalar ve Alt Temalar	Öğrenciler
<b>1.Teknolojik Alt Yapı Sorunları</b>	
1.1.Bağlantı ve erişim sorunları	Ö2, Ö6, Ö11
1.2.Ses ve görüntü sorunları	Ö9
1.3.İnteraktif çevrimiçi ders uygulamasının olmaması	Ö9
<b>2.Öğrenci Temelli Sorunlar</b>	
2.1.Dikkati toplama ve çevrimiçi eğitimi ciddiye almama sorunları	Ö3, Ö9, Ö11
2.2.Derse aktif katılmama	Ö6
2.3.İletişim ve etkileşim eksikliği	Ö5, Ö6, Ö9
2.4.Aile üyelerinden kaynaklanan sorunlar	Ö9

**1.Teknolojik Alt Yapı Sorunları****1.1. Bağlantı ve Erişim Sorunları:**

**Ö2:** 'Çevrimiçi eğitimlerde örnek veriyorum bağlantı koptuğunda bizde kopuyorduk dersten. O dersin devamlılığını sağlayamıyordum.'

**Ö6:** 'Benim için çevrimiçi eğitim çok sıkıntılıydı. Mesela her öğrenci aynı ortamda bulunamıyor. Herkesin bunun için durumu da olmuyor. Şahsen ben köyde oturuyorum. Bazen internet sıkıntısı çektim.'

**Ö11:** 'Ben başından beri çevrimiçi eğitimle hemşirelik eğitiminin verilebileceğini düşünmüyordum. Çünkü uzaktan uygulamalı bir eğitimi ne kadar etkin bir şekilde dinleyecektik, ne kadar derse katılabilecektik? Dersle ilgili internet sorunları olacaktı. Elektrik sorunları olacaktı. Etkisiz bir eğitim süreci geçireceğimizi tahmin ediyordum ve öyle de oldu.'

**1.2.Ses ve Görüntü Sorunları:**

**Ö9:** 'Örneğin çevrimiçi gördüğüm anatomi dersinde hoca anlatırken kameradan göremiyorsun, hocanın anlattıkları görselleri ayırt edemiyorsun.'

**Ö9:** 'Çevrimiçi eğitimde ses, görüntü kopukluk yaşıyorduk.'

**1.3. İnteraktif Çevrimiçi Ders Uygulamasının Olmaması:**

**Ö9:** 'Meslek esasları dersinde mesela, hoca bir uygulama yapacak, uzaktan nasıl gösterecek. Biz dokunamıyoruz, makette deneyemiyoruz, o yüzden çevrimiçi eğitimin uygun olduğunu düşünmüyorum.'

**2.Öğrenci Temelli Sorunlar****2.1.Dikkat Toplama ve Çevrimiçi Eğitimi Ciddiye Almama Sorunları:**

**Ö3:** 'Çevrimiçi eğitimde tekrar dinleme şansımız oluyordu ancak sınıfı ortamı olmayınca o açıdan kötü oluyordu. Mesela ben ders 9 ise önceden kalkıyorsun 7 de kahvaltını yapıyorsun, kendine geliyorsun, zihnin açık oluyor ancak çevrimiçi eğitimde 8 buçuk bile değil derse 10 dakika kala kalkıyordum. Dersin ilk dakikalarında odaklanma problemim oluyordu. Onları tekrar açıp dinliyordum.'

**Ö9:** 'Teorik olarak çevrimiçi aldığım bilgiler askıda kaldı. Çevrimiçi eğitimde aslında teorik bilgileri de tam olarak alamadım. Düzeni oturtamadım. Aslında ciddiye alamadım. Karşıda bir öğretmen yok, ders anlatmıyor, bu şekilde ciddiye alamıyorsun. Hangi pozisyonda ders dinliyorsun bu bile bir ciddiyetsizlik oluşturdu.'

**2.2.Derse Aktif Katılmama**

**Ö5:** 'Çevrimiçi derslerde sesimi açmak istemiyordum. Chat ve mesajdan da yazınca çok

uzun sürüyordu. Bu yüzden hocalara sorularımı sormadım.'

**Ö9:** 'Çevrimiçi eğitimde bir elim bulaşıkta olup bir elim telefonda ya da telefonu açık bırakıp gidiyordum. Tamamen bu dersi aksatıyordum.'

**Ö11:** 'Online eğitimde dersi dinlemiyordum. Kenara çekilip, sadece süreci başlatıyordum. Hocalar çevrimiçi eğitimde ders anlatırken düz bir ekrana bakıyordu. Verimli geçmiyordu. Bizde çevrimiçi eğitimde düz bir ekrana bakıyorduk. Ancak yüz yüze eğitimde göz teması, sınıf ortamı, arkadaşların var olması, sorulan sorular derse ait belleğimizde bir şey katarken yardımcı olmaktaydı.'

### 2.3. İletişim ve Etkileşim Eksikliği

**Ö5:** 'Çevrimiçi derslerde sesimi açmak istemiyordum. Chat ve mesajdan da yazınca çok uzun sürüyordu. Bu yüzden hocalara sorularımı sormadım.'

**Ö6:** 'Yüz yüze eğitim benim için çok daha etkin. Örneğin ben çevrimiçi eğitimde sesimi açmıyordum. Ortamdan dolayı çekiniyordum.'

**Ö9:** 'Meslek hakkındaki fikirlerimi yansıtamıyordum. Merak ettiğim bir şeyi o an hocaya soramıyordum. Çekiniyordum, utanıyordum. Ne yazacağımi bilmiyordum.'

### 2.4. Aile Üyelerinden Kaynaklanan Sorunlar

**Ö9:** 'Ailemiz bile bizi ciddiye almıyordu. Bizi öğrenciden saymıyordu. Sanki biz okula gitmiyoruz, üniversite öğrencisi değil gibiydik.'

Tablo 3.'te hemşirelik öğrencilerinde çevrimiçi eğitimin hemşirelik becerilerine olan etkileri sunulmuştur (Tablo 3).

### A. Psikomotor Beceri Üzerine Etkisi

#### A.1. Yetersizlik Duygusu

Öğrenciler bu tema altında uzaktan eğitim sürecinde hemşirelik meslek derslerini teorik olarak öğrendiklerini ancak uygulamalarını yapamadıklarını ve uygulama eksikliğinin hemşirelik becerileri üzerinde oluşturduğu etkilerden bahsetmişlerdir. İlk olarak "yetersizlik duygusu" alt temasıdır. Öğrenciler, mesleki derslerin kazanamadıklarını için hemşirelik becerisi kazanamadıklarını ve becerilerinin gerilediğini bu durumda özgüven eksikliğine ve yetersizlik duygusuna neden olduğunu belirtmişlerdir. Öğrenciler duygularını şu şekilde ifade etmiştir;

**Ö3:** 'Öğreniyoruz, bilgi tamamen aklımızda kalıyor, teoride neyi nereye yapacağını biliyorsun. Ama gerçekten hem laboratuvar uygulamasında hem hastanede heyecana giriyorsun, kendinden emin olamıyorsun acaba nasıl yapacaktım hissine kapılıyorsun.'

**Tablo 3.** Çevrim İçi Eğitimin Hemşirelik Becerilerine Etkileri

Tema ve Alt Temalar	Öğrenciler
<b>A. Psikomotor Beceri Üzerine Etkisi</b>	
A.1.Yetersizlik duygusu	Ö3, Ö4, Ö5, Ö6, Ö8, Ö9, Ö10, Ö11
A.2.Öğrenilen teorik bilgilerin uygulamayla bütünleşmemesi- Teorik ve uygulamanın eş güdümlü gitmemesi	Ö1, Ö2, Ö3, Ö4, Ö5, Ö6, Ö7, Ö9, Ö10, Ö11
A.3.Meslekte çalışanların olumsuz tepkileri	Ö6, Ö8, Ö9
<b>B. Duygusal Etkileri</b>	
B.1.Sters	Ö4
B.2.Kaygı	Ö2, Ö8
B.3.Özgüven eksikliği ve korku	Ö4, Ö8, Ö9, Ö10
B.4.Uyum ve odaklanma sorunları	Ö9
<b>C. Çevrim İçi Öğrenmeyi Yararlı Bulma</b>	
C.1.Dersin videosunu tekrar izleme	Ö3, Ö5, Ö6
C.2.Sınıf ortamından farklı daha iyi odaklanma	Ö3, Ö7
C.3.Mekan esnekliği sağlaması	Ö7, Ö8

**Ö4:** 'Çevrimiçi eğitimde açıkçası çok rahattık. Bu süreçte derslere, sınavlara çalışırken videolardan izlerken çok rahattık. Yüz yüze eğitime geçtiğimizde ise klinik sahada uygulamaları yaparken çok zorlandık. Çevrimiçi eğitim sonrası uygulamalarda korku, tedirginlik yaşadım. Çevrimiçi eğitimde

teorik olarak bilgileri iyi öğrendiğimizi düşündük. Fakat sahaya çıkınca çok eksik kaldığımızı fark ettim.'

**Ö8:** 'Hemşirelik daha çok uygulamalı bir alan olduğu için mesleki yeterliliği tam anlamıyla gerçekleştiremedik.'

### A.2.Öğrenilen Teorik Bilgilerin Uygulamayla Bütünleşmemesi- Teorik ve Uygulamanın Eş Güdümlü Gitmemesi

İkinci olarak “öğrenilen teorik bilgilerin uygulamayla bütünleşmemesi-teorik ve uygulamanın eş güdümlü gitmemesi” alt teması elde edilmiş ve öğrenciler; öğrendikleri teorik bilgileri uygulama alanında gördükçe ve deneyimledikçe daha fazla pekiştirdiğini belirtirken pandemi süreci içerisinde uygulamaya çıkmadıkları için öğrenilen teorik bilginin pekişmediğini, verimli olmadığını, bilgilerin öğrenilme ve kalıcılığının azalmasına yönelik endişelerini belirtmişler ve kliniklerde yaşadıkları olaylardan örnek vererek açıklamışlardır. Öğrenci düşünceleri aşağıda belirtilen alıntılarda yer almaktadır;

**Ö1:** ‘Örneğin kan alırken, tansiyon ölçerken ellerim titredi, yapamadım. İlk yıl tüm dersleri çevrim-içi gördüğümüzden dolayı orada teoriyi uygulamaya dökemedim. Kan alırken teoride bandajı bağlayıp, pamukla silip direkt enjektörle giriyorsunuz. Ama onu uygularken teorideki bilgimi uygulamaya dökemedim. İlk yaptığımda heyecanlandım. Yanımdaki hemşirelerden yardım istedim.’

**Ö5:** ‘Hastanın damar yolunu açmaya çalıştığımda deneyimsiz olduğumu hissettim. İlk başta hastaya turnike görevi görsün diye eldiveni taktığımda ben oraya bir düğüm attım. Sonradan o eldivenin geri açılması gerektiğini düşünmedim ve işlem sonrası açılması zor oldu. Hemşire bize bu uygulamayı gösterdiğinde tek hamleyle açtığını gördüm. Ama bunu çevrimiçi hoca bana gösterse dahi bunu orda fark edemiyorsun. Ancak bir birey üzerinde gösterdiğinde o işlemin en ince ayrıntısına kadar görebiliyorsun. Daha sonra damar yolu açarken intraketteki demir metali birden çektim. Ancak onu yarıya kadar çekip, damarı kan gelmemesi için tutup sonra kapağı kapatmak gerektiğini uygulamalarda öğrendim.’

**Ö11:** ‘Mesela dahiliye servisinde çalışırken daha önce hastaların vital bulgularının nasıl alınacağını, tansiyonun nasıl ölçüldüğünü, ateşin nasıl ölçüldüğünü ve değerlerinin nasıl olması gerektiğini çevrimiçi derslerde görmüştük, ama servise geldiğimde ilk başlarda diğer stajyer öğrencilerden bunların nasıl yapıldığını izlemek, gözlemlemek zorunda kaldım. Çünkü neyi nasıl yapacağımı bilmiyordum. Kan şekeri ölçümünü, hangi saat aralıkları ile ölçüldüğünü ve bazı diabet hastalarına farklı insülin iğneleri yapıldığını bilmiyordum. Bunu staj uygulaması sırasında görerek, gözlemleyerek uygulamaya başladım.’

### A.3. Meslekte Çalışanların Olumsuz Tepkileri

Bu tema altında son olarak “meslekte çalışanların olumsuz tepkileri” alt teması belirlenmiş ve öğrenciler, uygulamalı derslerden geri kalmanın etkileriyle klinik sahaya çıktıklarında meslektaşlarından olumsuz geri bildirimler aldıklarını ve çevrimiçi eğitimden kaynaklanan hemşirelik uygulamaları konusunda beceri

eksikliklerinin kendilerinin tepkilerine yansıdığını ifade etmişlerdir. Öğrenciler çevrimiçi eğitim sonrası klinik uygulamaya çıktıklarında aldıkları tepkileri şu şekilde aktarmıştır;

**Ö6:** ‘Mesela biz ilk sahaya çıktığımızda hemşireler soruyordu. Şunu yapabiliyor musun? diye. ‘İkinci sınıf öğrencisinin biliyorsundur’, gibi ifadelerle karşılaştım. Ama ben birinci sınıf öğrencisi gibiyim. Hiçbir uygulamayı yapmamışım. Teorik olarak bilimiz olsa dahi uygulama sıfırdı. Örneğin subkutan enjeksiyon yapabiliyor musun diye sorduklarında, ben daha doğru dürüst enjektör tutmayı dahi bilmiyordum.’

**Ö8:** ‘İlk yoğun bakım ünitesinde uygulamaya çıktığımızda hemşireler kendileri lisans eğitimini yüz yüze aldıkları için onların bize bu konuda söylemleri oldu. Siz bunu nasıl bilmezsiniz gibi. Bizi daha önceki örgün öğrenme modeline göre karşılaştırıp, bizim pandemi sürecindeki eksik yönümüzü görmeyip uygulamaları yapmamızı beklediler. Doktor ve hemşireler bizim bildiğimizi sanıp bizden bazı uygulamaları yapmamızı istediler. Bilmediğimizi ifade ettiğimde ise hem onların hayal kırıklığına uğradı hem de o an moral ve motivasyon düşüklüğü yaşadım.’

**Ö9:** ‘Şu soruyu uygulamaya çıkınca kendime sordum. Acaba ben geçen sene ne eğitim aldım. Bir şey öğrenmedim mi? Bana hastanede neden bilmediğimi sordukları zaman ben uzaktan eğitim aldım diyordum.’

### B. Duygusal Etkileri

#### B.1. Stres

İlk olarak, “stres” alt teması belirlenmiş ve öğrenci, süreçte karşılaştığı sorunlarla baş edemediğini, beceri uygulamalarında karşılaştığını durumlar karşısında stres duygusuna kapıldığını ifade etmiştir. Bir öğrenci duygularını şu şekilde ifade etmiştir;

**Ö4:** ‘Hastanede, servislerde, kan alma biriminde geride duruyordum. İlk hafta çok fazla stres yaşadım. Aynı zamanda hastalara da bunu yansıttım. Hastalarda bu yüzden bana kan aldırmadılar.’

#### B.2. Kaygı

Duygusal etkileri teması altında öğrencilerin pandemi sonrası klinik alanda yaşadıkları çeşitli duygulardan bahsetmişlerdir. İkinci olarak “kaygı” alt teması elde edilmiş ve öğrenciler, pandemi sürecinde çevrimiçi eğitim sonrası klinik saha deneyimlerinin nasıl olacağına ve alışık olmadıkları bir süreç geçirmelerine bağlı olarak kaygı hissettiklerini belirtmişlerdir. Aynı zamanda eğitimde uygulamadan geri kalmaya, kaliteli ve verimli uygulama geçirmemelerine ve becerilerinin kötü olmasına bağlı kaygı duyduklarını ifade etmişlerdir. Aşağıda bu ifadelerle ilişkin alıntılar aktarılmıştır;

**Ö2:** ‘Uygulamalar üzerinde endişe, telaş içindeydik.’

**Ö8:** ‘İkinci olarak mideye nazogastirik tüp uygulamasını da derste görmüştük. Ancak uygulama olarak bunları birebir yapmamıştık. Gerçek bir

*hasta üzerinde denemek bir tedirginlik oluşturdu. Uygulamanın ilk başlarında çevrimiçi eğitimde bu uygulamaları yapmamış olmanın tedirginliğini yaşadım.'*

### **B.3. Özgüven Eksikliği ve Korku**

Üçüncü olarak “özüven eksikliği ve korku” alt teması belirlenmiş ve öğrenciler, alışkanlıkları olan örgün eğitim yerine çevrim eğitime geçmenin alışkanlıkların değişmesine neden olduğunu, çevrimiçi öğrenmeye bağlı klinik uygulamalarda hemşirelik becerilerini gerçekleştirirken özüven problemi yaşadıkları ve korku duygusuna kapıldıklarını belirtmişlerdir. Öğrenciler görüşlerini aşağıdaki şekilde aktarmıştır;

**Ö4:** ‘Çevrimiçi eğitim sürecinde ne kadar uygulamalarla alakalı video izlese de, klinik alanda bu uygulamaları yaparken çok geride olduğumuzu düşünüyordum. Bizde özüven eksikliğinde yol açtığını düşünüyorum. Biz öğrencilerin geride durmasına yol açtığını düşünüyorum.’

**Ö9:** ‘Ben uygulamaya korkarak başladım. Hiç cesaretim yoktu. Yüz yüze eğitim almış olsaydım cesaretim olurdu.’

**Ö10:** ‘Hemşirelik esasları dersinde el becerisini kazanmış olsaydık dahiliye stajında hastalara çekingen yaklaşmazdık. Ancak şuan çekingen yaklaşıyoruz. Yapabilir miyim diye düşünerek yaklaşıyorum.’

### **B.4. Uyum ve Odaklanma Sorunları**

Bir diğer belirlenen alt tema “uyum ve odaklanma sorunları” olmuş ve öğrenci, dersleri tam olarak öğrenmediğini, çevrimiçi eğitimle derslere ve uygulamaları yerine getirirken odaklanmadığını belirtmiştir. Bir öğrenci duygusunu şu şekilde aktarmıştır;

**Ö9:** ‘Çevrimiçi eğitim sonrası derslere ve uygulamalara hiç odaklanamadım.’

## **C. Çevrim İçi Öğrenmeyi Yararlı Bulma**

### **C.1. Dersin Videosunu Tekrar İzleme**

Çevrimiçi eğitimin olumlu etkileri teması altında üç alt tema ortaya çıkmıştır. İlk olarak, “dersin videosunu tekrar izleme” alt teması elde edilmiştir. Öğrenciler, çevrimiçi eğitimin ders videolarını istedikleri zamanda tekrarlı olarak dinleme imkânı, anlaşılmayan konuları tekrar etme şansı, örgün eğitimin dersi sadece bir defa dinleme fırsatı sunarken uzaktan eğitimde kendi öğrenme saati ve motivasyonuna uygun zamanda istediği kadar dinleme imkanı sunduğunu belirtmişlerdir. Öğrenciler düşüncelerini şu şekilde aktarmıştır;

**Ö3:** ‘Çevrimiçi eğitimde ders kayıtlarımız bulunuyordu. Takıldığımız yerleri ders kayıtlarımızdan açıp tekrar dinleyebiliyordum.’

**Ö5:** ‘Çevrimiçi eğitimde bunun avantajını yaşıyorduk. Ders tekrarını bir daha izleyebiliyorduk. Ama yüz yüze eğitimde öyle bir imkanın olmuyor.’

**Ö6:** ‘Benim için çevrimiçi eğitimin tek avantajı sonradan derse dönüp tekrar etmek.’

### **C.2. Sınıf Ortamından Farklı Daha İyi Odaklanma**

Çevrimiçi eğitimin olumlu etkilerini konu alan ikinci alt tema “sınıf ortamından farklı daha iyi odaklanma”dır. Öğrenciler, çevrimiçi eğitimle sessiz ve daha dikkatle dinleyebilecekleri bir ortama sahip olduklarını ve tekrar dinleyerek odaklanmalarını sağladıklarını ifade etmişlerdir. Öğrencilerin düşünceleri aşağıda aktarılmıştır;

**Ö3:** ‘Sınıfta bu soruları hocaya da sorabiliyoruz ancak ders kayıtları benim için daha iyi oluyordu. Daha fazla odaklanıp, daha anlaşılır oluyordu benim için.’

**Ö7:** ‘Sessiz ortam, hoca bana anlatıyordu ve dikkatim inanılmaz yüksek oluyordu. Ne demek istediğini anlıyordum.’

### **C.3. Mekan Esnekliği Sağlama**

Bir diğer alt tema çevrimiçi eğitimde “mekan esnekliği sağlama” olarak belirlenmiştir. Öğrenciler çevrimiçi eğitim sayesinde mekan fark etmeden derse katılabildiklerini yüz yüze eğitim gibi bir mekan zorunluluğu olmadığını belirtmişlerdir. Öğrencilere ait ifadeler aşağıda aktarılmıştır;

**Ö7:** ‘Ben eğer bu eğitimi alıyorsam gerçekten sağlığım daha önemli. O pandemide buraya gelseydim kesinlikle rahat edemezdim. Hem sağlığımdan şüphe etmiyordum evde rahatım vardı hem de eğitime istediğim bir şekilde ulaşabiliyordum.’

**Ö8:** ‘İstediğimiz yerden girebiliyorduk. Mekan zorunluluğu yoktu. Bir misafirliğe gittiğimizde de derse girebiliyorduk. Planlarımız aksamıyordu.’

## **Tartışma**

Bu araştırma Covid-19 pandemisi sürecinde hemşirelik öğrencilerinin çevrimiçi eğitimi sonrası hemşirelik becerilerini yerine getirmede yaşadıkları sorunları belirlemek amacıyla yapılmış olup elde edilen bulgular literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Araştırmada hemşirelik öğrencilerinin çevrimiçi eğitim sürecinde yaşadıkları sorunlara ilişkin bağlantı ve erişim, ses ve görüntü sorunları yaşadıkları saptanmıştır. Literatürdeki araştırma sonuçlarında, çevrimiçi tarafından eğitim sürecinde öğrencilerin teknik problemler yaşadıkları, teknolojik bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu, internete ve bilgisayara erişimde problemler yaşadıkları aynı zamanda üniversitelerin uzaktan eğitim sisteminden kaynaklanan alt yapı sorunları nedeniyle dersleri takip edemedikleri ve canlı ders uygulamasının olmaması nedeniyle ders verimliliğinin azaldığı bulunmuştur (15-17).

Araştırmada hemşirelik öğrencilerinin büyük çoğunluğunun hemşirelik eğitiminde tercih ettiği öğretim yönteminin yüz yüze eğitim olduğunu belirtmişlerdir. Öğrencilerin çoğunluğu çevrimiçi öğrenme sürecinin hemşirelik eğitim-öğretim sürecinde kullanılabilir bir yöntem olarak görülmediği tespit edilmiştir. Literatürde yapılan araştırma sonuçlarına göre hemşirelik öğrencilerinin Covid-19 pandemisi sürecinde çevrim içi eğitime yönelik görüşlerini belirleyen bir çalışmada ölçek



puanın orta düzeyde olumlu olduğu sonucuna ulaşılmıştır (18). Bir diğer araştırmada hemşirelik öğrencilerinin çoğunluğunun hemşirelikte çevrimiçi eğitimi onaylamadıkları ve hemşirelik eğitimindeki tüm derslerin çevrimiçi eğitim ile verilemeyeceğini ifade etmişlerdir. Aynı zamanda uygulama ağırlıklı olan hemşirelik eğitiminde önemli bir yere sahip olan laboratuvar ve klinik uygulamalarda bir dizi eksikliklere neden olacağını düşündükleri belirlenmiştir (19). Hemşirelik eğitiminde çevrim içi öğrenmenin yüz yüze eğitimle kıyaslandığı ve bunların hemşirelik becerilerine nasıl yansıdığına yönelik çalışmaların yapılması gerektiği düşünülmüştür.

Araştırmada hemşirelik öğrencilerinin büyük çoğunluğunun hemşirelikte teorik derslerin uygulama ile paralel olarak gitmemesinin ve uygulamalı olan meslek derslerinin çevrim içi olarak yürütülmesinin öğrenme düzeyini azalttığını düşündükleri belirlenmiştir. Bu sonuçlara paralel olarak literatürdeki bir çalışmada hemşirelik öğrencilerinin büyük çoğunluğunun çevrimiçi eğitim ile hemşirelik eğitiminde önemli bir yere sahip olan laboratuvar ve klinik uygulamalarda becerileri yerine getirirken eksikliklere sebep olacağını ve hemşirelik eğitimiyle sahip olması gereken yetkinlikleri taşıyamayacağını belirttikleri bildirilmiştir (20). Yurt dışında hemşirelik öğrencileriyle yapılan araştırma sonuçları incelendiğinde benzer sonuçlar elde edilmiş ve öğrenciler çevrimiçi eğitim sürecinde öğrendikleri teorik bilgileri hasta başında uygulayamadıklarını, bu durumun kendilerinde stres, kaygı ve belirsizlik duygularına neden olduğunu belirtmişlerdir (21-22). Çalışmadan elde edilen bulgulara göre hemşirelik öğrencilerinin çevrim içi eğitim ile mekan esnekliğine kavuştukları ve istenilen herhangi bir zamanda ders videolarına tekrar ulaşım sağlayarak tekrar etme imkanı buldukları belirlenmiştir. Literatürdeki bir araştırmada hemşirelik öğrencilerinin çevrimiçi eğitimin zaman ve mekan sınırlılığını ortadan kaldırdığı için yararlı bulduklarına ilişkin görüşleri bildirilmiştir (23).

Elde edilen verilere göre çevrim içi eğitimin olumlu ve olumsuz yönleri göz önüne alınarak uygulamalı bir alan olan hemşirelik eğitiminde tamamen benimsemek yerine destekleyici bir yöntem olarak kullanılabilirliği düşünülmüştür.

#### Sonuç

Yapılan bu araştırmada hemşirelik öğrencilerinin çoğunluğunun hemşirelik eğitiminde çevrimiçi öğrenmeyi yararlı bulmadığı saptanmıştır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda, çevrimiçi eğitim sisteminin öğrencilerin teorik ve klinik becerilerinin geliştirilmesine yönelik düzenlenmesi gerektiği, öğrencilerin çevrimiçi eğitim ile beceriyi geliştiremediği için klinik uygulamalarda yetersiz kaldığı, motivasyon ve özgüven eksikliği yaşadıkları tespit edilmiştir. Teorik bilgi ile uygulamayı entegre edemediği, klinik uygulamalarda stres, kaygı ve

telaşa kapıldıkları sonucuna ulaşılmıştır. Tüm bu çıkarımların yanında öğrenciler çevrimiçi eğitimin olumlu yanlarından da bahsetmiştir. Bu konuda ön plana çıkan ders videolarının tekrar izlenmesi ve eğitimler sırasında belirli bir mekan zorunluluğunun olmaması dikkat çeken düşünceler olmuştur.

Pandemi sürecinin devamıyla birlikte her ülkenin mevcut koşulları, yasal düzenlemeleri ve mesleki kurumlarının önerileri ile hemşirelik eğitimin kalitesini koruyarak nitelikli hemşire yetiştirme hedefini sürdürmede çözüm arayışları devam etmektedir. Bunun gibi birçok salgın hastalık, doğal afet ya da olumsuz koşullara uyum sağlamak adına uygulamalı alanlarda video, sanal simülasyon uygulamaları ve kanıt temelli uygulama tasarımları ile eğitim zenginleştirilerek çevrimiçi öğrenme ile eşgüdümlü yapılması alınacak önlemler arasında yer alabilir. Ayrıca klinik becerileri yerine getirirken stres ve anksiyete yaşayan öğrencilere bu durum ile baş edebilmesi için hem eğitimcilerin hem de uygulama alanlarındaki hemşirelerin öğrencilerin yanında olduklarını göstermelerinin önemli olduğu düşünülmektedir.

**Çalışmanın Literatüre Katkısı:** Tüm dünyayı etkileyen pandemi süreci eğitim öğretimi de etkilemiş ve hemşirelik eğitimine nasıl yansıdığı yapılan bu çalışmayla ortaya konmaya çalışılmıştır. Çalışmada ulaşılan verilere göre çevrimiçi eğitimle öğrencilerin uygulamalı bölümlerde birçok sorun yaşadığı nedenleriyle tespit edilmiştir. Ayrıca herhangi bir salgın hastalık, doğal afet ve olumsuz durumlarda koşullara yönelik alınacak önlemlere ışık tutmaktadır.

**Teşekkür:** Yazar, çalışmaya katılan tüm bireylere minnettardır.

**Yazar Katkısı:** A, N; Fikir/kavram: A, N; Tasarım: A, N; Denetleme: A, N; Danışmanlık: N  
Veri toplama ve/veya Veri İşleme: A; Analiz ve/veya Yorum: A.N; Literatür tarama; A, N  
Makalenin Yazımı: A, N; Kaynaklar; A, N; Eleştirel inceleme: N.

**Çıkar çatışması:** Araştırmanın yürütülmesinde yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

**Finansal Destek:** Araştırmanın yürütülmesi sürecinde finansal destek alınmamıştır.

#### Kaynaklar

1. Fauci AS, Lane HC, Redfield RR. Covid-19—navigating the uncharted. *New England Journal of Medicine* 2020; 382(13), 1268-1269. DOI: 10.1056/NEJMe2002387.
2. Zhu Z, Liu Q, Jiang X, Manandhar U, Luo Z, Zheng X, Zhang B. The psychological status of people affected by the COVID-19 outbreak in China. *Journal of psychiatric research* 2020; 129, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.05.026>.

