



HEMŞİRELİK BİLİMİ

Dergisi

Journal of
NURSING SCIENCE





Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

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

e-ISSN:2636-8439

Derginin Sahibi

Prof. Dr. Hilmiye AKSU

Editörler

Prof. Dr. Hülya ARSLANTAŞ

Doç. Dr. Seher SARIKAYA KARABUDAK

Doç. Dr. Elçin EFTELİ

Dr. Öğr. Üyesi Muazzez ŞAHBAZ

Prof. Dr. Sibel KARACA SIVRİKAYA

Prof. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL

Doç. Dr. Esma ÖZŞAKER

Doç. Dr. Nurdan GEZER

Prof. Dr. Emre YANIKKEREM

Prof. Dr. Sevgi ÖZSOY

Doç. Dr. Nesrin ŞEN CELASIN

Doç. Dr. Seher SARIKAYA KARABUDAK

Doç. Dr. Kerime BADEMLİ

Doç. Dr. Hatice ÖNER

Doç. Dr. Arzu AKCAN

Doç. Dr. Belgin YILDIRIM

Prof. Dr. Filiz KANTEK

Prof. Dr. Faruk KALAY

Alan Editörleri

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Dahili Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı

Dahili Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı

Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı

Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı

Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı

Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Ruh Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Ruh Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

İngiliz ve İrlanda Dili, Edebiyatı ve Kültürü

Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakültesi

Biyostatistik Editörü

Prof. Dr. Şengül CANGÜR

Biyostatistik Anabilim Dalı

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi

Danışma Kurulu

Prof. Dr. Filiz ADANA

Prof. Dr. Yeliz AKKUŞ

Prof. Dr. Leyla BAYSAN ARABACI

Prof. Dr. Fatma TAŞ ARSLAN

Prof. Dr. Sakine BOYRAZ

Prof. Dr. Hüsnüye ÇALIŞIR

Prof. Dr. Fatma DEMİRKIRAN

Prof. Dr. Meryem YAVUZ VAN GİERSBERGEN

Prof. Dr. Emine GERÇEK ÖTER

Prof. Dr. Güleğün TÜRK

Prof. Dr. Gül ÜNSAL

Prof. Dr. Şebnem ÇINAR YÜCEL

Doç. Dr. Yasemin ALTINBAŞ

Doç. Dr. Özlem DEMİREL BOZKURT

Doç. Dr. Nazan ÇAL BAYRAM

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Dahili Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı

Ruh Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Dahili Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Ruh Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı

Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı

Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Raşan ÇAM

Prof. Dr. Yıldız DENAT

Doç. Dr. Özüm ERKİN

Doç. Dr. Nüket KIRAĞ

Doç. Dr. Ayşegül KISSAL

Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Fatoş KORKMAZ

Doç. Dr. Öznur KÖRÜKCÜ

Prof. Dr. Safiye ÖZVURMAZ

Doç. Dr. Seyhan ÇITLIK SARITAŞ

Doç. Dr. Tülay YILMAZ

Dr. Öğr. Üyesi Elem KOÇAÇAL GÜLER

Adjunct Professor Rui Pedro Gomes Pereira

Invited Assistant Professor Susana Marisa Loureiro Pais Batista

Doctor of Philosophy Bernice Gulay Gulek

Associate Professor Sinem Uzar Ozcetin

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Dahili Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı

Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Public Health Nursing

Rehabilitation Nursing

Department of Neurological Surgery

Mental Health Nursing

PhD, RN, FAAN. Anne H. Outwater

Doctorate in Nursing, and Post-Graduate Certificate in

Environmental Studies

PhD, MSc, BA, RN. Dr. Jesus Molina Mula

Senior Lecturer in Health Science Research

Adjunct Professor Eduardo Santos

School of Health

Adjunct Professor Fernando Gama

School of Health

Adjunct Professor Sofia Campos

School of Health

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri

Fakültesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

İzmir Ekonomi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Malatya Turgut Özal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi

İzmir Demokrasi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Minho University, Braga, Portugal

Polytechnic University of Viseu, School of Health-Portugal

University of Washington Seattle, Seattle, United States

School of Nursing Midwifery and Health Systems,

University College Dublin, Ireland

Muhimbili University of Health and Allied Sciences, School

of Nursing, Tanzania

University of Balearics Island, Palma-Spain

Polytechnic University of Viseu

Polytechnic University of Viseu

Polytechnic University of Viseu

Yayın Kurulu Sekreterleri

Arş. Gör. Dr. Ebru BULUT

Arş. Gör. Dr. Emine TARLABLEN KARAYTUĞ

Arş. Gör. Dr. Ezgi ARSLAN

Arş. Gör. Ezgi SARI

Yayın Yeri ve Adresi

e-ISSN: 2636-8439

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, AYDIN, TÜRKİYE Tel: +902562138866

e-posta: journalofnursingscience@gmail.com

Mizanpaj Editörleri

Arş. Gör. Dr. Ebru BULUT

Arş. Gör. Dr. Emine TARLABLEN KARAYTUĞ

Arş. Gör. Dr. Ezgi ARSLAN

Arş. Gör. Ezgi SARI



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

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

e-ISSN:2636-8439

İçindekiler/Contents

18.12.2024

Editör'den Önsöz/Editors Foreword	
Prof. Dr. Hülya ARSLANTAŞ Doç. Dr. Seher SARIKAYA KARABUDAK	
Araştırma Makaleleri/Research Articles	
Hemşirelik Bölümü Birinci Sınıf Öğrencilerinin Mesleki Algıları: Nitel Bir Çalışma Professional Perceptions of First-Year Nursing Students: A Qualitative Study Mücahide GÖKÇEN GÖKALP, Şeyma KİLCİ ERCİYAS, Fatih DEMİR	260-271
Analysis of Graduate Theses Related to Leadership Carried out in the Field of Nursing in Turkish Universities Türk Üniversitelerinde Hemşirelik Alanında Yürütülen Liderlik Konulu Lisansüstü Tezlerin Analizi Ana Luiza Ferreira AYDOĞDU	272-282
Palyatif Bakım Veren Hemşirelerin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi Düzeylerinin Bakım Davranışlarına Etkisi The Effect of Palliative Care Nurses' Level of Knowledge on Palliative Care on Their Care Behaviours Mensure TURAN, Engin TURAN	283-291
Pandemi Döneminde Hemşirelerin Duygu Durum Değişiklikleri ve Etkileyen Etmenlerinin İncelenmesi Determination Of Mood Changes Of Nurses Working During The Pandemic Period İlknur DAYANÇ, Pınar TEKİN, Özge KÖSE	292-304
Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Etik Değerlerine Etik İklim Algısının Etkisi The Effect of Ethical Climate Perception on The Ethical Values of Intensive Care Nurses Regarding Physical Restraint Müeyesser Nur AKDENİZ, Dilek ÖZDEN	305-319
Genel Cerrahi Kliniğindeki Hastaların Ameliyat Sonrası Konfor ve Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi Evaluation of Postoperative Comfort and Anxiety Levels of Patients in the General Surgery Clinic Funda ÇETİNKAYA, Beyza TORCU	320-328
Bir Devlet Hastanesinin Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Sepsis-Septik Şok Tanılı Hastaların Hemşirelik Yaklaşımıyla İncelenmesi: Retrospektif Çalışma Examination of Patients Diagnosed with Sepsis-Septic Shock in the Intensive Care Unit of a Government Hospital with a Nursing Approach: A Retrospective Study Elif ACAR, Nurhan DOĞAN	329-336
Being A Nurse in the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study with A Communication Dimension COVID-19 Pandemisinde Hemşire Olmak: İletişim Boyutuyla Nitel Bir Çalışma Hatice BAŞKALE, Pınar SERÇEKUŞ	337-346
COVID-19 Tanısı ile Klinikte Yatan Hemşirelerin Hasta Rolü Deneyimleri Patient Role Experiences of Nurses Hospitalized in the Clinic with COVID-19 Diagnosis Süreyya BULUT, Hatice ÖNER	347-361
Laparoskopik Kolesistektomi Olan Hastaların Ameliyat Öncesi Psikolojik İyi Oluşları ile Cerrahi Korku Düzeyleri Arasındaki İlişki The Relationship Between Pre-Surgery Psychological Wellness and The Levels of Surgical Fear of Patients with Laparoscopic Cholecystectomy Ayşe TURAN, İsmail KUŞOĞLU, Ayşegül CAN	362-372
Psikiyatri Servisinde Çalışan Hemşirelerin Bakım Vermekte Zorlandıkları Klinik Durumların Belirlenmesi Determination of Clinical Situations Where Nurses Working in the Psychiatric Ward Have Difficulty in Providing Care Nazmiye YILDIRIM, Melisa BULUT	373-384

Derlemeler/Reviews	
Hemşireliğin Sağlık Ekonomisine Etkisi Impact of Nursing on Health Economics <i>Cemal ÖZALP, Gülçin AVŞAR</i>	385-392
Hemşirelikte İyileştirici Bakım Çevresi Healing Care Environment in Nursing <i>Simay SIRMA, Esra AKIN</i>	393-403
Meme Kanseri Maneviyatın Yaşam Sürecine ve Baş Etmeye Etkileri The Effects of Spirituality on Life Process and Coping in Breast Cancer <i>Aygül KISSAL, Sümeyye KAVİCİ</i>	404-412
Olgu Sunumları/Case Reports	
Akciğer Kanseri Tanılı Bireye Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli Doğrultusunda NANDA-I, NOC ve NIC Bağlantıları (NNN) ile Yürütülen Hemşirelik Süreci Örneği Example of Nursing Process Conducted with NANDA-I, NOC, and NIC Connections (NNN) Based on Functional Health Patterns Model for Individuals Diagnosed with Lung Cancer <i>Azize ÖZDAŞ GÜNDOĞAN, Öznur GÜRLEK KISACIK</i>	413-431
Nursing Care of Patient with Rectal Cancer Based on Henderson's Need Theory Rektum Kanseri Hastanın Henderson'un İhtiyaç Teorisine Dayalı Hemşirelik Bakımı <i>Büşra DIŞBUDAK, Hülya BULUT</i>	432-441



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

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

e-ISSN:2636-8439

Önsöz

18.12.2024

Değerli Okuyucularımız Merhaba,

Dünyada ve ülkemizde değişen sosyal, kültürel, ekonomik, politik koşullar nedeniyle değerlerde de değişim olduğunu gözlemlemekteyiz. Özellikle sağlık bakım hizmetlerinin temelini oluşturan değerlerdeki değişim mesleğin temel varoluşu ile ilişkili olması bağlamında oldukça önemlidir. Burada dikkatimizi çeken konu, sağlık bakım hizmetlerinin temel direği olan hemşirelerin sorumluluk alanlarındaki tutum ve davranışlarına yön veren değer sistemlerindeki değişimler ve sonuçlarıdır. Olası negatif değişimler, yalnızca mesleğin varoluşsal misyonuna bir saldırı olmayıp aynı zamanda mesleğe gönül verip doğru davranışlar içinde olan hemşireler için de onur kırıcı olması yanında, bakım hizmetini alanlar noktasında da çok yönlü sorunlara yol açabileceği için önemlidir. İşte tüm bu nedenler, dergimizin bu sayısında “değerler” konusunu yazma düşüncemize yol açtı.

TDK sözlüğüne göre değerlerin birçok tanımı bulunmaktadır. Değineceğimiz mesleki değerlerin tanımına daha yakın olan tanımını ele aldığımızda değer, “Bir ulusun sahip olduğu sosyal, kültürel, ekonomik ve bilimsel değerlerini kapsayan maddi ve manevi öğelerin bütünüdür.” Bir eylemin iyi ve kötü, doğru ve yanlış olarak ayrımı değerlerle mümkündür. Bu nedenle, değerler; kişinin kendini ifade edebilmek için seçtiği, davranış, düşünce, inanç, duygu ve bilinç bütünlüğüdür. Değerler, bireylerin karar vermelerini, kişiliklerini ve yaşantılarını etkilemekte, birçok problemin çözüm sürecinde kilit rol oynamakta; aynı zamanda, bireylerin doğru ve yanlış, hoş giden ve gitmeyen, haklı ve haksız, ahlâkî ve ahlâkî olmayı ayırt etmesini sağlamaktadır. İnsan yaşamının en temel parçalarından biri olarak görülen değerler kültürel çevreden, sosyal gruptan, inançlardan, deneyimlerden ve geçmişten etkilenerek şekillenir. Her birey, hayatına anlam katan, yaşamına şekil veren, davranışlarına rehberlik eden, çevresini algılama ve yargılamasına zemin hazırlayan kişisel, sosyal, toplumsal, kültürel ve mesleki değerlere sahiptir. Bireysel yaşama yön veren değerler aynı zamanda profesyonel alandaki davranışlara da yön verir. Mesleki/profesyonel değerler, uygulayıcılar ve profesyonel gruplar tarafından benimsenmiş, onların tutum ve davranışlarına rehberlik eden standartlardır. Aynı zamanda, hemşirelik uygulamalarının kaynağıdır. Özellikle mesleki kararlarda bireysel değerlerin varlığı çok belirleyicidir. Bu bağlamda hemşireler, karar verme sürecinde başkalarının ya da dış koşulların etkisinin farkındalığı içinde olmalıdır. Bu durum, hemşirelik bakım hizmetlerinin niteliğinin artmasına da çok büyük katkılar sağlayacaktır.

Değerler gerek bireysel gerekse mesleki yaşamın belirleyicilerinden en önemlisidir. Kuşkusuz hemşireler birey ve topluma yönelik sundukları tüm hizmet alanlarında zaman zaman etik ikilemlerle karşı karşıya kalabilmektedirler. Böylesine zorlayıcı durumlar için yine temel alınması gereken yapılar; etik ilkeler ve mesleki/profesyonel değerlerdir. Amerikan Hemşireler Birliği ve Uluslararası Hemşireler Konseyi en önemli durumun sağlıklı/hasta bireyin esenliği olduğunu vurgulayarak, temel değerlerin yararlılık olduğunu kabul etmişler ve hemşirelik mesleğinde altıncılık/özgecilik, eşitlik, insan onuru, adalet ve doğruluk olarak adlandırılan beş temel değer olduğunu bildirmişlerdir. Hemşirelik değerleri olarak; insan onuru, mahremiyet, adalet, karar almada özerklik, bakımda kesinlik ve doğruluk, bağlılık, insan ilişkileri, sempati, dürüstlük, bireysel ve mesleki yeterliliklerde bildirilmektedir.

Yaşamın her alanında varlığı ile insanı doğru yolda ilerlemesine rehberlik eden değerlerin eğitimi de bir o kadar önemlidir. Gerçekte değerler eğitimi zor olsa da sağlık bakım hizmeti uygulayıcılarına özellikle mesleğin temel felsefesi ile uyumlu olarak mesleki değerlerin önemini hatırlatmak, bilinç gelişimine yardım edebilir. Değer eğitimi; gerek akademik gerek klinik alanda çalışan hemşirelerin daha doyumlu, verimli çalışmasına ve dolayısı ile verilen bakımın kalitesinin artmasına yardım edecektir.

Hemşirelik Bilimi Dergisi 2024 7(3)

Artan etik ikilemlerin yaşandığı bir zamanda, hemşirelerin profesyonel bir kimlik geliştirmek ve sürdürmek için profesyonel değerleri içselleştirmeleri esastır. Ancak, hemşirelik örgütleri ve araştırmacılar profesyonel hemşirelik değerlerine ilişkin farklı anlayışlar sunarak bu yapının anlamı ve nitelikleri konusunda netlik eksikliğine dikkat çekmektedirler. Küresel sağlık uygulamalarındaki ve değerlerdeki değişime rağmen biz hemşireler mesleki değerlerimizi, etik kodlarımızı ve evrensel etik ilkeleri kılavuz olarak mesleğimizi uygulamaya, halkımıza hak ettiği nitelikli sağlık bakımını sunmaya ve bu yoldan her ne olursa olsun çıkmamaya devam etmeliyiz.

Mesleki değerlerin bilimsel bilginin benimsenmesi ile birlikte daha da içselleştirildiği gerçeğinden yola çıkarak bu sayıda on bir araştırma makalesi, üç derleme ve iki olgu sunumuna yer verdik.

Mesleki değerlerimiz doğrultusunda bakım verebildiğiniz sağlıklı, mutlu ve güzel günler yaşamanız ve 2025 yılının size, ailenize, sevdiklerinize sağlık, mutluluk, huzur getirmesi dileklerimizle yazımızı sonlandırıyoruz.

Şimdiden keyifli okumalar...

Buluşmak dileğiyle... Sağlıkla kalın...

Editörler

Prof. Dr. Hülya ARSLANTAŞ

Doç. Dr. Seher SARIKAYA KARABUDAK

Araştırma Makalesi

Hemşirelik Bölümü Birinci Sınıf Öğrencilerinin Mesleki Algıları: Nitel Bir Çalışma

Professional Perceptions of First-Year Nursing Students: A Qualitative Study

Mücahide GÖKÇEN GÖKALP^a, Şeyma KİLCİ ERCİYAS^b, Fatih DEMİR^c

^aDr. Öğr. Üyesi, Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Amasya, Türkiye

^bDr. Öğr. Üyesi, Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Amasya, Türkiye

^cAmasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğrencisi, Amasya, Türkiye

Geliş tarihi/Date of receipt: 17/07/2023

Kabul tarihi/ Date of acceptance: 05/09/2024

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin mesleki algılarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Çalışmada nitel; fenomenolojik yöntem kullanılmıştır. Örneklemi 2022-2023 eğitim öğretim yılı bahar döneminde birinci sınıfta öğrenim gören 15 hemşirelik öğrencisi oluşturmuştur. Veriler, "Öğrenci Tanıtım Formu" ve meslek algısını belirlemek için "Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu" ile toplanmış, araştırmacılar tarafından betimsel analiz ve içerik analizi yöntemiyle konu ile ilgili temalar belirlenmiştir.

Bulgular: Öğrencilerin yaş ortalaması 18,8 olup, %66,7'si kadındır. Öğrencilerin çoğunluğu çekirdek ailede (%80) ve Karadeniz bölgesinde (%33,3) yaşamaktadır. Verilerin analiz edilmesiyle 4 ana tema elde edilmiştir. Araştırmanın sonucunda ortaya çıkan ana temalar; kişisel meslek algısı, toplumsal meslek algısı, hemşirelik mesleğinin geleceği, mesleğin gelişimi şeklinde olmuştur. Öğrencilerin en çok "insanlara yardım etme isteği nedeniyle" hemşirelik mesleğini seçtiği belirlenmiştir.

Sonuç: Öğrenciler hemşireliği çoğunlukla iş imkânı çok olan ve insanlara bakım sağlayan bir meslek olarak tanımlamış, teknolojik gelişmeler ile mesleğin geleceğinin etkileneceğini belirtmiştir. Öğrenciler ayrıca hemşirelik alanındaki gelişmeler için yasa ve kanunların olmasını, yeni çalışmaların yapılmasını ve meslekte branşlaşma ile dijital hemşirelik uygulamalarının yaygınlaştırılması gerektiğini savunmuşlardır. Bu sonuçlar hemşirelik mesleğine yönelik olumlu algıların oluştuğunu göstermektedir ve sonuçlar hemşirelik mesleğinin gelişimi için oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Hemşirelik Öğrencileri, Meslek, Meslek Algısı

ABSTRACT

Objective: This study was conducted in order to determine the professional perceptions of first-year nursing students.

Methods: Qualitative in determining occupational perceptions; phenomenological method was used. The sample of the study consisted of 15 freshman nursing students who agreed to participate in the study in the spring semester of the 2022-2023. Data collection, "Student Introduction Form" and "Semi-Structured Interview Form" were used to determine the perception of profession; content analysis by researchers, and trends on the subject were determined.

Results: The mean age of the student 18.8% and 66% of them were women. The majority of the students live family consisting of mother, father and child (80%) and in the Black Sea region (33.3%). By analyzing the data, four main themes were obtained; personal profession perception, social profession perception, the future of the nursing profession, the development of the profession. It was determined that the students mostly chose the nursing profession "with the desire to help people".

Conclusion: The findings of nursing students mostly care for people, there are many job opportunities, and the future of the profession will be affected by technological developments. In addition, they advocated that there should be laws and laws for developments in the field of nursing, new studies should be carried out, and digital nursing practices should be disseminated by branching in the profession. These results show that there are positive perceptions towards the nursing profession and the results are very important for the development of the nursing profession.

Keywords: Nursing, Nursing Students, Perception of Profession, Profession

ORCID IDs: MGG:0000-0002-3790-7875, ŞKE:0000-0002-6282-8933, FD:0009-0007-8347-1658

Sorumlu yazar/Corresponding author: Dr. Öğretim Üyesi Şeyma KİLCİ ERCİYAS, Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Amasya, Türkiye

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

Atf/Citation: Gökçen Gökalp M, Kilci Erciyas Ş, Demir F. (2024). Hemşirelik bölümü birinci sınıf öğrencilerinin mesleki algıları: nitel bir çalışma. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 7 (3), 260-271. doi:10.54189/hbd.1328514

GİRİŞ

Hemşirelik eğitimi süreci ve eğitim içeriği göz önüne alındığında, eğitimde hemşirelik öğretim elemanları ve öğrenciler başrol kabul edilir. Bu noktada hemşirelik öğretim elemanları ve öğrencilerin, hemşirelik eğitimine yönelik görüşleri, eğitim kalitesinin artırılması ve daha etkili kılınması açısından önem arz etmektedir. Hemşirelik öğretim elemanları ve mesleğinin başında öğrenci hemşirelerin bu bağlamda hemşirelik eğitimine karşı pozitif yönde algıya sahip olmaları hemşirelik eğitimi kalitesinin daha iyi hale gelmesi için elzemdir. Hemşirelik eğitiminde öğretim elemanlarının mesleki algısı konusunda etkili olduğu görülmüştür (Sibandze ve Scafide, 2018). Ayrıca kaliteli hemşirelerin meslekte var olması için yine hemşirelik eğitiminde mesleki algıyı pozitif olarak etkilemektedir (Dimitriadou vd., 2015). Gelecekte mesleğin saygınlığının artarak devam etmesi için hemşirelik öğrencilerinin mesleki algılarının pozitif yönde geliştirilmesi önem taşımaktadır (Denat vd., 2016). Hemşirelik öğrencileri kendisi, çevresi ve hemşirelik mesleği ile ilgili düşünceleri hemşirelik mesleğini nasıl algıladığı ile yakından ilgilidir (Çınar Yücel vd., 2011). Hemşireliğin metaparadigma algılarını belirlemeye yönelik bir çalışmada, vicdan, insan hayatına dokunmanın bir şekli ve profesyonel bir bakım uygulama olduğu bulunmuştur (Deliktas vd., 2019). Bir çalışmada, hemşirelerin mesleki algısı ile bakımın kalitesi arasındaki ilişkinin pozitif yönde olduğu tespit edilmiştir (Grinberg ve Sela, 2022).

Algı, kişilerin sosyal, kültürel, ekonomik, düşünce yapısı ve daha birçok farklı olarak sahip oldukları etkenler neticesinde şekillenen fikirler bütünüdür (Bakan ve Kefe, 2012). İnsanlar, beyinlerinde oluşan bu fikirler neticesinde algı sahibi oldukları şeye yönelik davranışlarını şekillendirirler. Hemşirelik algısı da kişilerin hemşirelik mesleğine yönelik sahip oldukları düşünce ve fikirlerden oluşurken, kişiler üzerinde oluşan bu algı onların hemşireliğe yönelik davranış ve söylemlerine büyük oranda yön verir. Algı, kişiler üzerinde olumlu veya olumsuz olarak var olabilir (Çınar Yücel vd., 2011). Olumsuz algılar; isteksizlik, kötü duygular ve beraberinde kaos getirebilirken, olumlu algılar; kişide yoğun bir istek duygusu, rahatlık, refah ve düzeni sağlamada büyük bir etken olabilir. Bu husus göz önüne alındığında “olumlu algı oluşturma” kavramının kişiler üzerinde pozitif yönde bir güdülenme oluşturulması amacıyla kullanılmalıdır. Bu durumun hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik mesleğine yönelik olumlu duygu ve düşüncelere sahip olmalarına katkı sağlayabileceği gibi hemşirelik mesleğini de daha profesyonel ve istekle icra etmeleri hususunda büyük bir etken olacağı düşünülmektedir (Dimitriadou vd., 2015).

Hemşirelik öğrencilerinin yolun başında mesleki algısının pozitif yönde geliştirilmesi hasta merkezli kaliteli bakım ile bakım sonuçlarının iyileşmesinin yanı sıra meslek anlamında doyuma ulaştırır. Bu anlamda düşünüldüğünde ele aldığımız konuda daha fazla çalışmaya yapılmasına ihtiyaç olduğu görülmektedir. Araştırmaya konu olan hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin meslek algılarının belirlenmesi sürecinde amaç olumlu ve olumsuz yargıları ortaya çıkarabilmek ve bunlara yönelik eylem planları hazırlayabilmek adına bu çalışmanın ön ayak olmasını sağlamaktır. Bu süreçte hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin, hemşireliğe yönelik meslek algılarına ilişkin olarak hazırlanacak eylem planlarının temelinde olumlu algıların oluşturulması esas alınmalıdır. Öğrenci hemşirelerin, mesleğe yönelik olumlu yönde algılarının olduğu düşünüldüğünde, mesleğini daha iyi icra eden, daha bilgili daha istekli birer hemşire olacakları ve bu neticede daha profesyonel sağlık bakım hizmetleri verecekleri düşünülmektedir (Dimitriadou vd., 2015; Şen vd., 2021; Ünsal ve Güven, 2020; Yılmaz vd., 2014; Yılmaz ve Ordu, 2022). Hemşirelik öğrencilerinin meslek algılarının belirlenmesine yönelik olarak birçok çalışma yapılmış olup (Jothishanuogam vd., 2019; Yılmaz ve Karadağ, 2011; Zhang ve Petrini, 2008), yapılan bu çalışmanın da bu konuda daha ayrıntılı bilgi sahibi olmaya ve konunun daha iyi aydınlatılması hususunda ışık tutacağı düşünülmektedir. Bu araştırma; hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin meslek algılarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Sorusu

Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin meslek algısı ne düzeydedir?

Hemşirelik öğrencilerinin kendi mesleğine yönelik tutumları nasıldır?

YÖNTEM

Araştırmanın Modeli

Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin meslek algılarının belirlenmesinde nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Nitel araştırma görüşme, gözlem ve doküman analizi gibi nitel veri toplama yöntemlerinin kullanıldığı, temelde yorumlamacı, post modern ve anlamacı bilim felsefesi bulunan bir araştırma türüdür. Alguların ve olayların doğal bir ortamda gerçekçi ve bütüncül bir şekilde açıklanmasına yönelik nitel bir sürecin izlendiği araştırma olarak tanımlanır (Sönmez ve Alacapınar, 2018).

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini bir devlet üniversitesinin hemşirelik bölümü birinci sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. Veriler birinci sınıf hemşirelik öğrencilerinin hemşireliğe giriş dersini de aldıkları 2022-2023 bahar yarıyılı sonunda, yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Nitel araştırmalarda örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde kullanılan veri doygunluğuna ulaşıldığında araştırma sonlandırılmıştır. Veri doygunluğu, nitel araştırmada yeni veri toplamanın yeni içgörüler veya temalar üretmeyi bıraktığı noktayı ifade eder. Araştırmacıların verilerinden güvenle sonuç çıkarmalarını ve teori geliştirmelerini sağlayacak yeterli derinlik ve genişlikte bilgiye ulaştıkları aşamadır. Kalitatif araştırmalarda araştırma sorusunun yanıtı olabilecek kavramların ve süreçlerin doyum noktasına ulaşıncaya kadar veri toplamaya devam edilmesini gerektiren bir örnekleme yaklaşımı kullanılmaktadır. Araştırma kalitatif tasarımda olduğu için örneklem büyüklüğü doyum noktasına ulaştığında belirlenmiş olacaktır. Kalitatif araştırmalarda araştırma sorusunun yanıtı olabilecek kavramların ve süreçlerin tekrar etmeye başladığı aşamaya (doyum noktası) kadar veri toplamaya devam edilmesini gerektiren bir örnekleme yaklaşımı kullanılmaktadır. Ortaya çıkan kavramlar ve süreçler birbirini tekrar etmeye başladığı zaman yeterli sayıda veri kaynağına ulaşıldığına karar verilmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2011). Her görüşme oturumu açık uçlu bir soruyla başlamıştır. Derinlemesine sorularla devam etmiştir. Süren görüşmeler ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınmış ve anında yazıya aktarılmıştır. Görüşmeler sırasında durum ve katılımcının duygusal durumu hakkında bazı notlar alınmıştır. Bu kapsamda çalışmaya 15 birinci sınıf hemşirelik öğrencisi dâhil edilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri araştırmacılar tarafından hazırlanan “Öğrenci Tanıtım Formu” ve “Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu” ile toplanmıştır.

Öğrenci Tanıtım Formu: Çalışmaya dâhil edilen öğrencilerin tanıtıcı özelliklerini (cinsiyet, yaş, medeni durum, en son mezun olunan okul, anne ve baba eğitim durumu, aile tipi, yaşadığı coğrafi bölge, gelir durumu) (9 soru) içeren soru formudur.

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu: Bu form hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin meslek algılarının belirlenmesi amacıyla, araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur (Deliktaş vd., 2019; Denat vd., 2016; Grinberg ve Sela, 2022; Şen vd., 2021; Ünsal ve Güven, 2020). Derinlemesine bireysel görüşme yapılırken bu form kullanılmıştır. Görüşme formunda sorulan sorular şunlardır:

- Hemşirelik mesleği denilince aklınıza neler geliyor?
- Bu mesleği tercih etme sebepleriniz nelerdir?
- Sizce yaşadığınız toplumda hemşirelik mesleği nasıl algılanıyor?
- Hemşirelik mesleğinin geleceğini nerde ve nasıl görüyorsunuz?
- Hemşirelik mesleğinin geleceğini etkileyen faktörler neler olabilir?
- Hemşirelik mesleğinin gelişimi için sizce neler yapılabilir?

Verilerin Toplanması

Araştırmanın kurum izinleri alındıktan sonra, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden birinci sınıf hemşirelik öğrencilerine araştırmanın amacı anlatılmış ve sözlü onamları alınmıştır. Daha sonra ses kaydı için izin alınarak, “Öğrenci Tanıtım Formu” ve “Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu” ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeler, kimsenin bulunmadığı sessiz bir ortamda araştırma ekibinin üçüncü üyesi tarafından ses kaydı alınarak toplanmıştır. İki araştırmacı tarafından yazıya dökülmüştür. Her bir katılımcı için K1, K2, K3... şeklinde rumuz kullanılmıştır. Veriler, doygunluğa ulaştığında görüşmeler sonlandırılmıştır. Her bir görüşme 20-30 dakika sürmüştür.

Verilerin Analizi

İlk adımda, yapılan sesli görüşmeler kaydedilmiştir. Kaydedilen sesli görüşmeler araştırmacılar tarafından dinlenerek yazıya dökülmüştür. Her görüşme, araştırmacılar tarafından birçok kez okunmuştur. İkinci adımda görüşmelerden elde edilen verilere ilişkin kodlar sistematik bir yol takip edilerek oluşturulmuştur. Öğrenci hemşirelerin meslek algısıyla ilgili önemli görülen ifadeler belirlenmiştir. Analizin bütünlüğü ve sağlamlığı için kodlama, başlangıçta araştırma ekibinin bir üyesi tarafından gerçekleştirilmiştir ve diğer üyeler tarafından çapraz kontrol edilmiştir. Veriler araştırmacılar tarafından içerik analizi yöntemiyle belirlenmiştir. Analiz için öncelikle kodlamalar yapılmış ve ilişkili olan veriler aynı alt tema ve temalar kapsamında değerlendirilmiştir.

Kodlama çerçevesi üzerinde fikir birliğine varıldıktan sonra, araştırmacılar veri kodlama yapmıştır. Verilerin analiz edilmesiyle 4 ana tema elde edilmiştir. Öğrencilerin tanımlayıcı faktörlerinin analizi SPSS 26 paket programı ile analiz edilmiştir. Nicel veriler için frekans (f), yüzde (%), aritmetik ortalama (x) ile standart sapma (s) değerleri kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan kurul izni (02.06.2023, Karar No: 2023/22) ve araştırmanın yapıldığı kurumdan izin alınmıştır.

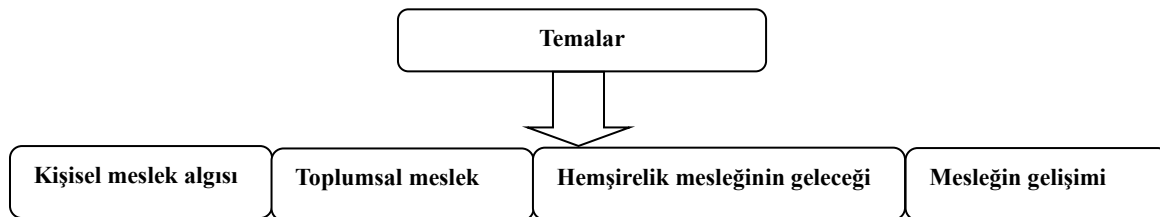
BULGULAR

Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin tanımlayıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, en son mezun olunan okul, anne ve baba eğitim durumu, aile tipi, yaşanan coğrafi bölge ve gelir durumu) Tablo 1'de gösterilmiştir. Buna göre araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 18,8 olup, %66,7'si kadındır. Öğrencilerin çoğunluğu çekirdek ailede (%80) ve Karadeniz bölgesinde (%33,3) yaşamaktadır. Araştırmaya katılan öğrencilerin en son mezun olduğu okul incelendiğinde çoğunluğunun (%73,3) Anadolu lisesi mezunu olduğu belirlenmiştir. Ayrıca tüm öğrencilerin anne eğitim seviyesinin İlköğretim-Ortaokul düzeyinde olduğu, %66,7'sinin de baba eğitim seviyesinin İlköğretim-Ortaokul düzeyinde olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin tamamının bekâr ve %80'i gelir durumunun giderlerine denk olduğu saptanmıştır.