3. Karataş Z. COVID-19 Pandemisinin toplumsal etkileri, değişim ve güçlenme. Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi 2020; 4(1), 3-17.
4. Pokhrel S, Chhetri R. A literature review on impact of COVID-19 pandemic on teaching and learning. Higher Education for the Future 2021; 8(1), 133-141. <https://doi.org/10.1177/2347631120983481>.
5. Telli SG, Altun, D. Coronavirüs ve çevrimiçi (online) eğitimin önlenemeyen yükselişi. Üniversite Araştırmaları Dergisi 2020; 3(1), 25-34. <https://doi.org/10.26701/uad.711110>.
6. Genç MF, Gümrükçüoğlu S. Koronavirüs (Covid-19) sürecinde ilâhiyat fakültesi öğrencilerinin uzaktan eğitime bakışları. Electronic Turkish Studies 2020; 15(4).
7. UNESCO. Education: From disruption to recovery. 2020. Available from: <https://en.unesco.org/covid19/educationresponse>.
8. Sağer T, Özkişi ZG, Yüceer EM. Covid-19 Pandemi Sürecinin Müzik Dinleme Ve İcra Pratiklerine Etkileri: Yıldız Teknik Üniversitesi Lisans Öğrencileri Örneği. Uluslararası Müzik ve Sahne Sanatları Dergisi 2020; (4), 1-17.
9. YÖK. YÖK'ten küresel salgın ile mücadele sürecinde yeni düzenlemeler-II. 2020. Available from: <https://www.yok.gov.tr/Sayfalar/Haberler/2020/kuresel-salgin-surecinde-yapisal-duzenlemeler-2.aspx>.
10. Erdal G. İnternet tabanlı uzaktan eğitim yaklaşımının estetik dersini alan öğrencilerin akademik başarılarına ve estetik dersine yönelik tutumlarına etkisi. Yayımlanmamış doktora tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2020.
11. Hsieh HY, Hsu YY, Ko NY, & Yen M. Nursing education strategies during the COVID-19 epidemic. Hu Li Za Zhi 2020; 67(3), 96-101. DOI:10.6224/JN.202006\_67(3).13.
12. Keskin Kızıltepe S, & Kurtgöz A. Hemşirelik Öğrencilerinin Covid-19 Pandemisi Sürecinde Aldıkları Uzaktan Eğitime Yönelik Tutum ve Görüşlerinin Belirlenmesi. Journal of International Social Research, 2020; 13(74).
13. Şanlı D, Uyanık G, & Avdal EÜ. COVID-19 pandemi sürecinde dünyada hemşirelik eğitimi. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2021;6(1), 55-63.
14. Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2016). Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. (10. bs.). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
15. Kürtüncü M, Kurt A. COVID-19 pandemisi döneminde hemşirelik öğrencilerinin uzaktan eğitim konusunda yaşadıkları sorunlar. Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi 2020; 7(5), 66-77.
16. Keskin M, Özer D. COVID-19 sürecinde öğrencilerin web tabanlı uzaktan eğitime yönelik geri bildirimlerinin değerlendirilmesi. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2020; 5(2), 59-67.
17. Ekiz MA. Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Öğrencilerinin karantina dönemindeki uzaktan eğitim ile ilgili görüşleri (Nitel Bir Araştırma). Spor ve Rekreasyon Araştırmaları Dergisi 2020; 2(Özel Sayı 1), 1-13.
18. Durgun H, Tayfur C, AVCI AB, Kalyoncuoğlu B. Covid-19 sürecinde hemşirelik öğrencilerinin uzaktan eğitime yönelik görüşleri ve kaygı düzeyleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021; 14(2), 141-147. <https://doi.org/10.46483/deuhfed.824109>
19. Kahyaoglu Süt H, Küçükkaya B. Hemşirelik bölümü öğrencilerinin uzaktan eğitime ilişkin görüşleri. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2016; 13(3): 235-43. <https://doi.org/10.5222/HEAD.2016.235>.
20. Özbay Ö, Çınar S. Views of nursing students on distance education. In Education Conference (pp. 37-45), 2020.
21. Swift A, Banks L, Baleswaran A, Cooke N, Little C, McGrath, L, Williams G. COVID-19 and student nurses: A view from England. Journal of clinical nursing 2020. doi: 10.1111/jocn.15298.
22. Ramos-Morcillo A.J, Leal-Costa C, Moral-García JE, Ruzafa-Martínez M. Experiences of nursing students during the abrupt change from face-to-face to e-learning education during the first month of confinement due to COVID-19 in Spain. International journal of environmental research and public health 2020; 17(15), 5519. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155519>.
23. Şenyuva, E. Nursing Student's View about Distance Education. International Online Journal of Educational Sciences 2013; 5(2).

## Covid 19 Pandemisinin Hemşirelerin Tükenmişlik ve İş Doyumu Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi

### Evaluation of the Effect of the Covid 19 Pandemic on Nurses' Burnout and Job Satisfaction

Ayşe EMİNOĞLU<sup>1</sup>, Nazike DURUK<sup>2</sup>

#### ÖZ

**Amaç:** Bu araştırma, hemşirelerin pandemi sürecindeki tükenmişlik düzeyleri ve iş doyumunu değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma bir kamu hastanesinde görev yapan hemşireler 2021-2022 yılı arasında tanımlayıcı ve kesitsel türde yapılmıştır. Araştırmanın evreni 637 hemşire oluşturmuştur. Evrenin tamamına ulaşılmak hedeflendiğinden örnekleme yöntemine gidilmemiştir. Veriler gönüllü 559 hemşireden toplanarak evrenin %87.75'ine ulaşılmıştır. Veriler kişisel bilgi formu, Hemşire İş Doyum Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılarak yüz yüze anket yolu ile toplanmıştır. Veriler normal dağılım gösterdiğinden parametrik testlerle analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Araştırmaya göre, erkek hemşirelerin, mesleğin kendisine uygun olduğunu düşünmeyenlerin, mesleğini severek yapmayanların, yöneticilerle ve çalışma arkadaşlarıyla rahat iletişim kuramayan ve Covid-19 pandemi sürecinde çalışmış olmanın fiziksel ve zihinsel olarak tükenmişlik duygusu oluşturduğunu düşünenlerin tükenmişlik düzeyleri daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Mesleğini kendi isteğiyle seçen hemşirelerin, kolay iş imkanı, aile isteği ve rastlantısal olarak seçenlere göre ve haftalık çalışma süresi 40 saat ve altı olanların 56 saat ve üstü olanlara göre iş doyumunu daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Ayrıca yoğun bakımda çalışanların cerrahi servislerde çalışanlara göre, meslekte bir yıldan az çalışanların 1-5 ve 6-10 yıl arasında çalışanlara göre iş doyumunu yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Covid-19 pandemi sürecinde fiziksel ve zihinsel olarak tükenmişlik duygusu hisseden hemşireler ile hissetmeyenler arasında İş Doyum Ölçeği açısından istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı ( $p>0.05$ ); buna karşın Maslach Tükenmişlik Ölçeği açısından anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

**Sonuç:** Bu çalışmada, Covid-19 pandemisinde hemşireler arasında tükenmişlik düzeyi ve iş doyumunu arasında negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki olduğu, tükenmişlik arttıkça iş doyumunun da azaldığı negatif yönde, anlamlı ilişki belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Covid-19, Hemşirelik, Tükenmişlik, İş doyumunu

#### ABSTRACT

**Aim:** This research was conducted to evaluate the burnout levels and job satisfaction of nurses during the pandemic process.

**Method:** The research was conducted in a descriptive and cross-sectional type between the years 2021-2022 on nurses working in a public hospital. The universe of the research consisted of 637 nurses. Since it was aimed to reach the entire universe, the sampling method was not used. Data were collected from 559 volunteer nurses and 87.75% of the population was reached. Data were collected through a face-to-face questionnaire using a personal information form, Nurse Job Satisfaction Scale and Maslach Burnout Scale. Since the data showed normal distribution, they were analyzed with parametric tests.

**Results:** According to the research, burnout levels of male nurses, those who do not think the profession is suitable for them, those who do not love their profession, those who cannot communicate comfortably with managers and colleagues, and those who think that working during the Covid-19 pandemic creates a feeling of physical and mental exhaustion were found to be higher ( $p<0.05$ ). Nurses who chose their profession voluntarily had higher job satisfaction than those who chose it randomly, with easy job opportunity, family desire, and those with a weekly working time of 40 hours and less than those with 56 hours and more ( $p<0.05$ ). In addition, the job satisfaction of those working in intensive care units was higher than those working in surgical services, and those working in the profession for less than one year were found to be higher than those working between 1-5 and 6-10 years ( $p<0.05$ ).

**Geliş Tarihi/Received:** 22.12.2023

**Kabul Tarihi/Accepted:** 31.05.2023

**Çevrimiçi Yayın Tarihi/Avail-**

**able Online Date:** 30.06.2023

**DOI:** 10.57224/jhpr.1223165

<sup>1</sup> Gaziantep İslam Bilim ve Teknoloji Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, [ayse.11.eminoglu@gmail.com](mailto:ayse.11.eminoglu@gmail.com), 0000-0002-6738-5529

<sup>2</sup> Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, [nduruk@ogu.edu.tr](mailto:nduruk@ogu.edu.tr), 0000-0001-8517-2474

Sorumlu yazar/Correspondence: Ayşe Eminoglu

**Cite this article as:** Eminoglu A, Duruk N. Evaluation of the Effect of the Covid 19 Pandemic on Nurses' Burnout and Job Satisfaction. J Health Pro Res 2023;5(2): 113-123.

There was no statistically significant difference in terms of Job Satisfaction Scale between nurses who felt physically and mentally exhausted during the Covid-19 pandemic process and those who did not ( $p > 0.05$ ); on the other hand, there was a significant difference in terms of Maslach Burnout Scale ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** In this study, it was determined that there was a negative and moderate relationship between the level of burnout and job satisfaction among nurses in the Covid-19 pandemic, and a negative and significant relationship was determined as job satisfaction decreased as burnout increased.

**Key Words:** Burnout; Covid-19, Job satisfaction, Nursing

## Giriş

Hemşireler, sağlık ve hastalık durumlarında sürece dahil olan tüm basamaklarda bireyleri bakım sunmak, sağlık durumunu güvence altına almak, bilgilendirmek, meslektaşlarının, hasta ve yakınlarının eğitimin üstlenmek ve desteklemek için yeterli bilgi, beceri ve donanımına sahip olan sağlık çalışanlarıdır (1). Özellikle doğal afetler, savaşlar, göçler, bulaşıcı hastalıklarla mücadelede ön safhada yer alan hemşireler, sağlık çalışanları arasında vazgeçilmez bir yerde olduğunu topluma kanıtlamıştır (2). Son yıllarda tüm dünyanın yaşadığı Covid-19 pandemi sürecinde hemşireler, hasta bakım ve yönetimi konusunda önemli rol oynayan meslek olduğunu bir kez daha ortaya koymuştur (3). Karşı karşıya kalınan bu pandemi süreci birçok alanda etkisini gösteren ve yüklediği rollerle sağlık bakım hizmeti sunan hemşirelik mesleğinin ulusal ve uluslararası platformda öneminin hissedilmesini sağlamış (1,4). Sağlık sektörünün yarısından fazlasını oluşturan hemşireler virüsle savaşmak için seferber olmuştur (5-6). Yaşamakta olan bu pandeminin koruyucu ekipmanlar ile çalışmayı zorlaştıran koşullar, hastalık bulaş riskinin artması ve aile üyelerine bulaştırma korkusu, bakım verdikleri bireylerin ölümüne tanıklık etme ve aile gibi destek kaynaklarından uzak olma, psikososyal açıdan hemşireleri olumsuz etkilemiştir (7-8). Öte yandan, artan hasta sayısı ve enfekte olan hemşirelerin çalışmaması hemşirelerin iş yükünün artmasına ve daha uzun süreler çalışılmasına neden olmuştur (7). Hemşireleri etkisi altına alan bu strese maske, siperlik, önlük gibi koruyucu ekipman yetersizliği, molasız ve uzun süre çalışma koşulları ve izinlerin iptali gibi nedenlerde eklenerek psikolojik buhranların artmasına ve tükenmişliğe sebep olmuştur (9). Pandemi sürecinde salgınla mücadelede iş gücünün en büyük parçasını oluşturan hemşirelerin verimli çalışabilmeleri mesleğinden aldığı doyuma ve performanslarını etkileyebilecek herhangi bir tükenmişlik duygusu yaşamamasına bağlıdır. Alan yazında da belirtildiği gibi pandemi sürecinin hemşireleri pek çok yönden olumsuz etkilediği görülmektedir. Bu nedenle bu araştırma alanlardaki olası eksikliklerinin giderilmesi anlamında gerekli görülmüştür. Bu bilgilerden yola çıkarak Covid-19 pandemisinin hemşirelerin tükenmişlik düzeyi ve iş doyumunu üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu araştırma ile salgın hastalıklarla mücadelede hemşirelerde tükenmişlik durumunu ve iş doyumunun nasıl etkilendiğini ortaya koyarak gelecekte olası salgın durumlarında önlemlerin alınması için ve alan yazında katkı sunacak bir araştırma olacaktır.

## Gereç ve Yöntem

### Araştırmanın Tasarımı

Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışma, bir kamu hastanesinde görev yapan hemşireler ile Aralık 2021-Haziran 2022 tarihleri arasında yüz yüze anket uygulanarak gerçekleştirilmiştir.

### Örneklem

Araştırma evrenini 2021-2022 yılında Gaziantep ilinde bulunan bir kamu hastanesinde görev yapan hemşireler oluşturmuştur ( $n = 637$ ). Araştırma kapsamında maksimum çalışma boyutuna ulaşmak için evrenin tamamına ulaşılmak hedeflendiğinden örneklem büyüklüğü hesaplanmamıştır. Araştırmaya katılmak istemeyen ve araştırmanın yapıldığı tarihlerde rapor/izinli olan 80 (%12.25) hemşire araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırma örneklemini araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırma kriterlerine uyan 559 hemşire oluşturmuştur. Araştırmaya katılım oranı %87.75 dir.

### Veri Toplama Aracı

Hemşirelerin kişisel bilgileri araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan; Kişisel Bilgi Formu (20 soru), pandeminin iş doyumunu üzerinde etkisi Hemşire İş Doyum Ölçeği (27 soru) ve pandemi sürecinde hemşirelerin meslekteki tükenmişlik düzeyleri Maslach Tükenmişlik Ölçeği (22 soru) kullanılarak toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Açık uçlu ve çoktan seçmeli sorulardan oluşan form 20 soru içermektedir. Formda hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum gibi sosyodemografik özelliklerine ilişkin ve hemşirelik mesleğini sürdürme zamanı, çalıştığı birim, çalışma saatleri, mesleğini severek yapma durumu ve mesleğin kişiye uygunluğu, mola süreleri gibi çalışma yaşamı ve koşulları ait sorular içerirken aynı zamanda, Covid-19 pandemi sürecinde fiziksel ve zihinsel tükenmişlik hissetme durumu ve enerjilerinin bittiğini hissettiğinde baş etme yöntemlerine ait sorular da bulunmaktadır.

Hemşire İş Doyum Ölçeği: Japonya'da Muya ve ark. (10) tarafından geliştirilen, Türkçe Geçerliliği ve Güvenirliği Türe ve Yıldırım (11) tarafından yapılan "Hemşire İş Doyum Ölçeği" 27 madde ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır ve hemşirelerin iş doyumunu belirlemeyi amaçlamaktadır. Ölçeğin alt boyutları; '1. İşle İlgili Olumlu Duygular' (1-8 madde), '2. Üstlerden Uygun Destek' (9-14 madde), 3. 'İş Yeri ve Algılanan Önem' (15-22madde), '4. Keyifli Çalışma

Ortamı' (23-27 madde) şeklindedir. Ölçekten alınan puan 1'e doğru indikçe ise iş doyumunu düşük, 5'edöğru yaklaştıkça iş doyumunu yüksek olarak değerlendirilmektedir (Muya ve ark., 2014). Ölçek maddeleri 5'li likert tipinde oluşturulmuş olup, 1'den (Kesinlikle katılmıyorum) 5'e (Kesinlikle katılıyorum) şeklindedir (11). Bu çalışmada Cronbach Alpha değeri 0.835 olarak bulunmuştur.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği: Maslach (12) tarafından geliştirilen ve Ergin (13) tarafından geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmış olan ölçek, tükenmişliği üç alt boyutta ele almaktadır. 5'li Likert tipinde olan ölçek, 'Duygusal Tükenmişlik' (DT, 9 madde), 'Kişisel Başarı' (KB, 8 madde) ve 'Depersonalizasyon (Duyarsızlaşma)' (D, 5 madde) alt ölçekleriyle toplam 22 maddeden oluşur. Ölçek alınan puanlar ve ifadeler 0=Hiçbir zaman, 1=Çok nadir, 2=Bazen, 3=Çoğru zaman, 4=Her zaman şeklindedir. Alt ölçek puanları Duyarsızlaşma ve Duygusal Tükenme için 0'dan 4'e doğru puanlanırken Kişisel Başarı için tersine puanlanmaktadır. Mevcut puanlar toplamı 'Duygusal tükenmişlik' için 0-36, 'Duyarsızlaşma' için 0-20 ve 'Kişisel başarı' için 0-32 arasında değişmektedir. "Duygusal tükenme" ve "Duyarsızlaşma" alt ölçekleri olumsuz anlatımlardan, "Kişisel başarı" alt ölçekleri olumlu anlatımlardan oluşmaktadır. "Duyarsızlaşma" ve "Duygusal tükenme" puanlarının artması tükenmişliğin arttığını, "kişisel başarı" puanının artması ise tükenmişliğin azaldığını göstermektedir. Bu çalışmada Cronbach Alpha değeri 0.796 olarak bulunmuştur.

#### İstatistiksel Analiz

Verinin istatistiksel analizi IBM SPSS 26.0 istatistik paket programında yapılmıştır. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde olarak belirtilmiştir. Normal dağılım gösteren veriler için t testi ve üç ve daha fazla grup karşılaştırmalarında One-way ANOVA testi, post-hoc analizleri yapılmıştır. İş doyumunu ve tükenmişlik arasındaki ilişki için korelasyona analizi yapıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak belirlenmiştir.

#### Etik Onay

Çalışmanın yapılabilmesi için girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulu tarafından 01.11.2021 tarihli, 2021/63 sayılı etik kurul onayı alınmıştır. Çalışma izni ise (Sayı: E-87825162-774.99) İlgili İl Sağlık Müdürlüğünden alınmıştır. Araştırma Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak yürütülmüştür.

#### Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın sonuçları, 2021-2022 yılları arasında araştırmanın yapıldığı kamu hastanesinde görev yapan hemşireler ile sınırlıdır. Diğer bir sınırlılık ise ölçme araçlarının sadece bireysel değerlendirmeye dayanması ve cevaplayan kişinin o anki duygu durumu ile sınırlı olmasıdır.

## Bulgular

Covid-19 pandemisinin hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve iş doyumunu üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada elde edilen bulgular bu bölümde sunulmuştur. Hemşirelerin çoğunluğunun 20-30 yaş arasında olduğu, %76,4'nün kadın, %51'nin evli, %47'sinin çocuk sahibi olduğu, %93,7'sinin sigara içmediği, sigaraya başlama nedenini çoğunlukla (%2,9) stres kaynaklı olduğu saptanmıştır. Çalışmadaki hemşirelerin 49.7'sinin mesleği kendi isteğiyle seçtiği, %81,4'nün mesleğini kendisine uygun olduğu, %79,4'nün mesleği severek yaptığı, %35,4'nün cerrahi servislerde çalıştığı, %75,5'nin nöbet usulü çalıştığı, %70,8'sinin haftalık çalışma süresinin 40 saat ve altında olduğu, %56'sının meslekte 1-5 yıl arasında çalıştığını, %45,8'nin günlük sorumlu olduğu hasta sayısının 3 ve 8 arasında değiştiği, %57,2'sinin çalışma zamanı içinde kullandıkları mola süresinin 15-60 dakika arasında değiştiği görülmüştür. Hemşirelerin %86,2'sinin yöneticileriyle ve %97,3'nün ise arkadaşlarıyla rahat iletişim kurduğu belirlenmiştir. Hemşirelerden %94,8'nin Covid-19 pandemi sürecinde çalışmış olmanın zihinsel ve fiziksel olarak tükenmişlik duygusu hissettirdiği sonucuna ulaşılmıştır. Hemşirelerin %30,1'nin enerjilerinin bittiğini hissettiğinde bu durumla baş etmek için uymayı tercih ettiği saptanmıştır (Tablo 1).

Araştırma bulgularına göre, hemşirelerin sosyo-demografik verileri ile tükenmişlik durumları karşılaştırıldığında erkek hemşirelerin, sigaraya stres nedeniyle başlayanların sigara içmeyen ve arkadaş ortamıyla başlayanlardan tükenmişlik düzeyleri anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) (Tablo 2.1.). Hemşirelerin çalışma koşulları ile tükenmişlik durumları karşılaştırıldığında ise, mesleğini kendi isteğiyle seçenlerin, kolay iş imkanı, aile isteğiyle seçenlerden; mesleğini kendisine uygun olduğunu düşünmeyenlerin; mesleğini severek yapmayanların; acil serviste çalışanların diğer birimlerde çalışanlardan; meslekte çalışma süresi 1-5 yıl olanların 1 yıldan az, 11 yıl ve üstünde olan hemşirelerden; haftalık çalışma süresi 56 saat ve üstü olanların haftalık çalışma saati daha az olanlardan ( $p < 0,01$ ); sorumlu olduğu günlük hasta sayısı 3-8 arasında değişenlerin 31 ve üstü hastaya bakanlardan ( $p < 0,05$ ); yöneticilerle ve çalışma arkadaşlarıyla rahat iletişim kuramayan ve Covid-19 pandemi sürecinde çalışmış olmanın fiziksel ve zihinsel olarak tükenmişlik duygusu oluşturduğunu düşünenlerin tükenmişlik düzeyleri anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0,01$ ) (Tablo 2.2.).

Bu çalışmada hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile iş doyumunu karşılaştırıldığında, sigaraya başlama nedeni stres ve keyfi olarak başlayanların işle ilgili olumlu duygular alt boyutu; yaşı 30-40 arasında olanların diğer yaş aralıklarında olanlardan üstlerden uygun alt destek boyutu; yaşı 20-30 ve 30-40 arasında olanların iş yerinde algılanan önem alt boyutu; yaş, sigara içme ve sigaraya başla-

**Tablo 1.** Hemşirelerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=559)

Özellikler		N	(%)	Özellikler		N	(%)
Yaş	20-30	431	77,1	Meslekte Çalışma Süresi	1 yıldan az	31	5,5
	31-40	113	20,2		1-5 yıl	313	56,0
	41 ve üstü	15	2,7		6-10 yıl	154	27,5
Cinsiyet	Kadın	427	76,4	Sorumlu Olduğu Günlük Hasta Sayısı	11 yıl ve üstü	61	10,9
	Erkek	132	23,6		2 ve altı	134	24,0
Medeni Durum	Evli	285	51,0		3-8	256	45,8
	Bekar	274	49,0	9-30	89	15,9	
Çocuk Sahibi Olma	Evet	263	47,0	31 ve üstü	80	14,3	
	Hayır	296	53,0	Mola Süresi	Yok	104	18,6
Sigara İçme Durumu	Evet	35	6,3		15-60 dk	320	57,2
	Hayır	524	93,7		90 dk ve üstü	135	24,2
Sigaraya Başlama Nedeni	İçmeyenler	524	93,7	Yöneticilerle Rahat İletişim Kurma Durumu	Evet	482	86,2
	Arkadaş Ortamı	10	1,8		Hayır	77	13,8
	Stres	16	2,9	Çalışma Arkadaşları İle Rahat İletişim Kurma Durumu	Evet	544	97,3
	Keyfi	7	1,3		Hayır	15	2,7
Ailevi Nedenler	2	0,4	Covid 19'da Tükenmişlik Hissetme Durumu	Evet	530	94,8	
				Hayır	29	5,2	
Mesleği Nasıl Seçtiği	Kendi isteğimle	278	49,7	Covid-19 Süresinde Tükenmişlik Durumunda Baş Etme Yöntemi	Baş Etme Yöntemi Yok	42	7,5
	Kolay iş imkanı	219	39,2		Spor Yapmak	84	15,0
	Ailemin isteğiyle	55	9,8		Kitap Okumak	64	11,4
	Rastlantısal	7	1,3		Gececeğini Umut Etmemek	3	0,5
Mesleğinizin Size Uygunluğu	Evet	455	81,4	Sigara İçmek	3	0,5	
	Hayır	104	18,6	İbadet Etmek	8	1,4	
Mesleğinizi Severek Yapma Durumu	Evet	444	79,4	Müzik Dinlemek	50	8,9	
	Hayır	115	20,6	Çalışmaya Ara Vermek	4	0,7	
Çalışılan Birim	Acil	23	4,1	Aile ile Vakit Geçirmek	18	3,2	
	Yoğun Bakım	137	24,5	Uyumak	168	30,1	
	Dahili Servisler	119	21,3	Yürüyüş Yapmak	5	0,9	
	Cerrahi Servisler	198	35,4	Dinlenmek	52	9,3	
	Ameliyathane	8	1,4	Tatil Yapmak	19	3,4	
	İdari Birim	8	1,4	Meditasyon-Yoga	12	2,1	
	Poliklinik	52	9,3	Yemek Yemek	6	1,1	
	Covit Servisleri	14	2,5	Nefes Egzersizleri	6	1,1	
Çalışma Sistemi	Mesai	137	24,5	Ağlamak	4	0,7	
	Nöbet	422	75,5	Şikayet Etmek, Yakınmak, Sızlanmak	2	0,4	
Haftalık Çalışma Süresi	40 saat ve altı	396	70,8	Yalnız Kalmak	3	0,5	
	48-56 saat	109	19,5	Satranç Oynamak	6	1,1	
	56 ve üstü	54	9,7				

**Tablo 2.1.** Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Karşılaştırılması (N=559)

Özellikler	N	Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutları								
		Duygusal Tükenmişlik		Kişisel Başarı		Duyarsızlaşma		Tükenmişlik Ölçek Geneli		
		Ort±SS	F/t ve p	Ort±SS	F/t ve p	Ort±SS	F/t ve p	Ort±SS	F/t ve p	
Yaş	20-30	431	19,11±6,5 7	F=0,644 p=0,526	11,85±3 ,51	F=0,388 p=0,679	8,32±3,31	F=4,962 * p=0,007	39,29±9,36	F=0,660 p=0,517
	30-40	113	19,13±5,3 6		11,62±3 ,65		7,41±3,08		38,17±8,18	
	41 ve üstü	15	21,00±6,5 1		11,20±3 ,98		6,66±3,55	(1-2)	38,86±11,6 5	
Cinsiyet	Kadın	427	18,97±6,2 7	t=-1,289 p=0,068	11,70±3 ,52	t=-0,950 p=0,343	7,83±3,32	t=-3,470 * p=0,001	38,51±9,37	t=-2,497 * p=0,013
	Erkek	132	19,78±6,5 3		12,04±3 ,64		8,96±3,07		40,79±8,42	
Medeni Durum	Evli	285	19,07±6,6 7	t=-0,365 p=0,715	11,92±3 ,43	t=0,933 p=0,351	8,05±3,40	t=-0,296 p=0,767	39,05±9,66	t=-0,002 p=0,999
	Bekar	274	19,26±5,9 9		11,64±3 ,67		8,14±3,18		39,05±8,71	
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	263	19,03±5,7 6	t=-0,469 p=0,640	11,66±3 ,54	t=-,799 p=0,425	8,06±3,15	t=-0,266 p=0,791	38,75±8,57	t=-0,729 p=0,466
	Hayır	296	19,28±6,8 2		11,90±3 ,56		8,13±3,42		39,32±9,73	
Sigara İçme Durumu	Evet	35	20,37±7,6 1	t=1,161 p=0,246	12,62±4 ,10	t=1,446 p=0,149	7,71±3,97	t=-0,715 p=0,475	40,71±11,9 4	t=-0,860 p=0,395
	Hayır	524	19,08±6,2 4		11,73±3 ,50		8,12±3,24		38,94±8,99	
Sigaraya Başlama Nedeni	İçmeyenler	524	19,08±3,2 4	F=2,122 p=0,077	19,16±6 ,34	F=1,034 p=0,389	8,12±3,24	F=1,133 p=0,340	38,94±8,99	F=2,645 * p=0,033
	Arkadaş Ortamı	10	17,20±7,4 8		11,73±3 ,50		6,20±3,55		34,80±12,5 0	(2-0,1)
	Stres	16	23,43±6,5 3		11,40±4 ,47		8,81±4,02		45,62±9,44	
	Keyfi	7	18,42±9,5 0		13,37±4 ,03		7,28±4,46		38,14±14,7 6	
	Ailevi Nedenler	2	18,50±0,7 0		12,42±4 ,54		8,00±4,24		40,00±4,24	

T Testi, ANOVA; \* p≤ 0.05 \*\* p≤ 0.01.

ma nedeni keyifli çalışma ortamı alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bulunurken (p<0.05), ölçek toplam genelinde sosyo-demografik veriler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0.05) (Tablo 3.1.). Çalışma koşulları ile iş doyumunu karşılaştırıldığında ise, mesleğini kendi isteğiyle seçen hemşirelerin, kolay iş imkanı, aile isteği ve rastlantısal olarak seçenlerden; mesleğinin kendisine uygun olduğunu düşünenlerin, mesleğini severek yapanların; yoğun bakımda çalışanların cerrahi servislere çalışanlardan; meslekte bir yıldan az çalışanların 1-5 ve 6-10 yıl arasında çalışanlardan; haftalık çalışma süresi 40 saat ve altı olanların 56 saat ve üstü çalışanlardan; sorumlu oldukları günlük hasta sayısı 3-8 hasta arasında değişenler ile 2 ve altı, 9-30 hasta arasında değişenlerden; yöneticilerle ve çalışma arkadaşlarıyla rahat iletişim kurabilen, Covid-19 pandemi sürecinde çalışmış olmanın zihinsel ve fiziksel olarak tükenmişlik duygusu oluşturmadığını düşünen hemşirelerin iş doyumları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (p<0.05) (Tablo 3.2.).

Covid-19 pandemi sürecinde çalışmış olmak fiziksel ve zihinsel olarak tükenmişlik duygusu hisseden hemşirelerin Hemşire İş Doyum Ölçeği'nin Üstlerden Uygun Destek alt boyutu ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Duygusal Tükenmişlik ve Duyarsızlaşma alt boyutları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Ölçekler genelinde, Covid-19 pandemi sürecinde çalışmış olmak fiziksel ve zihinsel olarak tükenmişlik duygusu hisseden hemşirelerin Hemşire İş Doyum Ölçeği açısından istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı (p> 0.05); buna karşın Maslach Tükenmişlik Ölçeği açısından anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Bu çalışmada, covid-19 pandemi sürecinde hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ile iş doyumunu arasında ilişkiyi tespit etmek amacıyla Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ile iş doyumunu arasında negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki olduğu, tükenmişlik arttıkça iş doyumunun da azaldığı ya da iş doyumunu arttıkça tükenmişliğin azaldığı saptanmıştır. Ölçeklerin birbirleri üzerinde açıkladıkları varyans

**Tablo 2.2.** Hemşirelerin Çalışma Koşulları ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Karşılaştırılması (N=559)

Özellikler		N	Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutları							
			Duygusal Tükenmişlik		Kişisel Başarı		Duyarsızlaşma		Tükenmişlik Ölçek Geneli	
			Ort±SS	F/t ve p	Ort±SS	F/t ve p	Ort±SS	F/t ve p	Ort±SS	F/t ve p
Mesleği Nasıl Seçtiği	Kendi isteğimle	278	17,57±6,10	F=18,754 p=0,000**	12,10±3,68	F=2,281 p=0,078	7,69±2,95	F=7,31 8	37,37±8,82	F=11,8 84
	Kolay iş imkanı	219	19,94±6,00	(1-2,3,4) (2-3)	11,50±3,38		8,14±3,27	p=0,00 0**	39,58±8,93	p=0,00 0**
	Ailemin isteğiyle	55	23,30±6,03		11,61±3,37		9,67±3,87	(3-1,2)	44,60±9,13	(1-2,3) (2-3)
	Rastlantısal	7	25,57±6,37		9,42±3,73		10,71±6,5 5		45,71±12,35	
Mesleğinizin Size Uygunluğu	Evet	455	17,86±5,77	t=-11,194 p=0,000**	11,72±3,55	t=-0,947 p=0,344	7,72±3,03	t=- 5,047	37,30±8,35	t=- 9,826
	Hayır	104	24,84±5,57		12,08±3,53		9,75±3,85	p=0,00 0**	46,69±8,88	p=0,00 0**
Mesleğinizi Seve-rek Yapma Durumu	Evet	444	17,67±5,71	-12,279 p=0,000**	11,70±3,60	t=-1,040 p=0,299	7,60±3,01	t=- 6,504	36,99±8,35	t=- 11,570
	Hayır	115	24,91±5,29		12,09±3,34		10,00±3,6 3	p=0,00 0**	47,00±7,92	p=0,00 0**
Çalışılan Birim	Acil	23	25,52±4,05	F=5,976 p=0,000**	11,13±4,35	F=03,608 p=0,001**	9,47±3,04	F=2,03 4	46,13±7,61	F=5,22 1
	Yoğun bakım	137	19,81±5,91		12,16±3,55		8,33±3,28	p=0,04 9*	40,31±7,97	p=0,00 0**
	Dahili servisler	119	18,02±6,97	(1- 2,3,4,6,7)	10,78±3,45	(5-1,3,8) (3-2)	7,63±3,20		36,45±10,13	(1- 2,3,4,5, 7,8)
	Cerrahi servisler	198	18,84±6,02		11,95±3,36	(8-5)	8,15±3,42	(1-6)	38,95±8,78	(2-3)
	Ameliyathane	8	22,00±8,94		15,62±1,92		8,62±2,32		46,25±8,90	
	İdari birim	8	15,25±7,77		12,75±2,43		5,12±3,79		33,12±9,78	
	Poliklinik	52	17,78±4,85		12,30±3,91		8,19±3,08		38,28±8,69	
	Covit servisleri	14	22,28±7,15		10,71±2,81		7,71±2,84		40,71±12,42	
Çalışma Sistemi	Mesai	137	18,89±6,45	t=-0,570 p=0,569	11,54±3,55	t=-0,944 p=0,346	7,30±3,42	t=- 3,270	37,74±9,90	t=- 1,924
	Nöbet	422	19,25±6,30		11,86±3,55		8,35±3,21	p=0,00 1**	39,48±8,93	p=0,05 5
Meslekte Çalışma Süresi	1 yıldan az	31	16,16±7,82	F=2,772 p=0,041*	11,12±3,93	F=1,338 p=0,261	6,41±3,76	F=10,2 96	33,70±12,29	F=6,44 1
	1-5 yıl	313	19,51±6,27		11,82±3,46		8,51±3,19	p=0,00 0**	39,85±8,88	p=0,00 0**
	6-10 yıl	154	19,23±6,25	(1-2)	12,09±3,49		8,26±3,13	(1-2,3) (4-2,3)	39,59±8,27	(2-1,4)
	11 yıl ve üstü	61	18,72±5,75		11,18±3,87		6,40±3,23		36,31±9,20	
Haftalık Çalışma Süresi	40 saat ve altı	396	17,92±5,75	F=35,097 p=0,000**	12,17±3,62	F=8,462 p=0,000**	7,93±3,10	F=8,31 4	38,03±8,73	F=16,1 75
	48-56 saat	109	21,01±6,98	(1,2,3)	10,74±3,37	(1-2)	7,86±3,40	p=0,00 0**	39,62±9,95	p=0,00 0**
	56 ve üstü	54	24,50±5,48		11,05±2,75		9,81±3,69	(3-1,2)	39,05±9,20	(3-1,2)
Sorumlu Olduğu Günlük Hasta Sayısı	2 ve altı	134	19,40±5,85	F=5,597 p=0,001*	12,46±3,57	F=4,097 p=0,007*	8,26±03,1 9	F=1,50 1	40,12±7,74	F=3,59 2
	3-8	256	18,08±6,01	*	11,80±3,33		7,94±3,23	p=0,21	37,83±8,67	p=0,01 4*
	9-30	89	20,48±7,35	(2-4,5) (3-2)	10,77±3,36	(1-3)	7,75±3,58	3	39,01±11,15	
	31 ve üstü	80	20,75±6,39		11,75±4,12		8,70±3,28		41,20±10,21	(2-4)
Mola Süresi	Yok	104	20,63±6,3	F=7,506 p=0,001*	11,57±3,80	F=6,367 p=0,002*	7,97±3,54	F=1,23 9	40,18±10,15	F=0,95 9
	15-60 dk	320	18,29±5,84	*	12,21±3,43	(2-3)	8,28±3,03	p=0,29	38,78±8,58	p=0,38 4
	90 dk ve üstü	135	20,11±7,13	(2-1,3)	10,94±3,49		7,77±3,67	1	38,82±9,85	
Yöneticilerle Rahat İletişim Kurma Durumu	Evet	482	18,07±5,74	t=-11,274 p=0,000**	11,84±3,56	t=0,959 p=0,338	7,83±3,15	t=- 4,832	37,75±8,55	t=- 8,911
	Hayır	77	26,00±5,63		11,42±3,45		9,75±3,68	p=0,00 0**	47,18±8,98	p=0,00 0**
Çalışma Arkadaşları İle Rahat İletişim Kurma Durumu	Evet	544	18,94±6,22	t=-5,038 p=0,000**	11,79±3,55	t=0,209 p=0,835	8,00±3,21	t=- 4,230	38,74±8,99	t=- 4,910
	Hayır	15	27,13±5,59		11,60±3,41		11,60±4,3 0	p=0,00 0**	50,33±9,89	p=0,00 0**
Covid 19'da Tükenmişlik Hissetme Durumu	Evet	530	19,45±6,02	t=3,240 p=0,003*	11,89±3,50	t=2,968 p=0,003*	8,30±3,19	t=6,594 p=0,00 0**	39,65±8,51	t=4,515 p=0,00 0**
	Hayır	29	13,86±9,19		9,89±3,87		4,31±2,91		28,06±13,67	

T Testi, ANOVA; \* p≤ 0.05 \*\* p≤ 0.01.



%24,1'dir. Yani tükendişliğin %24,1'i iş doyumundan kaynaklanıyor olabilir ( $r = -.491$ ;  $p < 0.01$ ).

### Tartışma

Çalışmamızda COVID-19 pandemisinde hemşirelerin tükendişlik ve iş doyumunu ile ilişkili faktörler incelenmiştir.

Akyüz, tarafından yapılan çalışmaya göre haftalık çalışma süreleri ve günde ortalama bakmakta oldukları hasta sayıları ile tükendişlik düzeyi alt ölçek boyutları ile anlamlı bir fark saptanmıştır (14). Çalışmamızda sorumlu olduğu günlük hasta sayısı 3-8 arasında olanların, çalışma saati 56 saat ve üstü olanların tükendişlik düzeyleri anlamlı şekilde farklılık göstermiştir. Çalışma bulgularına göre acil serviste çalışanların ve mesleğini kendi isteğiyle seçenlerin tükendişlikleri anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Akyüz'ün çalışmasına göre dahili servislerde çalışanların duyarsızlaşma ve mesleğini kendi isteğiyle seçmeyenlerin duygusal tükendişme yaşamakta oldukları belirlenmiştir. Covid-19 pandemi sürecinde fazla çalışma saatleri ve sorumlu olunan hasta sayısındaki artış hemşirelerin tükendişlik yaşamasına neden olduğunu düşünülebilir.

Karabulut ve arkadaşlarının (15) hemşirelerin iş doyumunu üzerine yaptığı çalışmaya göre mesleğini kendine uygun bulanların iş doyumunu istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunduğu ifade edilmiş, çalışmamızda da mesleğinin kendisine uygun olduğunu düşünen ve mesleğini severek yapanların iş doyumunu ve tükendişliği istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Pandemi sürecinde hemşireler doğrudan insan sağlığıyla ilgilenen bir meslek olarak karşımıza çıkmıştır. Hemşirelerin mesleğini severek yapmaları, medyada hemşirelerin özverili ve ağır çalışma koşullarında Covid-19 pandemisi ile mücadele ettiğinin ifade edilmesi hemşirelerin iş doyumlarının arttırdığı söylenebilir.

Çalışmalarda mesleğini isteyerek seçenlerin iş doyumları daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (16-17). Çalışma bulguları da paralel olarak mesleğini kendi isteğiyle seçen hemşirelerin, kolay iş imkanı, aile isteği ve rastlantısal olarak seçenlerden iş doyumlarının anlamlı bir şekilde yüksek olduğu bulunmuştur. Covid-19 pandemi sürecinde iş doyumunu, kaliteli ve sürdürülebilir sağlık bakımı sağlamak için önemlidir. Özellikle pandemi sürecinde çalışma koşullarının ve sağlık sistemlerinin iyileştirilmesi daha da ön plana çıkmış, bu nedenle yapılacak düzenlemeler iş doyumunu açısından gereklilik taşımıştır.

Arpacioğlu ve arkadaşlarının (18) çalışmasına göre 0-4 yıl arasında çalışma süresi olanların tükendişlik ve 20 yıl ve üzerinde çalışanların iş doyumunu ortalaması daha büyük ve anlamlı şekilde farklı olduğu ifade edilmiştir. Aylaz ve ark. (17) çalışmasında 0-5 yıl, Çelik ve Kılıç (19) çalışmasında 0-2 yıl arasında çalışma süresi olan hemşirelerin iş doyumlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda da meslekte çalışma süresi 1-5 yıl arasında olanların ve meslekte bir yıldan az çalışanların

iş doyumları daha yüksek ve anlamlı şekilde farklı bulunmuştur. Meslekte olan çalışma süresi arttıkça iş doyumunun azaldığı bunun pandemi gibi büyük kayıpların yaşandığı bir süreçte meslekte uzun yıllar emek veren hemşirelerde kendini belirgin olarak gösterdiği söylenebilir.

Güdük ve arkadaşlarının (20) çalışmasında haftalık çalışma süresi 45 saat olanlar ile 45 saatin üzerinde olanlar arasında da iş doyumunu istatistiksel olarak farklı bulunmuş, daha fazla çalışanların iş doyumlarının daha düşük olduğu görülmüştür. Çalışmamızda haftalık çalışma süresi 40 saat ve altı olanların 56 saat ve üstü çalışanlardan iş doyumları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda 40 saat ve altı çalışan hemşirelerin iş doyumlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (17). Benzer şekilde Said ve El-Shafei (21) tarafından Mısır'da covid-19 pandemi sürecinde hemşireler üzerine yapılan bir çalışmada 40 saat ve üzeri çalışmanın hemşirelerin iş doyumunu olumsuz etkilediği ve daha fazla çalışma saatleri ile iş doyumunu arasında anlamlı bir farklılık olduğu ifade edilmiştir. Tunç ve Göklü'nün yapmış olduğu çalışmaya göre, Covid-19 pandemisi ile mücadelede çalışma saati fazla olanların duygusal tükendişlik ve duyarsızlaşma düzeylerinin daha yüksek olduğunu sonucuna ulaşılmıştır (22). Bu durumda pandemi sürecinde artan çalışma saatleri hemşirelerin iş doyumlarının azalmasına sebep olduğu söylenebilir.

Çalışmada Covid-19 pandemisinde hemşirelerin tükendişlik düzeyleri ve iş doyumunu arasında negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde yapılan çalışmalarda tükendişlik ve iş doyumunu arasında var olan karşılıklı ilişki ele alınmış ve tükendişlik ile iş doyumunu arasında negatif yönde, orta düzeyde bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (19, 23-24). Yapılan korelasyon çözümlerinde iş doyumunu arttıkça, tükendişliğin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (25). Özellikle pandemi sürecinde hemşirelerin çalışma koşullarında yaşanan sorular ve fiziksel, ruhsal ve duygusal yorgunlukları stres altında kalmalarına bu nedenle tükendişliğin artarak, iş doyumlarının azalmasına sebep olduğu düşünülebilir.

### Sonuç

COVID-19 pandemi sürecinde iş yükleri artan hemşirelere yeni rol ve sorumluluklar yüklenmiştir. Pandemi ile artan çalışma saatleri ve bakım ihtiyaçları, yeni çalışma sistemleri, koruyucu ekipmanlarla uzun süreli çalışma, hastalar ile geçirilen zamanın ve yakın temasın artması, hayatı tehdit eden krizlerle başa çıkma stresi hemşirelerde iş doyumunun azalmasına ve tükendişliğe sebep olur. Olumsuz çalışma koşulları ve stres altında çalışan hemşirelerin fiziksel ve ruhsal olarak yaşadıkları tükendişlik ve iş doyumlarının azalması sağlık bakım hizmetlerinin kalitesi düşürerek, toplumsal sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirmesini engeller. Covid-19 pandemi sürecinin başkahramanı olan hemşirelerin iş doyu-

**Tablo 3.1.** Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Hemşire İş Doyum Ölçeğinin Karşılaştırılması (N=559)

Özellikler	N	Hemşire İş Doyum Ölçeği Alt Boyutları										
		İşle İlgili Olumlu Duygular		Üstlerden Uygun Destek		İşyerinden Algılanan Önem		Keyifli Çalışma Ortamı		İş Doyumu Ölçek Geneli		
		Ort±SS	F/t ve p	Ort±SS	F/t ve p	Ort±S	F/t ve p	Ort±SS	F/t ve p	Ort±SS	F/t ve p	
Yaş	20-30	43	3,22±0,5	F=1,251	3,79±0,91	F=3,67	3,70±0,38	F=3,66	2,56±0,7	F=3,64	3,37±0,43	F=2,0
		1	0	p=0,287		7		4	0	1		01
	30-40	11	3,30±0,4		3,78±0,87	<b>p=0,02</b>	3,81±0,37	<b>p=0,02</b>	2,70±0,7	<b>p=0,02</b>	3,45±0,39	p=0,1
		3	7			(3-1,2)		(1-2)	0	<b>7*</b>		36
	41 ve üstü	15	3,17±0,7		3,14±1,21		3,70±0,53		2,94±0,5		3,28±0,57	
Cinsiyet	Kadın	42	3,24±0,4	t=0,178	3,77±0,91	t=-	3,72±0,39	t=0,16	2,62±0,6	t=1,24	3,39±0,42	t=0,40
		7	9	p=0,859		0,168		6	9	2		4
	Erkek	13	3,23±0,5		3,78±0,92	p=0,86	3,72±0,36	p=0,86	2,53±0,7	p=0,21	3,37±0,43	p=0,6
		2	4			6		8	4	5		86
Medeni Durum	Evli	28	3,24±0,5	t=-0,004	3,81±0,90	t=0,91	3,71±0,38	t=-	2,59±0,7	t=-	3,38±0,44	t=0,14
		5	2	p=0,997		8		0,777	3	0,265		3
	Bekar	27	3,24±0,4		3,73±0,93	p=0,35	3,74±0,39	p=0,43	2,60±0,7	p=0,79	3,38±0,41	p=0,8
		4	8			9		7	1			86
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	26	3,25±0,4	t=0,409	3,77±0,90	t=-	3,74±0,38	t=1,02	2,61±0,6	t=0,48	3,39±0,40	t=0,54
		3	9	p=0,682		0,041		6	6	3		5
	Hayır	29	3,23±0,5		3,77±0,93	p=0,96	3,71±0,39	p=0,30	2,58±0,7	p=0,62	3,37±0,45	p=0,5
		6	1			7		5	3	9		86
Sigara İçme Durumu	Evet	35	3,39±0,5	t=1,865	3,63±1,01	t=-	3,84±0,40	t=1,80	2,85±0,7	t=2,17	3,48±0,49	t=1,34
		8		p=0,063		0,0917		2	1	4		8
	Hayır	52	3,23±0,4		3,78±0,91	p=0,36	3,72±0,38	p=0,07	2,58±0,7	<b>p=0,03</b>	3,38±0,42	p=0,1
		4	9			0		2	0	<b>0*</b>		78
Sigaraya Başlama Nedeni	İçme-yenler	52	3,23±0,4	F=3,275	3,78±0,91	F=0,82	3,72±0,38	F=0,86	2,58±0,7	F=3,12	3,38±0,42	F=2,0
		4	9	<b>p=0,011*</b>		9		8	0	9		50
	Arkadaş Ortamı	10	3,51±0,6		4,00±0,65	p=0,50	3,88±0,35	p=0,48	3,10±0,6	<b>p=0,01</b>	3,65±0,40	p=0,0
		1		(3-4)		7		3	7	<b>5*</b>		86
	Stres	16	3,41±0,4		3,47±1,20		3,82±0,40		2,68±0,5		3,41±0,46	
	Keyfi	7	2,98±0,3		3,42±1,00		3,80±0,44		2,57±0,7		3,24±0,45	
		9						6				
	Ailevi Nedenler	2	4,12±1,2		3,83±1,17		3,87±0,88		3,90±0,9		3,94±1,07	
		3						8				

T Testi, ANOVA; \* p≤ 0.05 \*\* p≤ 0.01.

**Tablo 3.2.** Hemşirelerin Çalışma Koşulları ile Hemşire İş Doyum Ölçeğinin Karşılaştırılması (N=559)

Özellikler	N	Hemşire İş Doyum Ölçeği Alt Boyutları										
		İşle İlgili Olumlu Duygular		Üstlerden Uygun Destek		İşyerinden Algılanan Önem		Keyifli Çalışma Ortamı		İş Doyumu Ölçek Geneli		
		Ort±S	F/t ve p	Ort±S	F/t ve p	Ort±S	F/t ve p	Ort±S	F/t ve p	Ort±S	F/t ve p	
Mesleği Nasıl Seçtiği	Kendi isteğimle	27	3,30±0,8	F=7,55	3,96±0,83	F=12,4	3,74±0,36	F=1,399	2,62±0,68	F=1,055	3,45±0,40	F=9,40
		8	45	1		25		p=0,242		p=0,368		1
	Kolay iş imkanı	21	3,22±0,5	<b>p=0,00</b>	3,66±0,93	<b>p=0,00</b>	3,73±0,40		2,60±0,68		3,35±0,43	<b>p=0,00</b>
		9	51	<b>0**</b>		<b>0**</b>						<b>0**</b>
	Ailemin isteğiyle	55	3,05±0,58	(1-3,4)	3,41±0,98	(1-2,3,4)	3,66±0,42		2,45±0,84		3,20±0,45	(1-2,3,4)
	Rastlantısal	7	2,67±0,47	(4-2)	2,59±0,98	(4-2)	3,51±0,45		2,74±0,86		2,92±0,55	(4-2)
Mesleğinizin Size Uygunluğu	Evet	45	3,31±0,5	t=7,098	3,93±0,81	t=7,864	3,76±0,37	t=4,291	2,65±0,67	t=3,873	3,46±0,39	t=9,061
		5	47	<b>p=0,00</b>		<b>p=0,00</b>		<b>p=0,000*</b>		<b>p=0,000**</b>		<b>p=0,00</b>
	Hayır	10	2,93±0,5	<b>0**</b>	3,09±1,0	<b>0**</b>	3,58±0,42	*	2,34±0,75		3,05±0,41	<b>0**</b>
		4	53									
Mesleğinizinizi Seviyor Yapma Durumu	Evet	44	3,31±0,4	t=7,441	3,91±0,84	t=6,401	3,77±0,36	t=4,698	2,66±0,69	t=4,492	3,46±0,40	t=8,919
		4	47	<b>p=0,00</b>		<b>p=0,00</b>		<b>p=0,000*</b>		<b>p=0,000**</b>		<b>p=0,00</b>
	Hayır	11	2,94±0,5	<b>0**</b>	3,25±1,00	<b>0**</b>	3,56±0,42	*	2,34±0,68		3,08±0,41	<b>0**</b>
		5	49									
Çalışılan Birim	Acil	23	3,04±0,73	F=4,79	3,24±0,79	F=2,25	3,75±0,50	F=4,020	3,42±0,45	F=7,968	3,37±0,47	F=2,53
		8				9		<b>,000**</b>		<b>p=0,000**</b>		8
	Yoğun bakım	13	3,06±0,5	<b>p=0,00</b>	3,73±0,84	<b>p=0,02</b>	3,68±0,37		2,48±0,68		3,28±0,33	<b>p=0,01</b>
		7	35	<b>0**</b>		<b>8*</b>						<b>4*</b>

	Dahili servisler	11	3,33±0,50		3,74±0,98		3,69±0,43	(8-2,3,5,7)	2,71±0,56	(1-2,3,4,5,7,8)	3,41±0,45	
	Cerrahi servisler	19	3,28±0,53	(2-1,3,7)	3,91±0,94	(1-4)	3,79±0,35	(4-7)	2,53±0,77	(6-2,4,7,8)	3,43±0,47	(2-4)
	Ameliyathane	8	3,45±0,68	(4-2)	3,39±1,25		3,48±0,51		2,52±1,08		3,27±0,71	
	İdari birim	8	3,34±0,36		4,00±0,63		3,85±0,27		3,35±0,46		3,64±0,27	
	Poliklinik	52	3,30±0,44		3,65±0,80		3,59±0,33		2,48±0,59		3,31±0,36	
	Covid servisleri	14	3,46±0,63		4,00±1,01		4,04±0,26		2,42±0,39		3,56±0,35	
<b>Çalışma Sistemi</b>	Mesai	13	3,31±0,7	t=1,881 p=0,06	3,66±0,97	t=-1,623	3,71±0,40	t=-0,322 p=0,748	2,69±0,77	t=1,761 p=0,079	3,39±0,49	t=0,299 p=0,76
	Nöbet	42	3,21±0,48	1	3,81±0,90	p=0,10	3,73±0,38		2,57±0,67		3,38±0,41	5
<b>Meslekte Çalışma Süresi</b>	1 yıldan az	31	3,50±0,59	F=4,59 3	4,02±0,80	F=1,11 6	3,89±0,37	F=5,895 * p=0,001*	2,80±0,76	F=8,586 ** p=0,000**	3,60±0,49	F=5,08 1
	1-5 yıl	31	3,20±0,50	p=0,00 3*	3,78±0,92	p=0,34 2	3,68±0,39	(2-1,4)	2,55±0,72	(4-2,3)	3,35±0,44	p=0,00 2*
	6-10 yıl	15	3,22±0,44	(1-2,3)	3,75±0,91		3,73±0,34		2,49±0,60		3,35±0,36	(1-2,3)
	11 yıl ve üstü	61	3,36±0,57		3,66±0,98		3,85±0,43		2,98±0,67		3,50±0,45	
<b>Haftalık Çalışma Süresi</b>	40 saat ve altı	39	3,25±0,47	F=0,85 3	3,88±0,82	F=13,8 36	3,71±0,38	F=1,185 p=0,306	2,67±0,67	F=9,389 ** p=0,000**	3,42±0,40	F=7,40 4
	48-56 saat	10	3,23±0,60	p=0,42 6	3,63±1,00	p=0,00 0**	3,76±0,40		2,52±0,72	(1-3)	3,34±0,48	p=0,00 1**
	56 ve üstü	54	3,16±0,47	(1,2,3)	3,24±1,16	(1,2,3)	3,77±0,39		2,25±0,76		3,19±0,47	(1-3)
<b>Sorumlu Olduğu Günlük Hasta Sayısı</b>	2 ve altı	13	3,07±0,35	F=8,02 0	3,77±0,77	F=6,20 6	3,68±0,37	F=1,206 p=0,307	2,51±0,73	F=3,560 * p=0,014*	3,30±0,32	F=4,57 0
	3-8	25	3,33±0,47	p=0,00 0**	3,91±0,91	p=0,00 0**	3,75±0,34		2,58±0,71	(4-1,2)	3,44±0,43	p=0,00 4*
	9-30	89	3,25±0,65	(1-2,3)	3,44±1,12	(3-1,2)	3,69±0,48		2,57±0,59		3,30±0,55	(2-1,3)
	31 ve üstü	80	3,22±0,56		3,68±0,81		3,75±0,43		2,83±0,71		3,41±0,40	
<b>Mola Süresi</b>	Yok	10	3,26±0,54	F=1,100 p=0,90	3,46±1,12	F=14,9 34	3,76±0,48	F=2,530 p=0,081	2,58±0,77	F=1,417 p=0,243	3,33±0,50	F=2,64 1
	15-60 dk	32	3,23±0,47	5	3,95±0,72	p=0,00 0**	3,69±0,36		2,64±0,64		3,42±0,37	p=0,07 2
	90 dk ve üstü	13	3,23±0,54		3,60±1,06	(2-1,3)	3,77±0,36		2,52±0,77		3,34±0,49	
<b>Yöneticilerle Rahat İletişim Kurma Durumu</b>	Evet	48	3,28±0,48	t=4,008 p=0,00 0**	3,94±0,77	t=10,57 0	3,74±0,37	t=3,082 * p=0,002*	2,64±0,69	t=3,572 ** p=0,000**	3,44±0,39	t=9,338 p=0,00 0**
	Hayır	77	3,00±0,56		2,69±0,99	p=0,00 0**	3,60±0,42		2,33±0,73		2,98±0,41	
<b>Çalışma Arkadaşları İle İletişim Kurma Durumu</b>	Evet	54	3,24±0,50	t=0,720 p=0,47	3,79±0,89	t=3,491 p=0,00 1**	3,73±0,38	t=1,971 * p=0,049*	2,62±0,69	t=4,150 ** p=0,000**	3,39±0,42	t=3,690 p=0,00 0**
	Hayır	15	3,15±0,50	2	2,96±1,24		3,53±0,43		1,86±0,62		2,98±0,48	
<b>Covid 19 Sürecinde Tükenmişlik Hissetme Durumu</b>	Evet	53	3,21±0,49	t=-0,48 p=0,00 0**	3,75±0,92	t=-1,974	3,70±0,38	t=-5,138 * p=0,000*	2,56±0,69	t=-4,901 ** p=0,000**	3,36±0,41	t=-5,498 p=0,00 0**
	Hayır	29	3,67±0,52		4,10±0,84	p=0,04 9*	4,08±0,37		3,21±0,64		3,80±0,47	

T Testi, ANOVA; \* p≤0.05 \*\* p≤0.01.

munu ve motivasyonu artırıcı programların kurumlarında uzmanların desteğiyle sunulması kaliteli bakım içinde oldukça önemlidir. Bunların yanı sıra iş yerinde stres olan problemlerin çözülmesi, çalışma saatlerinin düzenlenmesi, iş yüklerinin azaltılması için düzenlemeler yapılması, belirsizliklerin ortadan kaldırılması, talep edilen ihtiyaçların karşılanması ve motivasyon sağlayacak uygulamalar ön planda ol-

malıdır. Tüm uluslarda kaygı düzeyini arttıran pandemi gibi olağanüstü sağlık sorunlarıyla başa çıkmak için hemşirelerin huzurlu ve güvenle çalışma koşullarının sağlanması ile kaliteli, verimli ve etkili bakım hizmetleri sağlanabilir. Ayrıca hemşirelerin gerektiğinde duygu, düşünce ve isteklerini iletebileceği, yaşadıkları sorunları kolayca ulaştırabileceği, yöneticileri ve arkadaşlarıyla iletişimi kolaylaştıran bir ortam

sağlanmalıdır. Bu konuda ihtiyaç halinde psikolojik destek alabilmelidir. Sonuç olarak pandeminin neden olabileceği sorunlarla baş etmek ve ozmler bulmak için hemşirelerin çalışma koşulları, yaşadıkları stres ve baş etme yöntemlerini yönelik hem bireysel hem de kurumsal iyileştirici girişimlerin uygulanması önerilmektedir.

**Teşekkür:** Yazar, çalışmaya katılan tüm bireylere minnettardır.

**Yazar Katkısı:** A, N; Fikir/kavram: A, N; Tasarım: A, N; Denetleme: A, N; Danışmanlık: N; Veri toplama ve/veya Veri İşleme: A; Analiz ve/veya Yorum: A.N; Literatür tarama; A, N; Makalenin Yazımı: A, N; Kaynaklar; A, N; Eleştirel inceleme: N.