Tablo 1. Hemşirelik Öğrencilerinin Tanıtıcı Özellikleri

Ru muz	Cins iyet	Yaş	Mezun olunan okul	Anne eğitim durumu	Baba eğitim durumu	Aile tipi	Yaşadığı bölge	Gelir durumu
K1	K	19	Fen lisesi	İlköğretim-Ortaokul	Lise	Çekirdek	İç Anadolu	Gelir gidere denk
K2	K	18	Anadolu lisesi	İlköğretim-Ortaokul	İlköğretim-Ortaokul	Çekirdek	Karadeniz	Gelir gidere denk
K3	K	19	Anadolu lisesi	İlköğretim-Ortaokul	İlköğretim-Ortaokul	Çekirdek	İç Anadolu	Gelir gidere denk
K4	K	19	Fen lisesi	İlköğretim-Ortaokul	Lise	Çekirdek	İç Anadolu	Gelir gidere denk
K5	E	19	Fen lisesi	İlköğretim-Ortaokul	İlköğretim-Ortaokul	Çekirdek	Karadeniz	Gelir gidere denk
K6	K	19	Anadolu lisesi	İlköğretim-Ortaokul	Lise	Geniş	Akdeniz	Gelir gidere denk
K7	K	18	Anadolu lisesi	İlköğretim-Ortaokul	İlköğretim-Ortaokul	Geniş	İç Anadolu	Gelir gidere denk
K8	K	18	Anadolu lisesi	İlköğretim-Ortaokul	İlköğretim-Ortaokul	Çekirdek	Akdeniz	Gelir gidere denk
K9	K	19	Anadolu lisesi	İlköğretim-Ortaokul	İlköğretim-Ortaokul	Çekirdek	Güneydoğu Anadolu	Gelir gidere denk
K10	K	18	Anadolu lisesi	İlköğretim-Ortaokul	Lise	Çekirdek	Karadeniz	Gelir giderden fazla
K11	K	19	Anadolu lisesi	İlköğretim-Ortaokul	İlköğretim-Ortaokul	Geniş	Doğu Anadolu	Gelir giderden az
K12	E	20	Anadolu lisesi	İlköğretim-Ortaokul	İlköğretim-Ortaokul	Çekirdek	Güneydoğu Anadolu	Gelir gidere denk
K13	E	19	Anadolu imam hatip lisesi	İlköğretim-Ortaokul	İlköğretim-Ortaokul	Çekirdek	Karadeniz	Gelir gidere denk
K14	E	19	Anadolu lisesi	İlköğretim-Ortaokul	İlköğretim-Ortaokul	Çekirdek	Güneydoğu Anadolu	Gelir gidere denk
K15	E	19	Anadolu lisesi	İlköğretim-Ortaokul	Lise	Çekirdek aile	Karadeniz	Gelir giderden fazla

Verilerin analiz edilmesiyle 4 ana tema elde edilmiştir. Araştırmanın sonucunda ortaya çıkan ana temalar; kişisel meslek algısı, toplumsal meslek algısı, hemşirelik mesleğinin geleceği ve mesleğin gelişimi şeklinde olmuştur. Birinci sınıf hemşirelik öğrencilerinin meslek algılarına ilişkin temaları Şekil 1’de gösterilmiştir.

**Şekil 1.** Birinci Sınıf Öğrenci Hemşirelerin Meslek Algılarına Yönelik Oluşan Tema ve Alt Temalar

1. Kişisel Meslek Algısı

Öğrenci hemşireler, hemşireliği sağlık bakım hizmetleri veren, yardımcı olan, şefkatli ve nazik bir meslek olarak tanımlamışlardır. İletişim ve ekip çalışmasının da önemini vurgulamışlar, iş imkânının olmasının avantaj olduğunu belirtmişlerdir.

K1 “Hastaya bakım sağlayan, hastanın ihtiyaç durumunda ihtiyaçlarını giderebilen, fiziksel ve ruhsal destek amaçlayan sevgi ve saygı çerçevesinde hasta ihtiyacını giderebilen meslek olduğunu düşünüyorum.”

K2 “Tam donanımlı ve özverili bir şekilde yardım ihtiyacı ve gereksinimi olan insanlara gerekli bakım vermek...”

K3 “Yardıma ihtiyacı olan bireylere yardım etmeyi amaçlayan bir meslek gurubu geliyor. Çok kutsal ve herkesin yapamayacağı bir meslek bence olmazsa olmazlardan hemşirelik güçlü ama şefkati olmayı, cesur ama nazik olmayı gerektiren bir meslek... önu açık ve iş imkânı çok.”

K4 “...yardıma gereksinim duyan kişilere gerekli hizmetleri verip ekip ile çalışıp planlı, disiplinli hizmet sunan kişiler geliyor...”

K6 “Öncelikle hemşirelik mesleği şefkat merhamet ve gönüllülüğe dayanan bir meslek bence, diğer mesleklerden farkı rolleri barındırıyor örneğin bakım verici araştırmacı eğitici karar verici gibi birçok rolü var kendi içinde görevleri üstlenen ve tüm özellikleri barındıran bir meslek... İnsanlara yardım etmeyi ve iletişim kurmayı onlara ilham vermeyi iç içe olmayı seviyorum...”

K10 “...İletişimde çok önemli, hemşirelikte iletişim geliyor aklıma çünkü hasta ve hasta yakınlarıyla ve diğer sağlık personelleri ile olan iletişim hemşirelikte çok önemli bu olmadan hemşire aslında olmuyor hemşire böyle bir düzenleyici gibi herkesi bir araya topluyor bu geliyor aklıma...”

K11 “...sonrasında hemşirelerin çok güçlü ve empati yeteneğine sahip olması gerekiyor, insanlarla sürekli iletişim halinde ve onlarla bir arada olmak aklıma geliyor. Ayrıca hemşirelik büyük ölçüde sabır işi bence...”

K13 “Öncelikle hemşireliğin çok özel bir meslek olduğunu düşünüyorum herkesin yapamayacağı zor bir meslek. Ama mesleği yapanlarında zamanla bu mesleği seveceğine inanıyorum. Hemşirelik mesleği denilince aklıma hasta bireylerin sorunlarını çözen onlarla iletişim kuran hastanın rahatını ve güvenliğinin sağlanması için uğraşan ve hasta bireye sağlık bakımı veren bireyler olduğunu düşünüyorum...”

K15 “Hemşirelik denilince aklıma sağlıklı ya da hasta olsun bireyin ihtiyacı doğrultusunda bakım veren hastayı sağlığına kavuşturan birey sağlıklı ise bu sağlık düzeyini artıran kişi geliyor aklıma...Bu mesleği seçmemin en önemli nedeni insanlara yardım etme isteğimidir. Bu mesleği daha iyi bir insan olmak fırsatı olarak da görüyorum...”

2. Toplumsal Meslek Algısı

Araştırmaya katılan öğrenciler Türk toplumunda hemşirelik mesleğine yönelik düşüncelerin olumlu olmadığını belirtmişlerdir. Lisans düzeyinde eğitim alan hemşirelerin toplumumuzda sadece doktor yardımcısı, iğne yapan, tansiyon ölçen ve serum takan meslek grubu olarak görünmesinin hemşirelik mesleğinin prestijini olumsuz anlamda etkilediğini söylemişlerdir.

K1 “Daha çok doktor yardımcısı olarak algılıyorlar. Çok fazla bir şey yapmadığımızı, ileri düzeyde eğitim almadığımızı düşünüyorlar. İğne yapmak kan almak serum takmak sadece bunları yaptığımızı düşünüyorlar ama saygı gösterilebilen bir meslek oldukça saygı gösteriliyor daha çok yaşlılar bu mesleği basit algılıyorlar genç kesim biliyor nasıl meslek olduğunu zaten.”

K2 “Bence toplumumuzda mesleğimiz küçümseniyor yaptığımız onca iş ve sorumluluğumuz varken insanlar sadece bizim iğne vurduğumuzu düşünüyorlar. Ya da doktor yardımcısı olarak görüyorlar... Böyle kötü algılanıyor küçümseniyor.”

K3 “Yaşadığım toplum bence bu mesleğe hak ettiği değeri vermiyor. Kendi çevremden de örnek vermem gerekirse genelde doktor yardımcısı olarak görülüyor, iğne yapan serum takan tansiyon ölçen gibi şeyler söyleniyor, böyle kolay işleri yapıyorsunuz oturup para kazanıyorsunuz diyorlar.”

K4 “Toplum biraz daha kötü algılıyor doktor yardımcısı veya 2 yıllık gibi düşünüyorlar tansiyon ölçen iğne yapan biri olarak düşünüyorlar bence bu düşünceler yanlış...”

K5 “Olduğundan biraz daha düşük seviyeli algılanıyor doktora yardım eden daha acemi sağlık konusunda az bilgiye sahip olan iğne yapan serum takan olarak algılanıyor...”

K6 “Benim yaşadığım yerde hemşirelik mesleği kolay, herkesin yapabileceğini serum takmak ve iğne vurmak olduğunu sanan insanlardan oluşmakta. Çok basit algılanıyor ayrıca gereken önem verilmiyor yapılan hizmetten hiçbir şekilde memnun olmayan insanlar var...”

K7 “Hemşirelik mesleğini yapan insanların değerinin ve prestijinin olmadığı konuşuluyor kısacası toplumda hemşirelik mesleği pek tavsiye edilmiyor...”

K9 “-Tüm dünyada kalıplaşmış bazı cümleler var doktorun sağ kolu iğne yapan serum takan beyaz melek gibi tabirler var bu hoş değil hemşireliğin kendi başına bir meslek gurubu olduğunu bilen insan sayısı çok az maalesef, günümüzde halen hemşireliğin gerekli önemi gördüğünü düşünmüyorum.”

K13 “Toplumumuzda hemşirelik kolay atanabilecek bir meslek atanırsan rahat edersin iğne yaparsın tansiyon ölçersin gibi söylentiler var. Bence bu bakış açıları yanlış bizde bunu göstermeliyiz çünkü hemşirelere sadece bunları yapmıyor hastanın rahatını, güvenliğini bakımını sağlıyor ve onlara manevi destek sağlıyor.”

K14 “Yaşadığımız toplumda yeterli bilgi, ilgi ve saygıyı görmüyor bu meslek. Sadece iğne vurma serum takma gibi görünüyor olabilir bence çok daha kompleksli ve zor olan saygıyı hak eden bir meslek...”

3. Hemşirelik Mesleğinin Geleceği

Araştırmaya katılan öğrencilerin hemşirelik mesleğinin teknolojik gelişmelerden etkileneceğini, dijital hemşirelik kavramlarının yaygınlaşacağını belirtmişlerdir. Ayrıca yasa ve kanunlar ile hemşirelik mesleğinin korunması gerektiğini savunmuşlardır. Bununla birlikte derneklere katılımın artması gerektiğini, görev ve sorumlulukların net bir şekilde belirlenmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

K1 “İlerleyen zamanlarda eksikliklerinin giderileceğini, teknoloji geliştiği için daha üst düzeyde hizmet verebilen bir meslek olacağını düşünüyorum. Tabi bu teknolojiyle birlikte robotlarında çıkmasıyla belki bazı yaptığımız işlerin yerine robotların geçebileceğini düşünüyorum...”

K4 “Bildiğiniz üzere tarih boyunca insanların bakıma muhtaç olduğunu biliyoruz. Ben ilerisi içinde böyle olacağını düşünüyorum ve daha saygınlık kazanacağımı düşünüyorum. Teknoloji gelişimiyle makineleşme konusunda çok ileri gidersek bize de ileride ihtiyaç olamayabilir.”

K6 “En önemli olarak teknolojinin gelişmesi diyebilirim insanın beklentileri kültürel değişimler yaş cinsiyet olarak da etkilenebilir...”

K7 “Birkaç yıldır söylenen şeyler var hemşirelikte yapay zekâ sağlıkta insansı robotların varlığıyla beraber robot hemşirelik kavramı ortaya çıktı. Mesela ayağa kalkması gereken hastalarda bize yardım ederek yükümüzü hafifletebilirler veya hatalara yatak banyosu verebilirler hastanelerde malzemelerin taşınmasında kullanılabilirler. Geçmiş yıllarda da bunun örnekleri var zaten hemşireliğin yerini almaktan çok hemşirelere destek olmaları gerektiğini düşünüyorum.

K7 “...hemşirelere yüklenen iş yükü de azaltılmalı ve hastanenin her yerinde çalıştırılmamalı bunlar devam ederse hemşireleri meslekten soğutmaya sebep verebilir. Mesleğin gelişimini etkilemektedir.

K9 "...mesleğin tam bir görev tanımı olmaması, sahadaki hemşire sayısının yetersiz olması hemşire yardımcısı ya da ebe olarak eğitim alan bireylerin maalesef hemşire olarak işe alınmaları hemşireliğin geleceği açısından risk oluşturuyor bunların önüne geçilirse gelecekte daha parlak bir meslek olabilir."

K9 "Teknolojik gelişmeler hemşirelik mesleği geleceği hakkında çok etkili, mesela günümüzde gördüğümüz damar aydınlatma cihazları hemşirelik mesleğinde çok kullanılan cihaz. Buda kolaylık tanımakta bu şekilde yenilikçi girişimlerin hemşirelik mesleğine katkısı fazla olacaktır. Daha güvenli ve kaliteli bir bakım sunulacağını düşünüyorum. Hemşirelik mesleğinin geleceğini değişen teknolojik gelişmeler gelişen teknoloji ile geleceğinin parlaklığını artırabilir."

K10 "Mesleklere ait dernekler kurulmalı herkesin buna üye olması gerekiyor çünkü bir meslek arasında dernekler kurulması onları bir araya topluyor bu da olumlu yönde gelişmeyi ekiliyor... Görev ve sorumlulukları belirlenmesi çok önemli çünkü tam görev ve sorumlulukları belli değil. Ve çalışma koşullarının daha olumlu bir şekilde oluşturduğumuz zaman insanların hemşirelerin daha verimli daha isteyerek ve daha güzel çalışmasını etkiler bu da mesleğin geleceğini ekiler. İnsanların farkındalıkları ve eğitim düzeyleri çok önemli farkında olan insan mesleği hakkında olan gelişmeleri yakından takip edip uygulamalı."

K12 "Bence gelecekte hemşirelik mesleği uzmanlık alanlarına ayrılabilir. Herkes istediği alanda uzmanlaşarak birer sağlık profesyoneli olabilir. Bu şekilde hemşirelik mesleği daha çok gelişir."

K15 "Hemşirelik mesleğini gelişen teknoloji ve tedavi yöntemleriyle daha da geliştireceğini düşünüyorum gelişen teknoloji ve tedavilere rağmen hasta insan sayısı bulaşıcı hastalık sayısı hemşireliğin şimdi olduğundan çok daha önemli bir konuma geleceğini gösteriyor bence...Yaşadığımız yüzyılda dünyada ve ülkede yaşanan demografik değişimler bilgi ve iletişim teknolojilerindeki gelişimler çevresel değişimler sağlık bakım hizmetlerindeki değişimler ve hemşirelik eğitimindeki gelişimler mesleğin geleceğini etkileyen faktörlerdendir."

4. Mesleğin Gelişimi

Öğrenciler hemşirelik mesleğinin gelişimi için eğitimin ve akademisyenlerin kalitesinin artmasını gerektiğini, daha iyi ve donanımlı uygulamalı eğitimlerin teknolojik gelişmeler doğrultusunda verilmesini gerektiğini belirtmiştir. Hemşirelik eğitiminde branşlaşmanın olmasını, gelişmiş müfredatların olmasının mesleğin gelişimini olumlu yönde etkileyeceğini savunmuşlardır. Çalışma koşullarının düzenlenmesi ve mesleğin daha iyi tanıtılmasının da mesleğin geleceği açısından önemli olduğunu vurgulamışlardır.

K1 "İlk önce eğitimle gelişebilir bu meslek. Daha basit görmeleri engellenebilir, çoğu toplum çok basit bir meslek olarak görüyor ben öyle olduğunu düşünmüyorum. Eğitimler kendisini daha çok geliştirmeli. İlerleyen zamanda daha iyi uygulamalı eğitimler lamamız gerekiyor. Bulduğumuz durumda çok iyi bir eğitim aldığımızı düşünmüyorum müfredat daha gelişmiş şekilde ayarlanabilir kişisel gelişime ve sosyal hayata önem verilebilir."

K2 "Mesleğimizi daha iyi tanıtmalıyız, kendimizi her alanda daha iyi geliştirmemiz lazım. İyi bir eğitim alıp farkımızı ortaya koymamız gerekiyor eğer bunları yaparsak mesleğimizin gelişebileceğini düşünüyorum."

K3 "Öncelikle hemşireler mesleğinin önemini farkında olmalı, biz kendi mesleğimizin önemini bilmez ve savunmazsak eğer toplumumuz istediğimiz değeri vermeyebilir. Ayrıca hemşirelik eğitim branşlara ayrılmalı herkesin uzmanlık alanı olmalı, liselerde verilen hemşire yardımcılığı bölümü var bunlar kaldırılmalı mesleğimiz lise düzeyine düşmemeli lisans düzeyinde olmalı."

K4 “Tam donanımlı bir şekilde kendimizi açıkça ifade etmeliyiz hastalara nasıl tek tek özenle bakım veriyorsak bence eğitimde de aynısı olmalı her insansın aynı olmadığını biliyoruz herkesin algı biçimi farklı bu şekilde daha iyi eğitim verilebilir. Doktorluk gibi hemşirelerinde bir bölümde profesyonelleşmesi daha iyi olabilir.”

K6 “Çalışma şartlarından dolayı yoğun strese maruz kaldığımız için sosyal etkinlikler artırılabilir ya da çalışma koşulları düzenlenebilir...”

K7 “Öncelikle hastanede hemşirelik mesleğinin tanımında bulunan işlemlerin hemşireye yaptırılması gerekiyor. Bu işler hemşireleri fazla iş yükünden de kurtarır. Ekip bilinci ile hemşirelik alanında branşlaşmanın ve örgütlenmenin sağlanması gerekiyor çalışma şartları yoğun olduğu için çalışma koşullarının düzenlenmesi gerekiyor. Hemşirelerin tek bir bölüm üzerinde uzmanlaşması ve kendini geliştirmesi daha sağlıklı olur.”

K8 “...en azından branşlaştırarak mesleği profesyonelleştirmesi gerekiyor hem de o branşın daha da yükseleceğini düşünüyorum.”

K9 “En başta görev tanımı kesinlikle yapılmalı. Hemşire bireylerin uzmanlaştığı alanlarda çalışmalarını sağlamalı çünkü genel anlamda uzmanlaşsak bile boş olan kadrolara atanma sorunu olduğu için bu geleceğini etkiliyor gelişimi de etkiliyor hem bu şekilde uzmanlaştığı alanda çalışması bireyin motivasyonunu da artırır. Hemşire sorunu mutlaka giderilmeli bir hemşire başına düşen çalışma saatleri ayarlanmalı, daha kaliteli bir hizmet vermekte önemli etki sağlar. Hemşirelerin sadece kadın mesleği olmadığını erkek hemşirelerinde bu meslekte çok önemli bir yere sahip olduğu topluma aşılmalıdır. Gerekirse bu konu hakkında kamu spotları da yapılabilir. Hemşirelik mesleği toplumda doğru tanıtılmalı.”

K10 “Hemşirelikte uzmanlık çok önemli, mesela poliklinik olsun cerrahi olsun bunların hemşireliklerinin ayrı eğitim görmesi taraftarıyım. Çünkü bunlar daha verimli bakılıyor hastaya bilgi o konuda daha fazla olduğu için karşdakine daha fazla bakım veriyorsun yapılan diğer araştırmalara göre de atama sorunu var sahada hemşire sayısı az o yüzden hemşirelere binen iş yükü daha fazla. Çalışma koşullarının zor ve kötü olduğunu ifade ediyor sahadaki hemşireler koşullar düzeltilirse iyi bir bakım verilebilir.”

K11 “Hemşireliğin tanımı ve görevlerini topluma iyi bir şekilde öğretmeliyiz. Az önce ifade ettiğim gibi herkes belli bir branş üzerinde uzmanlaşarak daha iyi yerlere geleceğini düşünüyorum.”

K12 “Mesleğin gelişimi için üniversite düzeyinde eğitim verilmeli aynı mesleğin farklı eğitim düzeyleri olmamalı uygulamalı derslerin sayısı üniversitede çoğaltılmalı.”

K14 “Bence meslekte branşlaştırma olması gerekir çalışma koşullarının iyileştirilmesi ekip içi iletişimin daha da güçlendirilmesi alınan eğitimin klinikte uygulanabilmesi ve hemşire sayısının artırılması gerekiyor.”

K15 “Temel olarak hemşirelik eğitimi alan öğrencilere verilen eğitimin geliştirilmesi veya yeniliklerle güncel tutulması gerektiğini düşünüyorum.”

TARTIŞMA

Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin, hemşirelik mesleğine yönelik meslek algılarını daha çok belirli değer olguları (yardım etme isteği, manevi tatmin duygusu vb.) şekillendirmektedir. İnsana yönelik değer olgularının, öğrencilerin meslek algılarını şekillendirmesinde hemşirelik mesleğinin merkezinde insanın yer alması olduğu düşünülmektedir. Öğrencilerin ifadeleri referans alındığında birinci sınıf hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik mesleğine yönelik meslek algılarının olumlu yönde olduğu nitelendirilmektedir. Öğrencilerin olumlu yöndeki meslek algıları bu yöndeki olumsuzluklara karşı çözüm üretmek

konusunda da karşımıza çıkmıştır. Toplumda hemşirelik mesleğinin değer görmesini nasıl arttırılabiliriz düşüncesiyle yola çıkıldığında hemşirelik imajı ile karşılaşırız (Özdelikara vd., 2018). Literatür, mesleğin başında hemşirelik öğrencilerinin mesleğe pozitif bakışını bakış açısı sergilemesinin aldıkları eğitim içeriği ile yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir (Denat vd., 2016; Nilsson ve Silen, 2010; Zhang ve Petrini, 2008). Hemşirelik öğrencilerin hemşirelik bakımı ile ilgili yapılan bir çalışmada; yardım etmek, sağlığı sürdürmek, hastalıkları önlemek olarak açıklamışlardır (Petrou vd., 2017). Benzer başka çalışmalarda da öğrenciler hemşireliği “yardım eden, bakım veren, merhametli” olarak anlatmışlardır (Abbas vd., 2020; Eman vd., 2012; Norman, 2015). Genç neslin hemşirelik mesleğine algılarının incelendiği bir çalışmada hemşirelik; bakım veren, fedakâr ve kadın mesleği olarak anlatılmıştır (Glerean vd., 2017). Genç neslin hemşirelik mesleğine farklı platformlarda anlatılması, tanıtılması hemşirelik mesleğini tercih etmeleri üzerine etkisi olacağı kanaatine varılmıştır. Öyle ki öğrencilerin çoğu toplum gözünde hemşirelik mesleğinin “doktor yardımcısı, kolay iş, değersiz iş” olarak nitelendirildiğini ifade etse de hemşirelerin ve hemşirelik mesleğinin hak ettiği değeri görmesi gerektiği ve toplum gözündeki değer ve prestij algılarının değiştirilmesi gerektiğini sözlerine ekleyerek bu yönde toplum gözünde hemşirelik mesleğine karşı olumsuz yönde oluşan küçümseyici tavra yönelik mücadele edilmesi gerektiğinin altını çizmişlerdir. Bu anlamda çalışma sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermektedir. Lindberg ve arkadaşlarının (2020) hemşirelik öğrencileriyle ilgili yaptıkları çalışmada da görülmüştür ki öğrenciler, mesleğe ve mesleğin geleceğine ilişkin olarak olumlu düşüncelere sahip olup, mesleği ve hemşireliğin geleceğini ilgi çekici bulmaktadır. Yılmaz ve arkadaşlarının (2014) erkek öğrenci hemşirelerle yaptığı çalışmada da bu konuya ilişkin olarak hemşirelik mesleğinin geleceğine yönelik olumlu düşünceler ifade eden hemşirelerin oranı daha yüksek bulunmuştur. Kaynar Şimşek ve Ecevit Alpar (2019)’ın hemşireliğe ilişkin meslek algısı konulu topluma yönelik yaptıkları çalışmada benzer olarak tıbbi tedavi uygulayan, hekim isteklerini yerine getiren, çok çalışan ancak az kazanan bir meslek grubu olarak görüldüğü ortaya konmuştur. Bu alana yönelik etkin bir mücadelenin, hemşireliğin geleceğine yönelik atılacak adımlarla sağlanacağı bir gerçektir. Araştırmaya katılan öğrencilerin bir kısmı gelişen teknolojik hareketlerin hemşireliğin geleceğinde olumlu yönde önemli yer tutacağını ifade ederken bir kısım öğrenci ise gelişen teknoloji ile birlikte ilerleyen günlerde hemşirelik mesleğinin insanlar için son bulabileceğini ifade etmiştir.

Öğrencilerin hemşirelik mesleğinin geleceğine yönelik öğrenciler arasında fikir ayrılıkları bulunsa da mesleğin gelişimine yönelik ifade ettiklerine bakıldığında hemfikir oldukları görülmüştür. Mesleğin gelişimi ifade edilen söylemler referans alındığında hemşireliğin gelişimine yönelik en önemli sorunun, toplumdaki hemşirelik mesleğine yönelik olumsuz tutumlar ve küçümseyici tavırlar olduğu saptanmış olup, kamuoyundaki olumsuz yargıların yıkılması ile gelişimde önemli bir yol kat edileceği düşünülmektedir. Roshangar ve arkadaşları (2021) yaptıkları çalışmada ortaya koydukları gibi toplumun hemşirelik mesleğine ilişkin değer yargıları, fikir ve düşünceleri ile toplumun hemşirelik mesleğine yönelik meslek algıları hemşireliğin gelişimi ve geleceğinde önemli yer tutmaktadır. Ten Hoeve ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları çalışmada, toplumda hemşirelik mesleğine yönelik tam olarak net bir meslek algısı ifade edilemediği ve toplum gözünde tutarsız, belirsiz ve farklı ifadelerle yer tutan bir hemşirelik mesleği olduğu görülmüştür. Bu hususlar göz önüne alındığında hemşirelik mesleğinin öğrenciler tarafından seçilmesine ilişkin olarak toplum gözündeki hemşirelik mesleğine yönelik imaj algısı son derece önemlidir.

Hemşirelik mesleğinin öğrenciler üzerindeki meslek algısına yönelik olarak hemşirelik mesleğinin görev, tanım ve sorumlulukları hakkında net sınırlar çizilmesi gerektiği ve buna yönelik olarak yönergeler çıkartılması çoğunlukla ifade edilmiştir. Röportajlarda hemşirelik mesleğinin gelişimi hakkında ifade edilen ve üzerinde ihtiyatla durulan diğer hususlar da hemşirelerin de hekimler gibi uzmanlık alanlarına ayrılması ve branşlaşmayı sağlayarak daha profesyonel sağlık hizmetlerinin sunulması ve hemşireler olarak fikir birliğini sağlamak amacıyla örgütlenmenin etkin ve yetkili biçimde sağlanması yönünde olmuştur.

Sınırlılıklar

Çalışmadan elde edilen bulgular, araştırmanın örneklemini ile sınırlıdır.

SONUÇ

Mesleğinin başında öğrenci hemşirelerin, hemşirelik mesleğine yönelik meslek algılarını “toplumun hemşireliğe yönelik tutumu, teknolojik gelişmeler ve mesleğin çalışma koşullarının” şekillendirdiği belirlenmiştir. Öğrenciler her ne kadar olumsuzluklardan (mesleğin toplum gözünde değer görmemesi, teknolojik gelişmelerin ileride mesleği bitirebileceği gibi) bahsetse bile hemşireliğe yönelik umutla, olumlu bir şekilde baktıkları da yadsınamaz bir gerçektir. Çalışmanın belirli sınırlılıkları (öğrenci sayısı, öğrencilerin akademik sınıflandırmadaki yeri gibi) göz önüne alındığında Türkiye gibi geniş bir coğrafya üzerine genelleme yapılamayacağı ancak çalışmanın birinci sınıf hemşirelik öğrencilerinin hemşireliğe yönelik meslek algılarını anlama, çözümleme ve bu konuda fikir edinebilmek hususunda örnek teşkil edebileceği ve diğer çalışmalara yol gösterici nitelik taşıdığı düşünülmektedir.

Araştırmanın Etik Yönü/Ethics Comittee Approval: Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan kurul izni (02.06.2023, Karar No: 2023/22) ve araştırmanın yapıldığı kurumdan izin alınmıştır.

Çıkar Çatışması/Conflict of Interest: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Hakem/Peer-review: Dış hakem bağımsız.

Yazar Katkısı/Author Contributions: Fikir/kavram: MGG, ŞKE; Tasarım: MGG, ŞKE; Veri toplanması ve: MGG, ŞKE, FD; Analiz ve/veya yorum: MGG, ŞKE, FD; Makalenin yazımı: MGG, ŞKE; Eleştirel inceleme: ŞKE.

Finansal Destek/Financial Disclosure: Yazarlar çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Bu makale 11/12 Mayıs 2023 tarihinde 1. Uluslararası 21. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur

KAYNAKLAR

- Abbas S, Zakar R, Fischer F. (2020). Qualitative study of socio-cultural challenges in the nursing profession in Pakistan. *BMC Nursing*, doi:10.21203/rs.2.20814/v2
- Bakan İ, Kefe İ. (2012). Kurumsal açıdan algı ve algı yönetimi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2 (1), 19-34
- Çınar Yücel Ş, Güler E, Eşer İ, Khorshid L. (2011). İki farklı eğitim sistemi ile öğrenim gören hemşirelik son sınıf öğrencilerinin hemşirelik mesleğini algılama durumlarının karşılaştırılması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 27(3), 1-8
- Deliktas A, Korukcu O, Aydın R, Kabukcuoglu K. (2019). Nursing students' perceptions of nursing metaparadigms: A phenomenological study. *The Journal of Nursing Research*, 27(5), e45. doi:10.1097/jnr.0000000000000311
- Denat Y, Gürol Arslan G, Şahbaz M. (2016). Change in students' perception of profession during nursing education in Turkey: A longitudinal study. *Journal of Human Sciences*, 13 (1), 900-908
- Dimitriadou M, Papastavrou E, Efstathiou G, Theodorou M. (2015). Baccalaureate nursing students' perceptions of learning and supervision in the clinical environment. *Nursing & Health Sciences*, 17 (2), 236-42. doi: 10.1016/j.ijnss.2017.03.001
- Eman E, Cowman S, Edgar AA. (2012). Triangulation study: Bahraini nursing students' perceptions of nursing as a career. *Journal Nursing Education Practice*, 2(3), 81-92. doi: 10.5430/jnep.v2n3p81
- Glerean N, Hupli M, Talman K, Haavisto E. (2017). Young peoples' perceptions of the nursing profession: An integrative review. *Nurse Education Today*, 57, 95-102. doi: 10.1016/j.nedt.2017.07.008

- Grinberg K, Sela Y. (2022). Perception of the image of the nursing profession and its relationship with quality of care. *BMC Nursing*, 21(1), 57. doi: 10.1186/s12912-022-00830-4
- Jothishanugam A, Mohammed A, Hamid HIAA, Ali MAA. (2019). Perception of nursing students about nursing profession. *Innovare Journal of Health Sciences*, 7(2), 1-4
- Kaynar Şimşek A, Ecevit Alpar Ş. (2019). Toplumun hemşirelik mesleğine yönelik imaj algısı: Sistematik derleme. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 2(1), 32-46
- Lindberg M, Carlsson M, Engström M, Kristofferzon ML, Skytt B. (2020). Nursing student's expectations for their future profession and motivating factors-A longitudinal descriptive study from Sweden. *Nurse Education Today*, 84, 1-6. doi: 10.1016/j.nedt.2019.104218
- Nilsson AF, Silén C. (2010). "You have to know why": The influence of different curricula on nursing students' perceptions of nursing. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 54(6), 631-642. doi: 10.1080/0031383.1.2010.522974
- Norman KM. (2015). The image of community nursing: implications for future student nurse recruitment. *British Journal of Community Nursing*, 20 (1), 12-18. doi: 10.12968/bjcn.2015.20.1.12
- Özdelikara A, Alkan SA, Boğa NM. (2018). Ondokuz Mayıs Üniversitesi hemşirelik son sınıf öğrencilerinde profesyonelliğin belirlenmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 2 (2)
- Petrou A, Sakellari E, Psychogiou M, Karassavidis S, Imbrahim S, Savvidis G, et al. (2017). Nursing students' perceptions of caring: A qualitative approach. *International Journal of Caring Science*, 10(3), 1148-57
- Roshangar F, Soheil A, Moghbeli G, Wiseman T, Feizollahzadeh H, Gilani N. (2021). Iranian nurses' perception of the public image of nursing and its association with their quality of working life. *Nursing Open*, 8(6), 3441-3451. doi: 10.1002/nop.2.892
- Sibandze BT, Scafide KN. (2018). Among nurses, how does education level impact professional values? A systematic review. *International Nursing Review*, 65(1), 65-77. doi: 10.1111/inr.12390
- Sönmez V, Alacapınar G. (2018). *Örneklendirilmiş Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Anı Yayıncılık
- Şen S, Özdelek S, Öz EN. (2021). Hemşirelik öğrencilerinde kariyer geleceği ile hemşirelik mesleğine yönelik imaj algısı arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi*, 8(1), 21-30
- Ten Hoeve Y, Jansen G, Roodbol P. (2014). The nursing profession: Public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), 295309. doi: 10.1111/jan.12177
- Ünsal A, Güven ŞD. (2020). Hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik mesleği algılarının incelenmesi. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, 52-61. doi: 10.21733/ibad.756180
- Yıldırım A, Şimşek H. (2011). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. (7th ed.). Ankara: Seçkin yayıncılık.
- Yılmaz F, Tiryaki Şen H, Demirkaya F. (2014). Hemşire ve ebelerin mesleklerini algılama biçimleri ve gelecekte beklenenleri. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(3), 130-139. doi: 10.5222/SHYD.2014.130
- Yılmaz M, Karadağ G. (2011). Erkek öğrenci hemşireler hemşirelik mesleğini nasıl algılıyor?. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1), 21-28
- Yılmaz S, Ordu Y. (2022). The perceptions of nursing students regarding coronavirus and occupation according to gender: A qualitative study. *Nursing Forum*, 57, 393-402. doi: 10.1111/nuf.12693
- Zhang MF, Petrini MA. (2008). Factors influencing Chinese undergraduate nursing students' perceptions of the nursing profession. *International Nursing Review*, 55(3), 274-280

Araştırma Makalesi

Analysis of Graduate Theses Related to Leadership Carried out in the Field of
Nursing in Turkish Universities

Türk Üniversitelerinde Hemşirelik Alanında Yürütülen Liderlik Konulu Lisansüstü
Tezlerin Analizi

Ana Luiza Ferreira AYDOĞDU^a

^a PhD, İstanbul Health and Technology University Faculty of Health Sciences, İstanbul, Türkiye

Geliş tarihi/Date of receipt: 14/10/2023

Kabul tarihi/ Date of acceptance: 13/03/2024

ABSTRACT

Objective: This study aimed to analyze different variables of graduate theses related to leadership conducted in the field of nursing in Turkish Universities.

Methods: This is a bibliometric and descriptive study. The search for the theses was carried out in May 2022 in the National Thesis Center of the Council of Higher Education using “leadership” and “nursing” as descriptors.

Results: A total of 48 theses were included. Most theses (45.83%) were published between 2017 and 2022. 66.67% of the theses were conducted at public universities. Almost all the theses were produced by the departments of nursing, nursing management, or nursing fundamentals and management. In most of the theses, the samples consisted of staff nurses. Quantitative approaches were present in all the theses and scales were the most used data collection instruments (56.25%). The most discussed topics were “leadership behaviors” (29.17%), “leadership styles” (20.83%), and “transformational leadership” (14.58%).