**Finansal Destek:** Araştırmanın yürütülmesi sürecinde finansal destek alınmamıştır.

**ıkar atışması:** Araştırmanın yürütülmesinde yazarlar arasında herhangi bir çıkar atışması bulunmamaktadır.

## Kaynaklar

1. Jackson D, Bradbury-Jones C, Baptiste D, Gelling L, Morin K, Neville S, et al. Life in the pandemic: some reflections on nursing in the context of covid-19. *Journal of Clinical Nursing* 2020; 29: 2041-2043.
2. Buheji M, Buhaid N. Nursing human factor during covid-19 pandemic. *International Journal of Nursing* 2020; 10(1): 12-24
3. Millar RC. *Journal of evidence-based nursing practice. J Evidence-based Nurs Prac* 2020; 1 (1): 4-8.
4. evirme A, Kurt, A. Covid-19 pandemisinin hemşirelik mesleğine yansımaları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi* 2020; 7(5): 46-52.
5. Catton H. Global challenges in health and health care for nurses and midwives everywhere. *Int Nurs Rev* 2020;67(1): 4-6.
6. THD. Sağlık sisteminin kahramanları hemşirelere mesajlar [internet]. 2021 [Erişim Tarihi:20.09.2022]. Erişim Adresi: <http://www.thder.org.tr/uploads/files/kride-yoneticilere-ve-hemşirelere-mesajlar.pdf>
7. Maben J, Bridges J. Covid-19: supporting nurses' psychological and mental health. *Journal of Clinical Nursing* 2020.
8. Cheung T, Fong TK, Bressington D. Covid-19 under the SARS cloud: mental health nursing during the pandemic in Hong Kong. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2020.
9. Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S. Managing mental health

- challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ* 2020; 368:m1211
10. Muya M, Katsuyama K, Ozaki F, Aoyama H. Development of a scale measuring the job satisfaction of Japanese hospital nurses. *Japan Journal of Nursing Science* 2014;11:160-70.
  11. Tre Yılmaz A, Yildirim A. Hemşire iş doyum leğinin Türkçe geerlilik ve gvenirliliği. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 2016; 3(3): 158-6
  12. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP, Schaufeli WB, Schwab RL. Maslach burnout inventory. *Consulting psychologists press* 1986;21:3463-64.
  13. Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach tükenmişlik leğinin uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi, 22th September 1992 Ankara (Turkey), 1992.
  14. Akyüz İ. Hemşirelerin tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin çalışma koşulları ve demografik özellikler açısından incelenmesi. *İşletme ve İktisat alışmaları Dergisi* 2015; 3(1): 21-34.
  15. Karadağ G, ztrk N. Pandemilerde fiyasyonun önemi ve hemşirenin rolü: covid-19 süreci. *International Social Sciences Studies Journal* 2020; (e-ISSN:2587- 1587) Vol:6, Issue: 69; pp:3956-3966.
  16. Tekir . Sağlık alışanlarının tükenmişlik, iş doyum düzeyleri ve yaşam doyumunun incelenmesi, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2016; 18(2): 51-63
  17. Aylaz R, Aydoğmuş N, Yayan EH. Hemşirelerin iş doyum düzeylerinin belirlenmesi. *Annals of Health Sciences Research* 2017;6(1): 12-17.
  18. Arpacioğlu S, Baltalı Z, Ünübol B. Covid-19 pandemisinde sağlık alışanlarında tükenmişlik, covid korkusu, depresyon, mesleki doyum düzeyleri ve ilişkili faktörler. *Çukurova Tıp Dergisi*. 2021;46(1):88100.
  19. elık Y, Kılıç İ. Hemşirelerde iş doyum, mesleki tükenmişlik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiler. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 2019, 20.4: 230-238.
  20. Güdük , Vural A, Güdük . Covid-19 salgını döneminde sağlık çalışanlarının iş doyumunu. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2022; 11(1): 54-62.
  21. Said RM, El-Shafei DA. Occupational stress, job satisfaction, and intent to leave: nurses working on front lines during covid-19 pandemic in Zagazig City, Egypt. *Environ Sci Pollut Res Int* 2020; 1-11. doi: 10.1007/s11356-020-11235-8.

22. Tunç Ő, Gökli MR. Koronavirüs Hastalığı 2019 (Covid-19) Pandemisi ile karşı karşıya kalan sağlık çalışanları arasında tükenmişlik sendromu. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2021;18(3):375-83.
23. Hombrados-Mendieta I, Cosano-Rivas F. Burnout, workplace support, job satisfaction and life satisfaction among social workers in Spain: A structural equation model. *Int Soc Work*. 2013; 56:228-46.
24. Kumaş G, Yalçın SÖ, Öztunç G. Onkoloji hemşirelerinin tükenmişlik ve iş doyumunu düzeyleri: Adana örneği. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi* 2019; 9(2): 256-265.
25. Tekir Ö, Çevik C, Arık S, Çetin G. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik, iş doyumunu düzeyleri ve yaşam doyumunun incelenmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2016; 18(2): 51-63.

## Hemşirelik ve Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Anne Sütü Bankacılığı Hakkındaki Görüşleri Nursing and Midwifery Students' Opinions About Breast Milk Banking

Öznur YAŞAR<sup>1</sup>, Esra ÇEVİK<sup>2</sup>, Deniz Aslı DOKUZCAN<sup>3</sup>

### ÖZ

**Amaç:** Araştırma hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin anne sütü bankacılığı hakkındaki görüşlerini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma, 2019-2020 Eğitim Öğretim yılında Sağlık Bilimleri Fakültesi hemşirelik ve ebelik bölümü öğrencileri ile tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapıldı. Araştırma olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılarak araştırmaya katılmayı kabul eden 312 öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri, literatür doğrultusunda hazırlanan ve 23 sorudan oluşan çevrimiçi anket yöntemi kullanılarak toplanmıştır.

**Bulgular:** Araştırmada, katılımcıların %17,9'unun anne sütü bankası hakkında önceden bilgi sahibi olduğu, %9,3'ünün süt bankasından alınan sütü güvenilir bulduğu, %11,5'inin süt bankasından anne sütü alınmasını tavsiye edebileceği, ebelik bölümü öğrencilerinin ve anne sütü bankacılığı hakkında bilgi sahibi olanların süt bankasından anne sütü almasını tavsiye etme oranlarının yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

**Sonuç:** Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin anne sütü bankacılığı hakkında bilgi eksikliği olduğu, aldıkları eğitim sırasında derslerin içerisinde ayrı bir konu olarak anne sütü bankacılığı konusuna yer verilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Ebelik, Hemşirelik, Öğrenci, Süt Bankaları

### ABSTRACT

**Aim:** The research was conducted to determine the opinions of nursing and midwifery students about breast milk banking.

**Method:** The research was conducted in a descriptive and cross-sectional type with the students of the Faculty of Health Sciences, nursing and midwifery department in the 2019-2020 academic year. The research was carried out with 312 students who agreed to participate in the research by using the convenience sampling method, one of the non-probabilite sampling methods. The research data were collected using an online questionnaire method consisting of 23 questions prepared in line with the literature.

**Results:** In the study, 17,9% of the participants have previous knowledge about breast milk banking, 9,3% of the participants find reliable the milk taken from the breast milk bank, 11,5% of them could recommend breast milk taken from the milk bank, and that the midwifery department students and those who have knowledge about breast milk banking have a high rate of recommending breast milk take from milk bank has been revealed.

**Conclusion:** It has been concluded that nursing and midwifery students have a lack of knowledge about breast milk banking, and the subject of breast milk banking should be included as a separate subject in the courses during their education.

**Key Words:** Midwifery, Nursing, Student, Milk Bank.

### Giriş

Anne sütü, bebeğin sağlıklı olması, yeterli besin öğelerini alması için önemli bir besindir. Anne sütü alan bebeklerde, gastrointestinal sistem hastalıkları ve üst solunum yolu enfeksiyonlarının daha az görüldüğü, anne sütünün bazı kanserlerden koruyucu olduğu, ileri dönem yaşamlarında ise kalp damar hastalıkları,

diyabet, barsak hastalıkları, ruh sağlığı hastalıklarından koruduğu belirtilmektedir (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bebekler için yaşamın ilk saati içerisinde emzirilmesini ve ilk altı ay sadece anne sütü almalarını önerirken ülkemizde Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre altıncı aydan

**Geliş Tarihi/Recieved:** 06.11.2022 **Kabul Tarihi/Accepted:** 30.05.2023 **Çevrimiçi Yayın Tarihi/Avaliable Online Date:** 30.06.2023 **DOI:** 10.57224/jhpr.1200230

<sup>1</sup> Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Balıkesir, Türkiye, 0000-0002-4557-6826.

<sup>2</sup> Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Balıkesir, Türkiye, esracevik@outlook.com, 0000-0003-2798-9202.

<sup>3</sup> Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Balıkesir Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye, denizdokuzcan@hotmail.com, 0000-0002-0466-7668.

Sorumlu yazar/Correspondence: Esra Çevik

**Cite this article as:** Yaşar Ö, Çevik E, Dokuzcan DA. An Nursing and Midwifery Students' Opinions About Breast Milk Banking. J Health Pro Res 2023;5(2): 124-129.

küçük bebeklerin %41'i sadece anne sütü ile emzirilme süresi 1.8 aydır (2,3). DSÖ düşük doğum ağırlıklı bebeklerin kendi annesinin sütü temin edilemediğinde güvenli olarak hazırlanan donör anne sütü ile beslenmesini önermektedir (4).

Anne sütü bankaları, ihtiyaç durumunda bebeğin kendi annesi dışındaki kadınlardan toplanmış sütler ile beslenmesinin sağlanması amacıyla hizmet veren kurumlardır (5). Anne sütü bankalarının işleyişinde kayıt sistemi bulunmaktadır. Bağışlanan sütler pastörizasyon yapılmaktadır (1,6). Bağışçı annelere emzirme danışmanları ve hemşireler tarafından süt sağma, toplama, saklama konusunda, uyulması gereken kurallar ile ilgili bilgiler verilmektedir. Ayrıca bağışçı tüm annelerle görüşme yapılarak hastalık öyküsü, kullanılan ilaçlar, alkol, sigara, riskli davranış öyküsü, meme başı sorunları hakkında bilgiler alınır ve altı ayda bir serolojik testleri yapılmaktadır (7).

Anne sütü bankalarının geçmişine bakıldığında süt annelik uygulaması, anne sütü bankacılığının temelini oluşturmaktadır. Hammurabi yasaları ve Roma eserlerinde süt annesi olma kurallarının yer aldığı belirtilmektedir. İlk insan süt bankası 1909 yılında Viyana'da açılmış, 1985 yılında Kuzey Amerika Anne Sütü Bankacılığı Birliği (Human Milk Banking Association of North America-HMBANA) kurulmuş, 2010 yılında da Avrupa Anne Sütü Bankası (European Milk Bank Association - EMBA) Milano'da kurulmuştur (1,8).

Hristiyanlık, Budizm, Hinduizm gibi dinlerde anne sütü paylaşımı yapılabilmektedir. İslam dininde de bebeği annesi dışında birinin emzirmesi Kur'an'ı Kerim'de pek çok ayetle desteklenmektedir (9). Ancak İslami açıdan süt bağışında bulunan anneden süt alan bebek, bu annenin çocuğu, annenin çocukları ile de kan bağı olmaksızın kardeş olarak kabul edilmekte ve bu çocukların evlenmeleri yasaklanmaktadır (10).

Türkiye'de yapılan araştırmalardan Ekşioğlu ve ark.'nın yaptıkları araştırmada, doğum yapan kadınların %71,3'ü süt bankacılığının uygulanmasını istemekte ve %68,8'i süt bağışlayabileceğini belirtmektedir. Bağışta bulunmak istemeyen annelerin %62,2'si hastalık riskini neden göstermektedir (9). Erenel ve ark., sağlık personeli ile yaptıkları araştırmada; sağlık çalışanları (%42,7) süt bankalarından alınan sütlerle beslenenlerde enfeksiyon gelişme riskinin olduğunu, %51,7'si banka sütünün mamadan daha iyi bir seçenek olduğunu belirtmiştir (5).

Anne sütü bankalarında annelere el hijyeni, anne sütünün sağılması, saklanması gibi konularda hemşireler tarafından danışmanlık yapılmaktadır (9). Sağlık profesyonellerinden beklenti, öncesinde kendilerinin daha sonra toplumun inanç ve değerlerine uygun gerekli bilgi, birikim ve donanımına sahip olmaları yönündedir (11). Geleceğin sağlık profesyonelleri olacak olan hemşirelik ve ebellek öğrencilerinin anne sütü bağışı hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi bu sebeple önemlidir. Bu doğrultuda araştır-

manın amacı hemşirelik ve ebellek bölümü öğrencilerinin anne sütü bankacılığı hakkındaki görüşlerinin belirlenmesidir.

## Gereç ve Yöntem

*Araştırmanın tipi:* Araştırma nicel araştırma yönteminde, tanımlayıcı ve kesitsel tasarımıdır.

*Araştırmanın yeri ve zamanı:* Araştırma, 2020-2021 eğitim öğretim dönemi Sağlık Bilimleri Fakültesi ebellek ve hemşirelik öğrencileri ile yapılmıştır.

*Araştırmada evren örneklem:* Araştırmada, Sağlık Bilimleri Fakültesinde eğitim gören ebellek ve hemşirelik bölümü öğrencileri evren olarak kabul edilmiştir. Araştırmada olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmış ve araştırmaya gönüllü olarak katılan 312 öğrenci örnekleme oluşturmuştur.

*Veri toplama aracı:* Araştırmada, araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan anket formu kullanılmıştır (12-14). Google form aracılığıyla hazırlanan çevrimiçi anket formu veri toplama aracı olarak kullanılmış olup öğrenciler ile anket formunun linki paylaşılmış, gönüllülük esasına dayalı olarak anket formunu doldurmaları istenmiştir.

*Anket formu:* Araştırmada kullanılan anket formu, sosyodemografik özellikleri belirlemek üzere altı (6), anne sütü bankacılığı, donör sütün özellikleri, donör süt kullanımı ile ilgili 17 soru olmak üzere toplam 23 sorudan oluşmaktadır.

## Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri Statistical Package for Social Sciences for Windows 25.0 trial version (SPSS) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Elde edilen bilgiler için tanımlayıcı istatistiklerden olan frekans, yüzde değerleri hesaplanarak yorumlanmıştır. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenler üzerinde fark oluşturup oluşturmadığını belirlemek için ki-kare testi uygulanmıştır. Araştırmada Tip 1 hata düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

## Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için ilgili etik kuruldan yazılı izin alınmış olup (Sayı: 94025189-050.03), araştırmanın yürütüldüğü Sağlık Bilimleri Fakültesi'nden de yazılı olarak kurum izni alınmıştır.

## Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma verileri Google forms aracılığıyla öğrencilerden öz bildirim yoluyla toplanmıştır. Ayrıca veriler standardize bir ölçek veya ölçme aracı ile toplanmamıştır. Bunlar araştırmanın sınırlılıkları olarak kabul edilmiştir. Araştırma sonucu örneklem grubunu kapsamaktadır ve sonuçlar genellenemez.

**Bulgular**

Araştırmaya katılanların yaş ortalaması  $20,86 \pm 2,91$  (min:17, max:38) yıl, %92,0'ının kadın cinsiyette olduğu, %52,9'unun hemşirelik bölümünde,

%39,4'ünün 3.sınıfta olduğu belirlenmiştir. Geliri giderine denk olanların oranı %59,9 olup %45,2'si ailesi ile yaşadığı bölgenin Marmara bölgesi olduğunu belirtmiştir (Tablo 1).

**Tablo 1.** Öğrencilerin Sosyodemografik Bilgilerinin Dağılımı

Yaş	( $\bar{x} \pm ss$ )	Min	Max
	20,86±2,91	17	38
Bölüm	Hemşirelik	n	%
	Ebelik	165	52,9
Cinsiyet	Erkek	147	47,1
	Kız	25	8,0
Sınıf	1.sınıf	287	92,0
	2.sınıf	81	26,0
	3.sınıf	68	21,8
	4.sınıf	123	39,4
Gelir Durumu	Gelir giderden fazla	40	12,8
	Gelir gidere denk	89	28,5
	Gelir giderden az	187	59,9
Aile ile yaşanan bölge	Marmara	36	11,6
	İç Anadolu	141	45,2
	Ege	41	13,1
	Doğu	54	17,3
	Akdeniz	46	14,7
Toplam		312	100,0

Araştırmada katılımcıların %17,9'unun anne sütü bankacılığı hakkında daha önce bilgi aldığı, katılımcıların %9,3'ünün süt bankasından alınan sütü güvenilir bulduğu, %11,5'inin süt bankasından anne sütü alımını tavsiye edebileceği, %9,9'unun ihtiyaç halinde anne sütü bankasından anne sütü alabileceği, %32,7'sinin süt bankasından alınan sütlerde enfeksiyon riski olabileceğini düşündüğü, %80,1'inin süt bankasından alınan sütün formül mamadan yararlı olduğunu düşündüğü, %79,5'inin Türkiye'de süt bankaları olması gerektiğini düşündüğü, %89,7'si-

nin ihtiyaç halinde süt anne emzirme durumunun olabileceğini düşündüğü, %69,9'unun bebeğin kendi annesinden süt alamaması durumunda süt anne sütünü uygun bulduğu, %68,9'unun süt bankası açılmasında destek olmak istediği, %32,1'inin internet üzerinden ulaşımı olan anne sütünün ihtiyaç olduğunda bebeğe kullanılabileceğini düşündüğü, süt bankasına destek olmak isteyenlerin %40,9'unun sağlık sebebi ile istediği, %33,0'ının banka sütünü güvenli bulmadıklarından destek olmak istemedikleri tespit edilmiştir (Tablo 2).

**Tablo 2.** Öğrencilerin Süt Bankacılığı Hakkında Düşüncelerinin Dağılımı (N=312)

Anne sütü bankacılığı hakkında bilgi sahibi olup olmama durumu	Bilgim var Bilgim yok	n	%
		56	17,9
Anne sütü bankacılığı hakkında bilgi kaynağı (n=56)	İnternet	256	82,1
	Ders, bilimsel makale	37	11,9
	Sağlık çalışanı	8	2,6
	Belirtilmeyen	4	1,3
Süt bankalarının güvenilirliği hakkında algıları	Güvenilir	7	2,2
	Güvenilir değil	29	9,3
	Kararsızım	47	15,1
Süt bankalarını tavsiye etme düşüncesi	Tavsiye ederim	236	75,6
	Tavsiye etmem	36	11,5
	Kararsızım	47	15,1
Süt bankalarından süt alma hakkında düşünceleri	Olumlu düşünüyorum	229	73,4
	Olumsuz düşünüyorum	31	9,9
	Kararsızım	89	28,6
		192	61,5



**Tablo 2. (devamı) Öğrencilerin Süt Bankacılığı Hakkında Düşüncelerinin Dağılımı (N=312)**

		n	%
<b>Süt bankalarında enfeksiyon riski olduğu düşünceleri</b>	Enfeksiyona neden olur	102	32,7
	Enfeksiyona neden olmaz	33	10,6
	Kararsızım	177	56,7
<b>Süt bankalarındaki sütün mamadan yararlı olduğunu düşünme</b>	Banka sütü mamadan yararlıdır	250	80,1
	Mama banka sütünden yararlıdır	62	19,9
<b>Bebeği süt anne emzirebilir mi?</b>	Emzirebilmeli	280	89,7
	Emzirmemeli	32	10,3
<b>Kendi annesinin sütüyle beslenemeyen bebek için hangisi uygundur?</b>	Formül mama	30	9,6
	Süt anne	218	69,9
	Banka sütü	64	20,5
<b>Türkiye’de süt bankaları açılmalı mı?</b>	Açılmalı	248	79,5
	Açılmamalı	64	20,5
<b>Süt bankaları açılmasına destek olur musunuz?</b>	Destek olurum	215	68,9
	Destek olmam	97	31,1
<b>İnternet üzerinden süt alınması uygun mudur?</b>	Uygundur	100	32,1
	Uygun değildir	59	18,9
	Bilmiyorum	153	49,0
<b>Süt bankalarının açılmasına destekleme nedeni (n=215)</b>	Sosyal nedenler	45	20,9
	Sağlık nedenleri	88	40,9
	Sebepsiz	82	38,1
<b>Süt bankalarının açılmasına desteklememe nedeni (n= 97)</b>	Sebepsiz	37	38,1
	Dini nedenler	5	5,2
	Bilgim yok	23	23,7
	Güvenli bulmuyorum	32	33,0

Tablo 3’te görüldüğü üzere öğrencilerin bölümü ve anne sütü bankacılığı hakkında bilgi sahibi olup olmama durumları anne sütü bankacılığını tavsiye edip etmemeleri üzerinde fark oluşturmaktadır (p<0,05).

Ebelik bölümü öğrencilerinin (p=0.042) ve anne sütü bankacılığı hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtenlerin (p= 0.001) anne sütü bankacılığını tavsiye etme oranları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 3).

**Tablo 3. Katılımcıların Anne Sütü Bankalarını Tavsiye Edip Etmeme Tutumları Üzerinde Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (N=312)**

Özellik	Tavsiye ediyorum Sayı (%)*	Tavsiye etmiyorum Sayı (%)	Kararsızım Sayı (%)	p
<b>Bölüm</b>				
Hemşirelik	13 (7,9)	30 (18,2)	122 (73,9)	<b>p=0,042*</b>
Ebelik	23 (15,6)	17 (11,6)	107 (72,8)	
<b>Sınıf</b>				
1	15 (18,5)	7 (8,6)	59 (72,8)	p=0,060
2	5 (7,4)	13 (19,1)	50 (73,5)	
3	9 (7,3)	19 (15,4)	95 (77,2)	
4	7 (17,5)	8 (20,0)	25 (62,5)	
<b>Aile ile yaşanan bölge</b>				
Marmara	18 (12,8)	18 (12,8)	105 (74,5)	p=0,232
İç Anadolu	4 (9,8)	5 (12,2)	32 (7,0)	
Ege	5 (9,3)	8 (14,8)	41 (75,9)	
Doğu	9 (19,6)	9 (19,6)	28 (60,9)	
Akdeniz	0 (0,0)	7 (23,3)	23 (76,7)	
<b>Anne sütü bankacılığı hakkında bilgi durumu</b>				
Bilgim var	14 (25,0)	11 (19,6)	31(55,4)	<b>p=0,001*</b>
Bilgim yok	22 (8,6)	36 (14,1)	198 (77,3)	

\* satır yüzdesi alınmıştır.

Araştırmaya katılanların demografik özellikleri ile (bölüm, sınıf, gelir durumu, aile ile yaşanan bölge, anne sütü bankacılığı hakkında bilgi alma durumu) süt bankasından alınan süt, formül mamadan yararlıdır önermesine verilen yanıtlar, bebek kendi annesinden süt alamıyorsa uygun olan seçenek (formül mama, banka sütü, süt anne sütü) nedir? önermesine verilen yanıtlar arasında fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

## Tartışma

Araştırma, hemşirelik ve ebek öğrencilerinin anne sütü bankacılığı hakkındaki görüşlerini belirlemek amacı ile yapılmıştır. Araştırmada hemşirelik ve ebek öğrencilerinin anne sütü bankacılığı hakkında bilgi sahibi olma durumu incelendiğinde katılımcıların %82,1'inin bilgisinin olmadığı bulunmuştur. Aygör ve Türk Düdükü'nün araştırmasında hemşirelik öğrencilerinin %79,6'sının anne sütü bankacılığı hakkında bilgi sahibi olmadığı, Işık ve ark. ebek öğrencileri ile yaptıkları araştırmada katılımcıların %50,8'inin bu konuda bilgili olmadıkları belirlenmiştir (13,14). Sheelavathi Geetha ve Nageswari tarafından Hindistan'da hemşirelik öğrencileri ile yürütülen araştırmada, öğrencilerin %60'ının anne sütü bankacılığı hakkında bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu belirtilmiştir (15). Araştırma sonuçlarının bu yönüyle diğer araştırma sonuçlarıyla benzer olduğu görülmüştür. Hemşirelik ve ebek öğrencilerinin bu konuda bilgi eksikliğinin olduğu ve eğitim sırasında verilen ders konuları içerisinde yer verilmesinin uygun olacağı düşüncesindeyiz.

Araştırmada katılımcıların %9,3'ünün anne sütü bankalarından alınan sütleri güvenli buldukları belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde öğrencilerde anne sütü bankacılığını güvenli bulma oranı %18,5 %47,1 arasında değişmektedir (13, 14,16,17). Araştırmadaki bu sonucun literatürden farklı olmasının sebebinin öğrencilerin anne sütü bankacılığı konusundaki bilgi eksikliğinden kaynaklandığı düşünülmüştür ve araştırmada bilgi sahibi olmadığını belirten öğrencilerin oranının yüksek olması (%82,1) bu bağlamda dikkat çekicidir. Araştırmada kendi annesinin sütüyle beslenemeyen bebeklerin beslenme şekli sorgulandığında katılımcıların %69,9'unun süt anneliği, %20,5'inin banka sütünü uygun bulduğu belirlenmiştir. Ekşioğlu ve ark. annelerle yaptığı araştırmada, katılımcıların %10,9'unun çocuklarının süt annesi tarafından emzirildiği saptanmıştır. Aynı araştırmada bebeği emzirmeye engel bir durum varlığında süt bankalarından yararlanmayı isteme oranı %52,5 olarak bulunmuştur (10). Erenel ve ark. sağlık profesyonelleri ile yaptığı araştırmada ise, sağlık profesyonellerinin %19,8'inin ihtiyaç halinde banka sütü almayı düşündükleri belirlenmiştir (5). Araştırma bu yönü ile Erenel ve ark. araştırma sonuçları ile benzerdir.

Araştırmada Türkiye'de süt bankalarının açılmasına destek olma durumu incelendiğinde katılımcıların %68,9'unun destek olacağı belirlenmiştir. Etiyopya'da Galeno ve ark. araştırmasında katılımcıların %71,4'ü anne sütü bankacılığının uygulanmasını isterken, Erenel ve ark. araştırmasında katılımcıların %39,0'unun destek olacağı, Lam ve ark. tarafından Avustralya'da sağlık bakım profesyonelleri ile yaptıkları araştırmada katılımcıların %67,5'inin anne sütü bankalarının açılmasını önemli bulduğu, Gürol ve ark. yaptığı araştırmada katılımcıların %64,3'ü Türkiye'de anne sütü bankacılığı uygulanmasını görmek istediklerini, Çataloluk ve Alparslan'ın çalışmasında ebek öğrencilerinin %49,6'sı anne sütü bankacılığı kurulmasını destekleyeceğini belirtmiştir (5,17-20). Pekişit ve ark., annelerin süt bankacılığı hakkındaki görüşlerini incelediği araştırmada ise katılımcıların %55,2'sinin destek olacağı belirlenmiştir (21). Araştırma bu sonucuyla diğer araştırma sonuçlarına benzemektedir. Araştırmada süt bankalarının açılmasına destek olma nedeni incelendiğinde sağlık ve sosyal nedenlerin ilk sıralarda olduğu bulunmuştur. Özcan ve Oskay'ın, kadınların süt bankası hakkında algılarını incelediği araştırmasında katılımcıların %28,7'si bebek sağlığı için süt bankacılığı hakkında olumlu düşünceye sahip olduğu belirlenmiştir (22).

Süt bankalarının açılmasına destek olmama sebebi incelendiğinde araştırmada sebep belirtenler arasında ilk sırayı banka sütünü güvenli bulmamanın yer aldığı tespit edilmiştir. Bu sonucun katılımcıların donör olma koşullarını ve süt bankalarının çalışma koşullarını bilmemesinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Can ve Ünülü'nün annelerin süt annelik ve anne sütü bankacılığı hakkında yaptıkları araştırmada banka sütünü kullanmak istemeyen annelerin sebepleri incelendiğinde ilk sırayı yine banka sütüne güvenmeme yer almaktadır (23). Literatürde farklı sonuçlara da rastlanmaktadır. Onur ve ark. sağlık personeli, beslenme ve diyetetik bölümü öğrencileri ile yaptığı araştırmada da anne sütü bankalarının dini nedenlerle yararlı bulmadıkları tespit edilmiştir (16). Özcan ve Oskay'ın araştırmasında ise süt bankacılığı hakkında olumsuz algının nedeninin dini sebepler olduğu belirtilmiştir (22).

Araştırmada ebek öğrencilerinin anne sütü bankalarından alınan sütü tavsiye etme oranı hemşirelik öğrencilerinden yüksek bulunmuştur. Bu sebebin ebek bölümü öğrencilerinin anne sütü, emzirme konularının gerek eğitimleri sırasında gerek eğitimleri dışında katıldıkları seminer ve konferanslarda daha fazla yer almış olabileceğini ve bu yüzden bu konu hakkında farkındalıklarının daha fazla olduğunu düşündürmüştür.

Araştırmada anne sütü bankacılığı hakkında bilgiye sahip olan öğrencilerin, anne sütü bankasından alınan sütü tavsiye etme durumu oranının yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuç ile araştırmada

katılımcı olan hemşirelik ve ebek öğrencilerinin anne sütü bankacılığı hakkında bilgilerinin artırılması ile anne sütü bankacılığı hakkında olumlu tutum geliştirecekleri düşünülmüştür.

### Sonuç

Araştırmada katılımcıların anne sütü bankacılığı ile ilgili bilgi eksiklerinin olduğu tespit edilmiştir. Bilgi eksikliği konusunda öğrencilere donör olma koşulları, anne sütü bankalarının işleyişi, dinlere göre donör anne sütü alma ile ilgili konularda bilgilendirme yapılması ve belirli bir ders içinde konu olarak yer alması gerektiği düşünülmüştür.

Araştırmada anne sütü bankacılığını tavsiye etme durumunun sınıf ve yaşanan bölgeye göre değişmediği saptanmıştır, bu sebeple araştırmanın farklı kültürel bölgelerde bulunan üniversite öğrencileri ile yapılması önerilir.

Ek olarak öğrencilerin sorulara verdikleri yanıtlar arasında kararsızım cevabının yer alması ve sebebin belirtilmemesi sebebiyle sonraki araştırmalarda konunun kültürel ve dini yönünün araştırılması önerilir.

### Kaynaklar

1. Keskindemirci G. Anne sütü bankacılığı. Osmangazi Tıp Dergisi Sosyal Pediatri Özel Sayısı 2020;30- 34.
2. World Health Organization (WHO). Breastfeeding. Erişim: [https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_2).
3. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları TNSA 2018 Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye Erişim Adresi: [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018\\_ana\\_Rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf).
4. World Health Organization (WHO). Recommendations on Newborn Health Guidelines Approved By The Who Guidelines Review Committee Update May 2017. Erişim: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259269/WHO-MCA-17.07-eng.pdf?sequence=1>. Erişim Tarihi: 14.07.2020.
5. Erenel A, Ünal Toprak F, Gölbaşı Z, Pelit Aksu S, Arslan Gürcüoğlu E, Uçar T, Vural G. Sağlık personelinin anne sütü bankalarına ilişkin bilgi ve görüşlerinin belirlenmesine yönelik çok merkezli bir çalışma. GMJ 2017;28:107-111.
6. Demirtaş B. Türkiye’de anne sütü bankaları olmalı mı?. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011;14(1):73-7.
7. Kadioğlu M, Şahin NH. Anne sütü bağıışı: Türkiye’deki durum. HSP 2014;1(2):102-114.
8. Moro GE. History of milk banking: From origin to present time. Breastfeeding Medicine,2018;13(S1):S16-S17.
9. Kul Uçtu A, Özerdoğan N. Anne sütü bankası. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2017;4(2):593-596.

10. Ramli N, Ibrahim NR, Hans VR. Human milkbanks: The benefit sandissues in an Islamic setting. Eastern Journal Of Medicine 2010;15(4):163-167.
11. Kabasakal E, Bozkurt Ö. Türkiye’de anne sütü merkezi girişimlerinin değerlendirilmesi ve sistem önerisi. J Contemp Med 2019;9(4):417-423.
12. Ekşioğlu A, Yeşil Y, Turfan EÇ. Annelerin süt bankası hakkındaki görüşleri:İzmir örneği. Türk Pediatri Arşivi 2015;50;83-9.
13. Işık C, Çağlayan Keleş N, Şen B. Ebek öğrencilerinin anne sütü bankacılığına ilişkin bilgi düzeylerinin incelenmesi. J. Health Pro Res 2020;2(1):23-29.
14. Aygör H, Türk Dündükcü F. Hemşirelik öğrencilerinin, anne sütü bankacılığı hakkındaki görüşlerinin değerlendirilmesi. Journal of General Health Sciences (JGEHES) 2019;1(1):1-12.
15. Sheelavathi Geetha M, Nageswari R. A study to assess the knowledge regarding human milk banking among gnm students in vivekanandha college of nursing at Namakkal, Tamilnadu. TNNMC Journal of Obstetrics and Gynaecological Nursing 2019;7(1):20-22.
16. Onur A, Tokaş Er N, Yabancı Ayhan N. Ankara’da çalışan bazı kadın sağlık personeli ile beslenme ve diyetetik öğrencilerinin anne sütü bankacılığı hakkındaki görüşlerinin saptanması. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi (ASBD) 2019;8(2):46-54.
17. Çataloluk A, Alparslan Ö. Ebek bölümü öğrencilerinin anne sütü bankası hakkındaki bilgi, tutumları ve dini yönelimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Journal of Contemporary Medicine 2021; 11(1), 1-7. (baskıda).
18. Gelano TF, Bacha YD, Assefa N, Motumma A, Roba AA, Ayele Y, Tsige F. Acceptability of donor breast milk banking, its use for feeding infants, and associated factors among mothers in eastern Ethiopia. International Breastfeeding Journal 2018;13(23):1-10.
19. Lam EY, Kecskés Z, Abdel-Latif ME. Breast milk banking: Current opinion and practice in Australian neonatal intensive care units. Journal of Paediatrics and Child Health 2012;48(9): 833–839.
20. Gürol A, Özkan H, Çelebioğlu A. Turkish women’s knowledge and views regarding mother’s milk banking. Collegian 2014; 21:239-244.
21. Pekiğiğit A, Yıldız D, Fidancı BE, Çalık B, Dehmen Ö, Koçak T, Altıntaş S. Annelerin donör süt ve süt bankalarına ilişkin görüşleri. JCP 2019;17(3):325-336.
22. Özcan H, Oskay Ü. Women perceptions of milk banking in Gumushane city center located in eastern blacksea region. Journal of International Health Sciences and Management 2017;3(1): 29-42.
23. Can Ş, Ünülü M. Knowledge of mother regarding wet nursery and breast milk banking. Ankara Med J 2019;(1):60-70.

## Radius Distal Uç Kırıklarında Kan Akımı Kısıtlamalı Egzersizlerin Etkinliğinin İncelenmesi

### Investigation of The Effects of Blood Flow Restricted Exercises on Radius Distal End Fractures

İbrahim ARKIN<sup>1</sup>, Esra PEHLİVAN<sup>2</sup>

#### ÖZ

Kan akımı kısıtlamalı egzersiz eğitiminde (KAKE) güçlendirilmesi gereken bölgenin proksimaline uygulanan turnike ile bölgesel kan akımı kısıtlaması sağlanır. KAKE eğitiminin kas kuvvetlendirmesinde etkili olabileceği belirtilmektedir. Birçok çalışmada kan akımı kısıtlamalı egzersizlerin kırık rehabilitasyonunda faydalarının olduğu gösterilmektedir. Çalışmanın amacı radius distal kırıklarında kullanılmış kan akımı kısıtlamalı egzersizlerin etkinliğini incelemektir. Literatür derlemesi PubMed, Pedro ve Cochrane veri tabanlarında yapıldı. Derlemenin dahil edilme kriteri, radius distal uç kırıklarından mustarip hastaların alındığı çalışmalardır. Vücudun diğer bölümlerinde olan kırıklar ve diğer bölgelerinde uygulanan KAKE eğitimi dahil edilmedi. İlk kaynak taramasında 264 sonuca ulaşıldı. Dahil edilmeme kriterleri sonrasında iki klinik çalışmaya ulaşıldı. Her iki çalışmada da gönüllüler 8 hafta KAKE eğitimine tabi tutulmuştur. Çalışmalarda kan akımı kısıtlamalı egzersizlerin el ve el bileğinin fonksiyonlarını arttırmada ve ağrıyı azaltmada pozitif etkilerinin olduğu gösterilmektedir. Sonuç olarak KAKE eğitimi distal radius kırık rehabilitasyonunda güvenli, faydalı, hastalar tarafından uygulanabilen bir egzersiz çeşidi olarak literatürde yer almaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Egzersiz, Kan akımı kısıtlamalı egzersizler, Kırık rehabilitasyonu, Radius kırığı

#### ABSTRACT

Blood flow restriction is performed with a tourniquet applied to the proximal part of the area that needs to be strengthened in blood flow restricted exercise training (BFRT). It is thought that BFRT can be effective in muscle strengthening. Many studies have shown that blood flow-restricted exercises have benefits in fracture rehabilitation. The study aims to examine the effectiveness of blood flow-restricted exercises used in distal radius fractures. The literature review was done in PubMed, Pedro, and Cochrane databases. Inclusion criteria for this review were randomized controlled trials in patients suffering from distal radius fractures. Fractures in other parts of the body and BFRT performed in other parts of the body were not included. Initial literature search, 264 results were found. After the exclusion criteria, two clinical trials were reached. In both studies, volunteers were subjected to 8 weeks of CFSE training. Studies have shown that blood flow-restricted exercises have positive effects on increasing the functions of the hand and wrist and reducing pain. As a result, BFR training is included in the literature as a safe, beneficial exercise type that can be applied by patients in distal radius fracture rehabilitation.

**Keywords:** Exercise, Blood Flow Restriction Training, BFR Therapy, Radius fracture

#### Giriş

El bileği mevcut 20 eklemi ve birbirinden bağımsız hareket edebilme özelliğine sahip bölümleriyle vücudun en karmaşık bölümlerinden biridir. Radiusun topografik şekli ise el bileğine bir destek görevi görmektedir. Günlük hayatta çeşitli şekillerde travmaya maruz kalan el ve el bileği bölgesinde olan kırıklar, klinikleri oldukça meşgul etmektedir. Bu

kırıkların içinde en çok görüleni ise radius kemiğinin distal bölümünde olan kırıklardır. Radius kırıkları, acil servise travma ile başvuran kırık olgularının %25'ini ve tüm önkol kırıklarının %75'inin oluşturmaktadır. Hayat boyu distal radius kırığı ihtimali osteoporoz oranının fazla olmasından dolayı erkeklerde %2, kadınlarda ise %18'dir. Kırıkların

**Geliş Tarihi/Recieved:** 21.03.2023 **Kabul Tarihi/Accepted:** 01.11.2022 **Çevrimiçi Yayın Tarihi/Avaliable Online**

**Date:** 30.06.2023

**DOI:** 10.57224/jhpr.1091033

<sup>1</sup> Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, [arknibrahm@gmail.com](mailto:arknibrahm@gmail.com), 0000-0003-1304-2309

<sup>2</sup> Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, [esra.pehlivan@sbu.edu.tr](mailto:esra.pehlivan@sbu.edu.tr), 0000-0002-1791-5392

**Sorumlu yazar/Correspondence:** İbrahim ARKIN, [arknibrahm@gmail.com](mailto:arknibrahm@gmail.com)

**Cite this article as:** Arkin İ, Pehlivan E. Investigation of The Effects of Blood Flow Restricted Exercises on Radius Distal End Fractures. J Health Pro Res 2023;5(2): 130-137.

çoğu eklem içi olmasına rağmen komplikasyonların az olmasından dolayı konservatif yöntemlerde tedavi edilmektedir (1,2).

Distal radius kırıklarının insidansı son 30 yılda önemli oranda artmıştır (3,4). Distal radius kırıklarının görülme sıklığının ilerleyen yıllarda hem gençlerde hem de yaşlılarda daha da artacağı öngörülmektedir (5). Yaşlanma ile osteoporozun artmasıyla distal radius kırıklarının azalan kemik yoğunluğu ile paralellik gösterdiği belirtilmiştir (5–7).

Distal radius kırıkları radiokarpal eklemi de içine alan bir sağlık sorunu olduğu için doğrudan el bileği hareketlerini doğrudan etkilemektedir. Özellikle cerrahi fiksasyonun da dahil edilmesiyle el bileği fonksiyonlarının, yaşam kalitesinin artırılması ve ağrı seviyesinin azaltılması gerekmektedir. Tüm bunlar ele alındığında distal radius kırıkları çalışma süresini, rehabilitasyon süresini, istirahat süresini etkilediği kadar sağlık harcamalarını da önemli ölçüde etkilemektedir (4,8). Distal radius kırıklarında başta kompleks bölgesel ağrı sendromu olmak üzere ulnar impingement, akut karpal tünel sendromu, karpal malignite gibi komplikasyonlar gelişmektedir. Komplikasyonların görülme sıklığının azaltılması için uygulanması gereken el rehabilitasyonunun öncelikle egzersizleri içermesi gerekmektedir. İmmobilizasyon süresinin uzaması hastaların bağımlılığını arttırmakta, sosyal aktivitelerini kısıtlamakta ve hem fiziksel hem de emosyonel olarak olumsuz etkilemektedir (9–11).

American Collage of Sports Medicine, kas kuvvetinin yeniden kazanılması ve hipertrofi için 1 maksimum tekrarın %60'ı ile %100'ü arasında yüklenme yapılmasını önerse de distal radius kırıklarında özellikle erken dönemde eklem hareket açıklığının iyileştirilmesi ve yük bindirme hususunda kırığın noktasının yer değiştirmesi riski bulunmaktadır. Kas kuvvetinin ve eklem hareket açıklığının artması için hastalar uzun süre tedavilere katılmak durumundadırlar (12–14).

Aktif çalışan kasta kan akımını kısıtlama ya da düşük yoğunluklu vasküler oklüzyon oluşturma fikri 1960'ların erken dönemlerinde Japonya'da uygulanmaya başlanmıştır. Egzersiz esnasında kasa giden kanı kısıtlamayı amaçlayan bu eğitim şekli geleneksel olarak 'kaatsu' olarak bilinmektedir. Kaatsu için üretilen basınç kontrollü ve monitörize edilebilen bir egzersiz kemeri ile kan akımı kısıtlanmaktadır. Yöntemin başarılı olabilmesi için

uygulanan turnike yönteminin ekstremitenin proksimal bölgesine yapılması gerekmektedir ve bu şekilde kasa gerçekten daha az kan akımı gelmesi sağlanabilmektedir (15).

Kan akımı kısıtlanmalı egzersiz eğitimindeki asıl amaç kasta aşırı yüklenme hissi oluşturarak gelişim ve adaptasyon hızını arttırmaktır. Metabolik stres, yorgunluk, reaktif hiperemi, mekanik gerilim gibi etkilerin sayesinde kasta adaptasyon oluşmaktadır. Ek olarak kasta enine kesitin ve çevre doku hücre sayısının da arttığı görülmüştür. Tüm bu etkilerin sayesinde kasa az yük yüklenerek daha çok yük ile yapılan egzersiz eğitiminden alınan verim oluşturulmaktadır (16).

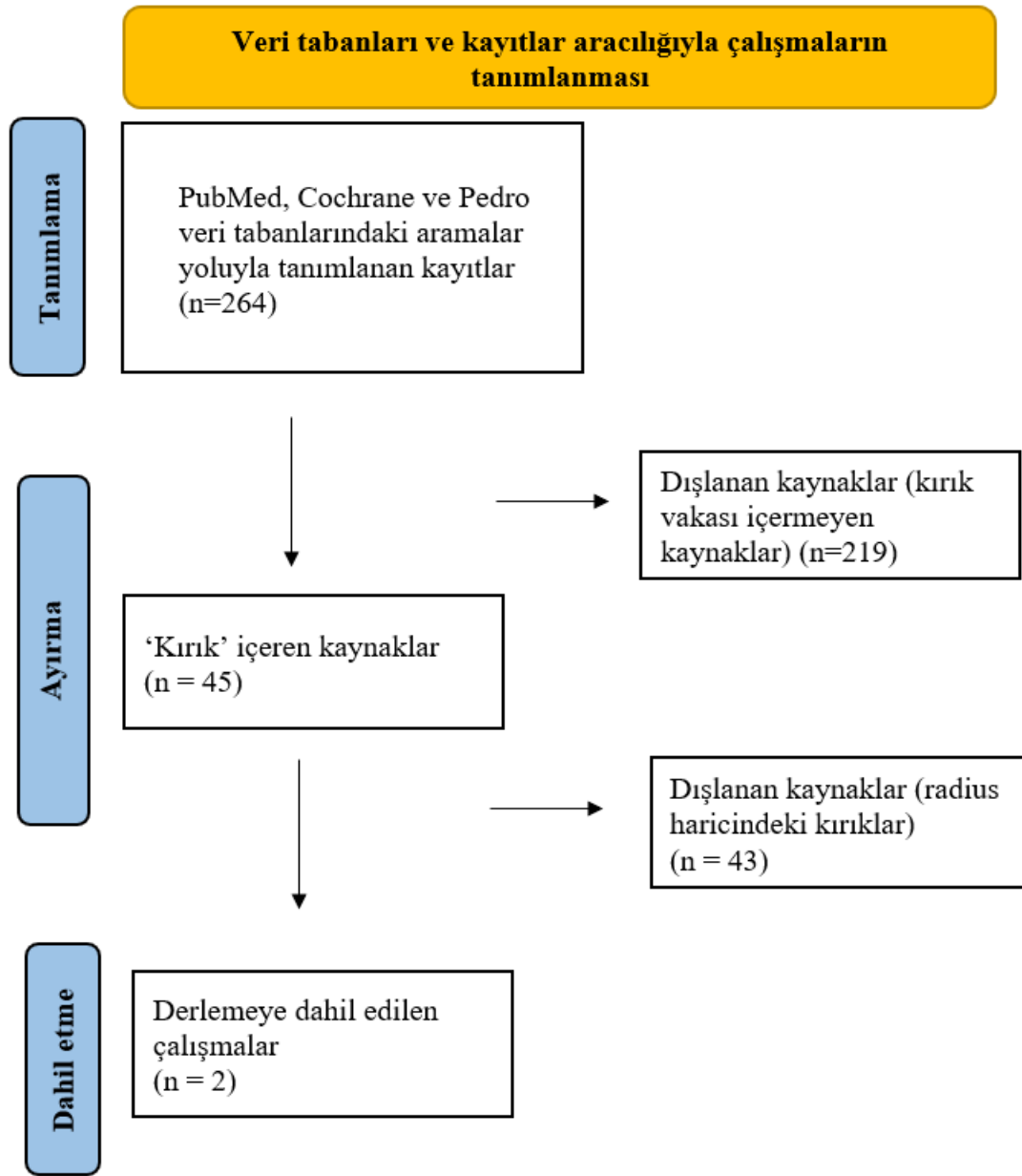
Egzersiz esnasında kan akımını kısıtlayarak; yüksek sistemik hormon üretimi, hücre büyümesi, reaktif oksijen türlerinin artışı, kas içi anabolik/katabolik olayların artması, hızlı kasılan kas lifi sayısında artış sağlanmaktadır. Oluşan yüksek iskemi ve hipoksi yüzünden kasta anjiyogenez ve hipertrofi gerçekleşmeye başlamaktadır (17). Son yıllarda yapılan çalışmalarda kan akımını kısıtlayarak 1 maksimum tekrarın %30'u kadar yüklenme ile yapılan egzersizin kasta hipertrofi sağlayacağı görülmüştür (18).

Bu çalışmanın amacı distal radius kırıkları toplam kırık olgularına oranla önemli bir oranda bulunduğundan dolayı hastaların daha erken yaşam kalitesine ve mobilizasyona kavuşmaları için literatürde alternatif bir tedaviyi incelemek ve etkinliğini gözden geçirmektir.

## Gereç ve Yöntem

2021 yılının aralık ayında 3 ana veri tabanı olan PubMed, Cochrane ve Pedro veri tabanlarında 'Blood flow restricted training' AND 'Fracture' ya da 'Blood flow restriction' AND 'Fracture' şeklinde aramalar yapıldı. Arama yapılırken tarih, dil, yayın, cinsiyet sınırlaması yapılmadı. Aramalarda başlık, anahtar kelimeler ve özet bölümü dikkate alındı.

Çalışmanın dahil edilme kriteri olarak radius kemiği kırıklarında kan akımı kısıtlanmalı egzersizlerin kullanıldığı klinik çalışmalar olarak belirlendi. Dışlanma kriterleri olarak; vücudun diğer kemiklerinde olan kırıklar, radius kırıklarında uygulanan diğer egzersiz ve tedavi yöntemleri belirlendi. Çalışmanın literatür taramasını gösteren akış şeması şekil 1'de gösterilmiştir.



**Şekil 1.** Çalışmanın aşamalarını gösteren akış şeması (PRISMA 2020 akış diyagramı örnek alınmıştır).

### Bulgular

Toplamda, kan akımı kısıtlamalı egzersiz yöntemi olarak arama yapıldığında 264 çalışma bulundu. Kan akımı kısıtlamalı egzersiz ve kırık şeklinde bakıldığında aramada ortaya çıkan sonuç sayısı 45 olarak bulundu. Çalışmaların başlıkları ve özet kısımları incelendiğinde 2 tane çalışma dahil edilme kriterlerine uygunluk gösterdi (Tablo 1).

Cancio ve arkadaşlarının 2019 yılında yayınladığı randomize kontrollü çalışmada radius distal uç kırıklarında kan akımı kısıtlamalı egzersiz eğitimi uygulanmıştır. Egzersiz grubunun ve kontrol grubunun olduğu çalışmada kol bölgesi kan akımı turnike ile kısıtlanmıştır. Değerlendirmeler 6., 10., ve 14. haftada alınmıştır. Görsel analog skala ve

hasta bazlı bilek değerlendirme (PRWE) ile değerlendirme yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda kan akımı kısıtlamalı egzersiz eğitimi hastalar için kullanılabilir ve güvenli olduğu belirtilmiştir (13).

Sgromolo ve arkadaşlarının 2020 yılında yayınladığı randomize kontrollü çalışmada operatif radius distal uç kırıklarında kan akımı kısıtlamalı egzersiz eğitiminin etkinliği ve güvenliği değerlendirilmiştir. Egzersiz grubu ve kontrol grubunun olduğu çalışmada kol bölgesindeki kan akımı turnike ile kısıtlanmıştır. 8 haftalık egzersiz programında değerlendirmelerde görsel analog skala, hasta bazlı el bileği değerlendirme, el bileği eklem hareket açıklığı, kavrama kuvveti ve

pinching(çimdikleme) kuvveti ölçülmüştür. Çalışma sonucunda ağrı seviyesinde azalma olduğu ve opere

radius distal kırıklarında kan akım kısıtlamalı egzersizlerin etkili olduğu belirtilmiştir (19).

**Tablo 1.** Dahil edilen çalışmalar

Yazar	Hasta/tedavi	Ölçüm	Sonuç	Anahtar bilgi
Cancio ve ark., 2019(13), randomize kontrollü çalışma (kanıt düzeyi:1b)	Toplam 13 katılımcı (n=7 kontrol grubu), haftada 3 kez olmak üzere 8 haftalık BFR egzersiz programı	İmmobilizasyon sonrasında 6,10 ve 14. haftalarda değerlendirme; DASH, PRWE, el bileği EHA, kavrama kuvveti ve çimdikleme kuvveti, VAS	Egzersiz grubunda ağrıda (p=0.03) ve PRWE skorunda (p=0.01) iyileşme	Non-operatif radius distal uç kırığının rehabilitasyonuna BFR egzersizlerinin eklenmesi güvenlidir; ağrıyı ve fonksiyonellikte olumlu etkiler göstermiştir.
Sgromolo ve ark., 2020(19), randomize kontrollü çalışma (kanıt düzeyi: 1b)	Toplam 9 katılımcı (n=4 kontrol grubu), haftada 3 kez olmak üzere 8 haftalık BFR egzersiz programı	Ameliyat sonrasında 6., 10, ve 14. haftalarda değerlendirilme yapıldı. PRWE, DASH, VAS ölçekleri kullanıldı, el bileği ve kol EHA ölçümü yapılmıştır	Egzersiz grubunda ağrıda(p=0.03) ve PRWE skorunda(p=0.01) iyileşme	Opere radius distal uç kırığı tedavisine BFR egzersizlerinin eklenmesi ağrıda ve fonksiyonellikte iyileşmeyi arttırmaktadır.

BFR: Blood flow restriction; DASH: disabilities of the arm, shoulder, and hand; PRWE: patient rated wrist evaluation scores; VAS: Visual analog scale

## Tartışma

İncelediğimiz çalışmalarda, KAKE yönteminin radius kemiğinin distal uç kırıklarında tedaviye olumlu etkiler sağladığı görülmüştür. Kırık sonrasında oluşan fonksiyon kaybı, eklem hareket açıklığı azalması, ağrı artışı, dirsek ve omuz disfonksiyonları gibi durumların en kısa sürede iyileştirilmesi gerekmektedir. Kas kuvvetindeki artışın bu komplikasyonların daha kısa sürede toparlanmasına yardım edeceğini bize düşündürmektedir. Radius distal uç kırığı sonrasında KAKE yöntemi ile kas kuvveti daha az yüklenme ile daha fazla kuvvetlenme göstermiştir.

Literatüre bakıldığında insan vücudunda oluşan kırıkların büyük bir çoğunluğunu radius kırıklarının oluşturduğu görülmektedir. 40 yaş ve üzeri bakıldığında bu oranın %17 arttığı görülmektedir. Kırıklarda ilk 18 yaş öncesi ve ikinci 50 yaş üstü olmak üzere iki kez artış yaşanmaktadır. Radius kırıklarında birçok komplikasyon görülmektedir. El bileğinin karmaşık biyomekaniğe

sahip olması ve radius eklemine karpal kemikler ile eklem oluşturan geniş bir yüzeyinin olması iyileşme süresini etkilemektedir. Ödem, atrofi, osteoporoz, sudeck atrofisi, ağrı gibi sebeplerden dolayı iyileşme gecikmektedir ve yaşam kalitesi etkilenmektedir (20,21). El bileğinin ve el bileği çevresinin anatomik olarak daha karışık olduğunu ele alırsak eğer bu bölgede kompleks bölgesel ağrı sendromu gibi ciddi bir komplikasyon gelişirse ya da hastada halihazırda osteoporoz gibi kırık iyileşmesini zayıflatacak bir problem varsa bu ekstremitede el bileğinden omuz eklemine kadar bir fonksiyon kaybı görülecektir. Zira Sgromolo (19) ve Cancio (13) çalışmalarında PWRE ölçeği kullanarak üst ekstremitte fonksiyonlarında iyileşme gördüğüne göre yazarlar KAKE eğitimi ile komplikasyonların indirgenebileceğini düşünmektedir.

Kan akımı kısıtlamalı egzersizler maksimum tekrarın yapılmasının zor olduğu durumlarda kas atrofisini daha az yük ile

engellemeyi sağlayan bir egzersiz eğitimidir. Özellikle radius kemiğinin distal ucunda olan kırıklar el biyomekaniği için çeşitli dezavantajlar oluşturmaktadır. Kas atrofisi ve el bileği kemiklerinde oluşan osteoporoz riski var olan tabloyu sudeck atrofisi gibi durumlara da taşıyabilmektedir (22,23). Kan akımı kısıtlamalı egzersiz eğitimi fizyolojik olarak iki mekanizmaya ayrılmaktadır. Kas üzerine yüklenip atrofiyi azaltan, hipertrofiyi başlatan mekanik gerilim ve egzersiz sırasında artan metabolitlerin oluşturduğu metabolik stres birincil mekanizmadır. İkincil olarak mekanizmaya dahil olanlar ise anabolik/katabolik olaylar, nitrik oksit birikimi, sistemik ve bölgesel hormon salınımı, fibril artışıdır. Bütün bunlar göz önüne alındığında kas yapısında hipertrofiyi destekleyen bir sürü etmen olduğu görülmektedir (15). Literatürde kan akımı kısıtlamalı egzersizlerin çoğunlukla kas kuvvetini artırma yönüyle ön plana çıkarıldığını görmekteyiz (24). Özellikle kırık rehabilitasyonlarında da KAKE eğitimi kullanıldığını düşünürsek kırık iyileşmesinde doğrudan etkilerinin olup olmadığı sorusu ortaya çıkacaktır. KAKE eğitiminin kemik iyileşmesini doğrudan etkileyip etkilemediği kesinlik kazanmış bir durum değildir. Bazı çalışmalarda KAATSU egzersizlerinin kemik yapım faktörlerini arttırdığı belirtilse (25) de bazı çalışmalarda (26) da bu egzersizlerin kemik yapımını etkileme konusunda geleneksel güçlendirme egzersizlerinden çok daha geride kaldığı belirtilmiştir. Diğer yandan Loenneke ve ark. (27) KAKE eğitimi kullandıkları çalışmalarında kemik iyileşmesinin de olduğunu belirtmişler fakat bunun kesinliğinden bahsetmemişlerdir. Karabulut ve ark. ise KAKE eğitimi ile yüksek yoğunluklu kuvvetlendirme arasında bacak ekstansiyonu dışında bir fark bulamamıştır (28) Genele bakacak olursak KAKE eğitiminin radius distal uç kırıklarında kemik yapımını olumlu etkileyen herhangi bir kanıt bulunmamıştır. Literatürde yer alan KAKE eğitimi ve kemik yapımı ilişkisinden bahseden çalışmalar hayvan deneylerini (29) ve insanlarda başka ekstremitelerin kemik (25–28) dokularından bahsetmektedir. İnsanlarda kemik yapımını etkileyen alkalen fosfataz artışı ile KAKE eğitiminin kemik yapımına etkilerinden bahsedilmiştir (25,26,28). Bahsedilen bu çalışmalardaki sonuçların radius iyileşmesine de etki etme ihtimali vardır fakat bu konuda daha fazla sayıda randomize kontrollü çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır. El bileğindeki işlevselliğin ölçülmesinde en yaygın yöntemlerden birinin el kavrama kuvveti olduğu

belirtilmiştir (30). Cancio ve Sgromolo da çalışmalarında PWRE ölçümlerinde kavramada anlamlı sonuçlar elde etmişlerdir (13,19). Distal radius uç kırıklarında fonksiyonelliğin ve kuvvetin geri kazanılmasında ek bir egzersiz yöntemi olarak KAKE eğitimi yazarlar önermektedir. Literatürde sedanter gençlerde ve yaşlılarda kan akımı kısıtlamalı egzersizlerin tolere edilebileceğini gösteren çalışmalara (31) ek olarak yaşlılarda KAKE eğitiminin hemodinamik parametreleri, kas hasarını, koagülasyon faktörlerini, arteriyel sertliği, vasküler endotel fonksiyonları da olumsuz etkilemediğini gösteren çalışmaları (32) da düşünürsek KAKE eğitiminin osteoporoz riski taşıyan hastalarda bile kullanılabilirliğini düşünmekteyiz.

Kırık noktasının doğru iyileşmesini sağlamak için göreceli immobilizasyon önerilmektedir fakat bunun sonucunda kas kuvveti ciddi manada kaybedilmektedir ve hastaların hayat kalitesi etkilenmektedir (27). Bu egzersiz tipiyle hastaların kırık öncesi kas kuvvetini aşırı mekanik stres oluşturmadan geri kazanmalarının mümkün olabileceği belirtilmektedir (33). Gerekli literatür taraması yapıldığında radius kırıklarında kan akımı kısıtlamalı egzersiz eğitimi hakkında derlemenin bulunmadığı görülmüştür. Bu çalışmada kan akımı kısıtlamalı egzersiz eğitiminin radius distal uç kırığında kullanılabilirliği ve kullanım durumunda ağrı, eklem hareketi, fonksiyonellik, yaşam kalitesi, kas kuvveti, kavrama kuvveti ve iyileşme süresi durumlarında olumlu sonuçlar alınabileceği belirtilmiştir. Hastaların opere olduğu veya olmadığı durumlarda tam yüklenme oluşturmadan atrofisini azaltmada bu egzersiz yönteminin kullanılabilirliği önerilmektedir.