Conclusion: It is suggested that leadership be more widely discussed across different nursing departments and featured in a greater number of doctoral theses, primarily through qualitative approaches. Nursing students should be considered more as research samples, as it is important to investigate future nurses’ opinions and knowledge about leadership.

Keywords: Graduate Thesis, Leadership, Nursing

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, Türk üniversitelerinde hemşirelik alanında gerçekleştirilen liderlikle ilgili lisansüstü tezlerine ilişkin farklı değişkenleri analiz etmeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Bu çalışma bibliyometrik ve tanımlayıcıdır. Tezlerin aramasında Yükseköğretim Kurulu (YÖK) Ulusal Tez Merkezi’nde detaylı arama sayfasında tez adı kısmında “liderlik” anahtar kelimesi ve konu bölümünde “hemşirelik” seçildi.

Bulgular: Toplamda 48 tez dahil edilmiştir. Tezlerin çoğu (%45,83) 2017-2022 yılları arasında yayımlanmıştır. Tezlerin %66,67’si devlet üniversitelerinde yapılmıştır. Neredeyse tüm tezler hemşirelik, hemşirelik yönetimi veya hemşirelik esasları ve yönetimi departmanları tarafından üretilmiştir. Tezlerin çoğunda örnekleme hemşireler oluşturmıştır. Tezlerin hepsinde nicel yaklaşımlar bulunup ve en çok kullanılan veri toplama aracı ölçekler olmuştur (%56,25). En çok tartışılan konular “liderlik davranışları” (%29,17), “liderlik tarzları” (%20,83) ve “dönüşümcü liderlik” (%14,58) olmuştur.

Sonuç: Liderliğin farklı hemşirelik departmanlarında ve daha çok doktora tezlerinde ağırlıklı olarak nitel yaklaşımlar aracılığıyla geniş çapta tartışılması önerilmektedir. Geleceğin hemşirelerinin liderlik konusundaki görüş ve bilgilerinin araştırılması önemli olduğundan, hemşirelik öğrencileri daha çok araştırma örnekleme olarak ele alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Liderlik, Lisansüstü Tezi

ORCID IDs: ALFA: 0000-0002-0411-0886

Sorumlu yazar/Corresponding author: PhD, Ana Luiza Ferreira AYDOĞDU, İstanbul Health and Technology University Faculty of Health Sciences, İstanbul, Türkiye

e-posta/ e-mail: ana.luiza@istun.edu.tr

Atıf/Citation: Aydoğdu ALF. (2024). Analysis of graduate theses related to leadership carried out in the field of nursing in Turkish universities. *Journal of Nursing Sciences*, 7 (3), 272-282. doi: 10.54189/hbd.1376010

INTRODUCTION

Managing is one of the many roles of nurses (Aydemir Gedük, 2018). Management includes activities such as planning, organizing, commanding, coordinating, and controlling (Baykal & Türkmen, 2022). All these functions must be properly developed by nurse leaders, as their attitudes will influence staff nurses' job satisfaction and retention, and consequently the quality of care (Kiwanuka et al., 2021; Ngabonzima et al., 2020).

Several styles of leadership can be adopted by nurses, and in some studies, it is stated that no type of leadership can be used at all times, thus nurses must be flexible and lead according to the existing situation (Perkins et al., 2020; Specchia et al., 2021). Authentic, autocratic, democratic, charismatic, laissez-faire, servant, transactional, and transformational are among the most discussed styles of leadership. Authentic leaders are transparent and self-aware; autocratic leaders make their decisions without consulting their teams; unlike democratic leaders, who value the opinions of others; charismatic leaders are motivational; laissez-faire leaders focus on the freedom of the team members; while servant ones favor the personal growth of the other employees; transactional leaders are focused on the organization's goals, and transformational leaders seek to empower their followers (Baykal & Türkmen, 2022).

Nurse managers have the autonomy to make decisions that will directly affect nursing care (Oshodi et al., 2019). Nursing leaders must manage their teams, provide quality working conditions, support and motivate staff nurses so that they can provide efficient and effective care (Specchia et al., 2021). In the same way that nurse leaders can favor the provision of quality care through leadership that values, motivates, inspires, and empowers nurses (Fischer, 2017; Specchia et al., 2021) they can also adopt a toxic leadership through which the entire nursing process can be harmed, thus threatening the patient safety (Labrague, 2021).

In a survey carried out in the United States, a relationship between the attitudes of the leader and the level of nurses' job satisfaction and intention to leave was observed (Perkins et al., 2020). In a study from Lebanon, it was observed that transactional and transformational leadership styles positively influenced staff nurses (Sabbah et al., 2020). Similar results were found in a study conducted in Turkey, in which the implementation of transformational leadership increased staff nurses' job satisfaction (Uslu Sahan & Terzioglu, 2022). The findings of an integrative review showed that nurse managers' leadership styles interfere with the productivity of the nursing team and the quality of care (Kiwanuka et al., 2021).

Nursing leaders' attitudes are among the most common reasons given by nurses for job dissatisfaction and intention to leave (Anselmo-Witzel et al., 2020; Perkins et al., 2020). It is believed that especially the retention of new generations of nurses will be a challenge for health systems worldwide (Anselmo-Witzel et al., 2020). Thus, nurse managers have increasingly fundamental roles in terms of promoting staff nurses' job satisfaction and retention (Alharbi et al., 2022).

Turkey faces problems due to nursing shortages (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2021) and it is believed that the situation will worsen in the coming years due to the abandonment of the profession and the emigration of Turkish nurses in search of better working conditions (Elmacioğlu, 2021). One of the strategies to reduce the shortage of nurses would therefore be the training of more empathetic nurse managers with the appropriate knowledge to lead the nursing team. However, what is observed is that nurses need to improve in the art of leading (Ardahan & Konal, 2017; Labrague, 2021; Silva et al., 2016). In-service training should be provided for nurses to develop leadership skills (Ardahan & Konal, 2017). Nursing students have difficulties in applying leadership in practice, as the subject is little addressed in theoretical classes and is almost completely ignored during practical nursing education (Silva et al., 2016). The increase in knowledge on such an important subject can be favored by research carried out in master's and doctoral programs in nursing.

In Turkey, master's degrees in nursing began in 1968 and have since developed rapidly. In master's programs, students

improve their skills to evaluate and interpret data through scientific research and then rely on evidence to increase the quality of care. Turkish doctoral programs in nursing began in 1972. Doctoral programs in nursing aim to carry out independent research with broad and in-depth analysis of issues relevant to nursing, providing new perspectives to improve care (Öztuğ, 2017; Ergöl, 2011). It is important to examine what is being scientifically produced in the field of nursing to disseminate knowledge, identify gaps and provide recommendations for future research. Given the importance of the topic, the purpose of this study was to analyze different variables of graduate theses related to leadership conducted in the field of nursing in Turkish Universities.

METHODS

Design

This is a bibliometric and descriptive study.

Sample

The study includes graduate nursing theses related to leadership conducted in the field of nursing in Turkish universities.

Inclusion/Exclusion Criteria

The inclusion criteria involved the selection of theses related to leadership in the nursing field, conducted within the nursing department and published in Turkish. The search was not limited by date. A total of 67 theses were identified, 14 of them were excluded because they were conducted by another department other than nursing, and 5 more theses were not included due to access restrictions. The remaining 48 theses met the inclusion criteria and were read in full. Of the 48 theses included in the study, 43 are master's theses and 5 are doctoral theses (Figure 1).

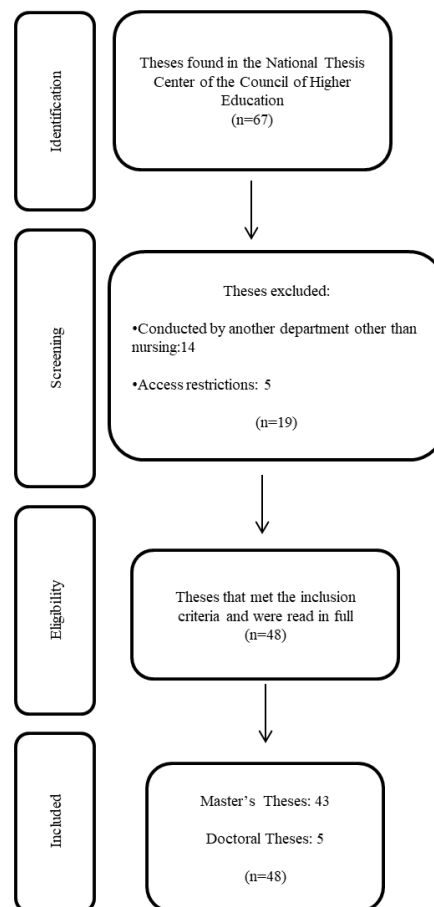


Figure 1. Research Flowchart

Data Collection

Data was collected through a search at the National Thesis Center of the Council of Higher Education. The search was conducted in May 2022. The theses were searched by title through the descriptor “leadership” and by subject by selecting the descriptor “nursing”.

Data Analysis

Statistical analysis was conducted using a descriptive method. The 48 included theses were analyzed according to the following variables: year of publication, type of university, department of nursing where the study was conducted, study design, sample, data collection instruments, and subject addressed in the study. Percentage and frequency values were determined.

Ethical Considerations

Since this study involved the analysis of publicly accessible theses in the National Thesis Center of the Council of Higher Education, approval from a Research Ethics Committee was not necessary according to the guidelines provided by the Ministry of National Education (Milli Eğitim Bakanlığı [MEB], 2020).

FINDINGS

It was identified that the theses included in this study were published between 1996 and 2022. Of the 48 theses, 89.59% (n=43) are master’s theses and 10.41% (n=5) are doctoral theses. Most theses (45.83%) were published between 2017 and 2022. Between 1996 and 2005 were published only 5 (10.42%) of the 48 theses (Table 1). Regarding the type of university; 66.67% of the theses were conducted at public universities (Table 2).

Table 1. Distribution of Theses by Year of Publication (n = 48)

Year	Master’s theses		Doctoral theses		Total	
	n	%	n	%	n	%
1996-2005	4	9.30	1	20.00	5	10.42
2007-2011	10	23.26	2	40.00	12	25.00
2012-2016	9	20.93	0	0	9	18.75
2017-2022	20	46.51	2	40.00	22	45.83
TOTAL	43	100	5	100	48	100

n: Number, %: Percent

Table 2. Distribution of Theses by Types of University

Type of University	Master’s theses		Doctoral theses		Total	
	n	%	n	%	n	%
Public	28	65.12	4	80.00	32	66.67
Private	15	34.88	1	20.00	16	33.33
TOTAL	43	100	5	100	48	100

n: Number, %: Percent

When examining the distribution of theses according to the nursing departments where they were conducted, it was observed that six departments were represented; 27 (56.25%) theses were carried out by the department of nursing, and 14 (29.17%) theses were conducted by the department of nursing management (Table 3). Regarding the methodology used in the theses included in this study, it was identified that, except for one study that used mixed methods, in all the theses quantitative approaches were adopted. The most common was the descriptive design, which corresponded to 58.33% (n=28) of the designs

used. A total of 62.50% (n=30) of theses had staff nurses as participants and only in 2 theses (4.16%) students were chosen as samples. Scales were the most used data collection instruments in both master's theses (58.13%) and doctoral theses (40.00%) (Table 4).

Table 3. Distribution of Theses by Department of Nursing

Department	Master's theses		Doctoral theses		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nursing	25	58.13	2	40.00	27	56.25
Nursing Management	13	30.23	1	20.00	14	29.17
Nursing Fundamentals and Management	3	6.98	0	0	3	6.25
Public Health Nursing	0	0	2	40.00	2	4.17
Internal Medicine Nursing	1	2.33	0	0	1	2.08
Psychiatric Nursing	1	2.33	0	0	1	2.08
TOTAL	43	100	5	100	48	100

n: Number, %: Percent

Table 4. Distribution of Theses by Methodology

Design	Master's theses		Doctoral theses		Total	
	n	%	n	%	n	%
Quantitative						
Descriptive	27	62.79	1	20.00	28	58.34
Descriptive and correlational	12	27.90	0	0	12	25.00
Descriptive and cross-sectional	2	4.65	0	0	2	4.17
Cross-sectional	1	2.33	0	0	1	2.08
Experimental	1	2.33	0	0	1	2.08
Evaluation research	0	0	1	20.00	1	2.08
Methodological	0	0	1	20.00	1	2.08
Methodological and quasi-experimental	0	0	1	20.00	1	2.08
Mixed-methods	0	0	1	20.00	1	2.08
TOTAL	5	100	43	100	48	100
Sample						
Nurses	29	67.44	1	20.00	30	62.50
Nurses and nurse managers	5	11.63	4	80.00	9	18.75
Nurse managers	7	16.28	0	0	7	14.58
Nursing students	2	4.65	0	0	2	4.17
TOTAL	43	100	5	100	48	100
Data collection instrument						
Scale	25	58.13	2	40.00	27	56.25
Scale and inventory	6	13.95	0	0	6	12.50
Scale and questionnaire	6	13.95	1	20.00	7	14.58
Questionnaire	3	6.98	0	0	3	6.25
Inventory	1	2.33	1	20.00	2	4.17
Questionnaire and inventory	1	2.33	0	0	1	2.08
Scale, inventory, and form	1	2.33	0	0	1	2.08
Scale, inventory, questionnaire, and interview	0	0	1	20.00	1	2.08
TOTAL	43	100	5	100	48	100

n: Number, %: Percent

A total of 15.397 participants took part in the 48 theses included in this study. Of this total, 13.562 were staff nurses. The master's thesis with the largest sample size had 1.065 and the doctoral thesis with the largest sample size had 653 nurse

participants. The one with the smallest sample size was a doctoral thesis which was conducted with 9 nurses and 9 nurse managers. On average the analyzed master's theses had 640.6 and doctoral theses had 260 participants (Table 5).

Table 5. Distribution of Sample by Participants' Category

Sample	Total sample size		Minimum sample size		Maximum sample size		Mean	
	Master's theses	Doctoral theses	Master's theses	Doctoral theses	Master's theses	Doctoral theses	Master's theses	Doctoral theses
Nurses	12.456	1.106	68	9	1,064	653	366.4	221.2
Nurse managers	1.358	155	15	9	258	80	113.2	38.8
Nursing students	322	-	22	-	300	-	161	-
TOTAL	14.136	1,261	99	18	1.622	733	640.6	260

Fifteen different topics related to leadership were addressed in the 48 theses included in this study, among them the most discussed subjects were “leadership behaviors” (29.17%), “leadership styles” (20.83%), and “transformational leadership” (14.58%), as shown in Table 6. Theses on leadership behaviors have shown that the behaviors of nurse leaders affect the motivation and job satisfaction of staff nurses. It was determined that Turkish nurse managers often adopt task-based behaviors, which negatively influence some of the essential characteristics of leaders, such as empathy, and the ability to delegate and provide effective feedback. The need to develop educational nursing programs that address leadership behaviors was identified. Theses that addressed the leadership style of nurse managers also pointed to its influence on team motivation and the need for leadership training. Furthermore, it was identified that characteristics of the institution, such as offering support to employees, having certificates of quality, and adopting reward-punishment models, affect the leadership style of nurse leaders. Positive effects of transformational leadership in the nursing field were pointed out in theses that addressed this style. It was identified that in the presence of transformational leaders, nurses work more satisfied. In addition, it was emphasized that transformational leaders instill confidence in other team members.

Table 6. Distribution of Theses by Subject

Subject	Master's theses		Doctoral theses		Total	
	n	%	n	%	n	%
Leadership behaviors	13	30.23	1	20.00	14	29.17
Leadership styles	10	23.26	0	0	10	20.83
Transformational leadership	6	13.95	1	20.00	7	14.58
Authentic leadership	2	4.65	0	0	2	4.17
Ethic leadership	2	4.65	0	0	2	4.17
Leadership practices	2	4.65	0	0	2	4.17
Servant leadership	2	4.65	0	0	2	4.17
Leadership and organizational commitment	1	2.33	0	0	1	2.08
Leadership perceptions	1	2.33	0	0	1	2.08
Leadership skills	1	2.33	1	20.00	2	4.17
Leadership treats	1	2.33	0	0	1	2.08
Spiritual leadership	1	2.33	0	0	1	2.08
Transformational and transactional leadership	1	2.33	0	0	1	2.08
Innovative leadership	0	0	1	20.00	1	2.08
Leadership development	0	0	1	20.00	1	2.08
TOTAL	43	100	5	100	48	100

n: Number, %: Percent

DISCUSSION

Universities are responsible for guiding researchers in different stages of their careers. In this scenario, master's and doctoral theses are essential for students to deepen their knowledge and contribute to the development of higher education (Ergöl, 2011; Nnebedum & Obuegbe, 2021), thus, it is important to explore the scientific production resulting from graduate theses. Regarding the types of theses covered in this study, 43 of them (89.59%) are master's theses. These results are in line with the percentage relative to the total number of master's and doctoral theses produced by Turkish nursing. A survey carried out in Turkey in 2017 identified a total of 4,887 graduate theses made in the field of nursing, of which 79.2% were master's theses and 20.8% were doctoral theses (Yılmaz et al., 2017). Similar results were found in studies carried out in Brazil, where there are also more master's programs in nursing than doctorates (Antonini et al., 2014; Pimenta et al., 2018).

The majority of the theses (45.83%) were conducted between 2017 and 2022. In recent years the number of universities in Turkey has increased, as well as the number of graduate education departments. Between 2015 and 2016 there were 128 nursing courses distributed among 92 public and 36 private universities (Kocaman & Arslan Yürümezoğlu, 2015). Two years later, Turkey already had 104 nursing courses in public universities and 38 in private universities, totaling 142 nursing courses in the country (Torun, 2019). The number of public universities has always exceeded the number of private universities over the years, and most graduate nursing courses are conducted at public universities, which explains the fact that most theses included in this study were conducted in public universities (Kocaman & Arslan Yürümezoğlu, 2015). These results are in line with the findings of similar studies carried out in Brazil, in which most of the graduate theses in nursing related to the researched subject were conducted in public universities (Antonini et al., 2014).

Most of the theses included in this study were carried out by the general nursing department. In previous studies conducted in Turkey to evaluate graduate theses in nursing, similar results were found (Ozpuat & Barmakci, 2015; Yılmaz et al., 2017). Concerning specific nursing departments where the theses were conducted, 29.17% of the theses were conducted by departments of nursing management, which was expected since the topic of this study was "leadership". A review carried out in Turkey showed that "leadership" was one of the most discussed subjects in graduate theses of departments of nursing management of Turkish universities (Demirkaya, 2020). It was identified that, among the total set of theses produced by the departments of nursing management at Turkish universities during the same period in which the 48 theses included in this study were produced, 18.46% addressed the theme of "leadership" (Yükseköğretim Kurulu, 2024).

Evidence-based practices are essential in nursing and the best sources of evidence are high-quality research. These surveys can have quantitative or qualitative designs. Quantitative approaches seek to test hypotheses or are conducted to answer questions determined by researchers through numbers and statistics (Nahcivan, 2015). On the other hand, qualitative research is focused on the experiences and behaviors of individuals. Both designs are essential for scientific development in the field of nursing (Erdoğan, 2015). Quantitative approaches were employed in all the theses included in this study, with one thesis incorporating a combination of qualitative and quantitative methods. Descriptive designs prevailed. Similar results were found in a previous study conducted in Turkey, where theses from the department of nursing management were examined. Only 5.70% of the theses employed qualitative approaches (Demirkaya, 2020). The descriptive design was also the most used in master's theses conducted by the department of internal nursing in Turkey, while in doctoral theses the experimental design was the most used (Karaman & Oksel, 2020). A study conducted in Iran to analyze master's theses carried out by nursing and midwifery programs also identified descriptive design as the most used (Motamet-Johromi & Dehghani, 2014). On the other hand, studies conducted in Turkey to analyze theses in the area of women's health nursing (Ay & Bilgiç, 2021) and to evaluate theses produced in the area of surgical nursing (Dönmez et al., 2018) identified that experimental studies were the most used.

In contrast, in a similar survey, carried out in Brazil, 76.6% of graduate theses in nursing had qualitative or mixed methodological approaches (Pimenta et al., 2018). According to the scientific literature, more qualitative research should be developed in the nursing field in Turkey since through this approach it is possible to identify lived experiences of patients and healthcare workers, which would provide subsidies to facilitate communication and favor the provision of holistic and humanized care (Öztürk Çopur et al., 2020). In most of the theses included in this study, the participants were nurses. When addressing an issue such as leadership, it was already expected that most participants would be staff nurses or nurse managers. This is consistent with the findings of a study carried out to analyze theses conducted by departments of nursing management at Turkish universities where most of the participants were also nurses (Demirkaya, 2020).

In 56.25% of the theses included in this study, scales were used as data collection instruments; in addition, in most of the remaining theses, scales were used associated with other instruments such as inventories or questionnaires. The same was observed in studies carried out in Turkey to evaluate theses developed between 1994 and 2019 by the department of nursing management (Demirkaya, 2020) and between 1991 and 2015 by the department of surgical nursing (Dönmez et al., 2018). In addition, in one of the studies, it was pointed out that in many of the doctoral theses, methodological designs are used and scales are developed, which may explain the use of scales in many master's theses included in this study since there is a very large variety of scales produced by Turkish nurses that can be used by other researchers (Demirkaya, 2020).

The topics most discussed in the included theses were “leadership behaviors”, “leadership styles”, and “transformational leadership”. According to the data obtained in the theses analyzed, behaviors and leadership styles of nurse managers have important influences on the motivation and job satisfaction of nurses. Leadership styles and leadership behaviors are topics much discussed in nursing both national (Gülkaya & Duygulu, 2020; Uslu Sahan & Terzioglu, 2022) and international studies (Labrague, 2021; Sabbah et al., 2020), as nurse managers' attitudes and leadership preferences will influence the behavior of other nurses in the team and consequently interfere with care (Labrague, 2021; Uslu Sahan & Terzioglu, 2022). As the theses included in this study, a survey carried out in Saudi Arabia also revealed that the job satisfaction of staff nurses is related to nurse managers' leadership skills (Alharbi et al., 2020).

According to the included theses, task-based behaviors are commonly adopted by Turkish nurse leaders, which negatively affects leadership. Similar results were found in a survey of Turkish nurses who stated that their nurse managers more often adopt task-based leadership behavior than employee-oriented behavior. However, in the same study, it was emphasized that such leadership behaviors did not affect nurses' job satisfaction but influenced the emergence of occupational stress (Ergün & Çelik, 2015). A study carried out in Brazil identified that task-based is also the leadership approach most adopted by Brazilian nurses (Rached et al., 2022). Task-based leadership is focused on planning activities, specifying objectives and roles, and monitoring employee performance. Relationship-oriented leadership, in turn, includes support for the employee to develop and be recognized (Moura et al., 2017). Transformational leadership is a good example of a relationship-oriented style since in this approach leaders have the ability to develop positive relationships with followers (Foulkes-Bert et al., 2019). In other words, transformational leaders inspire and motivate their followers (Fischer, 2016). The transformational style seems to be suitable for the nursing field since, according to the included theses, in the presence of this kind of leadership, nurses trust their leaders more and work more satisfied. Transformational leadership is among the most discussed styles in the field of nursing. In many studies, it is indicated as a type of leadership capable of increasing nurses' job satisfaction (Iqbal et al., 2019; Uslu Sahan & Terzioglu, 2022). A study conducted in the Philippines revealed that transformational leadership, in addition to increasing nurses' job contentment, also decreases turnover (Labrague et al., 2020).

It was pointed out in the analyzed theses that health institutions' culture influences nurse managers' leadership styles. In addition, the findings of this study show that training could help nurse managers to adopt more appropriate leadership

styles. These results are in line with those from an integrative literature review conducted in 2020 which emphasized the need for organizational support and training in leadership to advance modern nursing (Kiwanuka et al., 2021). It was observed that leadership was addressed in several ways by nursing graduate students. However, more importance should be given to the topic that should be further explored.

CONCLUSION

This study sought to analyze different variables of graduate theses on leadership conducted in the field of nursing in Turkish universities. Most of the theses analyzed were master's theses, produced in public universities. Almost half of the theses were published after 2016. Almost all the theses were produced by the departments of nursing, nursing management, or nursing fundamentals and management, the other departments of nursing were practically not represented. The use of quantitative approaches was overwhelmingly evident, and scales were the most common data collection instruments. Most of the theses had staff nurses as samples. Several topics concerning leadership were identified, but the most discussed were leadership behaviors and styles. A relationship between the type of leadership adopted by nurse managers and the motivation and job satisfaction of the team was identified. On the other hand, the leadership style adopted in nursing is influenced by characteristics related to the health institution, such as support and professional recognition. The development of training was pointed out as a necessary measure for nurse managers to be able to adopt adequate leadership styles.

Leadership in nursing should be addressed in interdisciplinary and multidimensional contexts. Nursing leadership significantly influences the quality of healthcare, thus discussions on the implementation of innovative practices led by nurses in clinical settings and the analysis of the impact of leadership on nurse satisfaction and retention should extend beyond the nursing management department. Additionally, topics such as ethical leadership in clinical decision-making, leadership and the use of technologies in nursing, the development of emerging leaders in nursing, and leadership and resilience during crises in nursing can be further explored by the nursing management department itself. Examining interprofessional dynamics and the crucial roles played by nurse leaders in promoting healthy work environments can enhance the understanding of leadership in the health sector. It is also suggested that leadership should be discussed in a greater number of doctoral theses, through qualitative approaches. Further studies should use students as research samples since it is necessary to investigate the opinions and knowledge of future nurses about nursing leadership.

Araştırmanın Etik Yönü/Ethics Committee Approval: Since this study involved the analysis of publicly accessible theses in the National Thesis Center of the Council of Higher Education, approval from a Research Ethics Committee was not necessary according to the guidelines provided by the Ministry of National Education (MEB, 2020).

Hakem/Peer-review: The external referees are independent.

Yazar Katkısı/Author Contributions: Idea and design: ALFA; Data collecting: ALFA; Data analysis and interpretation: ALFA; Article writing: ALFA; Critical review: ALFA.

Çıkar Çatışması/Conflict of Interest: The author declares no conflict of interest.

Finansal Destek/Financial Disclosure: The author declared that she did not receive financial support for the study.

REFERENCES

- Alharbi AA, Dahinten VS, MacPhee M. (2020). The relationships between nurses' work environments and emotional exhaustion, job satisfaction, and intent to leave among nurses in Saudi Arabia. *Journal of Advanced Nursing*, 76(11), 3026–3038. doi:10.1111/jan.14512
- Alharbi FSHS, Mustafa Z, Benoy M. (2022). Nurses turnover: Retention of the staff. *Open Journal of Nursing*, 12(03), 199–219. doi:10.4236/ojn.2022.123013

- Anselmo-Witzel S, Heitner KL, Dimitroff LJ. (2020). Retaining generation Y nurses: Preferred characteristics of their nurse managers. *The Journal of Nursing Administration*, 50(10), 508–514. doi:10.1097/NNA.0000000000000926
- Antonini FO, Boehs AE, Lenardt MH, Budó M de LD, Monticelli M. (2014). Enfermagem e cultura: características das teses e dissertações produzidas na pós-graduação da enfermagem brasileira. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 4(1). doi:10.5902/217976929724
- Ardahan M, Konal E. (2017). Hemşirelikte yöneticilik ve liderlik [Management and leadership in nursing]. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, 6(1), 140–147.
- Ay F, Bilgiç FS. (2021). Lisansüstü tezlerde kuramların kullanımının bibliyometrik analizi: kadın sağlığı-hastalıkları ve doğum hemşireliği alanı örneği [Bibliometric analysis of the use of theories in graduate theses: A case study of gynecology and obstetrics nursing]. *Fenerbahçe University Journal of Health Sciences*, 1(3), 281–289.
- Aydemir Gedük E. (2018). Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri [Developing roles of the nursing profession]. *Sağlık Bilim ve Meslekleri Dergisi*, 5(2), 508–514. doi:10.17681/hsp.358458
- Baykal UT, Türkmen EE. (Ed.). (2022). *Hemşirelikte yönetim*. İstanbul: Akademi.
- Demirkaya F. (2020). Examination of theses written in the field of nursing management in Turkey: The retrospective review. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(7), 431–440. doi:10.5222/shyd.2020.69672
- Dönmez YC, Soyer O, Van Giersbergen MY. (2018). Türkiye’de yapılan cerrahi hastalıkları hemşireliği doktora tezlerinin incelenmesi (1991-2015) [Surgical nursing doctorate thesis in Turkey] (1991-2015). *Journal of Education and Research in Nursing*, 15(4), 248–255. doi:10.5222/head.2018.248
- Elmacioğlu L. Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği: Hekimler göçünün ardından sıra hemşirelerde [Turkish Association of Intensive Care Nurses: After the migration of physicians, it is time for nurses]. (2021). Turkey: Independent Türkçe Publishing.
- Erdoğan S. (2015). Nitel araştırma. S. Erdoğan, N. Nahcivan, M.N. Esin (Ed.), *Hemşirelikte araştırma içinde* (2. bs., s. 131-166). İstanbul: Nobel.
- Ergöl S. (2011). Nursing education in higher education in Turkey. *Journal of Higher Education and Science*, 1(3), 152. doi:10.5961/jhes.2011.022
- Ergün E, Çelik S. (2015). Yöneticilerin görev ve çalışan odaklı liderlik davranışları ve hemşirelerin iş tatmini, örgütsel bağlılığı ve iş stresi arasındaki ilişki [Managers’ task-oriented and employee-oriented leadership behaviors: effects on nurse job satisfaction, organizational commitment and job stress]. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(3), 203–214.
- Fischer SA. (2016). Transformational leadership in nursing: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 72(11), 2644–2653. doi:10.1111/jan.13049
- Fischer SA. (2017). Transformational leadership in nursing education: Making the case: Making the case. *Nursing Science Quarterly*, 30(2), 124–128. doi:10.1177/0894318417693309
- Foulkes-Bert D, Volk F, Garzon F, Pride M. (2019). The Relationship between Transformational Leadership Behavior, Adult Attachment, and God Attachment. *Journal of Psychology and Theology*, 47(1), 20–33. doi:10.1177/0091647118795181
- Gülkaya G, Duygulu S. (2020). Transformational leadership behaviors of unit charge nurses and the motivation status of staff nurses. *Journal of Health and Nursing Management*, 1(7), 31–39. doi:10.5222/shyd.2020.07078
- Iqbal K, Fatima T, Naveed M. (2019). The impact of transformational leadership on nurses’ organizational commitment: A multiple mediation model. *European Journal of Investigation in Health Psychology and Education*, 10(1), 262–275. doi:10.3390/ejihpe10010021
- Karaman E, Oksel E. (2020). An examination of internal medicine nursing graduate theses in Turkey. *Archives of Health Science and Research*, 7(2), 161–166. doi:10.5152/archealthscires.2020.19035
- Kiwanuka F, Nanyonga RC, Sak-Dankosky N, Muwanguzi PA, Kvist T. (2021). Nursing leadership styles and their impact on intensive care unit quality measures: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 29(2), 133–142. doi:10.1111/jonm.13151
- Kocaman G, Arslan Yürümezoğlu H. (2015). Situation analysis of nursing education in Turkey: nursing education with numbers (1996-2015). *Journal of Higher Education and Science*, 5(3), 255. doi:10.5961/jhes.2015.127
- Labrague LJ. (2021). Influence of nurse managers’ toxic leadership behaviours on nurse-reported adverse events and quality of care. *Journal of Nursing Management*, 29(4), 855–863. doi:10.1111/jonm.13228
- Labrague LJ, Nwafor CE, Tsaras K. (2020). Influence of toxic and transformational leadership practices on nurses’ job satisfaction, job stress, absenteeism and turnover intention: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 28(5), 1104–1113. doi:10.1111/jonm.13053
- Milli Eğitim Bakanlığı (MEB). (2020). <http://orgm.meb.gov.tr/ozelegitimverehberlikdergisi/tr/pub/dosyalar/etikkurulizinbelgesi.pdf> (Erişim tarihi: 03/03/2023)
- Motamed-Jahromi M, Leila Dehghani S. (2014). Nursing MSc theses: a study of an Iranian College of Nursing and Midwifery in two decades (1990-2010). *Global Journal of Health Science*, 6(5), 118–124. doi:10.5539/gjhs.v6n5p118
- Moura AA de, Bernardes A, Balsanelli AP, Zanetti ACB, Gabriel CS. (2017). Liderança e satisfação no trabalho da enfermagem: revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(4), 442–450. doi:10.1590/1982-0194201700055

- Nahevan N. (2015). Nicel araştırma. S. Erdoğan, N. Nahevan, M.N. Esin (Ed.), *Hemşirelikte araştırma* (2. bs., s. 87–130). İstanbul: Nobel.
- Ngabonzima A, Asingizwe D, Kouveliotis K. (2020). Influence of nurse and midwife managerial leadership styles on job satisfaction, intention to stay, and services provision in selected hospitals of Rwanda. *BMC Nursing*, 19(1). doi:10.1186/s12912-020-00428-8
- Nnebedum C, Obuegbue AS. (2021). Determination of factors that contribute to postgraduate students' delay in their thesis/dissertation completion. *The Universal Academic Research Journal*, 2(2), 78–86.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2021). Health at a Glance 2021: OECD Indicators. 2021st ed. Paris Cedex, France: OECD. doi:10.1787/ae3016b9-en
- Oshodi TO, Bruneau B, Crockett R, Kinchington F, Nayar S, West E. (2019). Registered nurses' perceptions and experiences of autonomy: a descriptive phenomenological study. *BMC Nursing*, 18(1), 51. doi:10.1186/s12912-019-0378-3
- Ozgulat F, Barmakci UC. (2015). The nursing theses prepared in Turkey and characteristics of them. *Global Journal on Advances in Pure & Applied Sciences*, 7, 95–101.
- Öztunç G. (2017). Hemşirelik doğası. T. Atabey Aştı, A. Karadağ (Ed.). *Hemşirelik esasları içinde* (s. 25-35). İstanbul: Akademi.
- Öztürk Çopur E, Can Z, Çam HH, Karasu F. (2020). Hemşirelik araştırmalarında nitel çalışmaların önemi [The importance of qualitative studies in nursing research]. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, 9(4), 396–401.
- Perkins RT, Bamgbade S, Bourdeanu L. (2020). Nursing leadership roles and its influence on the millennial psychiatric nurses' job satisfaction and intent to leave. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 29(1), 15-24. doi:10.1177/1078390320979615
- Pimenta CJL, Fernandes WAA de B, Falcão RM de, Freitas S de A, Oliveira J dos S, Costa KN de FM. (2018). Analysis of the dissertations and theses of the graduate nursing program of Federal University of Paraíba. *REME*, 22, e-1093. doi:10.5935/1415-2762.20180023
- Rached CDA, Sousa G de C, Borges FA, Carloni PRRFR, Domercant H. (2022). The nurse: relationship between leadership style, values and Quality of Work Life. *Journal of Positive Psychology & Wellbeing*, 6(2), 1631–1644.
- Sabbah IM, Ibrahim TT, Khamis RH, Bakhour HAM, Sabbah SM, Droubi NS, et al. (2020). The association of leadership styles and nurses well-being: a cross-sectional study in healthcare settings. *The Pan African Medical Journal*, 36, 328. doi:10.11604/pamj.2020.36.328.19720
- Silva CC, Ferraz RRN, Barnabé AS, Fonseca SUL, Evengelista AA, Ramos AL, et al. (2016). A influência dos estilos de liderança no comportamento da equipe de enfermagem [The influence of leadership styles in the behavior of the nursing staff]. *Gestao em Foco*, 2016, 290–298.
- Specchia ML, Cozzolino MR, Carini E, Di Pilla A, Galletti C, Ricciardi W, et al. (2021). Leadership styles and nurses' job satisfaction. Results of a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1552. doi:10.3390/ijerph18041552
- Torun S. (2019). Türkiye'de Hemşirelik Lisans Programlarında Hemşirelik Tarihi Dersi Öğretiminin İncelenmesi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 9(3), 317-325. doi:10.31020/mutfd.587749
- Uslu Sahan F, Terzioğlu F. (2022). Transformational leadership practices of nurse managers: the effects on the organizational commitment and job satisfaction of staff nurses. *Leadership in Health Services*, 35(5), 494-505. doi:10.1108/LHS-11-2021-0091
- Yılmaz A, Yazgan EO, Dur B, Salman F, Demir A. (2017). Türkiye'de hemşirelik lisansüstü tezlerinin yayın olma durumu: Bibliyometrik çalışma (1977-2016) [Publishing status of graduate dissertation in nursing: bibliometric study (1977-2016)]. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 19(3), 34-44
- Yükseköğretim Kurulu (YÖK). (2024). National Thesis Center. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/> (Erişim tarihi: 03/03/2024).

Araştırma Makalesi

Palyatif Bakım Veren Hemşirelerin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi Düzeylerinin Bakım Davranışlarına Etkisi

The Effect of Palliative Care Nurses' Level of Knowledge on Palliative Care on Their Care Behaviours

Mensure TURAN^a, Engin TURAN^a

^aDr. Öğr. Üyesi, Şırnak Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Şırnak, Türkiye

Geliş tarihi/Date of receipt: 13/11/2023

Kabul tarihi/ Date of acceptance: 01/07/2024

ÖZ

Amaç: Palyatif bakım hizmetlerine ihtiyaç her geçen gün artmaktadır. Palyatif bakım hizmetlerinin önemli bir parçası olan hemşirelerin bilgi düzeyi ve bakım davranışları bakımın kalitesini etkilemektedir. Bu araştırma palyatif bakım veren hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgi düzeylerinin bakım davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Yöntem: Tanımlayıcı kesitsel tipte olan araştırma, kamuya bağlı bir hastanenin palyatif bakım birimlerinde çalışan hemşirelerle gerçekleştirildi. Palyatif Bakım Bilgi Testi ve Bakım Davranışları Ölçeği-24 ile veriler toplandı.

Bulgular: Katılımcıların %74,4'ünün kadın, yaş ortalamasının 32,7±5,28 yıl ve birimde çalışma süresinin 3,20±2,71 yıl olduğu belirlendi. Hemşirelerin Palyatif Bakım Bilgi Testi puan ortalaması 12,33±4,39 (min-max:3,00-19,00) ve Bakım Davranışları Ölçeği-24 puan ortalaması 5,14±1,17 (min-max:1,04-6,00) olarak belirlendi ve ölçek toplam puanları arasında anlamlı farklılık görülmedi. Cinsiyete göre Palyatif Bakım Bilgi Testi puan ortalaması ve "ağrı" alt boyutunda anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), palyatif bakım hakkında eğitim alma durumunda ise Palyatif Bakım Bilgi Testi puan ortalaması ile "ağrı", "dispne" ve "gastrointestinal problemler" alt boyutlarında anlamlı farklılık görülürken Bakım Davranışları Ölçeği-24 ve alt boyutlarında anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$).

Sonuç: Palyatif bakım sunan hemşirelerin bilgi düzeylerinin orta bakım davranışları algılarının ise yüksek olduğu fakat palyatif bakım bilgi düzeyleri ile bakım davranışları algıları arasında ilişki olmadığı görüldü.

Anahtar Kelimeler: Bakım Davranışı, Hemşire, Palyatif Bakım, Palyatif Bilgi

ABSTRACT

Objective: The need for palliative care services is increasing. In palliative care services, nurses' knowledge level and care behaviors affect the quality of care. This research was conducted to determine the effect of palliative care nurses' knowledge levels regarding palliative care on their care behaviors.

Methods: The research, designed as a descriptive cross-sectional type, was conducted with nurses working in the palliative care units of a public hospital. Data were collected with the Palliative Care Knowledge Test and the Care Behavior Scale-24.

Results: It was determined that 74.4% of the participants were women, the average age was 32.97±5.28 years and the length of time working in the unit was 3.20±2.71 years. Nurses' average score on the Palliative Care Knowledge Test was determined as 12.33±4.39 (min-max: 3.00-19.00) and the average score on the Care Behavior Scale-24 was 5.14±1.17 (min-max: 1.04-6.00), and no significant difference was observed between the total scores of the scale. According to gender; There was a significant difference in the Palliative Care Knowledge Test mean score and the "pain" sub-dimension ($p<0.05$). According to the status of receiving education about palliative care; While there was a significant difference in the Palliative Care Knowledge Test mean score and the "pain", "dyspnea" and "gastrointestinal problems" sub-dimensions, there was no significant difference in the Care Behavior Scale-24 and its sub-dimensions ($p>0.05$).

Conclusion: The knowledge level of nurses providing palliative care was moderate and their perception of care behaviors was high. However, no relationship was observed between palliative care knowledge levels and perceptions of care behaviors.

Keywords: Care Behaviour, Nurse, Palliative Care, Palliative Knowledge

ORCID IDs: MT:0000-0002-1011-4963; ET:0000-0001-6670-3217

Sorumlu yazar/Corresponding author: Dr. Öğr. Üyesi Mensure TURAN, Şırnak Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Şırnak, Türkiye

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

Atıf/Citation: Turan M, Turan E. (2024). Palyatif bakım veren hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgi düzeylerinin bakım davranışlarına etkisi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 7 (3), 283-291. doi:10.54189/hbd.1390334

GİRİŞ

Palyatif bakım, kritik hastalığa sahip hasta ve ailelerinin yaşam kalitelerini optimize etmek için acıyı azaltmaya yönelik eşzamanlı bakımı içerir (Schroeder ve Lorenz, 2018). Ayrıca bireylerin fiziksel ve psikolojik olarak rahatlatmasını amaçlayan multidisipliner bakımı kapsamaktadır (Mermer ve Özçelik, 2022). Sağlık alanındaki tıbbi teknolojik gelişmelere paralel olarak kronik hastalıklarla yaşam süresi uzamakta ve bununla beraber palyatif bakıma duyulan ihtiyaç artmaktadır (Ayed vd., 2015; Damak ve Kumsar, 2020). Hastalıkla yaşanan sürenin uzamasıyla birlikte hasta ve ailelerinin ihtiyaç ve gereksinimlerinin karşılanması yaşam sonu bakım kavramını ortaya çıkarmıştır. Yaşam sonu bakımda önemli bir yere sahip olan hemşireler fiziksel, psikolojik, spiritüel ve sosyal açıdan bireylerin ihtiyaçlarını karşılamaktadır. (Damak ve Kumsar, 2020; Üzen Cura ve Ateş, 2020). Yaşamın son dönemindeki hasta ve ailelerine verilen palyatif bakım, hemşirelik bakımının bir parçasıdır ve bu süreçte hemşireler hasta ve aile bireyleriyle diğer sağlık profesyonellerine göre daha çok vakit geçirirler (Dehghani vd., 2020; Schroeder ve Lorenz, 2018). Literatürde palyatif bakım hastaları ve aile üyeleri hemşirelerin karşılıklı güven ve sürekli iletişime dayalı desteğine güvendiklerini belirtmektedir (Fliedner vd., 2021; Head vd., 2018). Bundan dolayı hemşirelerin palyatif bakım alan bireylerin ihtiyaçlarını bütüncül yaklaşımla ele alıp kaliteli bir palyatif bakım sunması için bilgi, tutum ve bakım uygulamalarında yetkinliğe sahip olması gerekir (Damak ve Kumsar, 2020; Mermer ve Özçelik, 2022). Dünya Sağlık Örgütü tarafından palyatif bakımın güvenli uygulanması ve sağlık sistemine entegre edilebilmesi için eğitim ve öğretimin önemi vurgulanmıştır ve yetersiz bilgi palyatif bakım hizmetlerinin sağlanmasının önündeki temel engellerden biri olarak kabul edilmiştir (Al Qadire, 2014; Stjernswärd, Foley ve Ferris, 2007).

Hemşirelerin palyatif bakım bilgi düzeylerinin değerlendirildiği araştırmalarda bilgi düzeylerinin genel olarak düşük olduğu belirtilmiştir (Ayed vd., 2015; Damak ve Kumsar, 2020; Dehghani vd., 2020; Mermer ve Özçelik, 2022). Bakım, hemşirelik mesleğinin temelini oluşturur. Kaliteli bir hemşirelik bakımı sunumu hasta memnuniyeti ve meslek disiplininin gelişmesine katkı sağlar. Hemşireler bilgi, beceri ve deneyimlerini bakım davranışlarına yansıtır. Bu nedenle hemşirelerin bakım davranışlarının ölçülmesi bakım kalitesinin geliştirilmesine katkı sunar (Emine ve İlkay, 2020; Kurşun ve Kanan, 2012).

Palyatif bakım hemşireliği yoğun eleştirel düşünmeyi, yüksek zihinsel işleyişi ve kompleks palyatif hemşirelik girişimlerini kullanma becerisini gerektirir. Palyatif bakımın kendine özgü spesifik uygulamaları dikkate alındığında hemşirelerin palyatif bakım bilgi ve deneyimlerini bakım uygulamalarına yansıtması beklenmektedir (Fliedner vd., 2021; Schroeder ve Lorenz, 2018). Literatürde hemşirelerin palyatif bakıma yönelik bilgi düzeyini ölçen araştırmalar (Ayed vd., 2015; Hao vd., 2021; Mermer ve Özçelik, 2022) farklı klinik hemşireleriyle yapılmıştır. Bu araştırma ise aktif olarak palyatif bakım kliniğinde çalışan hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgi düzeyleri ile bakım davranışlarına dikkat çekmek amacıyla yapılmıştır.

Amaç

Palyatif bakım veren hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgi düzeylerinin bakım davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

Araştırma Soruları

Palyatif bakım sunan hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgi düzeyleri ve bakım davranışları nasıldır?

Palyatif bakım sunan hemşireler palyatif bakıma ilişkin bilgilerinin bakım davranışlarına yansıtmakta mıdır?

YÖNTEM

Araştırmanın tipi

Araştırmada tanımlayıcı kesitsel tasarım kullanıldı.

Araştırma örnekleme

Araştırma, etik kurul ve kurum izinleri alınarak kamuya bağlı Türkiye'nin doğusunda bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinde 15 Haziran 2023-15 Temmuz 2023 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini bu hastanenin palyatif bakım ünitelerinde çalışan 42 hemşire oluşturdu. Araştırmada örneklem seçimine gidilmedi ve 39 (%92,85) hemşire ile tamamlandı.

Araştırmaya Alınma Kriterleri;

Palyatif bakım ünitelerinde aktif çalışan hemşireler

Çalışmaya katılmayı kabul eden hemşireler

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri;

Anket formlarını eksik dolduran hemşireler

Verilerin Toplanması

Araştırma verileri 15 Haziran 2023- 15 Temmuz 2023 tarihleri arasında araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden online anketler yoluyla toplandı. Google forms aracılığıyla oluşturulan anketler, doldurulmaları için klinikte hemşirelere mobil uygulama veya e-mail aracılığı ile teslim edildi. Her katılımcı için Google hesabı üzerinden bir girişe izin verilerek tekrarlı girişler önlenildi. Hastanenin palyatif bakım ünitelerinde çalışan tüm hemşireler araştırmaya katılmaya davet edildi. Hemşireler anket bağlantısının ilk bölümünde yer alan “bilgilendirilmiş onay” bölümüne onay verdikten sonra erişime açılan anketleri isimsiz olarak doldurdular.

Veri Toplama Araçları

Veriler; “Hemşire Demografik Özellikler Formu”, “Palyatif Bakım Bilgi Testi (PBBT)” ve “Bakım Davranışları Ölçeği-24 (BDÖ-24)” ile toplandı.

Hemşire Demografik Özellikler Formu

Bu form hemşirelerin demografik özellikleri ve palyatif bakımla ilgili 7 sorudan literatür (Ayed vd., 2015; Kızılırmak ve Bulut, 2022; Kurşun ve Kanan, 2012; Mermer ve Özçelik, 2022) desteğiyle araştırmacı tarafından oluşturuldu.

Palyatif Bakım Bilgi Testi (PBBT)

Nakazawa ve arkadaşları (2009) tarafından geliştirilen ölçek; sırasıyla 5 alt boyutu olan felsefe, ağrı, dispne, gastrointestinal problemler ve psikiyatrik problemler ve 20 soru ile “doğru”, “yanlış” ve “bilmiyorum” cevaplarından oluşmaktadır. Değerlendirmede “bilmiyorum” cevabı yanlış kabul edilerek test iki dereceli olarak puanlanmaktadır. Ölçekte 10 madde ters puanlanmıştır. “Doğru” cevaplara 1 puan, “yanlış” cevaplara 0 puan verilerek toplam 0-20 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça bilgi düzeyinin yüksek olduğu belirtilmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması

Seven ve Sert tarafından (2015) yapılmış ve cronbach alpha değeri 0,91 olarak belirlenmiştir (Seven ve Sert, 2017). Bu araştırmada testin hemşirelerde cronbach alpha değeri 0,82 olarak belirlendi.

Bakım Davranışları Ölçeği-24 (BDÖ-24)

Wolf ve arkadaşlarının (1994) 42 madde olarak geliştirdikleri ölçek daha sonra Wu ve arkadaşları (2006) tarafından yapılandırılarak BDÖ-24 şeklinde tasarlanmıştır. Ölçek; 4 alt boyuttan sırasıyla “güvence”, “bilgi-beceri”, “saygılı olma” ve “bağlılık” boyutları ile 24 sorudan oluşmuştur. Ölçek 6 puanlık likert (1:Asla, 2:Hemen hemen asla, 3:Bazen, 4:Genellikle, 5:Çoğu zaman, 6:Her zaman) bir skala olup puanlamada verilen yanıtlar toplanarak aritmetik ortalama belirlenip alt boyut puanları da hesaplanmaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça hemşirelerin bakım kalitesini algılama düzeylerinin arttığı kabul edilmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Kurşun ve Kanan (2010) yaparak hemşirelerde cronbach alpha değerini 0,96 bulmuştur (Kurşun ve Kanan, 2012). Bu araştırmada ise hemşirelerde cronbach alpha değeri 0,99 olarak belirlendi.

Verilerin İstatistiksel Analizi ve Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin istatistiksel analizleri için Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 25 paket programı kullanıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kurtosis ve Skewness katsayıları dikkate alınarak; tanımlayıcı istatistiksel metotlar için ortalama, standart sapma, yüzde, minimum, maksimum analizleri yapıldı. Karşılaştırma analizleri için Mann Whitney U, Kruskal Wallis ve ölçek puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için Spearman Korelasyon kullanıldı.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce bir üniversitenin etik kurul komitesinden etik kurul onayı (Sayı: 2023/63107) ve verilerin toplanacağı kamu hastanesinden (Sayı: E-58146266-929-215910651) gerekli yasal izinler alındı. Araştırma protokolünde Helsinki Bildirgesi'ne uygunluk göz önünde bulundurularak katılımcılar verilerin gizliliği hakkında bilgilendirildi ve onamları alındı.

BULGULAR

Araştırmaya katılan palyatif bakım veren hemşirelerin, yaş ortalaması 32,97±5,28 yıl, palyatif bakım biriminde çalışma süresi ortalaması 3,20±2,71 yıl, %74,4'ünün kadın ve %69,2'sinin lisans mezunu olduğu belirlendi. Hemşirelerin %69,2'sinin palyatif bakım hakkında eğitim aldığı ve %41'inin bu eğitimi hizmet içi eğitimlerden aldığı belirlendi (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelerin Demografik Özellikleri

		Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	29	74,4
	Erkek	10	25,6
Eğitim Durumu	Lise	2	5,1
	Önlisans	6	15,4
	Lisans	27	69,2
	Lisans Üstü	4	10,3
Palyatif Bakım Hakkında Eğitim Alma	Evet	27	69,2
	Hayır	12	30,8
Palyatif Bakım Bilgi Kaynağı	Lisans Eğitimi	2	5,1
	Kongre ve Seminer	4	10,3
	Online Dergi/Kitap	2	5,1
	Hizmet İçi Eğitim	16	41
	Diğer	3	7,7

Tablo 1. Hemşirelerin Demografik Özellikleri (Devamı)

	Ort±SS	Min	Max
Yaş (yıl)	32,97±5,28	24	48
Meslekte Çalışma (yıl)	11,05±5,31	1	27
Palyatif Birimde Çalışma (yıl)	3,20±2,71	1	10

Hemşirelerin BDÖ-24 puan ortalaması 5,14±1,17, ve ölçekteki alt boyut puan ortalamaları sırasıyla; “güvence” alt boyutu 5,11±1,20, “bilgi ve beceri” alt boyutu 5,31±1,16, “saygılı olma” alt boyutu “5,12±1,19” ve “bağlılık” alt boyutu 5,05±1,17 olarak belirlendi. PPBT ölçek puan ortalaması 12,33±4,39 ve ölçeğin alt boyut puan ortalaması sırasıyla; “felsefe” alt boyutu 0,58±0,81, “ağrı” alt boyutu 3,92±1,61, “dispne” alt boyutu 3,02±0,95, “psikiyatrik problemler” alt boyutu 2,56±1,23 ve “gastrointestinal problemler” alt boyutu 2,23±1,34 olarak belirlendi (Tablo 2).

Tablo 2. BDÖ-24 ve PPBT Ölçek Puan Ortalamaları

	Ort±SS	Min	Max
BDÖ-24	5,14±1,17	1,04	6,00
Güvence	5,11±1,20	1,00	6,00
Bilgi ve Beceri	5,31±1,16	1,20	6,00
Saygılı Olma	5,12±1,19	1,00	6,00
Bağlılık	5,05±1,17	1,00	6,00
PPBT	12,33±4,39	3,00	19,00
Felsefe	0,58±0,81	,00	2,00
Ağrı	3,92±1,61	1,00	6,00
Dispne	3,02±0,95	1,00	4,00
Psikiyatrik Problemler	2,56±1,23	,00	4,00
Gastrointestinal Problemler	2,23±1,34	,00	4,00

Palyatif hemşirelerinin cinsiyet durumuna göre PPBT puan ortalaması ve “ağrı” alt boyutunda anlamlı fark olduğu ($p<0,05$) belirlendi. Eğitim durumuna göre PPBT’nin “ağrı” alt boyutu ile BDÖ-24 puan ortalaması ve alt boyutları “güvence” ve “saygılı olma” alt boyutlarında anlamlı farklılık belirlendi ($p<0,05$). Eğitim durumuna göre PPBT ve BDÖ-24 puan ortalaması en yüksek lise (PPBT:17,00; BDÖ-24: 5,91) düzeyinde görülürken gruplar arasında anlamlı farklılık belirlenmedi ($p<0,05$). Hemşirelerin palyatif bakım ile ilgili eğitim alma durumuna göre PPBT puan ortalaması ile “ağrı”, “dispne” ve “gastrointestinal problemler” alt boyutlarında anlamlı farklılık belirlenirken ($p<0,05$) BDÖ-24 ve alt boyutlarında anlamlı farklılık belirlenmedi ($p>0,05$). Palyatif bakım ile ilgili bilgi kaynağı durumunda ise sadece BDÖ-24 ve alt boyutlarında anlamlı farklılık belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 3).

Tablo 3. Hemşirelerin Bazı Özelliklerinin Ölçek Puan Ortalamalarıyla Karşılaştırılması

	PPBT	Felsefe	Ağrı	Dispne	PP*	GP**	BDÖ-24	Güvence	Bilgi Beceri	Saygılı Olma	Bağlılık
Cinsiyet											
Kadın	11,55±4,36	,58±0,82	3,55±1,63	2,96±,86	2,41±1,35	2,03±1,34	5,32±,73	5,33±,76	5,48±,71	5,29±,76	5,18±,73
Erkek	14,60±3,80	,60±,84	5,00±,94	3,20±1,22	3,00±,66	2,80±1,22	4,63±1,94	4,50±1,94	4,80±1,93	4,63±1,96	4,68±1,98
p	,050	,965	,002	,587	,083	,116	,923	,327	,343	,719	,674
Eğitim Durumu											
Lise	17,00±,00	,00±,00	6,00±,00	4,00±,00	4,00±,00	3,00±,00	5,91±,00	6,00±,00	6,00±,00	6,00±,00	5,60±,00
Önlisans	12,00±4,09	,66±1,03	4,66±,51	2,33±1,03	2,00±,89	2,33±1,03	5,61±,57	5,66±,51	5,66±,51	5,55±,68	5,53±,57
Lisans	11,88±4,26	,55±,75	3,44±1,64	3,18±,73	2,51±1,28	2,18±1,49	5,30±,73	5,29±,76	5,45±,73	5,27±,75	5,21±,75
YL/Doktora	13,50±6,35	5,00±1,15	5,00±1,15	2,50±1,73	3,00±1,15	2,00±1,15	3,00±2,26	2,68±1,94	3,50±2,65	3,00±2,30	3,00±2,30
p	,429	,560	,026	,061	,213	,852	,035	,005	,117	,019	,078

Tablo 3. Hemşirelerin Bazı Özelliklerinin Ölçek Puan Ortalamalarıyla Karşılaştırılması (Devamı)

Palyatif Bakım Eğitim Alma Durumu											
Evett	13,59±3,93	,48±,75	4,40±1,42	3,25±,85	2,81±1,17	2,62±1,18	5,15±1,33	5,16±1,33	5,27±1,32	5,14±1,34	5,05±1,32
Hayır	9,50±4,16	,83±,93	2,83±1,52	2,50±1,00	2,00±1,20	1,33±1,30	5,12±,76	5,02±,89	5,40±,72	5,08±,80	5,06±,76
p	,009	,267	,007	,034	,063	,008	,272	,353	,465	,240	,444
Palyatif Bakım Bilgi Kaynağı											
Lisans Eğitimi	16,00±,00	1,00±,00	4,00±,00	4,00±,00	3,00±,00	4,00±,00	5,95±,00	5,87±,00	6,00±,00	6,00±,00	6,00±,00
Kongre/Seminer	14,00±1,15	,00±,00	4,00±2,30	4,00±,00	3,50±,57	2,50±,57	5,85±,16	5,75±,28	6,00±,00	5,91±,09	5,80±,23
Online Dergi/Kitap	13,00±,00	,00±,00	5,00±,00	3,00±,00	2,00±,00	3,00±,00	5,95±,00	6,00±,00	6,00±,00	6,00±,00	5,80±,00
Hizmet içi Eğitim	13,12±4,74	,62±,88	4,34±1,36	3,00±,89	2,62±1,36	2,50±1,36	4,64±1,53	4,67±1,56	4,77±1,55	4,58±1,52	4,52±1,51
Diğer	14,33±4,61	,33±,57	5,00±1,73	3,33±1,15	3,33±1,15	2,33±1,15	5,91±,00	5,95±,07	6,00±,00	5,94±,09	5,73±,23
p	,901	,414	,871	,187	,529	,536	,007	,023	,041	,006	,003

*PP: Psikiyatrik Problemler **GİP: Gastrointestinal Problemler

PBBT ve BDÖ-24 puan ortalamaları arasında ilişki bulunmadı fakat alt boyutlarda PBBT'nin "felsefe" alt boyutu ile BDÖ-24'ün "güvence" alt boyutu arasında negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu ve PBBT'nin "dispne" alt boyutu ile BDÖ-24'ün "saygılı olma" alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu belirlendi (p<0,05) (Tablo 4).

Tablo 4. Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		PBBT	Felsefe	Ağrı	Dispne	PP*	GİP**
BDÖ-24	r	,178	-,233	,217	,315	-,148	,159
	p	,279	,153	,184	,051	,369	,335
Güvence	r	,044	-,331	,159	,243	-,296	,016
	p	,790	,040	,334	,136	,068	,923
Bilgi Beceri	r	,045	-,290	-,001	,243	-,288	-,062
	p	,786	,074	,995	,136	,075	,707
Saygılı Olma	r	,221	-,276	,223	,389	-,073	,232
	p	,176	,089	,171	,014	,659	,155
Bağlılık	r	,226	-,177	,209	,290	-,064	,283
	p	,166	,280	,202	,074	,698	,080

*PP: Psikiyatrik Problemler **GİP: Gastrointestinal Problemler

TARTIŞMA

Palyatif bakım konusundaki bilgi eksikliği kaliteli hemşirelik bakımı sunumunun önündeki en büyük engellerden biridir. Bu nedenle palyatif bakım veren hemşirelerin optimal palyatif bakımı sağlayabilmeleri için bilgi düzeylerinin yeterli olması gerekir. Bu doğrultuda yapılan araştırmaya katılan hemşirelerin palyatif bakım biriminde çalışma süresi 3,20±2,71 yıl ve %69,2'sinin lisans mezunu olduğu ve literatürdeki (Al Qadire, 2014; Mermer ve Özçelik, 2022; Üzen Cura ve Ateş, 2020) araştırmalarla benzer özellik gösterdiği belirlendi. Hemşirelerin palyatif bakıma yönelik bilgi düzeyini araştıran çalışmalarda (Damak ve Kumsar, 2020; Farmani vd., 2019) hemşireler palyatif eğitimini daha çok lisans eğitimi sırasında aldığını belirtirken bu araştırmada hizmet içi eğitimlerden aldığı belirlendi. Bu durum çalışmanın sadece palyatif bakım veren hemşirelerle yapılmış olması ve çalışmanın yapıldığı kamu hastanesinin palyatif eğitim politikalarından kaynaklı olabilir.

Araştırmada hemşirelerin cinsiyet durumlarının palyatif bilgi düzeylerini etkilediği fakat bakım davranışları algısını etkilemediği belirlendi. Wijesinghe ve arkadaşları (2023) yaptıkları çalışmada cinsiyetin palyatif bakıma ilişkin olumlu tutumu etkilediğini bildirmişlerdir (Wijesinghe vd., 2023). Aynı zamanda hemşirelerin eğitim durumlarının bilgi düzeylerini etkilemediği fakat bakım davranışları algılarını etkilediği belirlendi. Ayrıca palyatif bakım konusunda eğitim alanların bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu fakat bakım davranışları algılarının etkilenmediği belirlendi. Bununla beraber palyatif bakım hakkında bilgi kaynağının bakım davranışları algısını etkilediği görüldü. Yoğun bakım hemşirelerinin bakım algısının

araştırıldığı bir çalışmada cinsiyetin ve eğitim durumunun bakım davranışlarını etkilediği belirlenmiştir (Kızılırmak ve Bulut, 2022). Hemşirelik öğrencilerinde, palyatif bakım bilgi düzeyi ve uygulamalarının araştırıldığı bir çalışmada cinsiyet ve palyatif bakımla ilgili eğitim almanın palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeylerini etkilediği bulunmuştur (Akdeniz Kudubeş ve Bektaş, 2021). Hemşirelerin palyatif bakım kliniğinde, hemşirelik bakım kalitesinin araştırıldığı bir çalışmada cinsiyetin, eğitim durumunun, palyatif birimde çalışma süresinin bakım davranışları puanlarını etkilemediği belirtilmiştir (Yılmaz vd., 2017). Literatür bulguları araştırma bulgularını desteklemektedir.

Araştırmada palyatif bakım veren hemşirelerin PBBT düzeyi orta ve en düşük felsefe ile gastrointestinal problemler alt boyutlarında olduğu, bakım davranışları algılarının ise genel olarak yüksek olduğu görüldü. Hemşirelerin bilgi düzeylerine göre en yüksek puan “ağrı” alt boyutunda en düşük “felsefe” alt boyutunda aldıkları görüldü. Bakım davranışları algılarında ise en yüksek puanı “bilgi beceri” alt boyutundan en düşük puanı ise “bağlılık” alt boyutundan aldıkları görüldü. Li ve arkadaşları (2023) yaptıkları bir sistematik incelemede hemşirelerin palyatif bakım bilgi düzeyinin düşük olduğunu belirtmişlerdir (Li vd., 2023). Kuzey Lübnan’da palyatif bakım hizmeti sunan hemşirelerle yapılan bir araştırmada hemşirelerin palyatif bakım bilgi düzeyinin düşük ve dispne ve psikiyatrik sorunlar alt boyutunda ise en düşük puanı aldıkları görülmüştür (Khatib vd., 2022). Farmani ve arkadaşları (2019) İran’da yaptıkları araştırmada hemşirelerin çoğunluğunun palyatif bakım konusunda olumlu tutuma sahip olduğunu ancak bilgi ve uygulamalarının zayıf olduğunu belirtmiştir (Farmani vd., 2019). Ayed ve arkadaşları (2015) hemşirelerin palyatif bakıma yönelik bilgi ve tutumlarını değerlendirdikleri çalışmada hemşirelerin bilgi düzeylerinin zayıf, tutumlarının orta düzeyde olduğunu belirtmişlerdir (Ayed vd., 2015). İspanya’ya ülke geneli yapılan bir araştırmada hemşirelerin palyatif bakım konusunda orta-düşük düzeyde bilgi sahibi olduğu ve bu alanda daha önce deneyimi veya eğitimi olanlarda bilgi düzeyinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (Martínez-Sabater vd., 2021). Literatürde hemşirelerin bakım davranışları algılarının araştırıldığı çalışmalarda hemşirelerin bakım algılarının yüksek olduğu belirtilmektedir (Gül ve Dinç, 2018; Kızılırmak ve Bulut, 2022; Yılmaz vd., 2017). Bu araştırmada ise palyatif bakım veren hemşirelerin PBBT ve BDÖ-24 toplam puan ortalamaları arasında ilişki belirlenmedi. Hemşirelerin bakım davranışları ve mesleki tutumları arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmada orta düzeyde bir ilişki belirlenmiş ve yoğun bakım hemşirelerinin bakım davranışları algılarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Erol ve Turk, 2019). Hemşirelerin palyatif bakım bilgi düzeylerinin ölüme karşı tutumlarının incelendiği bir araştırmada anlamlı farklılık belirlenmemiştir (Mermer ve Özçelik, 2022). Literatürde hemşirelerin bakım davranışlarına etki eden çalışmalar incelendiğinde palyatif bakım veren hemşirelerin palyatif bilgi düzeyleri ve bakım davranışları arasındaki ilişkiyi ortaya koymak açısından yetersiz oldukları görülmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sadece bir kamu hastanesinde yapıldığı için sonuçlar yalnızca çalışma yapılan palyatif bakım hemşirelerine genellenebilir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmada palyatif bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin bilgi düzeyleri orta düzeyde bakım davranışları algılarının ise yüksek olduğu fakat palyatif bakım bilgi düzeylerini bakım davranışları algılarına yansıtmadıkları görüldü. Kronik hastalıkların artan insidansına paralel olarak palyatif bakım hizmetlerine gün geçtikçe daha fazla ihtiyaç duyulacaktır. Bu doğrultuda; daha geniş örneklem grubu ve hemşirelik bakım kalitesine etki eden değişkenlerin etkisinin incelendiği çalışmaların yapılması alana katkı sağlayacaktır. Palyatif bakımda eğitimin önemi ve kaliteli bakımın sağlanması dikkate

alındığında bilgi düzeylerinin güncel olması için palyatif bakıma yönelik sürekli eğitim programları oluşturulması, lisans eğitimi sırasında teorik ve uygulama derslerine daha fazla zaman ayrılması önerilmektedir.

Araştırmanın Etik Yönü/Ethics Committee Approval: Bu araştırmanın etik kurul onayı Şırnak Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Sayı:2023/63107, Tarih:02.05.2023) alınmıştır.

Hakem/Peer-review: Dış hakem bağımsız.

Yazar Katkısı/Author Contributions: Fikir ve tasarım: MT, ET; Veri toplama: MT, ET; Veri analizi ve yorumlama: MT, ET; Makale yazımı: MT, ET; Eleştirel inceleme: MT, ET.

Çıkar Çatışması/Conflict of Interest: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek/Financial Disclosure: Yazarlar çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

- Akdeniz Kudubeş A, Bektaş M. (2021). Hemşirelik öğrencilerinin palyatif bakım bilgi düzeyi ve uygulamalarının palyatif bakım zorluklarını yordama gücü: Tanımlayıcı araştırma. *Journal of Traditional Medical Complementary Therapies*, 4(3), 385-393.
- Al Qadire M. (2014). Nurses' knowledge about palliative care: A cross-sectional survey. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 16(1), 23-30.
- Ayed A, Sayej S, Harazneh L, Fashafsheh I, Eqtait F. (2015). The nurses' knowledge and attitudes towards the palliative care. *Journal of Education and Practice*, 6(4), 91-99.
- Damak N, Kumsar AK. (2020). Hemşirelerin palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeyleri ve iyi ölüme yönelik algıları. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 3(1), 1-14.
- Dehghani F, Barkhordari-Sharifabad M, Sedaghati-Kasbakhi, M, Fallahzadeh H. (2020). Effect of palliative care training on perceived self-efficacy of the nurses. *BMC palliative care*, 19, 1-6.
- Emine K, İlkay B. (2020). Yoğun bakım hemşireliğinde bakım davranışları üzerine bir literatür derleme. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24(1), 32-38.
- Erol F, Turk G. (2019). Assessing the caring behaviours and occupational professional attitudes of nurses. *The Journal of Pakistan Medical Association*, 1(4), 6-7.
- Farmani AH, Mirhafez SR, Kavosi A, Pasha AM, Mohammadi G, Moeini V, vd. (2019). Dataset on the nurses' knowledge, attitude and practice towards palliative care. *Data in Brief*, 22, 319-325.
- Fliedner M, Halfens RJG, King CR, Eychmueller S, Lohrmann C, Schols JMGA. (2021). Roles and responsibilities of nurses in advance care planning in palliative care in the acute care setting: a scoping review. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 23(1), 59-68. doi:10.1097/njh.0000000000000715
- Gül Ş, Dinç L. (2018). Hastaların ve hemşirelerin hemşirelik bakımına yönelik algılarının incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 5(3), 192-208.
- Hao Y, Zhan L, Huang M, Cui X, Zhou Y, Xu E. (2021). Nurses' knowledge and attitudes towards palliative care and death: A learning intervention. *BMC Palliative Care*, 20, 1-9.
- Head BA, Song MK, Wienczek C, Nevidjon B, Fraser D, Mazanec P. (2018). Palliative nursing summit: nurses leading change and transforming care: the nurse's role in communication and advance care planning. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 20(1), 23-29. doi:10.1097/njh.0000000000000406
- Khatib SE, Khoder A, Moghrabi D, Rabah M, Tabbah SA. (2022). Nurses' knowledge about palliative care services in North Lebanon. *International Journal of Palliative Nursing*, 28(10), 474-481.
- Kızıllırmak H, Bulut S. (2022). Yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel tespit uygulamaları ile bakım davranışları arasındaki ilişki. *Gevher Nesibe Journal Of Medical And Health Sciences*, 7(21), 129-140.
- Kurşun Ş, Kanan N. (2012). Bakım Davranışları Ölçeği-24'ün Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(4), 229-235.
- Li L, Wang F, Liang Q, Lin L, Shui X. (2023). Nurses knowledge of palliative care: systematic review and meta-analysis. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 13, e232-245. doi: 10.1136/spcare-2022-004104
- Martínez-Sabater A, Chover-Sierra P, Chover-Sierra E. (2021). Spanish nurses' knowledge about palliative care. a national online survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11227.
- Mermer R, Özçelik H. (2022). Hemşirelerin palyatif bakımla ilgili bilgi düzeyleri ve ölüme karşı tutumları. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 9(1), 55-63.