### Sonuç

Görülme sıklığı ve beraberinde getirdiği komplikasyonlar sebebiyle distal radius kırıklarının iyileşmesinin desteklenmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Kan akımı kısıtlamalı egzersizler konusunda giderek artan çalışmaları düşünürsek, bu yöntemin radius distal uç kırıklarının rehabilitasyonuna eklenebileceğini düşünmekteyiz. Kan akımı kısıtlamalı egzersizlerin yapılabileceği vücut alanları sınırlıdır fakat önkol gibi nispeten daha küçük bir vücut bölümünde kan akımının belirli bir miktarda kısıtlanması çalışmalarda güvenli olarak gösterilmiştir. Bu tür kırıkların rehabilitasyonunu hızlandırma ve yaşam kalitesini artırma amacıyla tedavi yöntemlerine KAKE eğitiminin de eklenmesinin tedavide olumlu etkilerinin olacağını düşünmekteyiz.



**Kaynaklar**

1. Kürklü M, Koca K, Ege T, Mahiroğulları M, Başbozkurt M. Radius distal uç kırıklarında güncel tedavi yaklaşımları. *TOTBİD Dergisi* 2021; 11(1), 41-48.
2. Dursun M. Özşahin M. Altun G. Distal Radius kırıkları; Bölüm 2: Cerrahi Tıp Bilimlerinde Tanı ve Tedavi Yöntemleri. 2. Basım. Erkinüresin T. & Akalın Y. (Ed) Lyon: Livre de Lyon; 2021. pp. 21-50.
3. GBD 2019 Fracture Collaborators. Global, regional, and national burden of bone fractures in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Healthy Longev.* 2021;2(9):e580-e592. doi:10.1016/S2666-7568(21)00172-0
4. Mauck BM, Swigler CW. Evidence-Based Review of Distal Radius Fractures. *Orthop Clin North Am.* 2018;49(2):211-222. doi:10.1016/j.ocl.2017.12.001
5. Reid SA, Andersen JM, Vicenzino B. Adding mobilisation with movement to exercise and advice hastens the improvement in range, pain and function after non-operative cast immobilisation for distal radius fracture: a multicentre, randomised trial. *J Physiother.* 2020;66(2):105-112. doi:10.1016/j.jphys.2020.03.010
6. Bergh C, Wennergren D, Möller M, Brisby H. Fracture incidence in adults in relation to age and gender: A study of 27,169 fractures in the Swedish Fracture Register in a well-defined catchment area. *PLoS One.* 2020;15(12):e0244291. Published 2020 Dec 21. doi:10.1371/journal.pone.0244291
7. Silman AJ. Risk factors for Colles' fracture in men and women: results from the European Prospective Osteoporosis Study [published correction appears in *Osteoporos Int.* 2004 Nov;15(11):927]. *Osteoporos Int.* 2003;14(3):213-218. doi:10.1007/s00198-002-1364-1
8. Shapiro LM, Kamal RN; Management of Distal Radius Fractures Work Group; Nonvoting Clinical Contributor; Nonvoting Oversight Chairs; Staff of the American Academy of Orthopaedic Surgeons and the American Society for Surgery of the Hand. Distal Radius Fracture Clinical Practice Guidelines-Updates and Clinical Implications. *J Hand Surg Am.* 2021;46(9):807-811. doi:10.1016/j.jhsa.2021.07.014
9. Holbrook HS, Doering TA, Mauck BM. Common Complications of Distal Radial Fractures. Vol. 52, *Orthopedic Clinics of North America.* W.B. Saunders; 2021. p. 241-50.
10. Handoll HH, Elliott J. Rehabilitation for distal radial fractures in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;2015(9):CD003324. Published 2015 Sep 25. doi:10.1002/14651858.CD003324.pub3
11. Chung KC, Malay S, Shauver MJ. The Relationship between Hand Therapy and Long-Term Outcomes after Distal Radius Fracture in Older Adults: Evidence from the Randomized Wrist and Radius Injury Surgical Trial. *Plast Reconstr Surg.* 2019 Aug 1;144(2):230E-237E.
12. Lichtman DM, Bindra RR, Boyer MI, et al. American Academy of Orthopaedic Surgeons clinical practice guideline on: the treatment of distal radius fractures. *J Bone Joint Surg Am.* 2011;93(8):775-778. doi:10.2106/JBJS.938ebo
13. Cancio JM, Sgromolo NM, Rhee PC. Blood Flow Restriction Therapy after Closed Treatment of Distal Radius Fractures. *J Wrist Surg.* 2019 Aug;08(04):288-94.
14. American College of Sports Medicine. American College of Sports Medicine position stand. Progression models in resistance training for healthy adults. *Med Sci Sports Exerc.* 2009;41(3):687-708. doi:10.1249/MSS.0b013e3181915670
15. Hwang PS, Willoughby DS. Mechanisms behind blood flow-restricted training and its effect toward muscle growth. Vol. 33,

- Journal of Strength and Conditioning Research. NSCA National Strength and Conditioning Association; 2019. p. S167–79.
16. Erickson LN, Lucas KCH, Davis KA, et al. Effect of Blood Flow Restriction Training on Quadriceps Muscle Strength, Morphology, Physiology, and Knee Biomechanics Before and After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction: Protocol for a Randomized Clinical Trial. *Phys Ther.* 2019;99(8):1010-1019. doi:10.1093/ptj/pzz062
  17. Tegtbur U, Haufe S, Busse MW. Anwendung und Effekte des „blood flow restriction training“ [Application and effects of blood flow restriction training]. *Unfallchirurg.* 2020;123(3):170-175. doi:10.1007/s00113-020-00774-x
  18. Hughes L, Paton B, Rosenblatt B, Gissane C, Patterson SD. Blood flow restriction training in clinical musculoskeletal rehabilitation: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med.* 2017;51(13):1003-1011. doi:10.1136/bjsports-2016-097071
  19. Sgromolo NM, Cancio JM, Rhee PC. Safety and Efficacy of Blood Flow Restriction Therapy after Operative Management of Distal Radius Fractures: A Randomized Controlled Study. *J Wrist Surg.* 2020 Aug;09(04):345–52.
  20. Ochen Y, Peek J, van der Velde D, Beerers FJP, van Heijl M, Groenwold RHH, et al. Operative vs Nonoperative Treatment of Distal Radius Fractures in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 2020 Apr 23;3(4).
  21. Kilgore ML, Morrissey MA, Becker DJ, et al. Health care expenditures associated with skeletal fractures among Medicare beneficiaries, 1999-2005. *J Bone Miner Res.* 2009;24(12):2050-2055. doi:10.1359/jbmr.090523
  22. Moore CM, Leonardi-Bee J. The prevalence of pain and disability one year post fracture of the distal radius in a UK population: a cross sectional survey. *BMC Musculoskelet Disord.* 2008;9:129. Published 2008 Sep 29. doi:10.1186/1471-2474-9-129
  23. Dewan N, MacDermid JC, Packham T. Role of Self-Efficacy Based Model of Intervention: Learn Approach in Rehabilitation of Distal Radius Fracture. *Journal of Clinical Densitometry.* 2014 Jul;17(3):428–9.
  24. Patterson SD, Hughes L, Warmington S, et al. Blood Flow Restriction Exercise: Considerations of Methodology, Application, and Safety [published correction appears in *Front Physiol.* 2019 Oct 22;10:1332]. *Front Physiol.* 2019;10:533. Published 2019 May 15. doi:10.3389/fphys.2019.00533
  25. Beekley, M. D., Sato, Y., & Abe, T. (2005). *KAATSU-walk training increases serum bone-specific alkaline phosphatase in young men. International Journal of KAATSU Training Research, 1(2), 77–81.* doi:10.3806/ijkr.1.77
  26. Kim, S., Sherk, V.D., Bembem, M.G., & Bembem, D.A. (2012). Effects of Short Term Low Intensity Resistance Training with Blood Flow Restriction on Bone Markers and Muscle Cross-Sectional Area in Young Men. *International journal of exercise science, 5, 6.*
  27. Loenneke JP, Young KC, Wilson JM, Andersen JC. Rehabilitation of an osteochondral fracture using blood flow restricted exercise: A case review. *J Bodyw Mov Ther.* 2013 Jan;17(1):42–5.
  28. Karabulut M, Bembem DA, Sherk VD, Anderson MA, Abe T, Michael GB. Effects of high-intensity resistance training and low-intensity resistance training with vascular restriction on bone markers in older men. *Eur J Appl Physiol.* 2011 Aug;111(8):1659–67.
  29. Kelly PJ, Bronk JT. Venous pressure and bone formation. *Microvasc Res.* 1990;39(3):364-375. doi:10.1016/0026-2862(90)90049-w
  30. Zhang XZ, Xie WQ, Chen L, et al. Blood Flow Restriction Training for the

- Intervention of Sarcopenia: Current Stage and Future Perspective. *Front Med (Lausanne)*. 2022;9:894996. Published 2022 Jun 13. doi:10.3389/fmed.2022.894996
31. Minniti MC, Statkevich AP, Kelly RL, et al. The Safety of Blood Flow Restriction Training as a Therapeutic Intervention for Patients With Musculoskeletal Disorders: A Systematic Review. *Am J Sports Med*. 2020;48(7):1773-1785. doi:10.1177/0363546519882652
32. Yasuda T, Fukumura K, Uchida Y, et al. Effects of Low-Load, Elastic Band Resistance Training Combined With Blood Flow Restriction on Muscle Size and Arterial Stiffness in Older Adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2015;70(8):950-958. doi:10.1093/gerona/glu084
33. Larsen P, Platzer OJ, Lollesgaard L, et al. Blood-flow restricted exercise following ankle fractures- A feasibility study. *Foot Ankle Surg*. 2022;28(6):726-731. doi:10.1016/j.fas.2021.08.010

## Palyatif Bakım Hastalarında Psikososyal Semptomların Yönetimi

### Management of Psychosocial Symptoms in Palliative Care Patients

Neslihan KESER ÖZCAN<sup>1</sup>

#### ÖZ

Modern palyatif bakım, görece olarak tıbbın ihmal ettiği ileri evre hastalığı olan bireylerin ve ailelerinin fiziksel ve psikolojik ıstırabına yanıt olarak ortaya çıkmıştır. Hastaların fiziksel semptomlarını hafifletmek için geliştirilen sistematik yaklaşımlarda ciddi ilerlemeler kaydedilmiş olmasına rağmen psikolojik semptomların yönetiminde alınan yol henüz yeterli değildir. Diğer taraftan psikolojik semptomların hafifletilmesine yönelik girişimler de rutin palyatif bakıma dahil edilememiş ve rastlantısal olarak uygulanmaktadır. Psikolojik bakımın bu görece ihmali, aslında modern tıbbın tüm branşlarını kapsayan önemli bir sorundur. Bunun nedeni yaşamı sınırlayan bir hastalık durumunda gelişen psikolojik/psikiyatrik semptomların hem hasta yakınları hem de sağlık çalışanları tarafından normal kabul edilmesi, empati içeren girişimlerin profesyoneller için zahmetli, kazanılması ve öğrenilmesi zor ve pahalı, ancak alıcılar için belki de tüm tıbbi girişimlerin içinde en ucuzu olmasıdır. Bu bağlamda genel olarak psikolojik girişimler biyoloji ve teknolojiyi içeren girişimlerden daha az değerli olma eğilimindedir. Son on yılda palyatif bakım alan hasta ve ailelerinin psikososyal gereksinimlerine yönelik uygulanan girişimlerin etkinliğine dair kanıtlar da artış göstermektedir. Bu derlemede palyatif bakım hastalarına yönelik olarak gerçekleştirilen psikolojik girişimlerin etkinliğine dair kanıtların incelenmesi amaçlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Anksiyete, Depresyon, Distres, Palyatif Bakım, Psikolojik Girişimler

#### ABSTRACT

Modern palliative care emerged in response to the physical and psychological suffering of individuals and their families with advanced disease, which has been relatively neglected by medicine. Although significant advances have been made in systematic approaches developed to manage patients' physical symptoms, the path taken in the management of psychological symptoms is not yet sufficient. On the other hand, attempts to alleviate psychological symptoms were not included in routine palliative care and were applied randomly. This relative neglect of psychological care is a serious problem for all branches of modern medicine. The most important reason for this is that the psychological/psychiatric symptoms that develop in life-limiting diseases are considered normal by both patient relatives and healthcare professionals. On the other hand, it is a serious obstacle that learning therapeutic interventions is difficult and expensive for professionals, and it is seen as worthless and cheap for buyers. In this sense, psychological interventions in general tend to be less valuable than those involving biology and technology. Evidence for the effectiveness of interventions applied for the psychosocial needs of patients and their families receiving palliative care in the last decade is also increasing. In this review, it is aimed to examine the evidence on the effectiveness of psychological interventions for palliative care patients.

**Key Words:** Anxiety, Depression, Distress, Palliative Care, Psychological Interventions

#### Giriş

Dünyada yaşlı nüfusun artışına paralel yaşamı sınırlayan hastalıklar da artış göstermekte ve bu durum palyatif bakıma olan gereksinimi her gün daha belirgin hale getirmektedir. Palyatif bakım ileri evre hastalığı olan bireylerin ve ailelerinin tüm sağlık sorun-

larına yanıt olarak ortaya çıkmıştır. Hem palyatif bakım hastalarının hem de yakınlarının tedavi süreçlerinde pek çok psikolojik ve sosyal zorlanmalar yaşadıkları bilinmektedir. Son yıllarda fiziksel semptomların yönetiminde ciddi başarılar elde edilmesine

**Geliş Tarihi/Received:** 16.02.2022 **Kabul Tarihi/Accepted:** 16.01.2023 **Çevrimiçi Yayın Tarihi/Available Online**

**Date:** 30.06.2023

**DOI:** 10.57224/jhpr.1074879

<sup>1</sup> İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul. ORCID: 0000-0003-1311-6646. mail: [neslihan\\_keser@hotmail.com](mailto:neslihan_keser@hotmail.com)

Sorumlu yazar/Correspondence: Neslihan Keser Özcan

**Cite this article as:** Keser Özcan N. Management of Psychosocial Symptoms in Palliative Care Patients. J Health Pro Res 2023;5(2): 138-145.

rağmen, bu başarı psiko-sosyal sorunların çözümünde maalesef elde edilememiştir. Oysa sağlık, kişinin fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi olarak tam iyilik halini tanımlamaktadır (1). Stres, anksiyete, depresyon gibi psikolojik duruma ait göstergelerin kanser ve diğer kronik hastalıkla ilişkisi paradoksalıdır. Bir yandan anksiyete ve depresyonun HPA (Hipotalamik-pitüit- adrenal) eksenindeki disregülasyonu (özellikle meme ve prostat kanserleri) diğer yandan DNA onarım enzimlerinde aktivite değişiklikleri yoluyla endokrin ve immün süreçleri değiştirerek hem kanser etyolojisi hem de prognozunda etkili olduğu savunulurken (2,3), diğer yandan kanser hastalarında anksiyete ve depresyon varlığının, daha sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıkları (sağlıksız beslenme, yetersiz aktivite, sigara, alkol kullanımı) yoluyla kanserin prognozuna olumsuz etki yapabileceği de bilinmektedir (4). Kansere özgü ölüm riskini ortalama 10,3 yıl takip eden 51 kohort (2.611.907 hasta) çalışmanın sonuçlarını rapor eden bir meta analiz; anksiyete ve depresyon varlığında kanser insidansında artışa ve kötü prognoza işaret ederken, diğer taraftan kansere bağlı ölümlerde de anksiyete ve depresyonun varlığını daha yüksek oranda bildirmiştir. Bu sonuçlar kanserin hem etyolojisinde hem de prognozunda anksiyete ve depresyonun rolünü açıkça ortaya koymaktadır (5). Bir başka metaanaliz çalışması da (26 kohort ve gözlemsel çalışma) özellikle meme kanserinde anksiyete depresyon, yetersiz sosyal destek ve ciddi yaşam olayları ile kanser ilişkisine ve kronik psikososyal stresin kanserin metastas yapması ile ilişkisine dair kanıtlar sunmaktadır (6). Tüm bu kanıtlar, kanser hastalarında bakımın her aşamasında psikolojik semptomlarının ve psikiyatrik hastalıkların yönetiminin ne kadar önemli olduğuna işaret etmektedir.

Ölümcül hastalıklar her bireyde farklı psikolojik tepkilere yol açmaktadır. En sık karşılaşılan psikolojik tepkiler, inkar, kızgınlık, anksiyete, depresyon, agresif direnç, yansıtma, yas, patolojik bağımlılık, regresyon ve suçluluk duygusudur. Kanser hastalarında psikiyatrik morbiditenin de son derece yaygın olduğu bilinmektedir. Konuyla ilgili bir meta analiz çalışması (1448 kişi) kanser hastalarındaki psikiyatrik morbidite için en düşük oranı Türkiye’de meme kanserli hastalar için %23, en yüksek oranı Uganda’da yaşlı kanser hastaları için bildiren, ortalama %32 civarında olduğunu rapor etmiştir (7). Palyatif kanser hastalarının yaklaşık üçte birinde psikiyatrik bozukluklar görülürken, en sık yaşanan sorunlar ise depresyon, uyum bozukluğu ve anksiyete bozukluklarıdır (8). Kanser hastalarında görülen psikolojik semptomlar erken evrede fark edilip etkin bir şekilde yönetilmediğinde, süregelen bir seyir izleyerek psikiyatrik morbiditeye neden olabilme, hastanın tedavi uyumunu etkileyebilmektedir. Bu açıdan erken tanılama son derece önemlidir (9). Dünyanın farklı yerlerindeki palyatif bakım ekipleri farklı modellerle çalışmalarına rağmen, genellikle

disiplinler arası bütüncül bakım hizmeti verirler. Bütüncül hizmet verirken sağlık profesyonellerini en çok zorlayan konular hastanın psikolojik semptomlarına yanıt verme konusunda kendilerini yetersiz hissetmeleridir. Psikolojik semptomların yönetimi için kılavuzlar geliştirilmiş olmasına rağmen, pek çok ülkede bu kılavuzların kullanımında yetersizlikler görülmektedir. Ayrıca psikolojik müdahalelerden ekibin hangi üyesinin sorumlu olduğu ve yetkinlik için gerekli eğitimlerin neler olduğu yeterince tanımlanmamıştır. Son yıllarda yayınlanan kılavuzlar kanıt dayalı psikolojik müdahalelerin standart palyatif bakıma entegre edilmesinin gerekliliğine vurgu yapmaktadır. Dünyanın pek çok yerinden de palyatif bakım hastalarına uygulanan psikolojik müdahalelerin etkinliğini sınavan çalışmalar bildirilmektedir. Bu konuda çalışan Hodges ve ark. uygulanacak psikolojik müdahalelerin dört farklı boyut üzerinden net olarak tanımlanması durumunda bilimsel kanıtların elde edilebileceğine vurgu yapmaktadır. Bunlar; uygulanacak girişimin içeriğinin tanımlanması, (bireysel, grup, uygulanan müdahale türü, süre.) olası mekanizması, yönelimi ve hedeflediği sonuçlar (10).

#### Tanımlama

Kanser hastalıklarında semptom yönetimiyle ilgili tüm rehberler ve uzlaş sonuçları hastanın psikolojik zorluklarını tanılamada “distres termometresi”nin kullanımını önermektedir. On üzerinden değerlendirme yapan bu termometreye göre, alınan puan 4’ün altında ise semptomlar hasta tarafından yönetilebilir düzeydedir ve onkoloji ekibi günlük izlemine devam etmelidir. Eğer 4-6 arasında bir puan alındıysa, stresin iyi yönetilemediği düşünülmeli, anksiyete ve depresyonu değerlendirme araçları kullanılmalı ve klinik görüşmelerle desteklenmelidir (9,11). Palyatif bakım hastalarında günlük değerlendirmede termometre kullanımı sonrası, daha ayrıntılı değerlendirme için “Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği”nin güvenilir bir araç olduğu bildirilmektedir (12). Hastanın durumu, bireysel özellikleri ve gereksinimi dikkate alınarak uygun psikoterapötik girişimler planlanmalıdır.

#### Yönetimde temel prensipler

Hastalık ve tedavi sürecinin getirdiği belirsizlik, gelecekle ilgili belirsizlik ve ölümle ilgili korkular, varoluşsal gerilim, önemli rollerin kaybı, yaşamdaki pişmanlıklar ve geride kalanlarla ilgili endişeler neredeyse hastaların tamamında anksiyete ve depresyona neden olur. Vehling ve arkadaşları hastanın yaşadığı varoluşsal kaygılarla baş etmesinde en önemli müdahale ilkesinin dengeli yüzleşme olduğunu savunur. Dengeli yüzleşme, bir yandan hastanın huzurlu ve rahat bir ölüme hazırlanmasına eşlik ederken, bir yandan da yaşamdan keyif almasını ve sağlıklı umudu destekleyecek müdahalelerin de ihmal edilmemesi anlamına gelmektedir. Hastalardan yedi gün boyunca “kaybettikleri durumlar” (sağlık, rol kayıpları, unutulduklarını düşünme,..) ve “yaşama

katılım gösterdikleri durumları” (birine yardım, işlerini yapabilme, sevdikleriyle vakit geçirme) kaydetmelerinin istendiği bir çalışmada kaybedilen durumlar artıkça yaşamın sonunu planlama davranışlarının (yapılması gereken finansal, yasal konular), üzüntünün artışı ve sağlık durumunun kötüleştiği; yaşama katılım durumları artıkça da dikkati başka yöne odaklama ve neşeli hissetme halinin artışı belirlenmiştir. Bu sonuçlar hastaların duyguları, düşünceleri ve yaptıklarının birbirini nasıl etkilediğini göstermesi bakımından çarpıcıdır. Diğer taraftan yaşama bağlayıcı davranışlarla yaşamın sonuna hazırlanma davranışlarının bir denge içinde olmasının önemini göstermektedir (13).

Anksiyete, depresyon, umutsuzluk ve karamsarlık yaşayan hastanın yakınları ve bazen tedavi ekibi için bile psikiyatrik semptomlar ölüm sürecinin doğal bir parçası olarak düşünülebilir ve psikoterapötik girişimler gereksiz, anlamsız ve zahmetli olarak değerlendirilebilir. Diğer taraftan palyatif bakımda anksiyete ve depresyonun yönetimine ilişkin Avrupa kılavuzları 'klinikisyenlerin palyatif bakımda depresyon tedavisi için psikoterapileri düşünmesi gerektiğini' önermesine rağmen, bu konuda yüksek kaliteli çalışmalar maalesef yetersizdir. Hastaların fiziksel sağlık durumlarındaki olumsuzluklar, ölümler ve ölümler karşısındaki yüksek yıpranma oranları, uygulanan müdahalelerin ve uygulayıcıların niteliğiyle ilgili çeşitlilik, bu alanda yüksek kaliteli çalışmalar üretmede zorluklara yol açmaktadır. Güncel iki meta-analiz, psikolojik müdahalelerin palyatif örneklerde anksiyete ve depresif belirtileri azaltmada etkili olduğunu göstermiştir (14,15). Okuyama ve ark. (2017) tedavi edilemeyen kanser hastalarında depresyon belirtilerini gidermede psikoterapilerin etkinliğini değerlendiren 12 deneysel çalışma sonuçlarını inceleyen meta analizlerinde psikolojik müdahalelerin etki düzeyini orta olarak bildirirken, konuyla ilgili çalışmaların kalitesinin yetersizliğine vurgu yapmıştır (17). 32 deneysel çalışmayı içeren, 1536 katılımcı ile gerçekleştirilen bir başka meta analiz sonucu konuyla ilgili daha fazla ayrıntı sunmaktadır. Buna göre; psikoterapiler depresyon (büyük etki) ve anksiyete (daha az etki) semptomlarını azaltmada etkin yöntemlerdir. Hem depresyon hem de anksiyete semptomlarıyla baş etmede bilişsel davranışçı temelli terapiler (problem çözme, kişilerarası ilişkilere dayalı...) ile bilinçli farkındalık terapilerinin (kabul ve kararlık terapisi, bilinçli farkındalık temelli stresle baş etme terapileri) varoluşsal temelli (anlam odaklı, onur terapisi) terapilerden daha etkin olduğu belirlenmiştir. Terapi seansı sayısı ve seansa katılan grubun yaş ortalaması arttıkça tedavi etkinliğinde azalma bildirilirken, psikiyatri profesyonelleri tarafından uygulanan girişimlerin daha etkin (depresyon, yaşam kalitesi) olduğu ve en fazla etkinliğin de kanser tanımlı hastalarda görüldüğü kanıtlanmıştır (14). Ancak meta analize dayalı bile olsa araştırma sonuçlarını yorumlarken dikkatli olunmalı, hasta grubunun

özellikleri (cinsiyet, yaş, inanç, sosyal destek varlığı...) uygulanan girişimlerin ve uygulayıcıların niteliği gibi değişkenlerin çeşitliliğinin çalışma sonuçları üzerindeki etkilerinin önemi göz ardı edilmemelidir.

### **Farkındalık Temelli (mindfulness) Girişimler**

Farkındalık temelli girişimler “şimdi ve burada” anlayışına odaklanan ve hastanın palyatif bakım ortamında, o gün var olan sorunlarıyla baş etmesine yardımcı hedefleyen bir girişimdir. Terapi esnasında kişi dikkatini şimdiki zamana odaklayarak, düşünce, duygu ve duyumlarına yargılayıcı olmadan bakabilmeyi öğrenir. Temel hedefi bireyin sakin kalabilmeyi öğrenmesi, fiziksel ve mental olarak rahatlaması ve psikolojik dengesini devam ettirmesine yardımcı olmaktadır. Solunum egzersizleri, yoga, stresi azaltma becerileri, düşünceleri değiştirme tekniği, hayal kurma, dinleme becerileri, sanat öğelerini kullanma gibi pek çok farklı tekniğin kullanılabilirdiği formları mevcuttur (16).

Konuyla ilgili 8 deneysel çalışmayı irdeleyen bir meta analiz çalışması, farkındalık temelli girişimlerin palyatif bakım hastalarında anksiyete ve depresyonu giderme ve yaşam kalitesini yükseltmedeki etkinliğini orta düzeyde bildirmektedir (17). Bir başka güncel meta analiz çalışmasına göre de farkındalık temelli girişimler kısa ve orta vadede anksiyete ve depresyonu azaltmada, yaşam kalitesini yükseltmede etkin bulunurken, uzun vadede (6 ay sonra) etkin bulunmamıştır (16).

Prostat kanser tanımlı erkek hastalarda farkındalık temelli terapinin etkinliğinin değerlendirildiği bir başka çalışmada, girişimin rutin bakıma üstünlüğü bulunamamış ve durum, farkındalık temelli tekniklerin erkekler için uygun olmadığı şeklinde yorumlanmıştır (18). Bu yorumdan yola çıkarak erkeklerde yöntemin etkinliğini artırmak için eşlerden destek alınmış ve akciğer kanser tanımlı hastaların eşleriyle beraber katıldığı 4 oturumluk bir başka çalışma sonucunda hastaların uyku sorunlarında düzelme (büyük etki), streslerinde azalma (orta etki) ve eşlerin de depresyon düzeylerinde azalma (büyük etki) belirlenmiştir (19). Ayrıca kısa süreli girişimler, uzun süreli girişimlere göre daha etkin bulunmuştur (20).

### **Anlam Odaklı (meaning-centered) Psikoterapiler**

Geçmişte din adamları ve felsefecilerin çalışma alanı olan “hayatın anlamı” günümüz seküler toplumlarında terapistler tarafından terapötik amaçlı ele alınmaktadır. Yapılan çalışmalar insanların yaşamları için beş farklı alanda anlam arayışında olduklarını bildirmiştir. Bunlar: Maddi, sosyal, kendine yönelik, daha üst bir mertebeye ulaşma ve varoluşsaldır. Günümüzde insanların anlam merkezli gereksinimlerini karşılamak için 28 farklı türde terapötik yaklaşım olduğundan bahsedilmektedir ve bu girişimler temelde bilişsel temelli olmakla birlikte varoluşsal yönelimlidir. Ortalama 6-9 seans süren ve bireylerin hastalık

deneyimlerinden anlam bulmasına yardım edecek nitelikte yapılandırılmış, bireysel ya da grup olarak gerçekleştirilebilen girişimlerdir (21-23). Anlam odaklı terapilerin palyatif bakımda etkinliğini değerlendiren 3713 hastaya ait sonuçları (60 deneysel çalışma) inceleyen bir başka çalışma, yöntemin etkin olduğuna işaret etmektedir. Hem terapinin hemen sonrası hem de izlem değerlendirmelerinde hastaların yaşam kalitesinde yükselme belirlenirken, yaşamda anlam bulmanın psikolojik stresi azaltmada aracı etkisi olduğu belirlenmiştir (21). Anlam odaklı terapilerin etkinliğini değerlendiren çalışma sonuçlarını irdeleyen iki meta analiz çalışması da hastaların yaşamlarında anlam bulma, manevi olarak iyi hissetme, yaşam kalitesini artırma, anksiyete ve depresyon belirtilerini azaltma ve fiziksel semptomların hafifletilmesinde anlamlı sonuçlar olduğundan bahsetmektedir (22, 24). Rosenfeld ve ark'nın 124 hasta ile anlam odaklı ve 94 hasta ile destekleyici psikoterapi yürüterek, bu iki grubun sonuçlarını kıyasladıkları çalışmalarında anlam odaklı terapiler depresyon, yaşam kalitesi ve ölüm kaygısıyla başetmede destekleyici terapilere göre daha etkin bulunmuş ve terapötik faktörün "anlam" duygusu yaratmak olduğu belirlenmiştir (26).

### Manevi (spiritual) girişimler

Günümüzde, artan sayıda kanser hastası, hastalıklarını iyileştirmek ya da semptomlarını gidermek için tamamlayıcı terapilere başvurma eğilimindedir. Manevi girişimler, palyatif bakım hastaları tarafından en sık kullanılan tamamlayıcı terapilerden olmasına rağmen, potansiyel katkılarıyla ilgili belirsizlik halen devam etmektedir. Maneviyatın üzerinde uzlaşmış bir tanımı yoktur (27, 28). Maneviyat, bireyin yaşamdaki amaçları ve yaşamın anlamına yönelik bilgileri ve algılarıyla ilişkili bir kavram olup, her zaman dini inançlarla ilgili olması gerekmez. Manevi bakım ise bireyin eşsiz değerini onaylayan; onların manevi, kültürel inançları, fiziksel durumları, duyguları, düşünceleri ve kültürel yapısını dikkate alan bakımdır (29).

Manevi girişimler (anlam odaklı terapiler, dua, farkındalık temelli terapiler, manevi büyüme grupları) ile rutin bakım alan ve diğer psikososyal müdahaleler uygulanan hasta gruplarını kıyaslayan 10 deneysel çalışmayı inceleyen bir meta analiz çalışması (1239 hasta), manevi bakım alan hastaların manevi refahının arttığını, yaşam kalitesini yükseldiğini, depresyon, anksiyete ve umutsuzluk semptomlarının azaldığını bildirmektedir. Müdahalelerin etkili bulunduğu semptom depresyon, en fazla etkili bulunduğu grup ise meme kanserli hasta grubu olarak belirlenmiştir (28).

Manevi bakım hizmeti alan toplamda 178 hastayı içeren, 11 niteliksel çalışma sonuçlarını içeren bir meta sentez çalışmasında; hastalar tarafından manevi bakımın, bakım veren ile hasta arasındaki ilişkiden beslenen (ruhtan ruha) bir çerçevede algı

landığı, hizmette esas olan şeyin "ilişki" olduğundan bahsedilmektedir. Hastalar manevi bakımın aile üyeleriyle daha derin ve anlamlı ilişkiler kurulmasına fırsat verdiğini, bir yaratıcı/üstün bir varlıkla ilişki kurmanın yalnızlık ve ölüm korkusunu azaltmada kendilerine destek olduğunu, yaşamda bir anlam bulma ve umut etmelerine katkı sağladığını, kapamış meseleri kapatmak (birilerini afetmek, af dilemek, uzlaşmak) ve yaşamla vedalaşmak için kolaylık sağladığını, kendileriyle ilgili kararlara katılım (tedavi, ölüm,...) konusunda isteklilik kazandırdığını bildirmiştir. Ayrıca hasta ile olumlu ilişki kurabilen, bireyselliğine saygı duyan, güven telkin eden sağlık profesyonellerin hastaların manevi gereksinimlerini dile getirmelerinde daha başarılı olduğu, hemşirelerin hasta ile ailesi arasındaki iletişimi kolaylaştırma anahtar role sahip olduğu, manevi bakımın en çok hemşireler tarafından verildiği ve manevi rehberlerin elzem görülmediği belirlenmiştir. Manevi bakımın önündeki engeller ise zaman eksikliği, kişisel, kültürel veya kurumsal faktörler ve profesyonel eğitim ihtiyaçları olarak sıralanmıştır (27).

### Onur (Dignity) terapisi

Onur terapisi, ölüme yakın bireylerde kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Terapinin yaşamın sonuna yakın dönemde miras bırakma duygusunu tatmini açısından değeri olduğunu öne sürülmektedir Hastadan seçtiği bir kişiye hayatının resmi bir yazılı anlatımını yapması istenir. Hasta böylece yaşamını gözden geçirme ve kayıt altına alma ve sevdiklerine iletmek istediği mesajları iletmeye fırsatı bulur. Terapötik kısım, hastanın yaşamı boyunca en iyi hatırladığı veya en önem verdiği bölümleriyle ilgili bir dizi soru sormakla başlar. Hastanın verdiği yanıtlar çözümlenerek, kontrol için tekrar hastaya yönlendirilir. En sonunda terapist tarafından düzenlenen bu yazılı belgeler hastanın istediği kişilere iletilir. Temel olarak, yaşam sonu acılarını hafifletmeyi amaç edinmiş olan onur terapisi, önemli anıları belgeleyerek ve sevdiklerinin okuması için mesajlar yazarak bir kişinin mirasını oluşturmaya odaklanmaktadır. Olumlu sonuçlarına rağmen kültürel olarak uygunluğunun mutlaka dikkate alınması gerektiği vurgulanmaktadır (1,30). Cuevas ve ark (2021) 10 yıllık bir süreçte onur terapisine dayalı deneysel çalışmaları değerlendirdikleri bir incelemede, onur terapisinin farklı yaş gruplarındaki uygulanabilirliğini, etkinliğini ve hasta memnuniyetini ortaya koyarken, girişimin kültürel bağlamda uygulanması gerektiğini vurgulamışlardır. Bulgular, bir miras bırakmayı umut eden hastaların bakımına onur terapisinin katkısını göstermektedir (30). 28 çalışma sonuçlarını raporlayan bir sistematik incelemede de onur terapisinin özellikle ciddi psikolojik sıkıntısı olan hastalarda öncelikle anksiyeteyi ve depresyonu azaltmada etkin olduğunu bildirmektedir (31). Ayrıca aile üyeleri de onur terapisi sayesinde hastaların yaşamın sonuna daha iyi hazırlanmışlarına inandıklarını bildirmiştir (32). Aile üyeleri ya

da eşlerle beraber yürütülen onur terapileri, aile bağlarının güçlenmesine, izolasyon ve umutsuzluk duygusunun azalmasına neden olarak daha geniş bir etki yaratmaktadır (33, 34).

Palyatif bakım hastaları, uyum sağlama konusunda çok büyük zorluklarla karşı karşıyadır ve psikolojik morbidite, esenliklerinde ve yaşam kalitelerinde bozulma riski altındadır. Son zamanlardaki deneysel çalışmalara dayalı kanıtlar, hastalardaki psikolojik semptomların yönetiminde özel psikolojik girişimlerin uygunluğunu ve etkinliğini desteklemektedir (1). Palyatif bakım hastalarında farklı terapötik girişimlerin etkinliği değerlendiren 8 deneysel çalışmanın sonuçları (4 çalışma onur terapisi, 4'ü anlam odaklı terapiler) tüm girişimlerin hastaların manevi iyilik hallerine olumlu katkı sağladığını, psikolojik stresini azalttığını ve yaşam kalitesini artırdığını göstermektedir (35).

### Sosyal destek

Palyatif bakım, yaşamı sınırlayan hastalığı olan hastalar ve aileleri için yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlar. Bir bireyin sosyal dünyası, yaşamı sınırlayan hastalıklarda ıstıraba katkıda bulunma veya acıyı hafifletme potansiyeline sahiptir. Ağrı, yorgunluk ve diğer semptomlar, başkalarıyla etkileşim kurma fırsatlarını sınırlayabilir, böylece azalan fiziksel işlev, artan sosyal kısıtlama ile paralellik gösterir. Arkadaşlar ve aile üyeleri, tanıyı kabul etmekte zorlanabilirler ve hastanın deneyimiyle ilişki kuramayabilirler. Bazen de sosyal ilişkiler, hastalık ve ölümle ilgili damgalanmayla da sınırlanabilir (36, 37). Bununla birlikte, sosyal desteğin, yaşamı sınırlayan hastalıklarda olumlu katkısına ilişkin yaşanmış öyküler çoktur. Bu hastalarda başkalarından duygusal destek almak, daha iyi bir yaşam kalitesi, daha az kaygı ve depresyon ile ilişkilidir (38). Ölüme yaklaşmanın varoluşsal zorluklarıyla başa çıkan insanlar, kişilerarası ilişkilerin hayatın anlamını deneyimlemenin önemli bir bileşeni olduğunu görebilir. Bu nedenle, yaşamı sınırlayan hastalığa eşlik eden psikolojik stres sosyal destek yoluyla hafifletilebilmektedir. Ev ziyaretleri, telefonla ya da çevrimiçi yapılan görüşmeler, gündüz hastaneleri, destek grupları bu kapsamda değerlendirilebilecek alternatiflerdir. Palyatif bakım hastalarında sosyal desteğin etkinliği değerlendiren 16 deneysel çalışma sonuçlarını özetleyen bir sistematik incelemede, sosyal desteğin hem fiziksel hem de psikolojik alanlarda anlamlı düzeltilmeler sağladığı belirlenmiştir. Ancak maliyet etkinliği ve uzun süreli etkileri konusunda kanıtlar yetersizdir (37).

### Hasta Merkezli İletişim Becerileri

Pek çok terapötik girişimde esas iyileştirici olan şeyin hastanın öznelğine saygı göstererek gerçek bir iletişim kurulması olduğu bilinmektedir. Bu durumun pek çok alanda kayıplarla yüzleşen palyatif hastalar için daha da önemli olduğunu söylemek mümkündür. Bu konuda da gerçekleştirilmiş kalitesi yük-

sek bir bilimsel çalışma sonucu yolumuzu aydınlatmaktadır. Epstein ve ark (2017) yaptıkları bir çalışmada bir grup onkoloji uzmanına bireyselleştirilmiş iletişim eğitimi uygulamış (hastanın duygularına yanıt verme, tüm konsültasyonlara dahil etme, tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirme), bu uzmanlara baş vuran hastalara da uzman ile görüşme koçluğu gerçekleştirmişlerdir. Daha sonra bu eğitim ve koçluk alan grubun sonuçlarını bu eğitimleri almamış doktor ve hasta grupları ile kıyaslamışlardır. Çalışma sonunda koçluk alan hasta grubunun tedavi planına daha etkin katıldıkları, eğitim alan doktorların da hastalarını duygularına yanıt vermede daha başarılı oldukları belirlenmiştir (39). Bu sonuçlar hasta merkezli iletişimin önemini göstermesi ve olumlu iletişimin hastanın tedavi ve bakımına katılımını sağlama konusunda yaratacağı farkı göstermesi açısından çarpıcıdır.

### Psiko- eğitim

Gerek fiziksel gerek mental hastalıklarda sıklıkla kullanılan psiko- eğitim palyatif bakımda da kullanılmaktadır. Hastalık ve tedavi süreçleri konusunda bilgilendirme (erken dönem hastalarında), stres yönetimi, baş etmeyi geliştirme ve psikososyal destek sağlama amacıyla gerçekleştirilen psiko- eğitim bireysel ya da grup olarak uygulanabilmektedir (9). Farklı örneklerde anksiyete, stres semptomlarının yönetiminde psiko-eğitimin etkinliği meta analiz sonuçlarıyla desteklenmiş olmasına rağmen (40), yapılan randomize kontrollü çalışmalar da daha çok erken dönem palyatif bakımda etkin olduğuna işaret etmektedir (41). Palyatif bakım hastalarının ailelerine uygulanan psiko-eğitiminin bakım verenlerin anksiyete, depresyon yaşam kalitesi, bakım yükü ve öz-yeterliliği üzerinde kısa süreli etkileri de kanıtlanmıştır (42). Kanser hastalarında internet tabanlı psiko-eğitimin (web sitesi, e- posta, tek oturumluk danışma) depresyon üzerindeki etkinliğini değerlendiren bir çalışma, psiko-eğitimin depresyonu ve yorgunluğu azaltmada anlamlı bir etkiye sahip olduğunu göstermiştir (43).

### Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları

Aromaterapi, masaj, refleksoloji gibi tamamlayıcı tıp uygulamaları palyatif bakımda klinik uygulamalarda oldukça sık kullanılmaktadır. Ancak bu yöntemlerin etkinliğini sınayan bilimsel çalışmaların metodolojik uygunluğu tartışmalıdır. Bu konuda gerçekleştirilmiş bir sistematik incelemede, rutin bakım ile karşılaştırıldığında, masaj (12 çalışma) ve aromaterapinin (8 çalışma) anksiyete, ağrıyı azaltma ve yaşam kalitesini iyileştirmedeki etkinliğine dair kanıtlar yetersiz olarak bulunmuştur. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında refleksolojinin (6 çalışma) sadece ağrıyı azalttığına dair bazı düşük kalitede kanıtlar elde edilmiştir (44).

Akupresür, akupunktur, aromaterapi masajı, nefes egzersizi, hipnoterapi, masaj, meditasyon,



müzik terapi, refleksoloji ve reiki gibi tamamlayıcı tıp uygulamalarının etkinliğini değerlendiren 17 deneysel çalışmayı inceleyen (4682 kişi) bir derlemeye göre hem fiziksel hem de psikolojik semptomların yönetiminde bu uygulamaların etkinliğinde anlamlı fark belirlenmemiştir. Ancak başlangıca göre tükenme semptom iyileşmesinde kısa süreli bir faydasının olabileceği vurgulanmaktadır (45). Bir başka meta analiz çalışması da palyatif bakım hastalarında anksiyeteyi gidermede aromaterapi masajının normal masaja bir üstünlüğü olmadığını rapor etmiştir (46). Palyatif bakım hastalarının perspektifinden masaj, aromaterapi ve refleksoloji uygulamalarının tematik analizini içeren bir çalışmada ise, bu uygulamaların hastaların dinlenmesine ve hastalıkla ilgili düşüncelerden uzaklaşmaya katkı sağladığı ancak uygulamada hasta tercihlerinin dikkate alınmasının gerekliliğine vurgu yapılmıştır (47). Bir başka tamamlayıcı tıp uygulaması olan akupunkturun güvenli bir tamamlayıcı tıp uygulaması olduğu, ancak kişinin hem fiziksel hem de psikolojik semptomların yönetiminde etkinliğine dair kanıtların yetersiz olduğu bildirilmektedir. Akupunktur, hastaların kötüleşen durumları ile varolan tedavi seçenekleri arasındaki boşluğu doldurmada pragmatik çaba olarak değerlendirilmektedir (48,49).

### Klinik uygulama için öneriler

Palyatif bakım hastalarında psikolojik semptomların tedavisi şunları içermelidir:

-Palyatif bakım hastalarına ve ailelerine, onlarla etkileşim halinde olan tüm sağlık çalışanları tarafından psikolojik destek sağlanmalıdır. Hasta ve ailesiyle en fazla temasta olan profesyonellerin güvenli ve destekleyici ilişkiler kurması ve empatik yaklaşımları hasta ve ailesi için yapılabileceklerin ilk sırasında yer alan girişimlerdir.

Özel psikolojik desteğe en acil ihtiyaç duyanları belirlemek için rutin risk taraması yapılmalıdır. Risk faktörlerinin eş zamanlı değerlendirmesi, bu tür yardıma daha fazla ihtiyaç duyanların belirlenmesine yardımcı olabilir.

-İleri evre hastalığı olan tüm hastalara, yaşadıkları ya da öngörülebilir zorluklar ve psikiyatrik morbidite riskleri göz önünde bulundurularak öznel kanıtla dayalı psikolojik girişimler sunulmalıdır. Bu girişimler, psikososyal semptomları önleyebilir, hafifletebilir ve daha ileri düzeyde yaşanabilecek psikiyatrik sorunlara uyumu kolaylaştırabilir.

-İlerlemiş hastalığı olan hastalara yönelik psikolojik girişimler grup müdahalelerinden çok bireysel ve çift temelli olmalıdır. Uygulanacak girişimlerin bu konuda eğitim almış psikoloji-psikiyatri profesyonelleri tarafından gerçekleştirilmesi en idealidir. Hastalara uygulanacak girişimlerden sorumlu olan bu profesyonellerin, diğer bakım profesyonelleriyle iş birliği ve onların iletişim becerilerine katkı sağlamaları da ciddi öneme sahiptir.

İlerlemiş hastalığı olan hastalar ve aileleri için özel psikososyal müdahaleler, onların ihtiyaç/isteklerine ve hastalığın doğasına ve evresine göre uyarlanmalıdır. Örneğin akut lösemi gibi yaşamı ciddi tehdit içeren bir kanser tanısı alan hastalar, anksiyete ve travmatik stres semptomlarını azaltmak ve önlemek için tasarlanmış bir müdahaleye daha çok ihtiyaç duyabilirler. Prognozu daha uzun seyirli hastalığı olanlar için, girişimler, depresyon, moral bozukluğu, ölüm ve ölümle ilgili kaygıları hafifletmeye ve ayrıca hastalık ve tedavinin çeşitli zorluklarını yönetmeye odaklanmalıdır. (Örneğin; tedaviyle ilgili kararları vermek ve sağlık hizmeti sunanlar ile iletişim kurmak, hastalık algısı, kişisel ilişkiler ve yaşamdaki anlam duygusuna odaklanmak, yaşamın sonuna hazırlanmak ve ölüm kaygısını yönetmek) (1).

### Kaynaklar

1. Rodin G, An E, Shnall J, Malfitano C. Psychological interventions for patients with advanced disease: implications for oncology and palliative care. *Journal of Clinical Oncology*, 2020;38(9), 885-904.
2. Maddock C, Pariante CM. How does stress affect you? An overview of stress, immunity, depression and disease. *Epidemiol Psichiatr Soc*. 2011;10:153-62.
3. Spiegel D, Giese-Davis J. Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biol Psychiatry*. 2003;54:269-82.
4. Strine TW, Mokdad AH, Dube SR, Balluz LS, Gonzalez O, Berry JT, et al. The association of depression and anxiety with obesity and unhealthy behaviors among community-dwelling US adults. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30:127-37.
5. Wang, YH, Li JQ, Shi JF, Que JY, Liu JJ, Lappin JM, ... & Bao YP. Depression and anxiety in relation to cancer incidence and mortality: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Molecular Psychiatry*, 2020;25(7), 1487-1499.
6. Kruk J, Aboul-Enein BH, Bernstein J, Gronostaj M. Psychological stress and cellular aging in cancer: a meta-analysis." *Oxidative medicine and cellular longevity* 2019; 2019;1-23.
7. Singer S, Das-Munshi J, Brähler E. Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care—a meta-analysis. *Annals of oncology*, 2010;21(5), 925-930.
8. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol* 2011; 12:160 – 174.

9. Kaya F, Daştan N, Buzlu S, Distres. İçinde: Can G, Ed. *Kanser Hastasında Palyatif Bakım*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2017. s. 157-177.
10. Von Blanckenburg P, Leppin N. Psychological interventions in palliative care. *Current opinion in psychiatry*, 2018;31(5), 389-395.
11. Fu L, Yang Y, Hu Y, Lu Z, Zhang X, Huang M, Huang Z. (2021). Distress management in cancer patients: Guideline adaption based on CAN-IMPLEMENT. *International Journal of Nursing Sciences*, 2022;9(1),56-62
12. Holtom N, Barraclough J. Is the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) useful in assessing depression in palliative care?. *Palliative Medicine*, 2000;14(3), 219-220
13. Vehling S, Gerstorf D, Schulz-Kindermann F, Oechsle K, Philipp R, Scheffold K, Lo C. The daily dynamics of loss orientation and life engagement in advanced cancer: a pilot study to characterise patterns of adaptation at the end of life. *European journal of cancer care*, 2018; 27(4),1-14
14. Fulton J, Le Blanch T, Cutson T. Integrated outpatient palliative care for patients with advanced cancer: a systematic review and meta-analysis. *Palliative medicine*, 2019; 33(2) 123-134.
15. Okuyama T, Akechi T, Mackenzie L, Furu-kawa TA. Psychotherapy for depression among advanced, incurable cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Treat Rev* 2017; 56:16-27
16. Oberoi S, Yang J, Woodgate RL, Niraula S, Banerji S, Israels SJ, Zarychanski R. Association of mindfulness-based interventions with anxiety severity in adults with cancer: a systematic review and meta-analysis. *JAMA network open*, 2020; 3(8), 2012598-2012598.
17. Zimmermann FF, Burrell B, Jordan J. The acceptability and potential benefits of mindfulness-based interventions in improving psychological well being for adults with advanced cancer: a systematic review. *Complement Ther Clin Pract*, 2018; 30:68 – 78.
18. Chambers SK, Occhipinti S, Foley E, Clutton S, Legg M, Berry M, Smith DP. Mindfulness-based cognitive therapy in advanced prostate cancer: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 2017;35(3), 291-297.
19. Milbury K, Engle R, Liao ZX, Tsao AS, Owens A, Bruera E, Cohen L. Couple-based mind-body intervention for patients with metastatic lung cancer and their spouses, 2017;35(31),179-186.
20. Hassan S, Bennett K, Serfaty M. Delivering cognitive behavioural therapy to & advanced cancer patients: A qualitative exploration into therapists' experiences within a UK psychological service. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 2018;25(4), 565-574.
21. Vos J, Vitali D. The effects of psychological meaning-centered therapies on quality of life and psychological stress: A meta-analysis. *Palliative & supportive care*, 2018;16 (5):608-632.
22. Dietrich N, Estradé A, Cruzado JA. Efficacy of Meaning-Centered Psychotherapy in adult patients with advanced cancer: A systematic review and meta-analysis. *Psiconcologia*, 2021;18(2),227-244
23. Torres-Blasco N, Castro-Figuero E, Garduño-
24. Ortega O, Costas-Muñiz R. Cultural Adaptation and Open Pilot of Meaning-Centered Psychotherapy for Puerto Rican Patients with Advanced Cancer. *Science*, 2020; 8(4),100-107.
25. Kang KA, Han SJ, Lim YS, Kim SJ. Meaning-centered interventions for patients with advanced or terminal cancer: a meta-analysis. *Cancer Nursing*, (2019);42(4),332-340.
26. Rosenfeld B, Cham H, Pessin H, Breitbart W. Why is Meaning-Centered & Group Psychotherapy (MCGP) effective? Enhanced sense of meaning as the mechanism of change for advanced cancer patients. *Psychooncology* 2018;27(2),654-660.
27. Rosenfeld B, Cham H, Pessin H, Breitbart W. Why is M eaning-C entered G roup P sychotherapy (MCGP) effective? Enhanced sense of meaning as the mechanism of change for advanced cancer patients. *Psycho-Oncology*, 2018; 27(2), 654-660.
28. Edwards A, Pang N, Shiu V, Chan C. The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliative medicine*, 2010;24(8), 753-770.
29. Xing L, Guo X, Bai L, Qian J, Chen J. Are spiritual interventions beneficial to patients with cancer?: A meta-analysis of randomized controlled trials following PRISMA. *Medicine*, 2018; 97(35),1-11
30. Erişen M, Karaca S. Manevi bakım ve hemşirelik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017; 6.3: 184-190.

31. Cuevas PE, Davidson P, Mejilla J. Dignity therapy for end-of-life care patients: a literature review. *Journal of Patient Experience*, 2021;8:1-12
32. Martínez M, Arantzamendi M, Belar A, Carrasco JM, Carvajal A, Rullán M, Centeno C. Dignity therapy', a promising intervention in palliative care: A comprehensive systematic literature review. *Palliative medicine*, 2017; 31(6), 492-509.
33. Grijo L, Tojal C, Rego F. Effects of dignity therapy on palliative patients' family members: A systematic review. *Palliative & Supportive Care*, 2021;19, 605-615
34. Guo Q, Chochinov HM, McClement S, et al. Development and evaluation of the dignity talk question framework for palliative patients and their families: a mixed-methods study. *Palliat Med* 2018; 32 (1),195-201.
35. Ho AHY, Car J, Ho MR. A novel Family Dignity Intervention (FDI) for enhancing and informing holistic palliative care in Asia: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2017; 18(1),1-12
36. Wang CW, Chow AY, Chan CL. The effects of life review interventions on spiritual well-being, psychological distress, and quality of life in patients with terminal or advanced cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Palliative medicine*, 2017;31(10), 883-894
37. Garcia-Rueda N, Valcarcel AC, Saracibar-Razquin M, Solabarrieta MA. The experience of living with advanced-stage cancer: A thematic synthesis of the literature. *European Journal of Cancer Care*, 2016;25, 551-569.
38. Bradley N, Lloyd-Williams M, Dowrick C. Effectiveness of palliative care interventions offering social support to people with life-limiting illness-A systematic review. *European journal of cancer care*, 2018;27(3),128-37.
39. Nipp RD, El-Jawahri A, Fishbein JN, Eusebio J, Stagl JM, Gallagher ER, Temel JS. The relationship between coping strategies, quality of life, and mood in patients with incurable cancer. *Cancer*, 2016; 122, 2110-2116.
40. Epstein RM, Duberstein PR, Fenton JJ, Fiscella K, Hoerger M, Tancredi DJ, Kravitz RL. Effect of a patient-centered communication intervention on oncologist-patient communication, quality of life, and health care utilization in advanced cancer: the VOICE randomized clinical trial. *JAMA Oncology*, 2017;3(1), 92-100.
41. Donker T, Griffiths KM, Cuijpers P, Cristensen H. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Medicine* 2009; (7):79-88.
42. Hoerger M, Perry LM, Gramling R, Epstein RM, Duberstein PR. Does educating patients about the Early Palliative Care Study increase preferences for outpatient palliative cancer care? Findings from Project EMPOWER. *Health Psychology*, 2017; 36(6), 538-548
43. Cheng Q, Xu B, Ng MS, Duan Y, So WK. Effectiveness of psychoeducational interventions among caregivers of patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 2021;104:162.
44. Wang Y, Lin Y, Chen J, Wang C, Hu R, Wu Y. Effects of Internet-based psychoeducational interventions on mental health and quality of life among cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*, 2020; 28(6), 2541-2552.
45. Candy B, Armstrong M, Flemming K, Kupeli N, Stone P, Vickerstaff V, Wilkinson S. The effectiveness of aromatherapy, massage and reflexology in people with palliative care needs: a systematic review. *Palliative medicine*, 2020; 34(2), 179-194.
46. Zeng YS, Wang C, Ward KE, Hume AL. Complementary and alternative medicine in hospice and palliative care: a systematic review. *Journal of pain and symptom management*, 2018;56(5), 781-794.
47. Hsu CH, Chi CC, Chen PS, Wang SH, Tung TH, Wu SC. The effects of aromatherapy massage on improvement of anxiety among patients receiving palliative care: A systematic review of randomized controlled trials. *Medicine*, 2019;98(9),1-6.
48. Armstrong M, Flemming K, Kupeli N, Stone P, Wilkinson S, Candy B. Aromatherapy, massage and reflexology: a systematic review and thematic synthesis of the perspectives from people with palliative care needs. *Palliative medicine*, 2019; 33(7), 757-769.
49. Wu X, Chung VC, Hui EP, Ziea ET, Ng BF, Ho RS. Effectiveness of acupuncture and related therapies for palliative care of cancer: overview of systematic reviews. *Sci Rep*. 2015;5:167-76.
50. Birch S, Bovey M, Alraek T, Robinson N, Kim TH, Lee MS. Acupuncture as a treatment within integrative health for palliative care: a brief narrative review of evidence and recommendations. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2020; 26(9), 786-793.

## Ameliyathanede Hayati Bir Liste: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi

### A Vital List in The Operating Room: Safe Surgery Checklist

Büşra ERGEN<sup>1</sup>, Dilek YILDIRIM TANK<sup>2</sup>

#### ÖZ

Hayat kurtaran müdahaleler olarak karşımıza çıkan cerrahi girişimler; halk sağlığı üzerine olumlu etkilerine rağmen, büyük bir risk faktörü olarak da karşımıza çıkmaktadır. Hasta bakımının temel ilkesi olarak benimsenen "zarar verme" ilkesi ile önemi ortaya koyulan hasta güvenliğinin en önemli unsurlarından biri cerrahi alanda ve ameliyat esnasında oluşabilecek tıbbi hataların önlenmesini sağlamaktır. Güvenli cerrahi; hastanın sağlık kurumuna yatışından taburculuğuna kadar geçen süreçte ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemleri içerisine alan sağlık bakım ve tedavi hizmeti sürecinde, hastayı meydana gelebilecek tıbbi hatalara karşın korumak ya da bu hataları en aza indirmek olarak açıklanabilir. Bu bağlamda Dünya Sağlık Örgütü tarafından oluşturulan Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi, ameliyat süresince alınacak güvenlik tedbirleri ile cerrahi hastasında oluşabilecek tıbbi hataları önleyerek hasta güvenliği sağlamayı hedefleyen bir projedir. Perioperatif dönemde gelişen komplikasyonların büyük bir bölümü engellenebilir durumlardır ve bundan dolayı güvenli cerrahi kontrol listesinin doğru ve etkili şekilde kullanımını arttırmak, önemini anlamak cerrahi girişim geçirecek hastalar açısından hayati öneme sahiptir. Bu derlemede, Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin ameliyathane biriminde uygulanmasının önemini literatür ışığında incelenmesi amaçlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Güvenli Cerrahi, Hasta Güvenliği, Tıbbi Hata

#### ABSTRACT

Surgical interventions that appear as life-saving interventions; Despite its positive effects on public health, it also emerges as a major risk factor. One of the most important elements of patient safety, whose importance is demonstrated by the principle of "do no harm" adopted as the basic principle of patient care, is to prevent medical errors that may occur in the surgical field and during surgery. Safe surgery: It can be explained as protecting the patient against medical errors that may occur or minimizing these errors in the health care and treatment service process, which includes the pre-, postoperative, and post-operative periods from the patient's admission to the health institution until his discharge. In this context, the Safe Surgery Checklist created by the World Health Organization is a project that aims to ensure patient safety by preventing medical errors that may occur in the surgical patient with the safety precautions to be taken during the surgery. Most of the complications that develop in the perioperative period are preventable, and therefore, increasing the correct and effective use of the safe surgical checklist and understanding its importance are of vital importance for patients who will undergo surgical intervention. In this review, it is aimed to examine the importance of applying the Safe Surgery Checklist in the operating room unit in the light of the literature.

**Key Words:** Safe Surgery, Patient Safety, Medical Error

#### Giriş

Tıp etiğinin dört ana ilkesinden biri de zarar vermeme ilkesidir. Bu ilke hekimin hastaya fayda sağlamak amacıyla gerçekleştirdiği tanı ve tedavi işlemlerinde her şeyden önce onun esenliğine herhangi bir zarar vermemesini şart koşar. Cerrahi süreçte zarar vermeme ilkesini benimsemek ve hasta güvenliğini korumak en önemli hedeftir. Çünkü; cerrahi bakım, sağlık hizmetinin vazgeçilmez bir parçasıdır.