Schroeder K, Lorenz K. (2018). Nursing and the future of palliative care. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 5(1), 4-8.

Seven A, Sert H. (2017). Turkish reliability and validity of palliative care knowledge test. *International Journal of Current Research*, 9(5), 50742-50746.

Stjernswärd J, Foley KM, Ferris FD. (2007). The public health strategy for palliative care. *J Pain Symptom Manage*, 33(5), 486-493. doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.02.016

Üzen Cura Ş, Ateş E. (2020). Palyatif bakım kliniğinde çalışan hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım vermede yaşadıkları zorluklar. *Journal of Academic Research in Nursing (JAREN)*, 6(3), 483-490.

Wijesinghe T, Gunathilaka N, Mendis S, Udayanga L. (2023). Assessment of knowledge and attitude towards the palliative care among nurses in Sri Lanka: A hospital-based study. *Journal of Palliative Care*, 38 (3), 345-354. doi:10.1177/08258597231153383

Yılmaz DU, Korhan EA, Khorshid L. (2017). Evulation of nursing care quality in a palliative care clinic. *Journal of Human Sciences*, 14(3), 2968-2980.

Araştırma Makalesi

Pandemi Döneminde Hemşirelerin Duygu Durum Değişiklikleri ve Etkileyen Etmenlerinin İncelenmesi

Determination of Mood Changes of Nurses Working During The Pandemic Period

İlknur DAYANÇ^a, Pınar TEKİN^b, Özge KÖSE^c

^a Uzm. Hem., Eğitim ve Gelişim Hemşiresi, Acıbadem Bodrum Hastanesi, Muğla, Türkiye

^b Uzm. Hem., Sorumlu Hemşire, Acıbadem Bodrum Hastanesi, Muğla, Türkiye

^c Hem., Klinik Eğitim Hemşiresi, Acıbadem Bodrum Hastanesi, Muğla, Türkiye

Geliş tarihi/Date of receipt: 18/12/2023

Kabul tarihi/ Date of acceptance: 30/09/2024

ÖZ

Amaç: Yaşamı tehdit eden COVID-19, akut solunum sendromu ve pnömoniye neden olan bir virüstür. COVID-19 hastalarıyla yakın temasta olan sağlık çalışanları, fizyolojik ve ruhsal sağlık sorunları ile karşılaşmıştır. Salgın ve karantina; travma sonrası stress bozukluğu, kaygı belirtileri, öfke, uyku sorunları, uyum bozukluğu ve takıntılar gibi psikolojik tepkilere neden olmuştur.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki çalışma 27 Mayıs - 31 Aralık 2021 tarihleri arasında yapılmıştır. Örneklemi araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 352 hemşire oluşturmuştur. Veriler "Tanıtıcı Bilgiler Veri Formu" ve "Çok Boyutlu COVID-19 Ölçeği" elektronik anket formları ile elde edilmiştir. Verilerin analizi SPSS 24.0 ile yapılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılanların bireylerin %86,1'i kadın, %78,7'si 20-30 yaş aralığında, %31,8'i lisans mezunu, %75,3'ü bekar ve %81,5'i çocuk sahibi değildir. Çalışmada kişilerin Çok Boyutlu COVID-19 Ölçeği puan ortalaması 78,20±21,58'dir. Eğitim durumu, birlikte yaşanan kişiler, birlikte yaşanan kişilerden ayrı yaşamaya başlama durumu ve birlikte yaşanan kişilere virüs bulaştırma ihtimaline karşı kaygılanması durumu ölçek alt boyutlarında anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05).

Sonuç: Çalışma sonuçlarına göre yüksek lisans mezunu olanların, diğer kişilerle yaşayanların, normalde yaşadığı kişilerden ayrı yaşamaya başlayanların ve yaşadığı kişilere virus bulaştırma ihtimaline karşı kaygılanma durumları yüksek olanların psikolojik belirtilerinin fazla, belirsizliğe tahammül etme ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin düşük olduğu gösterilmektedir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Duygu-Durum, Hemşire, Pandemi, Psikoloji, Virüs

ABSTRACT

Objective: Healthcare professionals caring for COVID-19 patients have encountered physiological and mental health problems such as post-traumatic stress disorder, anxiety symptoms, anger, sleep problems, adjustment disorder and obsessions.

Methods: The descriptive and cross-sectional study was conducted between May 27-December 31, 2021. The sample consisted of 352 nurses. The data was obtained with the "Introductory Information Data Form" and "Multidimensional COVID-19 Scale" forms. Data analysis was done with SPSS 24.0.

Results: In the study, 86.1% are women, 78.7% are between the ages of 20-30, 31.8% have a bachelor's degree, 75.3% are single and 81.5% do not have children. The meanscoreof the Multidimensional COVID-19 scale is 78.20±21.58.A significant difference was found in the scale sub-dimensions of education level, cohabitants, starting to live separately from cohabitants, and anxiety about the possibility of transmitting the virus to cohabitants (p<0,05).

Conclusion: The psychological resilience levels of those who have a master's degree, those who live with other people, those who have started to live separately from the people they normally live with, and those who have high anxiety about the possibility of infecting the virus with the people they live with, have been found to be low.

Keywords: COVID-19, Mood, Nurse. Pandemic, Psychology, Virus

ORCID IDs: İD: 0000-0001-7758-2713, PT: 0009-0004-0874-3420, ÖK:0000-0002-8252-4371

Sorumlu yazar/Corresponding author: Uzm. Hem., Eğitim ve Gelişim Hemşiresi, İlknur DAYANÇ, Acıbadem Bodrum Hastanesi, Muğla, Türkiye

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

Atıf/Citation: Dayanç İ, Tekin P, Köse Ö. (2024). Pandemi döneminde hemşirelerin duygu durum değişiklikleri ve etkileyen etmenlerinin incelenmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 7 (3), 292-304. doi:10.54189/hbd.1403404

GİRİŞ

İnsanoğlu tarih boyunca birçok salgın hastalıkla karşılaşmıştır. Yaşanan bu salgınlar büyük olaylara sebep olmuş ve milyonlarca insan hayatını kaybetmiştir (Ateş, 2020; Demirel, 2020). Salgınlar öncelikle hayati tehlike yaratmakta daha sonra fizyolojik ve psikolojik etkileri nedeniyle toplumun dikkatini çekmektedir. Bu tür salgınlardan SARS-COV-2 olarak adlandırılan koronavirüs yüksek ve hızlı bulaşma yeteneğine sahip bir hastalık olduğu ve tüm dünyayı etkisi altına aldığı için ‘pandemi’ adıyla nitelendirilmektedir. (Demirel, 2020; Yakut vd., 2020). Yeni tip koronavirüs olan COVID-19 şiddetli akut solunum sendromu ve pnömoniye neden olan bir virüstür, ilk olarak Çin’in Wuhan şehrinde ortaya çıkmış ve kısa sürede dünyaya hızla yayılmıştır (Dai vd., 2020; Huang ve Zhao, 2020). İlk olgunun görüldüğü Aralık 2019’dan itibaren COVID-19 enfeksiyonu, damlacık ve temas yoluyla insandan insana bulaşmış ve küresel bir sorun haline gelmiştir. Türkiye’de ilk vaka ise Sağlık Bakanlığı tarafından 10 Mart 2019 tarihinde açıklamıştır (Bilimsel Danışma Kurulu, 2020; Chakraborty vd., 2020). COVID-19’da enfeksiyon belirtileri yaklaşık 2-14 günlük kuluçka döneminin ardından ortaya çıkmaktadır. Sıklıkla ateş yüksekliği, kuru öksürük, baş ağrısı, boğaz ağrısı, kas ve eklem ağrıları, aşırı halsizlik, dispne, koku ve tat alma duyu kaybının olduğu semptomlar görülürken, ağır vakalarda pnömoni, ciddi akut solunum yolu enfeksiyonu, böbrek yetmezliği ve ölüm gelişebilmektedir. Hastalık asemptomatik geçirilebildiği gibi, hafif ve orta şiddetli semptomlarla hastaların büyük çoğunluğu hastaneye yatmadan iyileşmektedir. Koronavirüsün bulaşıcı olması, tedavisinin kesin olarak bulunmaması salgın sürecinin devam etmesine, olumsuz sonuçların artmasına ve ölümle sonuçlanmasına neden olmaktadır. Morbidite ve mortalite oranının artması kişiler üzerinde ekonomik, sosyal ve psikolojik etkilere yol açmaktadır. Maddi gelir kaynaklarını, işini, güvenlik duygularını ve umutlarını kaybetme, anksiyete, depresyon, intihar düşüncesi, travma sonrası stres bozukluğu, uyku ve beslenme sorunları, endişelenme, panik olma, gerginlik, ölüm korkusu, sağlık kaygısı, virüse yakalanma, yakınlarına virüs bulaştırma ve sevdiği kişileri kaybetme korkusu, izolasyona bağlı çaresizlik ve yalnızlık hissi gibi durumlar ortaya çıkmıştır (Çölgeçen ve Çölgeçen, 2020; Demireli, 2020; Işık, 2020; Nehir ve Tavşanlı, 2021). Geri dönüşümsüz olan bu kayıplar kişilerin ruhsal bozukluklara ve depresyona yatkınlığını arttırmaktadır (Işıklı, 2020). Aynı zamanda salgın ve karantina durumu bireylerde stres ve kaygı belirtileri, konfüzyon ve öfke, uyku sorunlar, uyum bozukluğu semptomları ve obsesyon gibi psikolojik tepkilere neden olmaktadır (Brooks vd., 2020; Rossi vd., 2020). Sağlık bakım sisteminin vazgeçilmez bir parçası olan hemşirelik, insan yaşamın başlangıcından sonuna kadar olan tüm süreçlerde bireyi holistik şekilde ele alan, rol ve sorumluluklara sahip olan bir sağlık disiplini (Kaya vd., 2011). Hemşirelerin iş temposunun yoğun olması, 24 saat boyunca hasta ve yakınıyla iletişim kuruyor olmaları, finansal yetersizlikler, malzeme ve ekipman eksikliği, bakım verilen hasta sayısının fazla olması ve emeklerinin karşılığını maddi olarak alamamaları gibi nedenlerden dolayı tükenmişliği en çok yaşayan meslek gruplarının başında gelmektedir (Gülbayrak ve Aktaş, 2020; Uzun ve Mayda, 2020). Koronavirüs salgınının dünyada tahmin edilenden hızlı yayılması ve hakkında fazla bilgi olmaması, sağlık çalışanları üzerinde de korku ve kaygı gibi olumsuz etkileri olmuştur (Çam ve Dokumacı, 2022). Şüpheli veya tanı almış COVID-19 hastalarıyla yakın temas halinde çalışan başta hemşireler olmak üzere bütün sağlık profesyonelleri salgın dönemlerinde sağlık tehditlerini daha fazla hissetmiş, fizyolojik ve mental sağlık sorunları ile karşılaşmıştır. Özellikle yoğun bakım, acil servis ve COVID-19 hastalarının yattığı hasta katlarında çalışan hemşirelerin ruh sağlığı ciddi şekilde etkilenmiştir (Arapcioğlu vd., 2021; Buckley vd., 2020; Demireli, 2020; Zeybek vd., 2020). Lucchini ve arkadaşlarının (2020) yaptıkları çalışmada; pandemi döneminde yoğun bakım hasta sayısının artması hemşirenin iş yükünü %33 arttırdığı, Baykal ve arkadaşlarının (2020) araştırmasında ise deneyimsiz hemşirelerin alana oryantasyonu, yeni işe başlayan hemşirelerin eğitimi, kişisel koruyucu ekipman (KKE) dağıtımı, kontrolü ve yönetimi gibi konularda hemşirelerin iş yükünün arttığı belirtilmiştir (Lucchini vd., 2020; Baykal vd., 2020). İş yükünün artması, ağır ve stresli çalışma koşulları hemşireler için fiziksel, sosyal ve psikolojik problemlere neden olabilmektedir (Durmaz vd., 2020).

Hemşirelerin birçok insanın kendileri, aileleri, meslektaşları için duyduğu endişeyi duymaları stres kaynağı oluşturmakta ve bu süreç onların kaygı düzeylerinin artmasına yol açmaktadır (Demireli, 2020). Bunun nedeni olarak da hastalarla birebir temasta bulunan çalışanların çevresindeki kişilere virüs bulaştırmaları sonucu yaşadıkları korku ve suçluluk duygusu gösterilebilmektedir (Çam ve Dokumacı, 2022). Yapılan çalışmalar incelendiğinde sağlık çalışanlarının yaklaşık %85'inin çalıştığı alanda virüs bulaşına maruz kalmaktan korktuğu, COVID-19 ile enfekte olma riskinin çalışanlar üzerinde önemli psikososyal strese neden olduğu, anksiyete, obsesyon, uykusuzluk gibi belirtiler gösterdiği ve iyilik halini olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir. (Liu vd., 2020; Liu vd., 2020; Pappa vd., 2020). Depresyon veya anksiyete öyküsü olan kişilerde pandemi döneminde depresyon ve anksiyete görülme sıklığının arttığı ve kronik fizyolojik bir hastalığa sahip olan çalışanlarda uykusuzluk, kaygı, depresyon ve obsesyon semptomlarının görülme sıklığının da etkilendiği belirtilmiştir (Özaydın ve Güdük, 2021). Sağlık sisteminin en ön saflarında yer alan hemşireler fedakârlık ve özveriyle salgınla mücadele etmiş ve bu durum yaşam biçimlerinde değişikliklere, sosyal ve toplumsal izolasyona neden olmuştur (Demireli, 2020). Hemşirelerin etkin sağlık hizmeti verebilmeleri için tam bir iyilik halinde olması ve bu halin korunması büyük önem taşımaktadır (Ergün vd., 2016). Bunun yanında bireylere kaliteli bakım sağlayabilmeleri ve görevlerini yerine getirebilmeleri için pandemi döneminde desteklenmeleri gerekmektedir (Fernandez vd., 2020; Karasu ve Çopur, 2020; Liu vd., 2020; Sun vd., 2020). Bu süreçte hemşireler için yeterli dinlenme, düzenli beslenme, nefes egzersizleri gibi etkinlikleri yapma, kendilerine özen ve şefkat gösterme gibi öz bakım her zamankinden daha önemli hale gelmektedir. Ayrıca sosyal bağlantılarını sürdürmeleri için aileleri, çocukları ve arkadaşları ile düzenli görüşmelerinin sağlanması, tükenmişlik ya da psikolojik stres ve sıkıntı belirtilerinin fark edilmesi ve öncesinde önleme çalışmalarının yapılması daha fazla önemli hale gelmektedir (Çam ve Dokumacı, 2022). Bu bağlamda kişilerin kendilerine, ailelerine, sosyal destek sistemlerine, topluma, hastanedeki ve ülkedeki sorumlu kurumlara ciddi sorumluluklar düşmektedir (Durmaz vd., 2020).

Amaç

Bu çalışma pandemi döneminde çalışan hemşirelerin duygu durum değişiklikleri ve etkileyen etmenlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Sorusu

Pandemi döneminde hemşirelerin yaşadığı duygu durum değişikliklerini nelerdir?

Pandemi döneminde hemşirelerin yaşadığı duygu durum değişikliklerini etkileyen etmenler nelerdir?

YÖNTEM

Araştırma Tasarımı

Çalışma tanımlayıcı ve kesitseldir.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Özel bir Sağlık Grubuna ait 9 hastanesinde yapıldı. 27 Mayıs 2021 – 31 Aralık 2021 tarihleri arasında yürütüldü.

Araştırma Evreni ve Örneklem

Çalışma evrenini Özel bir Sağlık Grubuna ait hastanelerde çalışmakta olan hemşireler, örneklemine ise araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 352 hemşire oluşturdu.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri

- Araştırmaya katılmayı kabul etmek,
- Hemşirelik mezunu (lise, lisans, lisansüstü) olmak,

Veri Toplama Araçları

Veriler “Tanıtıcı Bilgiler Veri Formu” ve “Çok Boyutlu COVID-19 Ölçeği” ile elde edilmiştir.

Tanıtıcı Bilgiler Veri Formu: Araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olup, çalışanların sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 10 soru, sağlık çalışanlarının çalışma şartları ile ilgili bilgilerini belirlemeye yönelik 5 sorudan oluşmaktadır. Bu form 15 soru içermektedir. Çalışma örneklemini Özel bir Sağlık Grubuna ait Hastanelerde çalışmakta olan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan hemşireler oluşturacaktır. Fiziksel mesafenin sağlanması gerekliliği nedeniyle katılımcılara sosyal medya grupları (Whatsapp grupları, herkese açık formlar) üzerinden elektronik anket formu ile ulaşılmıştır.

Çok Boyutlu COVID-19 Ölçeği: Batıgün ve Ertürk tarafından 2020 yılında geliştirilen ölçek toplam 22 maddeden oluşmaktadır. Bütün maddelerin faktör yükleri .38 ile .87 arasında değişmektedir. Varyansın %18,79’unu açıklayan birinci faktör “COVID-19’a ilişkin duygu ve davranışlar” (9 madde); %16,85’ini açıklayan ikinci faktör “COVID-19’a ilişkin düşünceler” (8 madde) ve %14,26’sını açıklayan üçüncü faktör ise “COVID-19’a ilişkin alınan önlemler” (5 madde) olarak adlandırılmıştır. Belirlenen bu üç faktör toplam varyansın %49,89’unu açıklamaktadır (Batıgün ve Ertürk, 2020).

Veri Toplama Uygulaması

Çalışmanın yapıldığı hastanelerde çalışmakta olan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan hemşirelere sosyal medya grupları (Whatsapp grupları, herkese açık formlar) üzerinden elektronik anket formu ile ulaşıp veriler toplanmıştır.

Verilerin Analizi

Verilerin analizinde SPSS 24.0 kullanılmıştır. Çalışmada ölçek puanları hesaplanmış ve puanların normal dağılıma uygunluğunun belirlenmesi için basıklık ve çarpıklık katsayıları incelenmiştir. Ölçeklerden elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması normal dağılım için yeterli görülmüştür. Puanların normal dağılım göstermesi nedeni ile çalışmada parametrik test tekniklerinden yararlanılmıştır. Ölçek puanının demografik özelliklere göre farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi için t testi ve ANOVA testi kullanılmıştır. T testi, 2 gruplu demografik değişkenlerin analizinde kullanılırken ANOVA testi k ($k > 2$) gruplu değişkenlerin analizinde kullanılmıştır (De Carlo, 1997; Groeneveld ve Meeden, 1984; Hopkins ve Weeks, 1990; Moors, 1986).

Araştırma Etiği

Araştırmanın uygulanabilmesi için kurumun kendi etik kurul sonucunu değerlendirmeye alması gereğiyle Acıbadem Üniversitesi ve Acıbadem Sağlık Kuruluşları Tıbbi Araştırma Etik Kurulu’na başvurulmuş ve Etik Kurul izni (Karar No:2021-09/64 Tarih: 26/05/2021) alınmıştır. Çalışma, araştırmaya katılmaya gönüllü olan çalışanlarla yürütülmüştür. Çok Boyutlu COVID-19 Ölçeği’nin çalışmada kullanılabilmesi içinde izin alınmıştır.

BULGULAR

Tablo 1’de bireylerin sosyo-demografik özelliklerine yönelik dağılım incelendiğinde; %86,1’inin kadın, %78,7’sinin 20-30 yaş aralığında, %31,8’inin lisans mezunu, %75,3’ünün bekar olduğu, %81,5’inin çocuğunun olmadığı, %35,8’inin 5 yıldan fazla süredir çalıştığı, %62,8’inin diğer kişilerle yaşadığı belirlenmiştir. Katılımcıların %68,8’inin pandemi sürecinde normalde birlikte yaşadığı kişilerden ayrı yaşamaya başlamadığı, %76,7’sinin diğer bölümlerde çalıştığı, %60,5’inin COVID-19 tanısı almadığı, %32,1’inin mesai bitiminde eve dönerken aynı evi paylaştığı kişilere (aile, arkadaş, vb.) virüs bulaştırma ihtimaline karşı çok fazla kaygılandığı, %63,6’sının COVID-19 sonrasında hastaneye eskisinden daha fazla gittiği, %37,8’inin COVID-19 salgın sürecinde hastanedeki ekipman, personel sayısı gibi fiziki şartların orta düzeyde yeterli olduğunu düşündüğü, %38,1’inin COVID-19 hastalarıyla çalışmadığı ve %47,2’sinin COVID-19 hastalarıyla çalışmak için verilen görevlerde mesleki olarak kendini tamamen yeterli hissettiği belirtilmiştir.

Tablo 1. Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılım

		n	%
Cinsiyetiniz	Kadın	303	86,1
	Erkek	49	13,9
Yaşınız	20-30	277	78,7
	30-40	51	14,5
	40-50	18	5,1
	50 ve üzeri	6	1,7
Eğitim durumunuz	Ortaokul	2	0,6
	Lise	106	30,1
	Önlisans	110	31,3
	Lisans	112	31,8
Medeni durumunuz	Bekar	265	75,3
	Evli	87	24,7
Çocuğunuz var mı?	Evet	65	18,5
	Hayır	287	81,5
Kiminle yaşıyorsunuz?	Yalnız	43	12,2
	Eş/Çocuklarıyla	88	25,0
	Diğer	221	62,8
	Ebeveynleriyle	0	0,0
Pandemi sürecinde normalde birlikte yaşadığınız kişilerden ayrı yaşamaya başladınız mı?	Evet	110	31,3
	Hayır	242	68,8
Hangi bölümde çalışıyorsunuz?	İzolasyon Katı	34	9,7
	Acil Servis	48	13,6
	Diğer	270	76,7
Çalışma süreniz nedir?	0-1 yıl	97	27,6
	1-3 yıl	70	19,9
	3-5 yıl	59	16,8
	5 yıl ve üzeri	126	35,8

Tablo 1. Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılım (Devamı)

COVID-19 tanısı aldınız mı?	Evet	139	39,5
	Hayır	213	60,5
Mesai bitiminde eve dönerken aynı evi paylaştığımız kişilere (aile, arkadaş, vb.) virüs bulaştırma ihtimali ne derece kaygılandırıyor?	Çok az	25	7,1
	Az	25	7,1
	Orta	95	27,0
	Çok	94	26,7
	Çok fazla	113	32,1
COVID-19 sonrası çalışma düzeniniz nasıl değişti?	Dönüşümlü	123	34,9
	Hastaneye eskisinden daha az gidiyorum	5	1,4
	Hastaneye eskisinden daha fazla gidiyorum	224	63,6
COVID-19 salgın sürecinde hastanesindeki ekipman, personel sayısı gibi fiziki şartların yeterliliği ile ilgili düşünceniz nedir?	Çok yetersiz şartlar	22	6,3
	Yetersiz şartlar	77	21,9
	Orta	133	37,8
	Yeterli şartlar	89	25,3
	Tamamen uygun şartlar	31	8,8
COVID-19 hastalarıyla çalışma düzeniniz nedir?	Gündüz mesaisinde çalışıyorum	79	22,4
	Nöbet çalışıyorum	16	4,5
	Hem gündüz mesaisi hem nöbet çalışıyorum	123	34,9
	COVID-19 hastalarıyla çalışmıyorum	134	38,1
COVID-19 hastalarıyla çalışmak için verilen görevlerde mesleki olarak kendinizi ne kadar yeterli hissediyorsunuz?	Çok yetersiz	6	1,7
	Yetersiz	24	6,8
	Yeterli	156	44,3
	Tamamen yeterli	166	47,2

Tablo 2’de katılımcıların çok boyutlu COVID-19 ölçeğine yönelik düşünceleri incelendiğinde çoğunluğunun “Bu salgının oldukça ciddi olduğunu düşünüyorum.”, “Dışarıya çıktığımda mutlaka maske takıyorum.”, “Bu salgın nedeniyle sevdiğilerimi kaybetmekten korkuyorum.” fikrine kesinlikle katıldığı; “Bu salgın beni çok korkutuyor.”, “Dışarıya çıktığımda sosyal mesafeyi mutlaka korumaya çalışıyorum.”, “Sosyal izolasyona çok dikkat ediyorum.” fikrine katıldığı; “Sık sık salgın ile ilgili düşünmekten kendimi alamıyorum.” ve “Ailem/arkadaşlarım ile sürekli bu konuyu konuşuyoruz.” fikrine katılmadığı; “Bu salgın yaşamımı çok fazla etkilemiyor.” fikrine kesinlikle katılmadığı belirlenmiştir.

Tablo 2. Çok Boyutlu COVID-19 Ölçeğine Göre Dağılım

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Bu salgının oldukça ciddi olduğunu düşünüyorum.	31	8,8	24	6,8	10	2,8	110	31,3	177	50,3
2. Bu salgın beni çok korkutuyor.	40	11,4	43	12,2	58	16,5	150	42,6	61	17,3
3. Bu salgının yaşamım üzerinde ciddi etkileri var.	32	9,1	37	10,5	41	11,6	125	35,5	117	33,2
4. Bu salgın beni çok üzüyor.	37	10,5	34	9,7	41	11,6	120	34,1	120	34,1
5. COVID-19 hastalığına yakalanmaktan çok korkuyorum.	55	15,6	69	19,6	53	15,1	110	31,3	65	18,5

Tablo 2. Çok Boyutlu COVID-19 Ölçeğine Göre Dağılım (Devamı)

6. Bu salgın muhtemelen daha uzun süre (aylarca) devam edecek.	32	9,1	26	7,4	19	5,4	108	30,7	167	47,4
7. Dışarıya çıktığımda mutlaka maske takıyorum.	32	9,1	22	6,3	17	4,8	85	24,1	196	55,7
8. Bu salgın beni öfkeliyor.	50	14,2	54	15,3	69	19,6	109	31,0	70	19,9
9. Bu salgın muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı.	34	9,7	32	9,1	42	11,9	123	34,9	121	34,4
10. Bu salgın nedeniyle sevdiğilerimi kaybetmekten korkuyorum.	35	9,9	24	6,8	18	5,1	92	26,1	183	52,0
11. Bu salgın yaşamımı çok fazla etkilemiyor.	134	38,1	99	28,1	55	15,6	46	13,1	18	5,1
12. Bu salgın beni çok kaygılandırıyor.	43	12,2	52	14,8	59	16,8	112	31,8	86	24,4
13. Sık sık COVID-19 belirtileri gösterip göstermediğimi kontrol ediyorum.	47	13,4	57	16,2	53	15,1	111	31,5	84	23,9
14. Hastalanmamak için sık sık ellerimi yıkıyorum.	32	9,1	20	5,7	19	5,4	105	29,8	176	50,0
15. Hastalanmamak için dışarıya çok az çıkıyorum.	56	15,9	64	18,2	60	17,0	97	27,6	75	21,3
16. Sosyal izolasyona çok dikkat ediyorum.	34	9,7	36	10,2	29	8,2	143	40,6	110	31,3
17. Dışarıya çıktığımda sosyal mesafeyi mutlaka korumaya çalışıyorum.	32	9,1	29	8,2	25	7,1	146	41,5	120	34,1
18. Sürekli olarak salgın ile ilgili haberleri takip ediyorum.	57	16,2	63	17,9	72	20,5	97	27,6	63	17,9
19. Sık sık salgın ile ilgili düşünmekten kendimi alamıyorum.	71	20,2	95	27,0	68	19,3	71	20,2	47	13,4
20. Ailem/arkadaşlarım ile sürekli bu konuyu konuşuyoruz.	54	15,3	103	29,3	61	17,3	88	25,0	46	13,1
21. Bu salgın hayatımı tamamen değiştirdi.	45	12,8	65	18,5	77	21,9	92	26,1	73	20,7
22. Bu salgından sonra hiçbir şey eskisi gibi olmayacak.	47	13,4	54	15,3	54	15,3	99	28,1	98	27,8

Tablo 3’de katılımcıların sosyo-demografik verilerinin Çok Boyutlu COVID-19 Ölçeği alt boyutlarında anlamlı fark gösteren bulgulara yer verilmiştir. Eğitim durumu bakımından incelendiğinde yüksek lisans mezunu olanların Çok Boyutlu COVID-19 Ölçeği ile “COVID-19’a ilişkin duygu ve davranışlar”, “COVID-19’a ilişkin düşünceler” ve “COVID-19’a ilişkin alınan önlemler” alt boyutlarında daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu görülmektedir ($p=0,035$). Yaşadığı kişiler bakımından değerlendirildiğinde diğer kişilerle yaşayanların “COVID-19’a ilişkin düşünceler” alt boyutunun puanının yalnız yaşayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,029$). Pandemi sürecinde normalde yaşadığı kişilerden ayrı yaşamaya başlaması bakımından incelendiğinde normalde yaşadığı kişilerle yaşamaya devam edenlerin “COVID-19’a ilişkin alınan önlemler” alt boyutunun puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ($p=0,009$). Evde birlikte kişilere (aile, arkadaş, vb.) virüs bulaştırma ihtimaline karşı kaygılanması incelendiğinde tüm alt boyutlarda çok ve çok fazla kaygılananların ortalama puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,000$).

Tablo 3. Katılımcıların Sosyo-demografik Verilerinin Çok Boyutlu COVID-19 Ölçeği Alt Boyutlarına Göre Dağılımı

Eğitim Durumu		n	Ort.	ss	F	p
Faktör 1	Ortaokul/Lise	108	27,33	10,39	2,472	0,062
	Önlisans	110	30,25	9,49		
	Lisans	112	29,41	8,93		
	Yüksek Lisans	22	32,00	8,51		
Faktör 2	Ortaokul/Lise	108	28,14	8,81	3,529	0,015*
	Önlisans	110	31,06	7,36		
	Lisans	112	30,54	6,93		
	Yüksek Lisans	22	32,00	6,03		
Faktör 3	Ortaokul/Lise	108	18,09	6,69	1,729	0,161
	Önlisans	110	19,22	5,62		
	Lisans	112	19,11	5,01		
	Yüksek Lisans	22	20,86	4,50		
Çok Boyutlu COVID-19	Ortaokul/Lise	108	73,56	24,11	2,895	0,035*
	Önlisans	110	80,54	21,01		
	Lisans	112	79,05	19,59		
	Yüksek Lisans	22	84,86	17,63		
Birlikte yaşadığı kişiler						
Faktör 1	Yalnız	43	26,42	11,31	2,111	0,123
	Eş/Çocuklarıyla	88	29,85	9,28		
	Diğer	221	29,48	9,33		
Faktör 2	Yalnız	43	27,19	9,33	3,568	0,029*
	Eş/Çocuklarıyla	88	30,10	7,71		
	Diğer	221	30,60	7,28		
Faktör 3	Yalnız	43	17,72	7,05	1,476	0,230
	Eş/Çocuklarıyla	88	19,56	6,02		
	Diğer	221	18,93	5,34		
Çok Boyutlu COVID-19	Yalnız	43	71,33	26,08	2,521	0,082
	Eş/Çocuklarıyla	88	79,51	21,81		
	Diğer	221	79,01	20,36		
Birlikte Yaşadığımız Kişilerden Ayrı Yaşamaya Başlaması						
Faktör 1	Evet	110	28,64	10,79	-0,693	0,489
	Hayır	242	29,45	9,03		
Faktör 2	Evet	110	29,06	9,26	-1,462	0,146
	Hayır	242	30,51	6,88		
Faktör 3	Evet	110	17,60	6,92	-2,654	0,009*
	Hayır	242	19,55	5,04		
Çok Boyutlu COVID-19	Evet	110	75,30	26,02	-1,521	0,130
	Hayır	242	79,51	19,15		

Tablo 3. Katılımcıların Sosyo-demografik Verilerinin Çok Boyutlu COVID-19 Ölçeği Alt Boyutlarına Göre Dağılımı (Devamı)

Evde Birlikte Yaşadığı Kişilere Virüs Bulaştırma İhtimaline Karşı Kaygılanması						
Faktör 1	Çok az	25	21,92	10,04	7,753	0,000*
	Az	25	27,00	8,28		
	Orta	95	27,34	8,41		
	Çok	94	30,63	7,71		
	Çok fazla	113	31,67	10,98		
Faktör 2	Çok az	25	24,68	8,17	6,948	0,000*
	Az	25	28,84	7,24		
	Orta	95	28,42	6,49		
	Çok	94	32,10	6,20		
	Çok fazla	113	31,19	8,95		
Faktör 3	Çok az	25	16,04	7,75	2,888	0,022*
	Az	25	17,60	5,98		
	Orta	95	18,59	5,01		
	Çok	94	19,89	4,51		
	Çok fazla	113	19,38	6,47		
Çok Boyutlu COVID-19	Çok az	25	62,64	23,75	6,698	0,000*
	Az	25	73,44	20,25		
	Orta	95	74,35	17,81		
	Çok	94	82,62	17,09		
	Çok fazla	113	82,25	25,24		

TARTIŞMA

Sağlık sisteminin en ön saflarında yer alan hemşireler koronavirüs salgınının dünyada tahmin edilenden hızlı yayılması, vaka sayılarının sürekli artışı, iş yükünün artması, zorlu çalışma koşulları, kişisel koruma ekipmanlarının yetersizliği, hastalığın bilinmezliği, yakınlarını korumak adına aileleri ve arkadaşları ile görüşmemeleri, uzun çalışma saatleri, çalışma ortamlarının virüs bulaştırma açısından güvensiz oluşu gibi büyük sorunlarla fedakârlık ve özveriyle mücadele etmiştir (Birimoğlu Okuyan vd., 2020; Çam ve Dokumacı, 2022; Demireli, 2020). Aynı zamanda COVID-19 hastalarıyla yakın temas halinde çalışan başta hemşirelerin sosyal çevre tarafında virüsü bulaştıracığı düşünülerek dışlanması, ötekileştirilmesi ve uzak durulup iletişime geçilmek istenmemesi yalnızlık hissine, enfekte olma ve olası bir enfekte araç olarak çevresindeki kişilere virüs bulaştırmaları sonucu korku ve suçluluk duygusuna kapılmalarına yol açmaktadır (Birimoğlu Okuyan vd., 2020; Çam ve Dokumacı, 2022; Durmaz vd., 2020). Yaşanılan bu durumlar yaşam biçimlerinde değişikliklere, sosyal ve toplumsal izolasyon ile ruh sağlığı sorunlarına neden olmakta, stres ve kaygı düzeylerinin artmasına yol açmaktadır (Demireli, 2020). Bu bölümde pandemi döneminde çalışan hemşirelerin duygu durum değişikliklerinin etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulguların tartışması sunulmuştur.

Araştırmamızda çok boyutlu COVID-19 ölçeği ve alt boyutları eğitim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Eğitim durumu bakımından incelendiğinde yüksek lisans mezunu olanların Çok Boyutlu COVID-19 Ölçeği ile “COVID-19’a ilişkin duygu ve davranışlar”, “COVID-19’a ilişkin düşünceler” ve “COVID-19’a ilişkin alınan önlemler” alt boyutlarında daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür. Eğitim düzeyinin

pandeminin psikolojik etkileri üzerindeki rolü tam olarak belirlenememekle birlikte, araştırmamızı destekler şekilde yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin pandemi sürecinden psikolojik olarak daha fazla olumsuz etkilendikleri ortaya çıkmıştır (Li vd., 2020; Qiu vd., 2020). Bu durum kişinin hastalığı algılama şekli, sağlığı ile ilgili farkındalığının artması ve bakış açısının farklılaşmasında eğitimin önemli rol aldığını göstermektedir. Bizim çalışmamızın aksini gösteren araştırmalarda mevcuttur. COVID-19 pandemisiyle ilgili yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi düşük bireylerin pandemi sürecinden ruhsal olarak olumsuz etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır (Koçak ve Harmancı, 2020; Wang vd., 2020). Pandemiye yönelik korku ve kaygı düzeyinin incelendiği başka bir çalışmada ortaöğrenim mezunlarının korku ve kaygı düzeylerinin lisans mezunlarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Memiş Doğan ve Düzel, 2020). Aynı şekilde Demireli'nin (2020) araştırmasında da önlisans mezunu olan hemşirelerin daha yüksek eğitim düzeyine sahip hemşirelere göre daha yüksek anksiyete yaşadıkları saptanmıştır (Demireli, 2020). Eğitim düzeyinde bulunan bu farklılık, lisans mezunlarına göre ortaöğrenim mezunlarının hastalıkla ilgili bilimsel ve güvenilir bilgiye ulaşmak için daha dezavantajlı olmaları ile açıklanabilir (Memiş vd., 2020).

Çalışmamızda çok boyutlu COVID-19 ölçeği alt boyutlarından "COVID-19'a ilişkin düşünceler" puanı yaşadığı kişiler bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Yaşadığı kişiler bakımından değerlendirildiğinde diğer kişilerle yaşayanların puanının yalnız yaşayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Arpacıoğlu ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada ebeveynlerimle yada eşimle ve çocuklarımla yaşıyorum diyenlerin puan ortalaması, yalnız yaşıyorum diyenlerin puan ortalamasından anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (Arpacıoğlu vd., 2021). Kendileri gibi ailelerinin ve yakınlarının da enfekte olması, onlara enfeksiyon bulaştırma ihtimali ya da hastalığa yakalanacağını düşünceleri nedeniyle hemşireler anksiyete yaşamaktadır (Çevirme ve Kurt, 2020; Memiş Doğan ve Düzel, 2020; Lai vd., 2020).

Araştırmamızda çok boyutlu COVID-19 ölçeği alt boyutlarından "COVID-19'a ilişkin alınan önlemler" puanı pandemi sürecinde normalde yaşadığı kişilerden ayrı yaşamaya başlaması bakımından anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Bu farklılıklar incelendiğinde normalde yaşadığı kişilerle yaşamaya devam edenlerin puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bu anlamlılık araştırmaya dâhil edilen kişilerin birlikte yaşadığı kişilerden ayrılmak yerine virüs bulaşımı önleyici faaliyetlere önem verdikleri şeklinde yorumlanabilir. Bizim araştırmamızın sonuçlarına karşıt olarak Dai ve arkadaşlarının çalışmasında sağlık çalışanlarının bulaş riski açısından aile üyeleri için endişe duydukları ve ailelerinden ayrılmak zorunda kaldıkları belirtilmiştir (Dai vd., 2020).

Çalışmamızda çok boyutlu COVID-19 ölçeği puanı ve tüm alt boyutları evde birlikte yaşadığı kişilere virüs bulaştırma ihtimaline karşı kaygılanması bakımından anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Farklılıklar incelendiğinde tüm alt boyutlarda çok ve çok fazla kaygılananların ortalama puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde çalışmamızı destekleyen çalışmalar bulunmaktadır. Sağlık çalışanları hastalara bakım verirken bulaşıcı patojenlere büyük ölçüde maruz kalma riski yaşamaktadır. Bu durum onları enfekte olmak ve aile üyelerine enfeksiyon bulaştırmak açısından endişelendirmektedir (Koh vd., 2005; Temsah vd., 2020;). Yapılan bir araştırmada, katılımcıların %94,5 gibi yüksek oranda ailelerinin/tanıdıklarının virüse yakalanmalarından korktuklarını göstermektedir (Memiş Doğan ve Düzel, 2020). Pandemi sürecinde kendisi dahil yakın çevresinde enfekte olan bireylerin varlığı, COVID-19'u arkadaşlarına ve ailesine bulaştırma korkusu ve yakınıni kaybetme endişesi kaygı düzeyini arttırmaktadır. (Çölgeçen ve Çölgeçen, 2020; Koçak ve Harmancı, 2020). Yapılan başka bir çalışmada da çalışanların virüsün ailelerine bulaşması konusunda daha çok endişelendikleri belirtilmiştir (Zhang vd., 2020).

Sınırlılıklar

Çalışma tek bir özel sağlık kuruluşuna ait 9 hastanede gerçekleşmiştir. Grubun diğer lokasyonlarındaki hastanelere ulaşamaması çalışmanın sınırlılıklarından biridir. Bu nedenle çalışmanın sonuçlarının tüm hemşirelere genellenebilirliği etkilenmektedir. Örneklem büyüklüğü çalışmanın pandemi döneminde yapılmasından ve hemşirelerin vardiyalı çalışmalarından etkilendiği için sınırlanmıştır. Bunun yanında COVID-19 bulaşıcılığı nedeniyle çalışma anketlerinin yüz yüze görüşme şeklinde toplanamamış olması, verilerin sosyal medya grupları üzerinden alınmış olması da çalışmanın sınırlılıklarındandır.

SONUÇ

COVID-19 gibi son derece bulaşıcı ve yaşamı tehdit eden salgın hastalıkların etkisi, bireysel kaygıların ötesine geçerek daha geniş toplumsal boyutu etkilemektedir. Hastalarla yakın temas halinde çalışan hemşireler salgın dönemlerinde sağlık tehditlerini daha fazla hissetmişlerdir.

Araştırmada yüksek lisans mezunu bireylerin daha yüksek düzeyde kaygı sergiledikleri, başkalarıyla birlikte yaşayanların ise yalnız yaşayanlara göre daha fazla endişe duydukları, araştırmaya dâhil edilen kişilerin birlikte yaşadığı kişilerden ayrılmak yerine virüs bulaşını önleyici faaliyetlere önem verdikleri fakat bu süreçte kendisi dahil yakın çevresinde enfekte olan bireylerin varlığından dolayı COVID-19'u arkadaşlarına ve ailesine bulaştırma korkusunu daha fazla yaşadığı tespit edilmiştir. Bu durum hem eğitim düzeyinin hem de yaşam düzenindeki değişikliklerin bireylerin kaygı düzeylerini etkilediğini göstermektedir.

Çalışmamız literatür ile karşılaştırıldığında benzerlik ve farklılık gösteren yanlarına rastlanmıştır.

Sağlık hizmetinin özellikle bir salgın sırasında iş birliğine dayalı bir çaba olduğu kabul edildiğinde, sağlık çalışanlarının etkili koruyucu ekipmanlarla donatılması, destekleyici çalışma ve dinlenme ortamlarının oluşturulması, çalışma saatlerinin yeniden planlanması, stres ve kaygı düzeylerinin azaltılmasına yönelik destekleyici girişimlerin hayata geçirilmesi öneriliyor. Bu tür önlemler, sağlık çalışanlarının refahının sağlanması ve zorlu koşullarda etkili bakım sağlama kapasitelerinin optimize edilmesi açısından hayati öneme sahiptir.

Araştırmanın Etik Yönü/Ethics Committee Approval: Araştırmanın uygulanabilmesi için kurumun kendi etik kurul sonucunu değerlendirmeye alması gerekçesiyle Acıbadem Üniversitesi ve Acıbadem Sağlık Kuruluşları Tıbbi Araştırma Etik Kurulu'na başvurulmuş ve Etik Kurul izni (Karar No:2021-09/64 Tarih: 26/05/2021) alınmıştır.

Çıkar Çatışması/Conflict of Interest: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Hakem/Peer-review: Dış hakem bağımsız.

Yazar Katkısı/Author Contributions: Fikir/Kavram – İD, PT ; Tasarım – İD, PT ; Denetleme – İD, PT, ÖK; Veri Toplama ve Analiz – İD, PT, ÖK; Literatür Taraması – İD, PT, ÖK; Makale Yazımı – İD, ; Eleştirel İnceleme – İD, PT, ÖK.

Finansal Destek/Financial Disclosure: Çalışmanın yürütülmesinde herhangi bir kurumsal veya finansal destek alınmamıştır.

Teşekkür: Çalışmamıza katılım gösteren tüm hastalarımıza, her konuda destek olduğu için Hemşirelik Hizmetleri Müdürü'ne ve tüm yöneticilerimize teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

Arpacioğlu S, Baltalı Z, Ünübol B. (2021). COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarında tükenmişlik, COVID korkusu, depresyon, mesleki doyum düzeyleri ve ilişkili faktörler. *Çukurova Tıp Dergisi*, 88-100. doi: 10.17826/cumj.785609

Ateş AY. (2020). COVID-19 pandemisinde gizli kahramanlar: Hemşire liderler. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(3), 625-638.

Batugün AD, Etrürk İŞ. (2020). Çok boyutlu COVID-19 ölçeği geliştirme, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Nesne Psikoloji Dergisi*, 8(18), 406-421. doi: 10.7816/nesne-08-18-04

Baykal Ü, Türkmen E, Alan H, Yılmaz ÇB, Göktepe N, Gümüş E vd. (2020). Türkiye’de covid-19 salgını: Kriz yönetiminde yönetici hemşirelerin deneyimleri ve Yönetici Hemşireler Derneği’nin faaliyetleri. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*, 17(3), 290-3. doi: 10.5222/head.2020.36024

Brooks SK, Webster RK, Louise E, Smith LW, Wessely S, Greenberg N et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 912-920. doi:10.1016/S0140-6736(20)30460-8

Buckley C, Wee SL, Qin A. (2020). China’s doctors, fighting the coronavirus, beg for masks. 01.12.2021. International New York Times . <https://www.nytimes.com/2020/02/14/world/asia/china-coronavirus-doctors.html#:~:text=In%20a%20furious%20social%20media,end%20of%20his%20video%20message>.

Chakraborty C, Sharma A, Sharma G, Bhattacharya M, Lee S. (2020). SARS-CoV-2 causing pneumonia-associated respiratory disorder (COVID-19): Diagnostic and proposed therapeutic options. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 24(7), 4016-4026. doi: 10.26355/eurrev_202004_20871

COVID-19 SARS-CoV-2 enfeksiyonu, genel bilgiler, epidemiyoloji ve tanı (2020). 20.10.2021. <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39551/0/covid-19rehberigenelbilgilerrepidemiyolojivetanipdf.pdf>.

Çam MO, Dokumacı H. (2022). COVID-19’lu hastalara bakım veren sağlık çalışanlarının psikososyal problemleri: Hemşirelik bakış açısı. *Akdeniz Hemşirelik Dergisi*, 1(1), 36-47.

Çevirme A, Kurt A. (2020). COVID-19 pandemisi ve hemşirelik mesleğine yansımaları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 7(5), 46-52.

Çölgeçen Y, Çölgeçen H. (2020). COVID-19 pandemisine bağlı yaşanan kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi: Türkiye örneği. *Journal of Turkish Studies*, 15(4), 261-275. doi: 10.7827/TurkishStudies.44399

Dai Y, Hu G, Xiong H, Xiong H, Qiu H, Yuan X. (2020). Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China. *Med Rxiv*. doi: 10.1101/2020.03.03.20030874.

De Carlo, L.T. (1997), “On the Meaning and Use of Kurtosis”. *Psychological Methods*, 2: 292-307.

Demireli, S. (2021). Hemşirelerde koronavirüs salgını kaynaklı, anksiyete, obsesyon ve ilişkili değişkenlerin incelenmesi. [Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi]. Yök Tez Merkezi.

Durmaz YÇ, Kuzu A, Kilig N. (2020). Ebe ve hemşirelerde çalışma koşullarının obsesif kompulsif bozukluk ve anksiyete üzerine etkisinin belirlenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 10(1), 73-80. doi:10.33631/duzcesbed.587967

Ergün R, Ergün D, Ergun B. (2016). Yoğun bakım ünitesi çalışanlarında anksiyete ve depresyon. *Yoğun Bakım Dergisi*, 7(3), 93-98.

Fernandez R, Lord H, Halcomb E, Moxham L, Middleton R, Alananzeh I et al. (2020). Implications for COVID-19: A systematic review of nurses’ experiences of working in acute care hospital settings during a respiratory pandemic. *Int J Nurs Stud*, 111:103637. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103637

Gülbayrak B, Aktaş AM. (2020). Kadın ve erkek hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin karşılaştırılması: Ankara örneği. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Derneği*, 16(2), 413-432.

Groeneveld RA, Meeden G. (1984). “Measuring skewness and kurtosis”. *The Statistician*, 33, 391-399.

Hopkins KD, Weeks DL. (1990). “Tests for normality and measures of skewness and kurtosis: their place in research reporting”. *Educational and Psychological Measurement*, 50, 717-729.

Huang Y, Zhao N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 288:112954. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112954

Işıklı S. (2020). COVID-19 salgını’nın psikolojik sonuçları ve etkili başa çıkma yöntemleri. 23.11.2023. https://corona.hacettepe.edu.tr/wp-content/uploads/2020/06/Covid-19_psikolojik_sonuc_lari_basa_cikma_yontemleri.pdf.

Karasu F, Çopur EÖ. (2020). COVID-19 vakaları artarken salgının ön safındaki bir yoğun bakım hemşiresi: “Cephede duran kahramanlar”. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24(1), 11-14.

Kaya N, Turan N, Öztürk A. (2011). Türkiye’de erkek hemşire imgesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(1), 16-30.

Koçak Z, Harmancı H. (2020). COVID-19 pandemi sürecinde ailede ruh sağlığı. *Karatay Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 5, 183-207.

Koh D, Lim MK, Chia SE, Ko SM, Qian F, Vivian Ng et al. (2005). Risk perception and impact of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) on work and personal lives of healthcare workers in Singapore: What can we learn? *Medical Care*, 43(7), 676-682. doi: 10.1097/01.mlr.0000167181.36730.cc

Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N et al. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *Jawa Network Open*, 3(3), 1-12. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.

- Li JB, Yang A, Dou K, Wang LX, Zhang MC, Lin XQ. (2020). Chinese public's knowledge, perceived severity, and perceived controllability of COVID-19 and their associations with emotional and behavioural reactions, social participation, and precautionary behaviour: a national survey. *Public Health*, 20(1), 1-23. doi: 10.1186/s12889-020-09695-1
- Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang YT, Liu Z, Hu S et al. (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 0366(20), 30077-8. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30077-8
- Liu Y, Li J, Feng Y. (2020). Critical care response to a hospital outbreak of the 2019-nCoV infection in Shenzhen, China. *Journal of Critical Care*, 24(1), 56. doi: 10.1186/s13054-020-2786-x.
- Lucchini A, Giani M, Elli S, Villa S, Rona R, Foti G. (2020). Nursing activities score is increased in COVID-19 patients. *Intensive Critical Care Nursing*, 59, 102876. doi: 10.1016/j.iccn.2020.102876
- Memiş Doğan M, Düzel B. (2020). COVID-19 özelinde korku-kaygı düzeyleri. *Turkish Studies*, 15(4), 739-752. doi: http://dx.doi.org/10.7827/TurkishStudies.44678
- Moors JJA. (1986), "The meaning of kurtosis: Darlington reexamined", *The American Statistician*, 40, 283-284.
- Nehir S, Güngör Tavşanlı N. (2021). COVID-19 pandemisinin hemşire ve ebe öğrencilerin korku ve kontrol algısı üzerindeki etkisi. *Medical Sciences*, 16(2), 141-150. doi :10.12739/NWSA.2021.16.2.1B0116
- Birimoğlu Okuyan C, Güneş E, Yeşilyurt E. COVID-19 pozitif hastaya hemşirelik bakımı veren bir hemşirenin deneyimleri: Olgu sunumu. (2020). *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4), 705-708. doi:10.26453/otjhs.757164
- Özaydın Ö, Güdük Ö. (2021). COVID-19 pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının yaşadıkları mental sorunlar. *Yüksek İhtisas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2, 83-90. doi:10.51261/yiu.2021.00035
- Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behavior and Immunity*, 88, 901-907. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.026.
- Rossi R, Socci V, Talevi D, Mensi S, Niuolu C, Pacitti F et al. (2020). COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 790. doi: 10.3389/fpsy.2020.00790
- Sun N, Wei L, Shi S, Jiao D, Song R, Ma L et al. (2020). A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *Am J Infect Control*, 48(6), 592-598. doi: 10.1016/j.ajic.2020.03.018
- Temsah MH, Al-Sohime F, Alamro N, Al-Eyadhy A, Al-Hasan K, Jamal A et al. (2020). The psychological impact of COVID-19 pandemic on health care workers in a MERS-CoV endemic country. *Journal of Infection and Public Health*, 13(6), 877-882. doi: 10.1016/j.jiph.2020.05.021
- Uzun LN, Mayda AS. (2020). Hemşirelerde tükenmişlik düzeyinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi: Bir üniversite hastanesi örneği. *Konuralp Tıp Dergisi*, 12(1), 137-143. doi:10.18521/kt.493186
- Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33(2), 1-3. doi: 10.1136/gpsych-2020-100213
- Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS et al. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. doi: 10.3390/ijerph17051729
- Yakut E, Kuru Ö, Güngör, Y. (2020). Sağlık personelinin COVID-19 korkusu ile tükenmişliği arasındaki ilişkide aşırı iş yükü ve algılanan sosyal desteğin etkisinin yapısal eşitlik modeliyle belirlenmesi. *Ekev Akademi Dergisi*, 24(83), 241-262.
- Zhang WR, Wang K, Yin L, Zhao WF, Xue Q, Peng M et al. (2020). Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychother Psychosom*, 89(4), 242-250. doi: 10.1159/000507639
- Zeybek Z, Bozkurt Y, Aşkın R. (2020). COVID-19 pandemisi: Psikolojik etkileri ve terapötik müdahaleler. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(37), 304-318.

Araştırma Makalesi

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Etik Değerlerine Etik İklim Algısının Etkisi

The Effect of Ethical Climate Perception on The Ethical Values of Intensive Care Nurses Regarding Physical Restraint

Müeyesser Nur AKDENİZ^a, Dilek ÖZDEN^b

^aUzman Hemşire, Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, İzmir, Türkiye

^bProf. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir, Türkiye

Geliş tarihi/Date of receipt: 03/01/2024

Kabul tarihi/ Date of acceptance: 12/07/2024

ÖZ

Amaç: Araştırma, yoğun bakım ünitelerinde yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel kısıtlama uygulamasına ilişkin etik değerlerine etik iklim algısının etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki korelasyonel olan bu araştırmanın örneklemini, İzmir ilindeki bir devlet hastanesi, iki üniversite hastanesi yoğun bakım ünitelerinde çalışan toplam 202 hemşire oluşturmuştur. Çalışmanın verileri, Hemşire Tanıtım Formu, Fiziksel Kısıtlamaya Yönelik Etik Değerler Formu ve Hastane Etik İklim Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Veriler, sayı, yüzdelik, t testi, ANOVA, Mann Whitney U, Kruskal Wallis ve Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlamaya Yönelik Etik Değerler Formu toplam puan ortalaması 146,48±17,51'dir. Hastane Etik İklim Ölçeği toplam puan ortalaması 106,39±14,22'dir. Hemşirelerin %86,1'i yoğun bakım ünitesinde fiziksel kısıtlamayı sık uyguladığını ve %89,1'i fiziksel kısıtlama ile ilgili karar alma sürecine aktif olarak katıldığını belirtmiştir. Fiziksel Kısıtlamaya Yönelik Etik Değerler Formu toplam puanı ile Hastane Etik İklim Ölçeği meslektaşlar alt boyutu ($r=0,177$, $p=0,012$) ve yöneticiler alt boyutu ($r=0,180$, $p=0,010$) arasında pozitif yönde zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin çalıştıkları kuruma göre Fiziksel Kısıtlamaya Yönelik Etik Değerler Formu ($p=0,002$) ve Hastane Etik İklim Ölçeği ($p=0,000$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Bir hemşirenin etik değerleri çalıştığı kurumun etik iklim algısından etkilenmektedir. Hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin etik değerlerini meslektaşlar ve yöneticilerin etkilediği söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Etik Değer, Etik İklim, Fiziksel Kısıtlama, Yoğun Bakım Ünitesi

ABSTRACT

Objective: The study was conducted in order to determine the effect of ethical climate perception on the ethical values of intensive care nurses regarding the practice of physical restraint in ICU's.

Methods: The sample of this descriptive, correlational study consisted of a total of 202 nurses working in the intensive care units of a state hospital and two university hospitals in Izmir. The data of the study were collected using the Nurse Introduction Form, The Ethical Values for Physical Restraint Form (EVPRF) and the Hospital Ethical Climate Scale (HECS). In the evaluation of the data, number, percentage, t-test, ANOVA, Mann Whitney U, Kruskal Wallis and Pearson correlation analysis were used.

Results: The mean total score of nurses with Ethical Values Form for Physical Restraint was 146.48±17.51. The mean total score of Hospital Ethical Climate Scale was 106.39±14.22. The total score of the Ethical Values Form for Physical Restraint and the Hospital Ethical Climate Scale colleagues sub-dimension ($r=0.177$, $p=0.012$) and the administrators sub-dimension ($r=0.180$, $p=0.010$) among it was found that there was a positive, weak and statistically significant relationship. It was found that there was a statistically significant difference between the Ethical Values Form for Physical Restraint ($p=0.002$) and Hospital Ethical Climate Scale ($p=0.000$) score averages according to the institution where nurses worked.

Conclusion: A nurse's ethical values are affected by the ethical climate perception of the institution where nurses works. It can be said that colleagues and managers influence nurses' ethical values regarding physical restraint.

Keywords: Ethical Climate, Ethical Value, Intensive Care Unit, Physical Restraint

ORCID IDs: MNA:0000-0001-5100-7593; DÖ:0000-0001-8139-5558

Sorumlu yazar/Corresponding author: Uzman Hemşire, Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, İzmir, Türkiye

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

Atıf/Citation: Akdeniz MN, Özden D. (2024). Yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel kısıtlamaya ilişkin etik değerlerine etik iklim algısının etkisi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 7 (3), 305-319. doi:10.54189/hbd.1414100

GİRİŞ

Yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) çoğu hasta konfüzyon, hallüsinasyon, deliryum, huzursuzluk (Via-Clavero vd., 2018) ve ajitasyon gibi durumlarla karşı karşıya kalmakla birlikte yataktan çıkmaya çalışarak kendisine ve başkalarına zarar verme davranışları gösterebilmektedirler (Gu vd., 2019; Suliman, 2018). Hasta güvenliğini sağlamak ve hastaları potansiyel zararlara karşı korumak hemşirelerin temel sorumlulukları arasındadır (Goethals vd., 2013; Karagözoğlu ve Özden, 2013).

Hemşirelerin hasta güvenliğini sağlamak için YBÜ'lerinde kullandıkları yöntemlerden birisi fiziksel kısıtlamadır (Gürlek Kısacık ve Coşğun, 2019; Kahraman vd., 2015; Karagözoğlu ve Özden, 2013; Li ve Fawcett, 2014; Via-Clavero vd., 2018). Fiziksel kısıtlama, hastanın kendisine veya başkasına zarar vermesini önlemek için kullanılan (Gürlek Kısacık ve Coşğun, 2019), vücuduna bağlı ve bitişik olan herhangi bir mekanik cihaz veya malzemeyi kolayca çıkaramayacağı, bireyin hareketini ve özgürlüğünü sınırlayarak vücuduna erişimini önleyen bir kısıtlama yöntemidir (Gu vd., 2019; Gürlek Kısacık ve Coşğun, 2019; Salehi vd., 2019).

Dünya'da (DeJonghe vd., 2013; Gheidari vd., 2019) ve Türkiye'de (Demir, 2007; Hakverdioğlu vd., 2014; Karagözoğlu ve Özden, 2013; Turgay vd., 2009) yoğun bakım ünitelerinde yapılan çalışmalarda, fiziksel kısıtlama kullanımının çok yaygın olduğu bulunmuştur. Hastanın gereklilik durumunu sorgulamadan, tam bir değerlendirme yapmadan (Cheung ve Yam, 2005) ve hasta güvenliğini sağlama amacına dayandırılarak (Karagözoğlu ve Özden, 2013) uygulanan fiziksel kısıtlamanın birçok psikolojik ve fizyolojik komplikasyonlara yol açabileceği de literatürde belirtilmektedir (Ertuğrul ve Özden, 2020; Gu vd., 2019; Gürlek Kısacık ve Coşğun, 2019).

Yoğun bakım ünitelerinde fiziksel kısıtlama kullanımı; hasta koşulları, sağlık çalışanları ve kurum ile ilgili faktörlerden etkilenen karmaşık bir uygulama olarak görülmektedir (Via-Clavero vd., 2018). Kurumun değerleri ve etik iklimi, hemşirelerin fiziksel kısıtlamayı kullanma kararında önemli rol oynamaktadır (Ayyıldız Gökmen ve Cerit, 2021; Karagözoğlu vd., 2014). Fiziksel kısıtlamaya ilişkin hastanelerin net politika ve prosedürlerinin eksikliği nedeniyle (Akansel, 2007; Cheung ve Yam, 2005; Hakverdioğlu vd., 2014; Karagözoğlu ve Özden, 2013; Turgay vd., 2009) kurumlar, hatta aynı kurumda yoğun bakım birimleri arasında bile bu uygulama farklılık göstermektedir. Hastanede fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin kurumsal bir etik politikanın bulunmaması, etik iklimin olmaması, rehber kullanım eksiklikleri hemşirelerin fiziksel kısıtlama kararı alırken etik ikilem yaşamalarına ve suçluluk hissetmelerine yol açabilmektedir (Barton-Gooden vd., 2015; Casterle vd., 2015; Cheung ve Yam, 2005; Karatuzla ve Uluocak Köse, 2019).

Bir çalışmada, hemşirelerin %36,4' ünün fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin karar vermede zorluk yaşadığı ve etik ikilemlerle karşı karşıya geldiği; zarar vermeme (%76,4), yarar sağlama (%45,5), bireye saygı (%18,2) ve özerklik ilkesi (%9,1) ile ilgili etik ikilemler yaşadıkları bildirilmiştir (Hakverdioğlu vd., 2014). Yapılan diğer bir çalışmada da yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel kısıtlama kullanımına karar vermede etik ikilem yaşadıklarını, bu etik ikilemlerin arkasındaki ana faktörlerin, kısıtlamanın kullanılmasının sonuçları ile ilgili olduğu, rahatsızlık, suçluluk, çatışma gibi olumsuz duygular yaşadıkları bildirilmiştir (Salehi vd., 2019).

Etik iklim ise hemşirelerin tutumlarını ve fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin etik karar vermeyi etkileyebileceği gibi, etik ikileme karşın gerçekleşecek davranışı da etkilemektedir (Karagözoğlu vd., 2014; Karatuzla ve Uluocak Köse, 2019). Etik iklim, kurum üyelerinin gözlem yoluyla ulaştığı ve karar alma süreçlerinde etkili olan, kurumdaki uygulama ve davranışlarla ilgili algılarının toplamı olarak tanımlanmaktadır. Çalışanların kurumda gerekli olan etik davranışlarını ve beklentilerini belirleyerek, kabul edilebilir ve kabul edilemez davranışlarına yönelik yol gösterici konumdadır (Saygılı vd., 2020).

Kurumlarda doğru etik bir ortam yaratarak etik kurallara uygun kararlar almak ve kurumsal hedeflerin etik iklimi geliştirmeye ve sürdürmeye odaklanmasını sağlamak; çalışanların etik olarak örgütlenmeyi benimsemelerine ve kurumun performansını artırmalarına yardımcı olur (Ayyıldız Gökmen ve Cerit, 2021; Koskenvuori vd., 2019; Saygılı vd., 2020). Bunun yanı sıra hastanelerin etik iklimi de hemşirelerin mesleki uygulamalarını, bakım kalitesini, hasta sonuçlarını ve hasta güvenliğini olumsuz yönde etkileyebilir (Ayyıldız Gökmen ve Cerit, 2021).

Fiziksel kısıtlamanın hastaya ve hemşireye olumsuz etkilerine rağmen kullanımının sıklığı birçok çalışmada belirtilmekle birlikte, fiziksel kısıtlamanın bir ikilem oluşturarak karar verme süreçlerinde zorluklar geliştirdiği ve yoğun bakım ünitelerinde bir kaos ortamı yaratabileceği görülmektedir (Gheidari vd., 2014; Karagözoğlu ve Özden, 2013). Yapılan çalışmalarda karar verme sürecini doğru yönetebilmek için öneriler ve alternatifler sunulmakta fakat hemşireler bunları uygulamaya aktarırken engelleyici faktörlerle karşılaşmaktadırlar (Canzan vd., 2021; Casterle vd., 2015; Gu vd., 2019; Kontio vd., 2010; Li ve Fawcett, 2014; Riahi vd., 2016). Literatürde fiziksel kısıtlama uygulamasına ilişkin etik karar verme sürecini etkileyen faktörler ve etik ilkeler üzerine birçok nitel çalışma bulunmaktadır (Casterle vd., 2015; Goethals vd., 2013; Hakverdioğlu vd., 2014; Petrini, 2013; Salehi vd., 2019a; Salehi vd., 2019b). Fakat hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin etik değerlerinin etik iklime etkisini ortaya koyan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma ile; fiziksel kısıtlamaya yönelik hemşirelerin karar verme süreçlerini etkileyen ve etik ikilemler yaşamasına neden olan etik değerlerine, hastane etik iklim algısının etkisinin belirlenmesine gereksinim duyulmuştur.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel kısıtlama uygulamasına ilişkin etik değerlerine etik iklim algısının etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Soruları

1. Yoğun bakım ünitelerinde hemşireler, fiziksel kısıtlama uygulamasına karar verirken hangi etik değerleri göz önünde bulundurmaktadırlar?
2. Hemşirelerin fiziksel kısıtlama uygulamasına ilişkin etik değerlerine etik iklim algısının etkisi var mıdır?
3. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre (yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, yoğun bakımda çalışma süresi vb.) Fiziksel Kısıtlamaya Yönelik Etik Değerler Formu (FKEDF) ve Hastane Etik İklim Ölçeği (HEİÖ) puan ortalamaları arasında fark var mıdır?

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma tanımlayıcı tipte olup korelasyonel bir çalışmadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma İzmir ilindeki bir devlet hastanesi ve iki üniversite hastanesinde yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; İzmir ili içinde erişkin yoğun bakım ünitelerinde çalışan; A Üniversite Hastanesi 123, B Üniversite Hastanesi 178, C Devlet Hastanesi 159 olmak üzere toplam 460 hemşire oluşturmuştur.

Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip, Mayıs-Temmuz 2021 tarihleri arasında yoğun bakım birimlerinde çalışan, araştırmaya katılmayı kabul eden, fiziksel kısıtlama ile ilgili karar alma sürecinde aktif olarak yer alan, en az altı ay çalışma deneyimi olan ve anketi eksiksiz olarak dolduran toplam 202 hemşire örneklemini oluşturmuştur.

Çalışmada planlanan örneklem sayısı, G Power 3.0 istatistik programında 0,05 anlamlılık düzeyinde (Tip I hata), %89 güç (Tip II hata) baz alınarak, daha önce bu konuda yapılan bir çalışma olmaması nedeniyle tek grupta düşük etki baz alınarak ($d=0,2$) hesaplanan örneklem büyüklüğü 200 kişi olarak belirlenmiştir. Araştırma tamamlandıktan sonra güç analizi tekrar yapılmıştır. Bu çalışmanın FKEDF toplam puanı ve HEİÖ alt boyutları arasındaki ilişkiyi gösteren korelasyon katsayısı değerleri kullanılarak yapılan güç analizinde araştırmanın gücü %82 olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, öğrenim durumu, meslekte çalışma süresi, yoğun bakımda çalışma süresi, haftalık çalışma süresi, aylık ortalama nöbet sayısı ve hemşireliği isteyerek seçmedir. Bağımlı değişkenler; FKEDF puan ortalaması ve HEİÖ puan ortalamasıdır.

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında üç adet form kullanılmıştır;

1. Hemşire Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan, katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, öğrenim durumu gibi sosyodemografik özelliklerinin belirlendiği 16 maddelik bir formdur.

2. Fiziksel Kısıtlamaya Yönelik Etik Değerler Formu (FKEDF)

Bu form araştırmacılar tarafından fiziksel kısıtlama sırasında göz önünde bulundurulacak etik ilkeler ön planda tutularak, literatür doğrultusunda (Casterle vd., 2015; Cheung ve Yam, 2005; Eşer ve Hakverdioğlu, 2006; Goethals vd., 2012; Goethals vd., 2013; Gu vd., 2019; Gürlek Kısacık ve Coşğun, 2019; Hakverdioğlu vd., 2014; Kontio vd., 2010; Salehi vd., 2019a) hazırlanmıştır.

Form 40 önermeden oluşmaktadır. 5'li Likert tipinde hazırlanmış formun tüm maddeleri olumlu olup, "Kesinlikle Katılmıyorum", "Katılmıyorum", "Kararsızım", "Katılıyorum", "Tamamen Katılıyorum" şeklinde 1-5 puan aralığında sıralanmaktadır. Anket soru formundan alınacak en düşük puan 40, en yüksek puan ise 200'dür. Form geliştirildikten sonra alanında uzman sekiz öğretim üyesine gönderilmiştir. Ardından uzman görüşleri alınıp forma son şekli verilmiştir. Formun kapsam geçerlilik indeksi (KGİ) 0,81 bulunmuştur. Bu çalışmada Cronbach Alfa değeri 0,91 bulunmuştur. FKEDF'den alınan puan arttıkça hemşirelerin fiziksel kısıtlama uygulamaları etik değerleri göz önünde bulundurduğu anlaşılmaktadır.