Her yıl milyonlarca insana cerrahi tedavi uygulanmakta ve cerrahi girişimler insan hayatını kurtarmak için yapılırken, cerrahi sırasında yapılan tıbbi hatalar ise önemli hasarlara yol açabilmektedir. Hastaların en temel haklarından birisi olan güvenli bir sağlık hizmeti alması, sağlık çalışanlarının önceden tahmin edilebilen hataların oluşmasını önlemektir. Bu amaçla oluşturulan 'Güvenli Cerrahi' kavramı tüm

**Geliş Tarihi/Received:** 13.09.2022 **Kabul Tarihi/Accepted:** 13.03.2023 **Çevrimiçi Yayın Tarihi/Available Online Date:** 30.06.2023 **DOI:** 10.57224/jhpr.1174854

<sup>1</sup> Öğr.Gör, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Ahmet Erdoğan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü Ameliyathane Hizmetleri Programı, Zonguldak, Türkiye, busra.ergen@beun.edu.tr, 0000-0001-5223-3787

<sup>2</sup> Arş.Gör, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Zonguldak, Türkiye, dilekytank@beun.edu.tr, 0000-0001-7966-5395

Sorumlu yazar/Correspondence: Büşra Ergen

**Cite this article as:** Ergen B, Yıldırım Tank D. A Vital List in The Or: Safe Surgery Checklist. J Health Pro Res 2023;5(2): 146-151.

dünyada yapılan ameliyatları hasta ve çalışan güvenliği açısından güvence altına almayı hedeflemektedir (1-3).

### Ameliyathanede Tıbbi Hatalar

Cerrahi servisler ve ameliyathaneler sağlık bakım hizmetlerinde dikkat ve özveri gerektiren sağlık kuruluşlarının en önemli birimlerinden biridir. Ameliyathanelerde hastalara yapılan cerrahi girişimler ve uygulamaların neticesinde bazen istenmeyen durumlar meydana gelmektedir. Dünyada cerrahi komplikasyonların görülme sıklığı %3-17 arasında olup bu komplikasyonların sonucu hastalık veya ölüm olabilmektedir (4).

Dünyada her yıl yaklaşık 100.000 kişinin sağlık kurumlarında meydana gelen tıbbi hatalardan kaynaklı yaşamını yitirdiği saptanmıştır. Tıbbi hatalar sağlık kuruluşları içerisinde genellikle ameliyathane biriminde meydana gelmekte ve cerrahi hastalarının yaklaşık %15' i tıbbi hata ile karşı karşıya gelmektedir (4, 5). Gelişmiş ülkelerdeki sağlık kurumlarında yapılan tıbbi hataların yarısı cerrahi kliniklerde gerçekleşmektedir. Majör cerrahi uygulamalar sonrasında %0,4-10 arasında mortalite meydana gelmektedir. Ameliyat sırasında da her 150 hastadan biri anestezi sebebiyle yaşamını yitirmektedir. Cerrahi hastalarının %3-25'inde solunum sistemi komplikasyonları (atelektazi, pulmoner emboli vb.), kardiyovasküler komplikasyonlar (atriyal fibrilasyon vb), cerrahi alan enfeksiyonları gibi nedenlerden morbidite geliştiği görülmektedir. Ayrıca; cerrahi hastaların yaklaşık 7 milyonunda postoperatif komplikasyon görüldüğü de bilinen gerçekler arasındadır (6-11).

Son yıllarda cerrahi girişim gerçekleştirilen hasta sayısında ciddi ölçüde artış görülmektedir. Ameliyathane; ekip çalışması, stresli ortam, pratiklik, hızlı düşünme gibi özellikleri bir arada barındıran karmaşık yapıları bir birim olmasından dolayı sağlık kurumları içerisinde tıbbi hataların çok olduğu alanlardır. Her 10 sağlık kurumunun birinde ameliyat esnasında istenmeyen olay görülmektedir. Olayların yaklaşık %15'i kalıcı ve yaklaşık %20'si geçici sakatlığa sebebiyet vermektedir (11,12).

Uluslararası Birleşik Komisyonu (UBK) araştırmasına göre 2004-2010 senelerinde 4500 istenmeyen olay gerçekleşmiştir. Bu analize göre anesteziye bağlı gerçekleşen hatalar, tedavinin uzamasından kaynaklı ortaya çıkan hatalar, ameliyat ve ameliyat sonrası komplikasyonlar ve yanlış hasta, yanlış taraf, yanlış işlem girişimlerine bağlı gerçekleşen hatalar olarak sıralanmaktadır (12). UBK verilerine göre son yıllarda gerçekleşen yanlış taraf cerrahisi %90'lara kadar ulaşmıştır. Yanlış taraf cerrahisinin sebeplerinin yaklaşık %75'ini ise ameliyathanede cerrahi ekip personelleri arasındaki iletişim eksikliğinin oluşturduğu görülmektedir (3,13,14). Hasta güvenliğini riske atan bu iletişimsel hatalar "cümlelerin net bir şekilde anlaşılması" veya "yanlış algılanması" olarak karşımıza çıkmaktadır.

Hastane enfeksiyonları da risk faktörleri arasında yer alan önemli komplikasyonlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Ameliyathanelerde hasta güvenliğine yönelik uygulamalar cerrahi alan enfeksiyonlarının oluşumunu engelleyerek, komplikasyonları azaltacağı, ameliyat kalitesini arttıracığı, maliyeti azaltarak donanımlı sağlık bakım hizmetinin sağlanmasına katkıda bulunacağı görülmüştür (15).

Hatalı ilaç uygulamaları ve hasta düşmeleri de hasta güvenliğini tehdit eden unsurların başlıcalarıdır. Özellikle cerrahi girişim yapılacak hastalarda ameliyat yeri ve cerrahi tarafın ameliyat öncesinde işaretlenmemesi hatalı veya yanlış işlemlere sebebiyet vermektedir (16,17).

Tıbbi hatalar incelendiğinde ameliyat sırasında anestezi kaynaklı ölüm oranlarının gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere göre 100-1000 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (16). Merry ve arkadaşlarının (19) araştırmasında önlenebilir anestezi hatalarının büyük bir bölümünün insan kaynaklı olduğu belirtilmiştir. Türkiye'ye bakıldığında ise ameliyathane biriminin tıbbi hataların gerçekleştiği bölümler değerlendirildiğinde ilk sırada yer aldığı görülmüştür. Cerrahi girişim geçirecek hastaların yaklaşık %20'sinde hatalı ameliyat gerçekleştiği tespit edilmiştir. Anestezi kaynaklı yapılan hatalar ise ikinci sırada yer almaktadır. Benzer bir çalışmada ise ameliyathanede gerçekleşen istenmeyen olayların büyük bir bölümünün ortopedi ameliyatlarında meydana geldiği belirtilmiştir (20-22).

Tıbbi hatalar; tanı, tedavi ve sağlık hizmetinin sağlanması esnasında iş yükünün fazlalığı, çalışan yetersizliği, tükenmişlik, stres, bilgi ve beceri yetersizliği gibi sebeplerle meydana gelebilmektedir. Bu hatalar iletişim eksikliği, yorgunluk, eğitim ve oryantasyon eksikliği sebebiyle gerçekleşmektedir. Cerrahi girişimler sonucu ile meydana gelen tıbbi hataların yarısının önlenebilir olduğu saptanmıştır (23-26). Bunu destekleyen bir çalışmada ise; İrlanda'da %12,2 oranında istenmeyen olayların gerçekleştiği ve bu olayların %70'ten fazlasının önlenebilir olduğu görülmüştür (22-25). Yapılan başka bir çalışmada ise; Andel ve arkadaşları (27) tarafından yapılan Utah ve Colorado kentlerinde 662 milyon dolar olan tıbbi hata maliyetinin 308 milyon dolarının önlenebilir hatadan kaynaklı olduğu saptanmıştır. Cerrahi komplikasyonlar sonucu gelişen hasta ölümlerini azaltmak amacıyla sağlık kuruluşlarında hasta güvenliği sağlamak için yapılan uygulamalara özellikle son yıllarda önemli derecede ağırlık verilmektedir (4).

Yapılan çalışmalarda, dünya genelinde yapılan cerrahi girişimlerde cerrahi güvenliğinin son derece önemli bir problem olduğu görülmüştür. Yapılması gereken ise yeterli eğitimin sağlanması ve bunun ile birlikte ameliyatlarda ölüm oranları azalacak ve sağ kalım oranlarında gelişme gözlemlenecektir (5-11). Zahiri ve ark. (28) tarafından yapılabir çalışmada uygun ve doğru biçimde yapılan güvenli

cerrahi uygulamaları ve ameliyathanede cerrahi ekip üyelerinin etkili iletişimi ile hastada meydana gelebilecek zararının azaltıldığı vurgulanmıştır.

### Ameliyathanede Hasta Güvenliği ve Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi

Sağlık kurumlarının amacı sunduğu hizmetlerde, çalışanlarının, hastanın ve hasta yakınlarının güvenliğini sağlamak ve olası tehlikelere yönelik riskleri önceden tespit etmek ve bu riskleri ortadan kaldırmaya yönelik düzenlemeleri yapmaktır. Hasta güvenliği, hastaya bakım süresi içerisinde hastada oluşabilecek bir zararın olmaması ve bu zarar riskini minimuma indirmesidir (29). Sağlık hizmetlerinin güvenliğinde sürdürülebilir ve önemli iyileştirmeler sağlamak için açık politikalar, örgütsel liderlik kapasitesi, güvenlik iyileştirmelerini sağlayacak veriler, kaliteli sağlık personelleri ve hastaların bakımlarına etkili katılımı ile mümkündür (1).

Ameliyathane birimi; sağlık kurumları içerisinde hasta güvenliği konusunda en çok dikkat ve önem gerektiren birimler arasında yer almaktadır. Cerrahi ekip üyeleri, cerrahi standartlara uygun olarak hasta güvenliğini sağlamak amacıyla sorumluluk almaları etkili, verimli uygulamalar gerçekleştirme konusunda doğru ve uygun bir şekilde hareket etmelidir (30).

Ameliyathane biriminde herhangi bir hasta ayrımı yapılmaksızın cerrahi ekip üyeleri tarafından evrensel tedbirler uygulanarak risklerin en aza indirgenmesini amaçlayan hasta güvenliği açısından koruyucu uygulamaların gerçekleştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Hasta güvenliği, hastanın klinikte yatışından başlayarak, ameliyathanede devam eden ve taburcu olana kadar sürdürülmesi gereken bir süreçtir (1, 25). Cerrahi güvenlik kontrol listesi, tıbbi hataları, mortaliteyi, istenmedik olayları, sağlık kurumunda kalış süresini azaltmakta, hastaya verilen bakım kalitesini de artırmaktadır (31, 32).

Ameliyathanede hasta güvenliği kültürünün oluşturulması için cerrahi ekip üyelerinin etkili iletişim ve iş birliği içerisinde olması önemlidir (33). Literatür incelemesinde; değişik hasta güvenliği kültürü ölçüm araçları kullanıldığı görülmektedir (34). Ölçüm araçlarına bakıldığında önderlik etme, çalışan personel davranışları, istenmeyen olayların bildirilmesi, raporlama, personel eğitimi, çevrenin güvenliği, teknoloji, genel güvenlik, ekip çalışması, süpervizyon yönetimi, yönetici-personel ilişkileri, iletişimin güvenliği gibi konuları ölçen soruları içermektedir (35-38).

DSÖ tarafından dünyada cerrahi girişimlerden dolayı gerçekleşen ölümleri azaltma çabalarının sonucu olarak 'Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır' söylemiyle, cerrahide yaşanan problemlerin ülkelerde ortak olduğu saptanmıştır. Tüm bu sorunların ölümcül ve önlenemez sorunlar olduğu ortaya konmuştur (29). Tıpta temel öncelik hastaya zarar vermemektir. Bu önceliğin cerrahi birimlerde ilk adımını güvenli

cerrahi oluşturmaktadır. Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır oluşumu, Dünya Sağlık Örgütü'nün cerrahi girişimlerden kaynaklı ölümleri azaltma önlemlerinin bir parçası olarak Dünya Hasta Güvenliği İttifakı tarafından kurulmuştur. Bu oluşumun amacı; politika belirleyiciler ve klinisyenleri, güvenli anestezi uygulamaları, önlenemez cerrahi enfeksiyonlar ve cerrahi ekip üyeleri arasındaki etkin iletişimin sağlanması gibi önemli güvenlik konularına yönlendirmektir. Bu konuların bütün ülkeler için öncelikli olduğu ve oluşabilecek sorunların önlenemez olduğu saptanmıştır (45).

DSÖ tarafından de cerrahi hastalarını kapsayan 10 temel güvenlik hedefi oluşturmuştur. Buna göre ekip;

1. Doğru hasta, doğru ameliyat ve doğru taraf cerrahisi yaptığından emin olmalı,
2. Hastayı ağrıdan korurken anestezinin zararlı etkilerinden de korumalı,
3. Hastayı tehdit eden hava yolu ve solunum durmasından korumalı,
4. Aşırı kan kaybı riskine karşı önlem almalı,
5. Hastaya alerjik etki oluşturacak ya da yan etkisi olabilecek ilaçlar uygulamamalı,
6. Cerrahi alan enfeksiyon riskini azaltacak tüm tedbirleri almalı,
7. Cerrahi alanda alet ve/veya spanç bulunmasını önlemeli,
8. Ameliyatta alınan örneklerin uygun bir şekilde etiketlenmesini sağlamalı,
9. Ameliyatın güven içinde başlayıp bitmesi için devamlı iletişim halinde bulunmalı
10. Sağlık kurumlarından ameliyat kapasitesi ve ameliyat sonuçları hakkında düzenli olarak bilgi elde edilmesi sağlanmalıdır (1, 3, 39, 40).

Güvenli cerrahi; cerrahi hastasının sağlık kurumuna kabulünden taburculuğuna kadar olan süreci kapsayan bakım ve tedavi ile hastayı oluşabilecek tıbbi hatalardan korumak ya da hataları en aza indirmek olarak açıklanabilir (7). Bu amaçla atılan ilk adım, güvensiz cerrahi sorunun çözümü için uzmanlardan oluşan uluslararası bir grup meydana getirmek olmuştur. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi; tüm cerrahi ekip üyelerini ilgilendirir. Güvenli cerrahi uygulamalarında cerrah ile birlikte tüm ameliyathane ekibi sorumludur. Cerrahi branşlar cerrahi kontrol listesini incelemeli ve günlük ameliyat akışına dahil etmelidir. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi; klinikten ayrılmadan önceki dönem, anestezi verilmeden önceki dönem, cerrahi insizyondan önceki dönem ve ameliyattan çıkmadan önceki dönem olmak üzere 4 aşamadan oluşmaktadır. Kontrol listesinde yer alan tüm maddeler, güvenilir bir şekilde tamamlandığında ameliyattan kaynaklanan komplikasyonlar kanıtlarla desteklenmiştir. DSÖ tarafından 2008 yılında oluşturulan bu uygulama, ülkemizde de Sağlık Bakanlığı'nın çalışmaları doğrultusunda "Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi TR" tanımıyla tüm sağlık kurumlarında uygulanmaya başlanmıştır (1,

9). Bu projeye 25 ülke ulusal düzeyde katılmıştır. Ayrıca 122 ülkeden 3000'den fazla hastane katılımı olmuştur. Sonuç olarak; DSÖ, Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'nin amacı, tüm dünyada cerrahi bakımda evrensel olarak uygulanabilecek standartların tanımlanması ve ekip üyeleri arasında daha iyi bir iletişim ve iş birliğinin teşvik edilmesidir (45).

#### **Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Aşamaları**

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi; her bir işleme dair zaman dilimine karşılık gelen dört ayrı aşamadan oluşmaktadır (40). Her aşamada Kontrol Listesi koordinatorü ekibin listede tanımlanan görevleri tamamlayıp tamamlamadığını incelemeli, görev tamamlanmış ise diğer aşamaya geçişe izin verilmelidir (13, 29).

#### **a. Klinikten Ayrılmadan Önceki Dönem**

Bu basamakta cerrahi klinik hemşiresi, hasta ve hekim ile birlikte sözel olarak; hastanın kimliğinin doğrulanmış olduğunu, girişimin ve müdahale yerinin doğru ve işaretlenmiş olduğunu, ameliyat onamının verilmiş olduğunu, hastanın açıklığını, ameliyat bölgesi kıl temizliğini, hastanın vücudunda yabancı bir madde olup olmadığını, ameliyat öncesi özel bir işlem gerek olup olmadığını, hastanın tüm tetkikleri ile beraber ameliyathaneye gitmek için hazır olduğunu kontrol etmelidir.

#### **b. Anestezi Verilmeden Önceki Dönem**

Bu aşamada, kontrol listesini koordine eden cerrahi ekip üyeleri; mümkünse hasta ile birlikte, hastanın kimliğinin doğrulanmış olduğunu, girişimin ve müdahale yerinin teyit edilmiş olduğunu, ameliyat onamının verilmiş olduğunu, ameliyat tarafının işaretlenmiş olduğunu, pulse oksimetrenin çalışır durumda olduğunu, hastanın kan kaybı, hava yolu zorluğu, alerjik reaksiyon riskinin değerlendirilmesi ve anestezi güvenli formunun kontrolünün tamamlanmış olduğunu kontrol etmelidir.

#### **c. Cerrahi İnsizyondan Önceki Dönem**

Bu basamakta; cerrahi ekip üyeleri kendilerini isim ve görevleriyle birlikte tanıtmalıdır. Cerrahi ekip, insizyondan önce; doğru hasta üzerinde, doğru yerde, doğru ameliyatı gerçekleştirdiklerini sesli olarak doğrulamalıdır. Ameliyat planlarının önemli noktalarını kontrol listesindeki soruların eşliğinde sözel şekilde gözden geçirmelidir. 60 dakika içerisinde profilaktik antibiyotiklerin uygulanmış olduğu, ameliyat sırasında kan şekeri kontrolünün gerekliliği, varsa antikoagülan kullanımı ve derin ven trombozu profilaksisinin gerekliliği konusundaki unsurları da kontrol etmelidir.

#### **d. Ameliyattan Çıkmadan Önceki Dönem**

Bu aşamada cerrahi ekip; ameliyatta kullanılan spanç ve aletlerin sayımının yapılması ve alınan bütün cerrahi numunelerin etiketlenmesini, aletlerdeki işleyiş bozukluklarının saptanmasını ve diğer tüm

sorunları, hastayı ameliyat odasından çıkarmadan önce, ameliyat sonrası yönetiminle ilgili kritik konuları gözden geçirmelidir (1, 3, 13, 29).

#### **Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Önemi**

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin uygun biçimde kullanımı ile sağlık kurumlarında oluşabilecek tıbbi hataların önlenmesiyle her sene yaklaşık 500.000 hastanın korunacağı tahmin edilmektedir. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin önemini vurgulayan, seviz ülkede yapılan bir pilot çalışmanın sonucunda; komplikasyonların ve ölüm oranlarının önemli ölçüde azaldığı belirtilmiştir. Ardından Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi tüm ülkelerde uygulanmaya başlanmıştır (31). Fourcade ve arkadaşlarının (41) araştırmasında Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin kullanım oranları saptanmıştır ve Fransa'da 18 kanser merkezinde yapılmış bu araştırma sonucuna göre listeye uyum oranının %90 olduğu görülmüştür. Ek olarak yapılan bu çalışmada listenin ameliyat sonrası oluşabilecek komplikasyon ve ölüm oranlarını önemli ölçüde azalttığı da belirtilmiştir. Benzer bir çalışmada ise Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin kullanımı ile ameliyata ilişkin komplikasyonların %23'ten %10'a düştüğü saptanmıştır (6).

Haynes ve ark. (31) tarafından yapılan bir çalışmada acil cerrahi girişimlerde kontrol listesinin kullanımı sonucu komplikasyon oranını azalttığı saptanmıştır. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi maddelerinin yarısından fazlası tamamlandığında komplikasyon oranı %7 iken aynı çalışmada maddelerin yarısından azı tamamlandığında ise komplikasyon oranının yaklaşık %19'a arttığı vurgulanmıştır. Leplanuoma ve ark. (42) araştırmasında, beyin cerrahi geçiren hastalarda güvenli cerrahi kontrol listesi uygulanmasıyla yara yeri enfeksiyonunda, yara yeri açılışında, ameliyat sonrası pnömoni gelişiminde, ameliyat sırasında kanama riskinde azalma olduğu bildirilmiştir. Vries ve arkadaşları (43) Güvenli Cerrahi Kontrol Listesini cerrahi girişimin her aşamasında uygulandığı çalışmada; ameliyat öncesi kontrol listesinin komplikasyonların yaklaşık %46'sını, ameliyathaneye kontrol listesinin %10.1'ini, ameliyat sonrası kontrol listesinin yaklaşık %22'sini, cerrahi girişimin her üç aşamasında uygulanan kontrol listesinin ise komplikasyonların %3.2'sini azalttığı görülmüştür. Hadary ve arkadaşları (44) acil ameliyat uygulanan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada; Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi uygulanmayan hastaların yaklaşık %54'ünde komplikasyon geliştiği, kontrol listesi uygulanan hastaların ise %20'sinde komplikasyon geliştiği vurgulanmıştır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde ameliyathanede tıbbi hataların önlenmesinde, hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasında, istenmeyen durum ve komplikasyonların oluşma riskini azaltmada Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'nin önemli olduğu görülmektedir.

**Sonuç**

Sağlık kurumlarında; tıbbi hataların azaltılması ve ortadan kaldırılması hasta ve cerrahi güvenliğinin başlıca ilkesidir. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin; cerrahi geçirecek hastanın güvenliğini riske atacak ameliyat veya cerrahi ekip üyesi kaynaklı bütün olası riskleri kapsadığı görülmektedir. Bundan kaynaklı listenin içeriğine uygun biçimde kullanılması ile ameliyathanede oluşabilecek tıbbi hatalarda azalma sağlanması istenen bir sonuçtur. Yapılan bu derlemede ülkemizde güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanımı; ameliyathaneye ilişkin istenmeyen olaylar, komplikasyonlar ve tıbbi hataların etkisini inceleyen çalışmalar değerlendirilmiştir. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'nin önemini vurgulayan, listenin kullanımına ilişkin hastalarla ve ameliyathane ekip üyeleriyle yapılan çalışmalar genişletilmelidir. Çocuk cerrahi hastalarını ilgilendiren çalışmalar da oluşturulmalıdır.

**Kaynaklar**

1. Aytaçoğlu NB. Cerrahi hemşireliği ve ameliyathane hizmetleri teknikleri ders kitabı. İstanbul: Hipokrat Yayıncılık; 2019.
2. Christian CK, Gustafson ML, Roth EM, et al. A prospective study of patient safety in the operating room. *Surgery* 2006; 139(2):159-173.
3. Sağlık Bakanlığı ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, 2011 (a). Cerrahide bilinen 10 gerçek. Erişim Tarihi: 05.12.2022. Erişim Adresi: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-9088/cerrahide-bilinen-10-gercek.html>.
4. Akın B, Boyacı B, Özcan S, Tanrıöver F. Bir devlet hastanesinde güvenli cerrahi kontrol formunun kullanımının değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum* 2020; 30(2):108-113.
5. Weiser T, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB, Lipsitz SR, Berry WR et al. An estimation of the global volume of surgery: A modelling strategy based on available data. *The Lancet* Volume 2008; 372(9633): 139-144.
6. Sparkes D, Rylah B. The World Health Organization surgical safety checklist. *Br J Hosp Med (Lond)* 2010; 71(5):276-80.
7. Tang R, Ranmuthugala G, Cunningham F. Surgical safety checklists: a review. *ANZ J Surg* 2014; 84(3):148-154.
8. Irmak B, Bölükbaş N. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulaması: Türkiye Örneği.
9. Candaş B, Gürsoy A. Ameliyathanede hasta güvenliği: cerrahi ekibin güvenli cerrahi kontrol listesinin uygulamasına ilişkin düşünceleri. 9.Ulusal Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongre Kitabı; 2015. s.524.
10. Candaş B, Gürsoy A. Cerrahide hasta güvenliği: güvenli cerrahi kontrol listesi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2015; 3(1), 40-50.
11. Öztürk T, Koçan A, Yıldırım F, Alp D, Kural T. "Kronik Beta Bloker Kullanımının Koroner

Baypas Cerrahisi Sonrası Morbidite ve Mortalite Üzerine Etkileri." *Göğüs-Kalp-Damar Anestezi ve Yoğun Bakım Derneği Dergisi* 2013.2: 80-85.

12. Akalın Z, Tekin DE, Cival SO. Hasta Güvenliği - Beklenmedik Olaylarda Hemşirenin Rolü. Birinci Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2012:6381.
13. Karayurt Ö, Damar TH, Bilik Ö, Özdöker S, Dura M. Ameliyathanede hasta güvenliği kültürünün ve güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanımının incelenmesi. *ACU Sağlık Bil Derg* 2017; 8(1):16-23.
14. Steelman VM, Graling PR. Top 10 patient safety issues: what more can we do? *AORN Journal* 2013; 97(6), 679-701.
15. Hergül FK, Özbayır T, Gök F. Ameliyathanede hasta güvenliği: Sistematik derleme. *Pamukkale Tıp Dergisi* 2016; (1), 87-98.
16. Daniels SM. Protecting patients from harm: Improving hospital care for surgical patients. *Nursing* 2007; 37(8): 36-41.
17. Bektaş G, Ameliyathane ekibinin güvenli cerrahi konusunda görüş ve uygulamalarının belirlenmesi. Yakın Doğu Üniversitesi Yurtdışı Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Kıbrıs, 2015.
18. Gürel A, Ameliyathanede hasta güvenliğine ilişkin ameliyathane hemşiresinin rolü. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, 2012.
19. Merry AF, Cooper JB, Soyannwo O, Wilson IH, Eichhorn JH. International standards for a safe practice of anesthesia 2010. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*, 57(11), 1027-1034.
20. Özkan D, Güvenli cerrahi kontrol listesi konusunda ameliyathane ekibinin düşüncelerinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2012.
21. Ertan A, Adli Tıp Kurumu'nda değerlendirilen olgularda saptanan anestezi hataları ve önlenilebilirliği. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006.
22. Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı tıbbi uygulamalar (malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme. *Dirim Tıp Dergisi* 2009; 84(1):1-10.
23. Öztürk G, Cerrahi hemşirelerinin güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanımına ilişkin bilgi ve tutumları. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2022.
24. The Lancet. Patient safety: too little, but not too late. *Lancet (London, England)* 2019; 394:(10202), 895.



25. Hurlbert SN, Garrett J. Improving Operating Room Safety. *Patient Safety in Surgery* 2009; 3(25): 1-6
26. Borchard A, Schwappach DL, Barbir A, Bez-zola P. A systematic review of the effectiveness, compliance, and critical factors for implementation of safety checklists in surgery. *Ann Surg* 2012; 256(6):925-933.
27. Andel C, Dawidow SL, Hollander M, Moreno DA. The economics of health care quality and medical errors. *Journal of Health Care Finance* 2012; 39(1): 39-50
28. Zahiri HR, Stromberg J, Skupsky H, Knepp EK, Folstein M, Silverman R, Singh D. Prevention of 3 "never events" in the operating room: Fires, gossypiboma, and wrong-site surgery. *Surgical Innovation*. 2011; 18(1): 55-60.
29. Uçak H. Ameliyathanede yönetim-organizasyon&cerrahi uygulamalar. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri; 2021.
30. Kapkıran G, Bülbüloğlu S, Eti Aslan F. Ameliyathanede hasta güvenliği, hasta güvenliği kültürü, medikal hatalar ve istenmeyen olaylar. *Journal of Health and Nursing Management* 2018; 5(2):132-140
31. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 2009;360(5): 491-9.
32. Ragusa PS, Bitterman A, Auerbach B, Healy WA 3rd. Effectiveness of surgical safety checklists in improving patient safety. *Orthopedics* 2016; 39(2):e307-10.
33. Badir A, Herdman EA. Critical care nurses' perceptions of patient safety in Turkey. *J Nurs Care Qual* 2005; 23(4): 375-378.
34. Pimentel MPT, Choi S, Fiumara K, Kachalia A, Urman RD. Safety culture in the operating room: Variability among perioperative health-care workers. *Journal of Patient Safety* 2017;17(6):412-416.
35. Mallouli M, Tlili MA, Aouicha W, Ben Rejeb M, Zedini C, Salwa A et al. Assessing patient safety culture in Tunisian operating rooms: A multicenter study. *Journal of the International Society for Quality in Health Care* 2017;29(2):176-182.
36. Carvalho PA, Göttems LBD, Pires MRGM, Oliveira MLCD. Safety culture in the operating-room of a public hospital in the perception of health care professionals. *Revistalatio-Americana de Enfermagem* 2015;23(6): 1041-1048.
37. Uğur E, Kara S, Yıldırım S, Akbal E. Medical errors and patient safety in the operating room. *Journal of the Pakistan Medical Association* 2016; 66(5):593-597.
38. Kesgin V, Kurtuluş İ, Dinç Y. Güvenli cerrahi kontrol listesinin ekip çalışması üzerindeki etkisi ve kullanım engelleri. *Sağ. Perf. Kal. Derg* 2017;(13): 19-35
39. Cheek DJ, Jones TS. Safe surgery initiative saves lives. *Nursing* 2009;39(8):14-15.
40. Çakır A, Hasta güvenliği kültürü ile kalite yönetim sistemi arasındaki ilişkinin analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Toplam Kalite Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2007.
41. Fourcade A, Blache JL, Grenier C, Bourgain J, Minvielle E. Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. *BMJ quality & safety* 2012; 21(3):191-197
42. Lapanluoma M, Takala R, Kotkansalo A, Rahi M, Ikonen TS. Surgical safety checklist is associated with improved operating room safety culture, reduced wound complications, and unplanned readmissions in a pilot study in neurosurgery. *Scandinavian Journal of Surgery* 2013; 103(1): 66-72.
43. de Vries EN, Prins HA, Crolla RM, den Outer AJ, van Andel G, van Helden SH et al. Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. *N Engl J Med* 2010; 363(20):1928-37.
44. Hadary S, Sallam M, Salem SS, Zaki H. Impact of a World Health Organization (WHO) surgical safety checklist implementation during urgent operations on compliance with basic standards of care and occurrence of complications. *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare* 2014; 4(2): 20-26.
45. T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015. Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi. Erişim Tarihi: 07.03.2023. Erişim Adresi: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/3741/0/4guvenlicerrahirehberipdf.pdf>