3. Hastane Etik İklim Ölçeği (HEİÖ)

Olson tarafından 1995 yılında Amerika'da geliştirilmiş, 2003 yılında Bahçecik ve Öztürk tarafından Türkçeye uyarlanmış, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bu ölçek, Hastane (4 madde), Meslektaşlar (4 madde), Hastalar (4 madde), Yöneticiler (6 madde) ve Hekimler (6 madde) olmak üzere beş alt boyuttan ve toplam 26 maddeden oluşmaktadır. HEİÖ'den alınacak en düşük puan 26, en yüksek puan ise 130'dur.

Ölçekten alınan toplam puanın yükselmesi hastane etik iklimine ilişkin algının pozitif yönde arttığını göstermektedir. Olson (1995) ölçeğin Cronbach Alfa değerini 0,91 bulmuş, Bahçecik ve Öztürk (2003) ise 0,89 olarak saptamıştır. Bu çalışmada Cronbach Alfa değeri 0,91 bulunmuştur.

Veri Toplama Yöntemi

Çalışma verilerini toplamak amacıyla çalışmaya katılacak hemşirelere çalışmanın amacı hakkında bilgi verilmiştir. Bilgilendirilmiş olur formu ile birlikte FKEDF ve HEİÖ'yü doldurmaları istenmiştir ve 15-20 dk. sürmüştür. Form yoğun bakım ünitelerine bırakılarak daha sonra toplu olarak alınmıştır.

Verilerin Analizi

Verilerin değerlendirilmesinde, SPSS 23 programında sayı, yüzdeler, t testi, ANOVA, Mann Whitney U, Kruskal Wallis ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Verilerin dağılımı Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. FKEDF ve HEİÖ'ne ilişkin güvenilirlikler Cronbach Alfa ile incelenmiştir. Çalışmamızda p değerinin 0,05'in altında, r değerinin ise 1'e yaklaştıkça anlamlılık düzeyinin artacağı kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 08.03.2021 tarihinde 2021/08-45 karar no ile onayı ve kurumlardan yazılı izin alınmıştır. Çalışma verilerini toplamak amacıyla çalışmaya katılacak hemşirelere çalışmanın amacı hakkında bilgi verilip, yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Ayrıca çalışmada kullanılan Hastane Etik İklim Ölçeği (HEİÖ) için yazarlardan yazılı izin alınmıştır. Bu çalışma, Helsinki Deklarasyonu'na uygun olarak yürütülmüştür.

BULGULAR

Tablo 1 incelendiğinde, hemşirelerin katıldıkları önermelerin 1(%60,4), 3(%55,4), 4(%49,5), 5(%47,5), 6(%46,5) no'lu önermeler olduğu belirlenmiştir. Hemşireler hasta üzerindeki fiziksel (%90,1) ve psikolojik (%91,1) etkilerine rağmen fiziksel kısıtlama uygulanmak zorunda kalınabilir (15 ve 16 no'lu) önermesine katıldıklarını bildirmişlerdir. Tablo 1' de görüldüğü üzere, hemşirelerin %73,8'inin fiziksel kısıtlamanın, hastanın nitelikli hemşirelik bakımı alma hakkını engeller (2 no'lu) önermesine katılmadıkları saptanmıştır. Fiziksel kısıtlamanın hasta özerkliğini (otonomisini) kısıtladığına katılan hemşirelerin oranı ise %50,5'dir (7 no'lu).

Hemşirelerin sadece %24,8'i 8 ve 9 no'lu, fiziksel kısıtlamanın hasta onurunu ve itibarını zedeleyebilen bir uygulamadır önermesine katılırken, %26,2'sinin ise kararsız kaldığı bulunmuştur. Hemşirelerin kararsız kaldıkları önermeler ise %31,7 oranı ile hastanın fiziksel kısıtlamayı reddetme hakkı olduğu önermesi (10 no'lu), %30,1 ve %26,7 oranı ile fiziksel kısıtlamanın hasta üzerindeki olumsuz fiziksel ve psikolojik etkilerinin bu uygulamanın potansiyel olarak zarar verici olduğunu düşündüğü önermesi (17 ve 18 no'lu), %29,2 oranı ile fiziksel kısıtlama ile adil davranma etik ilkesinin ihlal edildiği önermesi (22 no'lu) ve %28,2 oranı ile fiziksel kısıtlamaya ilişkin alınan kararların hastanın onay verdiği aile üyeleri veya yasal temsilcilerinin katılımıyla gerçekleştirilmesi (40 no'lu) önermesi olmuştur (Tablo 1).

Tablo 1 incelendiğinde, hemşirelerin %44,6'sı ve %46,0'ı (11 ve 19 no'lu önerme), hastayı fiziksel kısıtlamaya alırken etik ikilem yaşamının kaçınılmaz olduğunu belirtirken, bu etik ikilemlerin hemşirelerin fiziksel ve psikolojik sağlığını olumsuz yönde etkilediğini belirten 12., 13., 14 no'lu önermelerdir (%40,6, %51,5, %48,0).

Fiziksel kısıtlamaya karar verme sürecinde göz önünde bulundurulması gereken etik değerler ile ilgili olan 23., 24., 25., 26. no'lu önermelere katılıyorum ve tamamen katılıyorum cevabını veren hemşirelerin oranı sırasıyla; %91,0, %95,0,

%83,7, %80,2'dir. Fiziksel kısıtlamaya karar verme sürecini zorlaştırıp, olumsuz etkileyerek etik ikilem yaşanmasına neden olabilecek durumlarla ilgili olan 27., 28., 29., 30., 31. no'lu önermelere katılıyorum ve tamamen katılıyorum cevabını veren hemşirelerin oranı sırasıyla; %43,6, %58,4, %57,4, %72,8, %80,7'dir. Fiziksel kısıtlamaya ilişkin etik karar verirken farklı alternatifler ve en iyi çözüm yolunu aramanın karar verme sürecini kolaylaştıracağı ile ilgili olan 32., 33., 34., 38. no'lu önermelere katılan hemşirelerin oranı ise %58,4, %58,4, %58,4, %59,4'tür. Fiziksel kısıtlamaya farklı alternatifler aramak veya hastadan en kısa sürede kısıtlamayı kaldırmak insan onuruna (%54,5) ve insan özgürlüğüne (%52,0) saygı gereğidir (35 ve 36 no'lu önerme) ifadesine hemşireler katılmıştır (Tablo 1).

Hemşirelerin %53,5'i fiziksel kısıtlama konusunda danışmanlık alınabilecek kurumun etik kurulunun olması gerekir ve fiziksel kısıtlamaya ilişkin alınan kararlar ekibin tüm üyelerinin katılımıyla gerçekleştirilmelidir ifadesine katılmaktadır (37 ve 39 no'lu önerme) (Tablo 1).

Tablo 1. Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlamaya Yönelik Etik Değerler Formuna Verdikleri Cevapların Dağılımı (n=202)

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Tamamen Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Fiziksel kısıtlama hastanın hareket özgürlüğünü sınırlar.	6	3,0	13	6,4	14	6,9	122	60,4	47	23,3
2. Fiziksel kısıtlama, hastanın nitelikli hemşirelik bakımı alma hakkını engeller.	45	22,3	104	51,5	26	12,9	21	10,4	6	3,0
3. Fiziksel kısıtlama uygulanan hastanın fiziksel bütünlüğü korunmalıdır.	2	1,0	3	1,5	3	1,5	82	40,6	112	55,4
4. Fiziksel kısıtlama uygulanan hastanın psikolojik bütünlüğü korunmalıdır.	2	1,0	3	1,5	6	3,0	100	49,5	91	45,0
5. Fiziksel kısıtlama uygulanmasından beklenen yarar, uygulamadan kaynaklanabilecek olası risk ve zararlardan fazla olmalıdır.	3	1,5	1	0,5	8	4,0	94	46,5	96	47,5
6. Huzursuz ve konfüze hastaya fiziksel kısıtlama uygulanması diğer hastaların da fiziksel güvenliğini korur.	5	2,5	10	5,0	26	12,9	94	46,5	67	33,2
7. Fiziksel kısıtlama hasta özerkliğini (otonomisini) kısıtlar.	9	4,5	22	10,9	47	23,3	102	50,5	22	10,9
8. Fiziksel kısıtlama hasta onurunu zedeleyebilen bir uygulamadır.	16	7,9	71	35,1	53	26,2	50	24,8	12	5,9
9. Fiziksel kısıtlama bireyin itibarını zedeleyebilir.	24	11,9	74	36,6	47	23,3	50	24,8	7	3,5
10. Hastanın fiziksel kısıtlamayı reddetme hakkı vardır.	19	9,4	62	30,7	64	31,7	44	21,8	13	6,4
11. Hastayı fiziksel kısıtlamaya alırken etik ikilem yaşamak kaçınılmazdır.	10	5,0	29	14,4	42	20,8	90	44,6	31	15,3
12. Hemşirenin yaşadığı etik ikilemler, hemşirenin fiziksel sağlığını olumsuz yönde etkiler.	13	6,4	44	21,8	41	20,3	82	40,6	22	10,9
13. Hemşirenin yaşadığı etik ikilemler, hemşirenin psikolojik sağlığını olumsuz yönde etkiler.	9	4,5	27	13,4	29	14,4	104	51,5	33	16,3
14. Fiziksel kısıtlamaya ilişkin yaşadığım fiziksel/psikolojik belirtiler, hastaya verdiğim bakımın kalitesini ve sonuçlarını etkiler.	11	5,4	48	23,8	24	11,9	97	48,0	22	10,9
15. Fiziksel kısıtlamanın hasta üzerindeki fiziksel etkilerine rağmen fiziksel kısıtlama uygulanmak zorunda kalınabilir.	5	2,5	4	2,0	11	5,4	116	57,4	66	32,7
16. Fiziksel kısıtlamanın hasta üzerindeki psikolojik etkilerine rağmen fiziksel kısıtlama uygulanmak zorunda kalınabilir.	5	2,5	4	2,0	9	4,5	114	56,4	70	34,7

Tablo 1. Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlamaya Yönelik Etik Değerler Formuna Verdikleri Cevapların Dağılımı (n=202) (Devam)

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Tamamen Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
17. Fiziksel kısıtlamanın hasta üzerindeki olumsuz fiziksel etkileri bu uygulamanın potansiyel olarak zarar verici olduğunu düşündürür.	8	4,0	58	28,7	62	30,7	62	30,7	12	5,9
18. Fiziksel kısıtlamanın hasta üzerindeki olumsuz psikolojik etkileri bu uygulamanın potansiyel olarak zarar verici olduğunu düşündürür.	9	4,5	55	27,2	54	26,7	75	37,1	9	4,5
19. Hastayı fiziksel kısıtlamaya alırken hastanın fiziksel güvenliğini koruyamadığımda etik ikilem yaşıyorum.	9	4,5	42	20,8	42	20,8	93	46,0	16	7,9
20. Fiziksel kısıtlama öncesi hasta/yakınından aydınlatılmış onam almak, hastanın özerkliğini korur.	7	3,5	19	9,4	38	18,8	109	54,0	29	14,4
21. Fiziksel kısıtlamanın prosedüre uygun gerçekleştirilmesi, hastanın onurunu korur.	7	3,5	11	5,4	27	13,4	117	57,9	40	19,8
22. Fiziksel kısıtlama ile adil davranma etik ilkesi ihlal edilir.	34	16,8	75	37,1	59	29,2	27	13,4	7	3,5
23. Fiziksel kısıtlamaya ilişkin etik karar verirken mesleki bilgi, deneyimler ve değerler göz önünde bulundurulur.	3	1,5	6	3,0	9	4,5	133	65,8	51	25,2
24. Fiziksel kısıtlamaya ilişkin etik karar verirken yararlılık ilkesi göz önünde bulundurulur.	2	1,0	3	1,5	5	2,5	118	58,4	74	36,6
25. Fiziksel kısıtlamaya ilişkin etik karar verirken özerkliğe saygı ilkesi göz önünde bulundurulur.	2	1,0	5	2,5	26	12,9	121	59,9	48	23,8
26. Hemşirenin sahip olduğu etik ve ahlaki değerler fiziksel kısıtlamada karar verme sürecini etkiler.	4	2,0	16	7,9	20	9,9	119	58,9	43	21,3
27. Diğer ekip üyeleri ile fiziksel kısıtlamaya alternatif uygulamaları tartışmak, karar verme sürecini zorlaştırabilir.	10	5,0	58	28,7	46	22,8	79	39,1	9	4,5
28. Zaman yetersizliği, fiziksel kısıtlamaya karar verme sürecini olumsuz etkileyebilir.	6	3,0	38	18,8	40	19,8	95	47,0	23	11,4
29. Yönetici desteğinin yetersiz oluşu, fiziksel kısıtlama konusunda karar verme sürecini olumsuz etkileyebilir.	10	5,0	43	21,3	33	16,3	95	47,0	21	10,4
30. Fiziksel kısıtlamaya ilişkin kurumsal bir etik politika ve kılavuz eksiklikleri, karar verme sürecinde etik ikilem yaşanmasına neden olur.	2	1,0	21	10,4	32	15,8	117	57,9	30	14,9
31. Yeterli kılavuz ve kaynakların bulunmaması; yaşanan etik sorunların çözümünü zorlaştırabilir.	2	1,0	19	9,4	18	8,9	128	63,4	35	17,3
32. Fiziksel kısıtlamaya ilişkin etik karar verirken bakım kalitesini arttırmak göz önünde bulundurulmalıdır.	2	1,0	5	2,5	11	5,4	118	58,4	66	32,7
33. Fiziksel kısıtlamaya ilişkin etik karar verirken hastanın güvenliğini korumak için en iyi çözüm yolunu aramak gerekir.	2	1,0	3	1,5	5	2,5	118	58,4	74	36,6
34. Fiziksel kısıtlama uygulanacak hastanın davranış kalıplarını ve geçmiş davranışlarını bilmek karar verme sürecini kolaylaştırır.	3	1,5	9	4,5	16	7,9	118	58,4	56	27,7
35. Fiziksel kısıtlamaya farklı alternatifler aramak veya hastadan en kısa sürede kısıtlamayı kaldırmak insan onuruna saygı gereğidir.	4	2,0	9	4,5	13	6,4	110	54,5	66	32,7
36. Fiziksel kısıtlamaya farklı alternatifler aramak veya hastadan en kısa sürede kısıtlamayı kaldırmak insan özgürlüğüne saygı gereğidir.	5	2,5	7	3,5	19	9,4	105	52,0	66	32,7
37. Fiziksel kısıtlama konusunda danışmanlık alınabilecek kurum etik kurulunun olması gerekir.	4	2,0	14	6,9	38	18,8	108	53,5	38	18,8
38. Fiziksel kısıtlama ile ilgili doğru tıbbi-etik karar vermeye katkı sağlayacak eğitim planlanmalıdır.	2	1,0	10	5,0	21	10,4	120	59,4	49	24,3
39. Fiziksel kısıtlamaya ilişkin alınan kararlar ekibin tüm üyelerinin katılımıyla gerçekleştirilmelidir.	6	3,0	18	8,9	25	12,4	108	53,5	45	22,3
40. Fiziksel kısıtlamaya ilişkin alınan kararlar hastanın onay verdiği aile üyeleri veya yasal temsilcilerinin katılımıyla gerçekleştirilmelidir.	8	4,0	41	20,3	57	28,2	71	35,1	25	12,4

Hemşirelerin FKEDF toplam puan ortalaması 146,48±17,51, HEİÖ toplam puan ortalaması ise 106,39±14,22'dir. FKEDF toplam puanı ile HEİÖ toplam puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak önemsiz bir ilişki saptanmıştır ($r=0,135$; $p=0,055$) (Tablo 2). FKEDF toplam puanı ile HEİÖ meslektaşlar alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde, ilişki olduğu ($r=0,177$, $p=0,012$), FKEDF toplam puanı ile yöneticiler alt boyutu arasında anlamlı, pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0,180$, $p=0,010$) (Tablo 2).

Tablo 2. Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Etik Değerler Formu ve Hastane Etik İklim Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (n=202)

	Hastane Etik İklim Ölçeği (HEİÖ) Toplam Puan Ortalaması (X±SD)	HEİÖ Meslektaşlar Alt Boyutu (17,36±2,10)	HEİÖ Hastalar Alt Boyutu (16,49±2,30)	HEİÖ Yöneticiler Alt Boyutu (26,20±3,88)	HEİÖ Hastane Alt Boyutu (23,79±3,84)	HEİÖ Doktorlar Alt Boyutu (22,53±4,38)	
Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Etik Değerler Formu (FKEDF) Toplam Puan Ortalaması (X±SD)	(146,48±17,51)	$r=0,135$ $p=0,055$	$r=0,177$ $p=0,012$	$r=0,117$ $p=0,096$	$r=0,180$ $p=0,010$	$r=0,081$ $p=0,254$	$r=0,061$ $p=0,389$

P<0,05, X±SD= Ortalama, Standart Sapma, Pearson Kolerasyon Analizi

Tablo 3'de hemşirelerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre FKEDF ve HEİÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. 28-32 yaş grubunda olan hemşirelerin FKEDF puan ortalaması 150,91±13,79' dur. Yaş gruplarına göre FKEDF puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p=0,157$). Yüksek lisans mezunu hemşirelerin puan ortalaması 153,15±15,58 iken ön lisans mezunu hemşirelerin ise puan ortalaması 140,25±19,51'dir. Ancak hemşirelerin eğitim düzeyine göre FKEDF puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,727$).

Hemşirelerin çalıştıkları kuruma göre FKEDF ve HEİÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Hemşirelerin cinsiyet, medeni durum ve çocuk sayısı, çalıştığı klinik, meslekte ve yoğun bakımda çalışma süresi, haftalık çalışma süresi, aylık nöbet sayısı ve hemşireliği isteyerek seçme durumuna göre FKEDF ve HEİÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 3).

Tablo 3. Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Etik Değerler Formu ve Hastane Etik İklim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=202)

Bazı Tanıtıcı Özellikler	n (%)	Fiziksel Kısıtlama Etik Değerler Formu Puan Ortalaması	Önemlilik Testi	Hastane Etik İklim Ölçeği	Önemlilik Testi
Yaş					
23-27	96(47,5)	145,28±20,10		106,62±14,80	
28-32	45(22,3)	150,91±13,79	F= 1,86 p= 0,157	104,71±11,90	F= 1,156 p= 0,292
33 ve üzeri	61(30,2)	145,11±15,12		107,26±14,96	
Cinsiyet					
Kadın	158(78,2)	145,58±17,37	t= -1,39 p= 0,175	106,46±13,92	t=0,138 p=0,891
Erkek	44(21,8)	149,72±17,83		106,11±15,40	

Tablo 3. Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Etik Değerler Formu ve Hastane Etik İklim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=202) (Devamı)

Medeni Durum					
Bekar	114(56,4)	147,29±16,26	t=0,750 p=0,463	105,92±14,76	t= -0,540 p=0,590
Evli	88(43,6)	145,43±19,04		107,0±13,54	
Çocuk Sayısı					
Hiç	142(70,3)	143,16±18,49		106,97±13,47	
1	36(17,8)	152,40±16,47	KW=3,732 p=0,053	106,59±12,06	KW=0,050 p=0,822
2 ve üzeri	24(11,9)	141,50±7,77		107,50±23,33	
Öğrenim Durumu					
Önlisans	4(2,0)	140,25±19,51		99,50±10,47	
Lisans	166(82,2)	145,34±17,61	KW= 0,122 p=0,727	106,85±14,22	KW= 1,006 p= 0,316
Yüksek Lisans	32(15,8)	153,15±15,58		104,84±14,67	
Çalışılan Kurum					
A Üniversite Hastanesi	91(45,0)	151,20±14,88		111,43±11,66	
B Üniversite Hastanesi	87(43,1)	141,10±18,50	KW=12,065 p=0,002	101,27±13,84	KW= 23,288 p=0,000
C Devlet Hastanesi	24(11,9)	148,08±18,22		105,79±17,85	
Çalışılan Klinik					
Dahili birimler	149(73,8)	145,30±18,17	t=-1,607 p:0,083	106,34±13,82	t= - 0,077 p: 0,938
Cerrahi birimler	53(26,2)	149,79± 15,17		106,52±15,43	
Meslekte Çalışma Süresi					
6 ay-1 yıl	33(16,3)	150,90±15,39		109,75±11,61	
2-6 yıl	84(41,6)	144,96±20,09	F=0,924 p=0,430	104,27±15,11	F= 2,628 p= 0,051
7-11 yıl	43(21,3)	146,55±14,66		104,23±14,69	
12 yıl üstü	42(20,8)	145,97±16,11		110,19±12,84	
Yoğun Bakımda Çalışma Süresi					
6 ay-1 yıl	59(29,2)	149,0±14,87		109,32±13,06	
2-6 yıl	84(41,6)	145,11±20,29	F=0,894 p=0,411	104,47±14,53	F=2,040 p=0,133
7 yıl üzeri	59(29,2)	145,97±15,57		106,18±14,63	
Haftalık Çalışma Süresi					
40-45 saat	165(81,7)	146,27±17,69	Z=-1,472 p= 0,141	105,86±14,23	Z=- 0,597 p= 0,550
50-55 saat	25(12,4)	150,80±15,24		107,20±14,91	
Aylık Nöbet Sayısı					
Hiç	11(5,4)	148,0±23,40		110,54±13,75	
1-4 nöbet	22(10,9)	140,77±24,13	KW=0,804 p=0,669	112,04±12,71	KW=5,197 p= 0,074
5 ve üstü	169(83,7)	147,13±16,01		105,38±14,29	
Hemşireliği İsteyerek Seçme					
Evet	151(74,8)	146,37±18,36	t= -0,177 p= 0,860	106,65±14,19	t= 0,450 p= 0,654
Hayır	51(25,2)	146,82±14,85		105,60±14,43	

*P<0,05, **F=ANOVA, *** Z= Mann Whitney U testi, ****KW= Kruskal Wallis, *****t= bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi

Tablo 4’de hemşirelerin yoğun bakım ünitesinde fiziksel kısıtlama uygulama özelliklerine göre FKEDF ve HEİÖ puan ortalamaları arasındaki farkların dağılımı yer almaktadır. Fiziksel kısıtlama ile ilgili karar sürecine katıldığını ifade eden hemşirelerin FKEDF puan ortalaması (146,75±17,75), katılmayan hemşirelere (144,31±15,52) göre daha yüksek bulunmuş ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,547). Fiziksel kısıtlama ile ilgili karar sürecine aktif olarak katıldığını ifade eden hemşirelerin HEİÖ puan ortalaması (107,26±13,97), katılmayan hemşirelere (99,22±14,52) göre daha yüksek olup, HEİÖ puan ortalamasının istatistiksel olarak da anlamlı ve daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,013).

Fiziksel kısıtlamanın etik boyutuna ilişkin eğitim almak isteyen hemşirelerin FKEDF puan ortalamasının (149,00±16,66) istatistiksel olarak da anlamlı ve daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,000). Fiziksel kısıtlamayı gereksinim duyulduğunda uygulayan hemşirelerin HEİÖ puan ortalaması (108,29±14,75) diğer uygulama sıklıklarına göre daha yüksek bulunmuş ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,463). Fiziksel kısıtlamanın etik boyutuna ilişkin eğitim alan hemşirelerin HEİÖ puan ortalaması daha yüksek (107,83±13,15) olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,263) (Tablo 4).

Tablo 4. Yoğun Bakım Ünitesinde Fiziksel Kısıtlama Uygulama Özelliklerine Göre Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Etik Değerler Formu ve Hastane Etik İklim Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=202)

Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Uygulama Özellikleri	n(%)	Fiziksel Kısıtlama Etik Değerler Formu	Önemlilik Testi	Hastane Etik İklim Ölçeği	Önemlilik Testi
Fiziksel kısıtlama ile ilgili karar sürecine katılma durumu					
Katılan	180(89,1)	146,75±17,75	Z=-0,603 p=0,547	107,26±13,97	Z=-2,490 p=0,013
Katılmayan	22(10,9)	144,31±15,52		99,22±14,52	
Fiziksel kısıtlamayı sık uygulama durumu					
Uygulayan	174(86,1)	146,97±16,08	Z=-0,387 p=0,699	106,02±14,27	Z=-0,676 p=0,499
Uygulamayan	28(13,9)	143,46±24,78		108,64±13,93	
Fiziksel kısıtlamayı uygulama sıklığı					
Her vardiyada	65(32,2)	150,38±17,67		106,26±14,00	
Haftada 1-2 kez	36(17,8)	147,02±14,04		104,52±12,09	
Gereksinim duyulduğunda	47(23,3)	144,55±16,15	F=1,771 p=0,174	108,29±14,75	F=0,774 p=0,463
Cevap Vermeyenler	54(26,7)	143,11±19,87		106,12±15,47	
Fiziksel kısıtlamanın etik boyutuna ilişkin eğitim					
Alan	73(36,1)	144,89±19,02	t=-0,937 p=0,350	107,83±13,15	t=1,112 p=0,263
Almayan	129(63,9)	147,38±16,59		105,57±14,78	
Fiziksel kısıtlamanın etik boyutuna ilişkin eğitim					
İsteyen	161(79,7)	149,00±16,66	t=4,106 p=0,000	106,38±13,30	t=-0,10 p=0,992
İstemeyen	41(20,3)	136,58±17,44		106,41±17,55	

*P<0,05, **F=ANOVA, *** Z= Mann Whitney U testi, ****t= bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi

TARTIŞMA

Fiziksel kısıtlama uygulaması ile hasta otonomisi, onuru ve bağımsızlığı etkilenmekte ve etik açıdan da sorun oluşturmaktadır (Goethals vd., 2013; Petrini, 2013; Salehi vd., 2019a). Çalışmamızda hemşirelerin çoğunluğu fiziksel kısıtlamanın hastanın hareket özgürlüğünü sınırladığını (1 no'lu önerme), kısıtlanan hastanın fiziksel ve psikolojik olarak korunması gerektiğini (3 ve 4 no'lu önerme) ve ajite hastaya fiziksel kısıtlama uygulanması ile diğer hastaların fiziksel güvenliğinin korunduğunu (6 no'lu önerme) düşünmektedirler. Goethals ve arkadaşlarının (2013) kalitatif olarak yaptıkları çalışmada, hemşireler fiziksel kısıtlamayı; hastanın fiziksel ve psikolojik güvenliğini korumak aynı zamanda diğer hastaların da fiziksel ve psikolojik güvenliğini korumak için ve bir hastanın hareket özgürlüğünün, vücuduna serbestçe erişebilme yeteneğinin öneminin bilincinde olarak uyguladıklarını ifade etmişlerdir. Bununla birlikte, hastanın güvenliğini sağlamanın genellikle özgürlüğünü değişen derecelerde sınırladığını, bu nedenle mümkün olduğunca hızla hastanın hareket özgürlüğünü sağlamanın önemini vurgulamışlardır. Korkeila ve arkadaşları (2016) çalışmalarında fiziksel kısıtlamanın hastanın güvenliğini arttırdığını, başkalarına zarar veren hastayı kontrol etmenin bir yolu olduğunu ve hemşirelerin de güvenliğini sağlamanın bir yolu olduğunu belirtmişlerdir (Korkeila vd., 2016).

Çalışmamızda hemşirelerin yarıya yakını hastayı fiziksel kısıtlamaya alırken hastanın fiziksel güvenliğini koruyamadığında etik ikilem yaşadığını belirtmiştir. Casterle ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında da, hemşirelerin kısıtlama uygulamayarak hastanın hareketliliğini korumasına izin verebileceğini bilmesine rağmen başka bir seçeneğinin olmadığını ifade ederek, açıkça etik ikilem yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin büyük çoğunluğu, fiziksel kısıtlamanın hasta üzerindeki fiziksel ve psikolojik etkilerine rağmen fiziksel kısıtlama uygulanmak zorunda kalılabileceğini (15 ve 16 no'lu önerme) düşünürken, fiziksel kısıtlamanın hasta üzerindeki olumsuz fiziksel ve psikolojik etkilerinin bu uygulamanın potansiyel olarak zarar verici olduğunu (17 ve 18 no'lu önerme) düşündüğü konusunda hemşireler kararsız kalmıştır. Bulgumuza paralel olarak yapılan kalitatif bir çalışmada da hemşireler benzer ifadelerde bulunmakla birlikte, fiziksel kısıtlamanın hasta üzerindeki fiziksel ve psikolojik olumsuz etkilerinden eşit olarak kaçınmaya çalışmışlardır (Goethals vd., 2013).

Çalışmamızda hemşirelerin yarıya yakını hastayı fiziksel kısıtlamaya alırken etik ikilem yaşamanın kaçınılmaz olduğunu (11 no'lu önerme) belirtirken, bu etik ikilemlerin hemşirelerin fiziksel ve psikolojik sağlığını olumsuz yönde etkilediğine (12 ve 13 no'lu önerme) katılanların oranı ise yarıdan fazladır. Etik ilkelerin de kendi içinde bir ikilem oluşturduğu ve hemşirelerin karar verme sürecini etkilediği görülmektedir. Bulgularımıza paralel olarak yapılan bir çalışmada, hemşirelerin %36,4' ünün fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin karar vermede zorluk yaşadığı ve etik ikilemlerle karşı karşıya geldiği; zarar vermeme (%76,4), yarar sağlama (%45,5), bireye saygı (%18,2) ve özerklik ilkesi (%9,1) ile ilgili etik ikilemler yaşadıkları bildirilmiştir (Yönt vd., 2014). Yapılan diğer bir çalışmada da, yoğun bakım hemşirelerinin fiziksel kısıtlama kullanımına karar vermede yaşadıkları bu etik ikilemlerin arkasındaki ana faktörlerin, kısıtlamanın kullanılmasının ve kullanılmamasının sonuçları ile ilgili olduğu bildirilmiştir (Salehi vd., 2019). Çözülmesi zor etik ikilemlerin varlığında hemşireler, eldeki durum için en uygun davranışı belirleyip algıladıkları etik değerlerine dayanarak seçim yapma eğilimindedirler (Kim vd., 2015).

Çalışmamız kapsamında fiziksel kısıtlamanın etik boyutuna ilişkin eğitim alan hemşireler (%36,1), eğitim almayanlara göre daha az olması sonucu ile etik ikilem yaşama oranının yüksek olması ilişkilendirilebilir. Hakverdioğlu ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında, hemşirelerin yarısından fazlası fiziksel kısıtlamaya ilişkin etik eğitim almışlardır. Barton-Gooden ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında ise hemşireler kurum tarafından kısıtlama uygulamak için resmi olarak eğitilmediklerini, ancak meslektaşlarını gözlemlerinden öğrendiklerini ifade etmiştir. Etik ile ilgili eğitim alan hemşirelerin

fiziksel kısıtlamayı uygulama esnasında, etik değerleriyle birlikte hareket edeceği düşünülmektedir. Etik ile ilgili eğitim almayan hemşirelerin fiziksel kısıtlamayı uygulama esnasında etik ikilem yaşamaları kaçınılmaz olacaktır.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin yarısı fiziksel kısıtlamanın hasta özerkliğini (otonomisini) kısıtladığını (7 no'lu önerme) düşünmektedir. Benzer şekilde Korkeila ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında da fiziksel kısıtlamanın hasta özerkliğini (otonomisini) kısıtladığını düşünen hemşireler çoğunluktadır (Korkeila vd., 2016). Öte yandan çalışmamızda fiziksel kısıtlamanın hasta onurunu ve itibarını zedeleyebilen bir uygulama olduğunu (8 ve 9 no'lu önerme) düşünen (%24,8) ve kararsız kalan (%26,2) hemşirelerin oranının birbirine yakın oluşu dikkat çekicidir. Salehi ve arkadaşlarının (2019) yapmış olduğu kalitatif çalışmada, fiziksel kısıtlamanın hasta özerkliğini sınırladığı için kullanılması etik olmayan bir uygulama olduğunu, yarar sağlama ve zarar vermeme etik ilkelerine uygun olsa da özerklik ilkesine aykırı olduğu bu sebeple fiziksel kısıtlama kullanımının hemşirelerin etik ikilemlerine neden olduğu belirtilmiştir.

Çalışmamızda hemşirelerin fiziksel kısıtlama uygulaması ile yarar sağlama ve özerkliğe saygı ilkesine önem verdikleri (24 ve 25 no'lu önerme) görülürken, adil davranma etik ilkesinin ihlal edildiği (22 no'lu önerme) konusunda kararsız kalmışlardır. Buradan da hemşirelerin fiziksel kısıtlama uygularken etik ilkeleri göz önünde bulundurmasının etik değerleri ile ilişkili olduğu görülmektedir. Benzer şekilde Goethals ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında da adaletin karar alma süreçlerinde belirleyici bir faktör olmadığı bulunmuştur. Kontio ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında ise hastaya fiziksel kısıtlama uygulanmasına ilişkin karar almalarına özerkliğe saygı ilkesi ve otonominin rehberlik ettiğini belirtmişlerdir. Aynı zamanda hastanın geçmişi hakkında yeterli bilgiye sahip olmanın da karar almalarında belirleyici olduğunu ifade etmişlerdir. Fiziksel kısıtlama uygulaması ile asıl amaçlanan; hasta güvenliğine duyulan ihtiyaç, insan onurunu koruma ihtiyacı ve bakım gereksinimleri arasında bir denge kurmaya çalışmaktır (Eşer ve Hakverdioğlu, 2006; Goethals vd., 2012; Hughes ve Lane, 2016; Turgay vd., 2009). Fakat çalışmamızda hemşirelerin büyük çoğunluğunun fiziksel kısıtlamanın, hastanın nitelikli hemşirelik bakımı alma hakkını engellediğine (2 no'lu önerme) katılmadıkları saptanmıştır. Korkeila ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında da fiziksel kısıtlama uygulanmış hastaya bakmanın, diğer hastalara bakmaktan daha çok zaman aldığını belirtmişlerdir (Korkeila vd., 2016).

Hastada gerçekleşebilen olası zararlarına ve yaşanan etik ikilemlere rağmen fiziksel kısıtlamanın hastaya yarar sağlama adına ilk tercih edilen yöntem olması dikkat çekicidir (Salehi vd., 2019; Ye vd., 2018). Fiziksel kısıtlamaya ilişkin verilecek kararda hastaya yönelik gerçekleştirilecek yarar ve zarar arasındaki dengeyi kurabilmek önemlidir (Eşer ve Hakverdioğlu, 2006; Riahi vd., 2016). Çalışmamızda da fiziksel kısıtlama uygulanmasından beklenen yararın, uygulamadan kaynaklanabilecek olası risk ve zararlardan fazla olması gerektiğine (5 no'lu önerme) katılan hemşireler çoğunluktadır. Çalışmamızda fiziksel kısıtlamaya ilişkin alınan kararların ekibin tüm üyelerinin katılımıyla gerçekleştirilmesi gerektiğine (39 no'lu önerme) katılan hemşireler çoğunlukta iken, hastanın onay verdiği aile üyeleri veya yasal temsilcilerinin de bu karara katılımının gerekliliği (40 no'lu önerme) konusunda hemşireler kararsız kalmıştır. Karagözoğlu ve Özden'in (2013) çalışmasında hemşireler, fiziksel kısıtlama uygulama kararının tüm ekiple birlikte alınması gerektiğini düşünmektedirler. Sağlık bakımı verenlerin hep en iyiyi bildikleri düşüncesi ve fiziksel kısıtlama kullanma gerekçesini de en iyi karar olarak görmeleri paternalist yaklaşıma eğilimi arttırmaktadır (Cheung ve Yam, 2005, Salehi vd., 2019). Ülkemizdeki hemşirelerin fiziksel kısıtlama ile ilgili kararlarına bireyin ailesini ve ekip arkadaşlarını dahil etme konusunda geri planda durması, diğer ülkelere göre daha paternalistik bir yaklaşım içinde olmalarından kaynaklanabilir. Fiziksel kısıtlamaya karar verirken hemşire meslektaşlar, diğer bakım sağlayıcılar ve aile arasındaki ilişkiler ağı, karar verme için bir kılavuz oluşturur (Casterle vd., 2015; Goethals vd., 2012). Casterle ve arkadaşları (2015) yapmış oldukları çalışmalarında, hemşirelerin neredeyse hiçbir zaman fiziksel kısıtlama ile ilgili kararları tek başına almadıklarını, bireyin ailesini ve ekip arkadaşlarını kararlarına dahil ettiklerini belirtmişlerdir.

Çalışmamızda hemşireler fiziksel kısıtlama uygulamasına karar verirken; zaman yetersizliği (28 no'lu önerme), yönetici desteğinin yetersiz oluşu (29 no'lu önerme) ve fiziksel kısıtlamaya ilişkin kurumsal bir etik politika ve kılavuz eksikliklerinden (30 no'lu önerme) kaynaklı zorluk yaşadıklarını bildirmişlerdir. Buna yönelik yapılan bir çalışmada da hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin aldıkları kararlarında; kılavuzların kullanılabilirliği ve kurumsal bir etik politikasının varlığı veya yokluğunun belirleyici bir parametre olduğu belirtilmiştir (Casterle vd., 2015). Öte yandan fiziksel kısıtlamaya ilişkin yasal düzenlemelerin ve bakıma ilişkin kılavuzların eksikliği nedeniyle hemşireler etik ikilemlere maruz kalmakta ve kendilerini yasal bağlamlar açısından yalnız hissetmektedirler (Hughes ve Lane, 2016).

Fiziksel kısıtlamaya ilişkin etik karar verirken farklı alternatifler ve en iyi çözüm yolunu aramanın karar verme sürecini kolaylaştıracağı ile ilgili literatürde öneriler mevcuttur (Eşer ve Hakverdioğlu, 2006; Petrini, 2013; Ye vd., 2018). Aynı şekilde çalışmamızda da hemşirelerin yarıdan fazlası fiziksel kısıtlamaya farklı alternatifler ve en iyi çözüm yolunu aramanın öneminin farkındadır. Goethals ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında da daha az kısıtlayıcı alternatifler uygulamanın ve kısıtlamayı mümkün olan en kısa sürede serbest bırakmanın hatta kaldırmanın önemi vurgulanmaktadır.

Çalışmamızda yoğun bakımda çalışan hemşirelerin etik iklim algısının pozitif yönde olduğu bulunmuştur (106,39±14,22). Benzer şekilde Karagözoğlu ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında, hastane etik iklim düzeyinin yüksek olduğu bildirilmektedir. Ayyıldız Cerit ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında da hemşireler görev yaptıkları hastanenin etik iklimine ilişkin ortalamanın üzerinde olumlu algıya sahip çıkmıştır.

Çalışmamızın HEİÖ ölçeği alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarına bakıldığında, hemşirelerin en yüksek puan ortalaması yöneticiler alt boyutunda en düşük puan ortalaması ise doktorlar alt boyutunda olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç hemşirelerin birlikte çalıştığı yöneticilerine ilişkin etik iklim algısının yüksek, doktorlara ilişkin etik iklim algısının ise düşük olduğunu göstermektedir. Çalışmamızla benzer şekilde Karagözoğlu ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında da en yüksek puan ortalaması yöneticiler alt boyutundan en düşük puan ortalaması ise doktorlar boyutundan alınmıştır. Ayyıldız Cerit ve arkadaşlarının (2021) yapmış olduğu çalışmada en düşük puan doktorlar alt boyutundan alındığı bulunmuştur. Cerit ve Özveren (2019)'in çalışmasında ise meslektaşlar alt boyutu en yüksek puanı, hastane alt boyutunun en düşük puanı aldığı bulunmuştur.

FKEDF toplam puanı ile HEİÖ toplam puanı arasında ilişki bulunmamıştır. Ancak hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin etik değerlerinin meslektaşlarından ($r=0,177$, $p=0,012$) ve yöneticisinden ($r=0,180$, $p=0,010$) pozitif yönde etkilendiği bulunmuştur. Fiziksel kısıtlamaya ilişkin hastanelerin net politika ve prosedürlerinin eksikliği nedeniyle (Akansel, 2007; Cheung ve Yam, 2005; Hakverdioğlu vd., 2014; Karagözoğlu ve Özden, 2013; Turgay vd., 2009) kurumlar, hatta aynı kurumda yoğun bakım birimleri arasında bile bu uygulama farklılık göstermektedir. Çalışmamızda hemşirelerin çalıştıkları kuruma göre fiziksel kısıtlamaya ilişkin etik değerleri ve etik iklim arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu da hemşirelerin görev yaptıkları hastanenin ortalamasının üzerinde etik iklimine sahip olduğunu düşündüklerini ve çalışılan kurum ile hemşirenin etik değerleri arasında ilişki olduğunu göstermektedir. Bulgumuz literatürle de paralellik göstermektedir (Özden vd., 2019).

Çalışmamızda fiziksel kısıtlama ile ilgili karar sürecine aktif olarak katıldığını ifade eden hemşirelerin HEİÖ puan ortalamasının (107,26±13,97) yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,013$). Bu bulgu da fiziksel kısıtlama ile ilgili karar sürecine aktif olarak katılımın hastane etik iklim algısını arttırdığını göstermektedir. Çalışmamızda eğitim düzeyi arttıkça etik değerlere yönelik farkındalığın arttığı bulunmuştur. Fakat istatistiksel olarak anlamlı değildir (153,15±15,58) ($p=0,727$). Meslekte çalışmaya yeni başlayan (150,90±15,39) ve yoğun bakımda çalışmaya yeni başlayan (149,0±14,87) hemşirelerin etik değerleriyle birlikte hareket ettiği söylenebilir.

Sınırlılıklar

Çalışmada kullanılan FKEDF' nin geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılmamış olması bu çalışmanın sınırlılığdır.

SONUÇ

Çalışmamızda hemşirelerin büyük çoğunluğunun fiziksel kısıtlama ile ilgili karar alma sürecine aktif olarak katıldığı, yoğun bakım ünitelerinde fiziksel kısıtlamayı sıklıkla uyguladığı saptanmıştır. Hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin etik değerlerinin yüksek düzeyde olduğu ve hastane etik ikliminden de pozitif düzeyde etkilendikleri belirlenmiştir. Hastane etik ikliminin meslektaşlar ve yöneticiler boyutunun hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin etik değerlerinde etkisi olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin çalıştığı kurum ve fiziksel kısıtlamaya ilişkin etik eğitim almayı isteme durumunun, hemşirelerin etik iklim algısında etkisinin olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin çalıştığı kuruma göre etik iklim algıları ve fiziksel kısıtlamaya ilişkin etik değerleri arasında fark bulunmaktadır.

Bu çalışma sonucunda; çalışılan kurumlarda fiziksel kısıtlama uygulamasının etik değerler ve etik iklim boyutuna ilişkin hizmet içi eğitimler, net politika ve prosedürler geliştirilerek ortak bir dil oluşturulabilir. Fiziksel kısıtlama uygulaması ile hemşirelerin etik değerlerinin ve etik iklim algısının etkisinin incelendiği daha geniş örnekleme kalitatif çalışmalar yapılması önerilebilir.

Araştırmanın Etik Yönü/Ethics Committee Approval: Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 08.03.2021 tarihinde 2021/08-45 karar no ile onayı ve kurumlardan yazılı izin alınmıştır. Çalışma verilerini toplamak amacıyla çalışmaya katılacak hemşirelere çalışmanın amacı hakkında bilgi verilip, yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Ayrıca çalışmada kullanılan Hastane Etik İklim Ölçeği (HEİÖ) için yazarlardan yazılı izin alınmıştır. Bu çalışma, Helsinki Deklarasyonu'na uygun olarak yürütülmüştür.

Hakem/Peer-review: Dış hakem bağımsız.

Yazar Katkısı/Author Contributions: Fikir ve tasarım: MNA, DÖ; Veri toplama: MNA; Veri analizi ve yorumlama: MNA, DÖ; Makale yazımı: MNA, DÖ; Eleştirel inceleme: DÖ.

Çıkar Çatışması/Conflict of Interest: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek/Financial Disclosure: Yazarlar çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

- Akansel N. (2007). Physical restraint practices among ICU nurses in one university hospital in western Turkey. *Health Sci J*, 4, 1-6.
- Ayyıldız Gökmen EB, Cerit B. (2021). Hastane etik ikliminin hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin algıları üzerine etkisi. *J Educ Res Nurs*, 18(3), 296-303. doi: 10.5152/jern.2021.63497
- Barton-Gooden A, Dawkins PE, Bennett J. (2015). Physical restraint usage at a teaching hospital: A pilot study. *Clin Nurs Res*, 24(1), 73-90. doi: 10.1177/1054773813493112
- Canzan F, Mezzalana E, Solato G, Mortari L, Brugnoli A, Saiani L, et al. (2021). Nurses' views on the use of physical restraints in intensive care: a qualitative study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 9646. doi: 10.3390/ijerph18189646
- Cheung PPY, Yam BMC. (2005). Patient autonomy in physical restraint. *J Clin Nurs*, 25, 34-40. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01145.x
- DeJonghe B, Constantin JM, Chanques G, Capdevila X, Lefrant JY, Outin H, et al. (2013). Physical restraint in mechanically ventilated ICU patients: a survey of French practice. *Intensive Care Med*, 39, 31-37. doi: 10.1007/s00134-012-2715-9
- Demir A. (2007). Nurses' use of physical restraints in four Turkish hospitals. *Journal Nursing Scholarship*, 39(1), 38-45. doi: 10.1111/j.1547-5069.2007.00141.x
- Casterle DB, Goethals S, Gastmans C. (2015). Contextual influences on nurses' decision-making in cases of physical restraint. *Nursing Ethics*, 22(6), 642-651. doi: 10.1177/0969733014543215
- Ertuğrul B, Özden D. (2020). The effect of physical restraint on neurovascular complications in intensive care units. *Australian Critical Care*, 33(1), 30-38. doi: 10.1016/j.aucc.2019.03.002

- Eşer İ, Hakverdioğlu G. (2006). Fiziksel tespit uygulamaya karar verme. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1).
- Gheidari Z, Adib M, Mohamadii TK, Kazemnejad E. (2019). Knowledge, attitude and performance of nurses in intensive care units in the field of patients' physical restraint use and their related factors. *Journal of Advanced Pharmacy Education & Research*, 9(2).
- Goethals S, Casterle DB, Gastmans C. (2012). Nurses' decision-making in cases of physical restraint: a synthesis of qualitative evidence. *J Adv Nurs*, 68, 1198–1210. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05909.x
- Goethals S, Casterle DB, Gastmans C. (2013). Nurses' ethical reasoning in cases of physical restraint in acute elderly care: a qualitative study. *Med Health Care Philos*, 16(4), 983–991. doi: 10.1007/s11019-012-9455-z
- Gu T, Wang X, Den N, Weng W. (2019). Investigating influencing factors of physical restraint use in China intensive care units: A prospective, cross-sectional, observational study. *Australian Critical Care*, 32, 193-198. doi: 10.1016/j.aucc.2018.05.002
- Gürlek Kısacık Ö, Coşğun T. (2019). Yoğun bakım hastalarında kısıtlama uygulamalarının ve nörovasküler etkilerinin incelenmesi. *Yoğun Bakım Dergisi*, 10(2), 1–10. doi:10.33381/dcbbyd.2019.2031
- Hughes L, Lane P. (2016). Use of physical restraint: ethical, legal and political issues. *Learning Disability Practice*, 19(4). doi:10.7748/ldp.19.4.23.s21
- Karagözoğlu Ş, Özden D. (2013). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin fiziksel kısıtlamaya ilişkin bilgi ve uygulamaları. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 15(1). <https://doi.org/10.69487/hemarge.695635>
- Kahraman BB, Aşiret GD, Yıldırım G, Akyar İ, Aytekin GK, Öz A. (2015). Yoğun bakımda fiziksel kısıtlamaya ilişkin hasta yakınlarının görüşleri. *Yoğun Bakım Dergisi*, 6, 78-83. <https://dx.doi.org/10.5152/dcbbyd.2015.847>
- Karagözoğlu Ş, Özden D, Yıldırım G. (2014). Yoğun bakım hemşirelerinin hastane etik iklim algısı. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 16(1), 34- 35. <https://doi.org/10.69487/hemarge.695728>
- Karatzula M, Uluocak Köse T. (2019). Hemşirelikte etik iklim algısı. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(4). doi: 10.22312/sdusbed.596981
- Kontio R, Valimaki M, Putkonen H, Kuosmanen L, Scott A, Joffeet G, et al. (2010). Patient restrictions: are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nurs Ethics*, 17(1), 65–76. doi: 10.1177/0969733009350140
- Koskenvuori J, Numminen O, Suhonen R. (2019). Ethical climate in nursing environment: A scoping review. *Nursing Ethics*, 26(2), 327–345. doi: 10.1177/0969733017712081
- Korkeila H, Koivisto AM, Paavilainen E, Kylma J. (2016). Psychiatric nurses' emotional and ethical experiences regarding seclusion and restraint. *Issues in Mental Health Nursing*, 37, 464–475. doi: 10.3109/01612840.2016.1163626
- Li X, Fawcett TN. (2014). Clinical decision making on the use of physical restraint in intensive care units. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(4), 446-450. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnss.2014.09.003>
- Özden D, Gürol Arslan G, Ertuğrul B. (2019). The effect of nurses' ethical leadership and ethical climate perceptions on job satisfaction. *Nurs Ethics*, 26(4), 1211-1225. doi: 10.1177/0969733017736924
- Petrini C. (2013). Ethical considerations for evaluating the issue of physical restraint in psychiatry. *Ann Ist Super Sanità*, 49(3), 281-285. doi: 10.4415/ANN_13_03_08
- Riahi S, Thomson G, Duxbury J. (2016). An integrative review exploring decisionmaking factors influencing mental health nurses in the use of restraint. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 23(2), 116–128. doi: 10.1111/jpm.12285
- Salehi Z, Ghezalje TN, Hajibabae F, Joolae S. (2019a). Factors behind ethical dilemmas regarding physical restraint for critical care nurses. *Nursing Ethics*, 1–11. doi: 10.1177/0969733019858711
- Salehi Z, Joolae S, Hajibabae F, Ghezalje TN. (2019b). The challenges of using physical restraint in intensive care units in Iran: A qualitative study. *Journal of the Intensive Care Society*, 1–7. doi: 10.1177/1751143719892785
- Saygılı M, Özer Ö, Öke Karakaya P. (2020). Paternalistic leadership, ethical climate and performance in health staff, *Hospital Topics*. 98(1):26-35. doi: 10.1080/00185868.2020.1726848
- Suliman M. (2018). Prevalence of physical restraint among ventilated intensive care unit patients. *J Clin Nurs*, 27, 3490–3496. doi: 10.1111/jocn.14588
- Turgay AS, Sarı D, Genç RE. (2009). Physical restraint use in Turkish intensive care units. *Clin Nurse Spec*, 23(2), 68-72. doi: 10.1097/NUR.0b013e318199125c
- Via-Clavero G, Sanjuan-Navais M, Romero-Garcia M, Cueva-Ariza L, Martinez-Estalella G, Plata-Menchaca E, et al. (2019). Eliciting critical care nurses' beliefs regarding physical restraint use. *Nurs Ethics*, 26(5), 1458-1472. doi: 10.1177/0969733017752547
- Yönt Hakverdioğlu G, Korhan Akın E, Dizer B., Gümüş F, Koyuncu R. (2014). Examination of ethical dilemmas experienced by adult intensive care unit nurses in physical restraint practices. *Holistic Nursing Practice*, 28(2), 85-90. doi: 10.1097/HNP.000000000000013
- Ye J, Xiao A, Yu L, Wei H, Wang C, Luo T. (2018). Physical restraints: An ethical dilemma in mental health services in China. *International Journal of Nursing Sciences*, 5, 68-71. doi: 10.1016/j.ijnss.2017.12.001

Araştırma Makalesi

Genel Cerrahi Kliniğindeki Hastaların Ameliyat Sonrası Konfor ve Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Evaluation of Postoperative Comfort and Anxiety Levels of Patients in the General Surgery Clinic

Funda ÇETİNKAYA^a, Beyza TORCU^b

^a Doç. Dr., Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Aksaray, Türkiye

^b Hemşire, Aksaray Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Aksaray, Türkiye

Geliş tarihi/Date of receipt: 25/01/2024

Kabul tarihi/ Date of acceptance: 05/08/2024

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, genel cerrahi kliniğindeki hastalarda ameliyat sonrası erken dönem konfor ve anksiyete düzeyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

Yöntem: Araştırmanın evrenini, bir üniversite hastanesinin genel cerrahisi servisinde Mart-Haziran 2023 tarihinde ameliyat olan hastalar, örneklemini ise, örnekleme alınma kriterlerini karşılayan 200 hasta oluşturdu. Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Perianestezi Konfor Ölçeği ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 24.0 paket programı kullanılarak, tanımlayıcı istatistik yöntemlerin yanı sıra korelasyon ve regresyon analizleri ile değerlendirildi. İstatistiksel olarak $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Bireylerin perianestezi konfor ölçeği puan ortalamasının $4,6 \pm 0,53$, durumluk anksiyete puan ortalamasının ise $36,10 \pm 7,97$ olduğu belirlendi. Perianestezi konfor ile durumluk anksiyete toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($r = -0,511$ $p < 0,001$).

Sonuç: Çalışmanın sonuçları genel cerrahi kliniğindeki hastaların ameliyat sonrası erken dönem konfor düzeylerinin iyi ve anksiyete düzeylerinin ise orta düzeyde olduğunu gösterdi. Ayrıca çalışmada hastaların anksiyete seviyesi azaldıkça konfor düzeyinin arttığı saptanmıştır. Çalışma sonucuna göre hastaların ameliyat sonrası erken dönem anksiyete ve konfor düzeyi değerlendirilmeli ve hastalara göre gerekli önlemler alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Cerrahi, Hemşirelik, Konfor

ABSTRACT

Objective: This descriptive study was conducted to determine the early postoperative comfort and anxiety levels and affecting factors in patients in the general surgery clinic.

Methods: The population of the study consisted of patients who underwent surgery in the general surgery service of a university hospital between March and June 2023, and the sample consisted of 200 patients who met the sampling criteria. Personal Information Form, Perianesthesia Comfort Scale and State-Trait Anxiety Scale were used to collect data. SPSS 24.0 was used to evaluate the data. It was evaluated using descriptive statistical methods as well as correlation and regression analysis using the package program. $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results: It was determined that the individuals' mean perianesthesia comfort scale score was 4.6 ± 0.53 , and state anxiety scale mean score was 36.10 ± 7.97 . A moderately negative, statistically significant relationship was detected between perianesthesia comfort and state anxiety total score averages ($r = -0.511$ $p < 0.001$).

Conclusion: The results of the study showed that the early postoperative comfort levels of the patients in the general surgery clinic were good and their anxiety levels were moderate. In addition, it was found in the study that as the anxiety level of the patients decreased, the comfort level increased. According to the study results, the patients' early postoperative anxiety and comfort levels should be evaluated and necessary precautions should be taken according to the patients.

Keywords: Anxiety, Comfort, Nursing, Surgical

ORCID IDs: FÇ: 0000-0003-2518-6625, BT: 0009-0007-5180-8973

Sorumlu yazar/Corresponding author: Doç. Dr., Funda ÇETİNKAYA, Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Aksaray, Türkiye

e-posta/ e-mail: fundacetinkaya@aksaray.edu.tr

Atıf/Citation: Çetinkaya F, Torcu B. (2024). Genel cerrahi kliniğindeki hastaların ameliyat sonrası konfor ve anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 7 (3), 320-328. doi:10.54189/hbd.1425547

GİRİŞ

Cerrahi girişimler bireyin sağlığını geliştirmekle birlikte bireyde fizyolojik ve psikolojik olarak hasta rahatını etkileyebilen etkilere de neden olmaktadır (Aydingülü ve Arslan, 2021; Tosun vd., 2022). Ayrıca ameliyat olacak birey, bilinmezlik korkusu, ağrı, kontrolün kaybı, vücut fonksiyonlarının değişimi, ölüm korkusu ve yaşam tarzının değişiklikleri gibi sebeplerden dolayı anksiyete yaşayabilir (Yılmaz vd., 2018). Anksiyete bireyler tarafından yaşamı tehdit edici olarak algılanan rahatsız edici, hoş olmayan korku ve endişe duygusudur (Çakır vd., 2024). Hastaların deneyimledikleri anksiyete sempatik, parasempatik ve endokrin uyarıların artmasına yol açarak bireylerde hem psikolojik hem de fizyolojik sorunların görülmesine neden olur (Oral vd., 2022). Ayrıca hastaların ameliyat öncesi ve sonrası deneyimledikleri anksiyete (Okut vd., 2022), ameliyat ya da uygulanacak işlemler sırasında deneyimlediği rahatsızlıklar (ağrı, bulantı, kusma, hipotermi, anksiyete vs) hastanın konforunun azalmasına neden olabilmektedir (Arslankılıç ve Göl, 2020; Okut vd., 2022). Literatürde ameliyat öncesi dönemde yaşanan yüksek seviyedeki anksiyetenin, ameliyat sonrası dönemde ağrı düzeyinde artma ve dolayısıyla hastaların konfor düzeyinde azalmaya neden olduğunu belirtmiştir (İbrahimoglu vd., 2023; Li vd., 2021). Hemşirelik bakımının önemli bir bileşeni olan konfor (Ören, 2018; Pinto vd., 2017) temel insan gereksinimlerinden biridir (Güner ve Kumsar, 2021). Birey bir sağlık sorunu olduğunda temel gereksinimlerinin sağlık profesyonelleri tarafından karşılanacağını umut eder (Ören, 2018; Seyedfatemi vd., 2014). Bu nedenle Katharine Kolcaba konfor kavramını, "ferahlık, huzura kavuşma ve sorunların üstesinden gelebilmek için temel insan gereksinimlerini karşılamanın o andaki deneyimi" olarak tanımlamaktadır (Kolcaba, 1991). Hastanın konfor düzeyini etkileyecek temel gereksinimlerin karşılanması hasta tatmininin artmasına, iyileşmenin hızlanmasına ve hasta bakım sonuçlarının pozitif etkilenmesine neden olur (İbrahimoglu vd., 2023; Karaca ve Durna, 2019). Williams ve Irurita konfor düzeyi kötü olan hastaların, güçsüz kişiler olduğunu ve iyileşme için bu kişilerin güce ihtiyaç duyduklarını belirtmiştir (Williams ve Irurita, 2006). Cerrahi girişim uygulanan hastalarda, anksiyetenin azaltılması ya da giderilmesi, konfor düzeyinin artırılması ve varolan konfor düzeyinin sürdürülmesi bakımın amaçları arasında yer almalıdır (Ören, 2018). Bireyin konfor düzeyinin yüksek olması, umut ve güven duygusunu artırmakta ve hastanın anksiyete ile ilişkili yakınmalarını azaltabilmektedir (Kolcaba, 1991).

Hasta için son derece stresli olan sağlık bakım gereksinimlerinin sağlanmasında, hemşireler bireye özgü bir kavram olan konfora yönelik hemşirelik girişimlerini uygulayarak hastanın daha az sıkıntı çekmesini, ferahlamasını, daha huzurlu olmasını ve sorunlarının üstesinden gelebilmesini sağlar (Aydingülü ve Arslan, 2021; Ören, 2018). Cerrahi hastalarında daha önce ameliyat öncesi dönemdeki anksiyete düzeyinin konforu etkileyebileceği ve konfor seviyesini azaltabileceği (Amaç ve Çam, 2019; Çakır vd., 2024) üzerinde durulmuştur. Fakat hastaların ameliyat sonrası dönemde de anksiyete seviyeleri yüksek olabilir ve bu da konforu etkileyebilir. Ameliyat sonrası anksiyete ve konfor üzerinde inceleme yapan araştırmacılarda (Ören, 2018) cerrahi kliniklerin özellikleri hastaların bakım gereksinimleri değişebildiğinden spesifik klinikler üzerinde değerlendirme yapmıştır. Bu çalışmada da genel cerrahi kliniğindeki hastaların ameliyat sonrası erken dönem konfor ve anksiyete düzeyleri ile bunları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın amacı

Araştırmanın amacı genel cerrahi kliniğinde ameliyat olan hastaların anksiyete ve konfor düzeyi ile etkileyen faktörleri belirlemektir.

Araştırma Soruları

- Genel cerrahi hastalarında ameliyat sonrası anksiyete düzeyi nedir?
- Genel cerrahi hastalarında ameliyat sonrası konfor düzeyi nedir?
- Hastaların ameliyat sonrası anksiyete ve konfor düzeyi arasında nasıl bir ilişki vardır?

- Hastaların ameliyat sonrası anksiyete ve konfor düzeyi nelerden etkilenir?

YÖNTEM

Araştırmanın Modeli

Bu çalışma tanımlayıcı kesitsel türde bir çalışmadır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini, bir eğitim ve araştırma hastanesinin genel cerrahisi servisinde Mart-Haziran 2023 tarihinde ameliyat olan hastalar, örneklemi ise, araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde ulaşılabilen 362 hastadan örnekleme alınma kriterlerini karşılayan 200 hasta oluşturdu. Araştırmaya alınma kriterleri; 18 yaş ve üzeri, Türkçe iletişim kurulabilme, postoperatif 2 ila 5. günde olma, cerrahi girişim sonrası konfor düzeyini olumsuz yönde etkileyebilen ek hastalık tanısı konulmamış, psikolojik açıdan tedavi görmeyen, çalışmaya katılmaya gönüllü olan, dışlanma kriterleri ise; mental problemi olma, anksiyolitik ilaç kullanma olarak belirlendi.

Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu: Bu form, literatür doğrultusunda oluşturuldu (Amaç ve Çam, 2019; Aydınçılı ve Arslan, 2021; Güner ve Kumsar, 2021). Form, hastaların yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durumu, kronik hastalık varlığı, ilaç kullanımı, yattığı kliniği, daha önceki ameliyat deneyimi, ameliyat korkusuna yönelik soruları içermektedir.

Perianestezi Konfor Ölçeği (PKÖ): Kolcaba tarafından oluşturulan ölçeğin (Kolcaba ve Wilson, 2002) Türkçe geçerlik ve güvenirliği Üstündağ ve Eti Aslan (2010) tarafından yapılmıştır. Ölçek toplam 24 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan her bir ifade “kesinlikle katılmıyorum” ile “kesinlikle katılıyorum”a doğru 1 ila 6 puan arasında değişen likert tipi puanlamadır. Ölçeğin en yüksek toplam puanı 144, en düşük toplam puanı ise 24 dır. Elde edilmiş ölçek toplam puanı ölçeğin toplam madde sayısına bölünerek ortalama değer elde edilir ve sonuç 1 ile 6 puan arasında değerlendirilir. Ölçekten elde edilen düşük puan konfor düzeyinin kötü, yüksek puan ise konfor düzeyinin iyi olduğunu göstermektedir. Üstündağ ve Aslan’ın çalışmasında Cronbach alfa değeri 0,83 bulunmuştur (Üstündağ ve Aslan, 2010). Bu çalışma da ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,833 olarak bulundu.

Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği: Spielberg ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilen ölçek, Öner ve Le Compte tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçekte 20’si durumluk kaygı (DKÖ), 20’si sürekli kaygıyı (SKÖ) ölçmeye yönelik toplam 40 madde bulunmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puan yüksek kaygı düzeyini, düşük puan ise düşük kaygı düzeyini gösterir (Öner ve LeCompte, 1985).

Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacılar tarafından veri toplama form ve ölçekleri kullanılarak hasta odalarında toplandı. Kişisel bilgi formu hastanın yatışı yapıp odasına alındıktan sonra toplandı. Anket formları ziyaret ve tedavi saatleri dışındaki zaman diliminde uygulandı. Perianestezi Konfor Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği operasyondan sonraki 2 ila 5. gün arasında uygulandı.

Verilerin Değerlendirilmesi

Bu araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS Statisticsfor Windows, Version 24.0. paket programı kullanıldı. Ölçek puanlarının normal dağılıma uygunluğu Kolmogrov Smirnov (K-S) testi ile değerlendirildi. Çalışmada kullanılmış olan ölçeklerin birbiri ile ilişkisinin analizinde spearman korelasyon analizi uygulandı. Araştırmada bağımsız değişkenlerin, bağımlı değişkenler üzerindeki etkisi ise regresyon analizi ile değerlendirildi.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Aksaray Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (protokol no:2023/01-05) ve araştırmanın yapıldığı kurumdan izin (protokol no: E-38044286-771-210178266) alındı. Hasta bireylerden bilgilendirilmiş gönüllü olur formu doğrultusunda sözlü onamları alındı. Ölçek kullanımı için izin alındı.

BULGULAR

Çalışmadaki bireylerin yaş ortalaması 45,72±12,51'dir. Bireylerin %51,5'i erkek, %86'sı evli, %44'ü lise mezunu, %51'inin daha önce ameliyat deneyimi olmadığı %74'ünün kronik hastalığının olmadığı, %70'inin sürekli kullandığı bir ilacı olmadığı ve %67,5'inin ameliyat nedeni ile korkusu olduğu belirlendi (Tablo 1).

Tablo 1. Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Ölçek Toplam Puanları

Sosyo -demografik özellikler	n(%)
Yaş (Ortalama±SS)	45,72±12,51
PKÖ (Ortalama±SS)(Min-Maks)	4,65±0,53 (1,92-5,63)
DKÖ ((Ortalama±SS) (Min-Maks)	36,10±7,97 (20-79)
Cinsiyet	
Kadın	97(48,5)
Erkek	103(51,5)
Medeni durum	
Evli	172(86)
Bekar	28(14)
Eğitim Durumu	
İlköğretim	80(40)
Lise	88(44)
Önlisans	22(11)
Lisans	10(5)
Ameliyat deneyimi varlığı	
Evet	98(49)
Hayır	102(51)
Kronik hastalık varlığı	
Evet	52(26)
Hayır	148(74)
Sürekli ilaç kullanım durumu	
Evet	60(30)
Hayır	140(70)
Ameliyat korkusu yaşama durumu	
Evet	135(67,5)
Hayır	65(32,5)
Ameliyat Sınıflaması	
Orta	140(70)
Majör	60(30)

PKÖ: Perianestezi Konfor Ölçeği; DKÖ: Durumluk Kaygı Ölçeği; Ort.: ortalama; SS: standart sapma; Min.: minimum; Maks.: maksimum

Ölçek puanlarına ilişkin ortalama değerler Tablo 1' de verildi. Bireylerin PKÖ puan ortalaması 4,6±0,53, durumluk anksiyete puan ortalamasının ise 36,10±7,97 olduğu belirlendi. Çalışmada, bireylerin konfor düzeyi ile anksiyete arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan korelasyon analizi sonucunda, konfor düzeyi ile durumluk anksiyete arasında negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($r=-0,511$ $p<0,001$) (Tablo 2).

Tablo 2. Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının İlişkisi (n=200)

Korelasyon (n=200)		DKÖ
PKÖ	r	-0,511**
	p	0,000

** p<0,01

Hastaların konfor düzeyini etkileyen faktörleri tahmin etmek için çoklu doğrusal regresyon analizi yapıldı. Değişkenler konfor düzeyindeki varyansın %44'ünü açıklamaktadır. Oluşturulan modeldeki değişkenlerden ameliyat sınıflaması ve anksiyete düzeyi ayrı ayrı konforu etkilemektedir (p<0,05). Değişkenlerin konfor üzerindeki etkisindeki önem sırası ise durumluk anksiyete düzeyi ortalaması ($\beta=-0,039$) ve ameliyat sınıflaması ($\beta=-0,168$) biçimindedir (Tablo 3). Çalışma sonucu orta derece ameliyat sınıflamasında bulunan hastaların konfor düzeyi daha iyi olduğunu göstermektedir.

Tablo 3. Konfor Düzeyi Üzerine Etkili Olan Faktörler İçin Regresyon Analizi Sonuçları

	β	Z(β)	t	p	Tolerans	VIF	R	R ²	F	p	DW
Yaş	0,003	0,067	0,894	0,372	0,518	1,930					
Cinsiyet											
Kadın	Ref										
Erkek	-0,034	-0,032	-0,532	0,596	0,793	1,260					
Medeni Durum											
Evli	Ref										
Bekar	0,007	0,005	0,075	0,940	0,732	1,365					
Eğitim Durumu											
İlköğretim	Ref										
Lise ve üzeri	0,074	0,115	1,515	0,131	0,512	1,953					
Ameliyat deneyi							0,669	0,447	15,274	<0,001	1,798
Evet	Ref										
Hayır	0,056	0,053	0,843	0,400	0,749	1,335					
Kronik Hastalık											
Evet	Ref										
Hayır	-0,208	-0,171	-1,453	0,148	0,210	4,752					
Sürekli ilaç kullanımı											
Evet	Ref										
Hayır	0,235	0,202	1,700	0,091	0,207	4,830					
Ameliyat korkusu											
Evet	Ref										
Hayır	-0,016	-0,014	-0,229	0,819	0,781	1,281					
Ameliyat Orta											
Majör	-0,168	-0,144	-2,486	0,014	0,867	1,153					
DKÖ	-0,039	-0,575	-9,995	0,000	0,884	1,132					

Varyans Şişirme Faktörü, DW:Durbin Watson

Hastaların durumluk anksiyete düzeyini etkileyen faktörleri tahmin etmek için çoklu doğrusal regresyon analizi yapıldı. Değişkenler anksiyete düzeyindeki varyansın %42'ünü açıklamaktadır. Oluşturulan modeldeki değişkenlerden konfor düzeyi anksiyete düzeyini etkilemektedir (p<0,05) (Tablo 4). Çalışmanın bulguları hastaların konfor ve durumluk anksiyete düzeylerinin birbirini etkilediğini göstermektedir.

Tablo 4. Durumluk anksiyete düzeyi üzerine etkili olan faktörler için regresyon analizi sonuçları

	β	Z(β)	t	p	Tolerans	VIF	R	R ²	F	p	DW
Yaş	-0,020	-0,31	-0,400	0,689	0,516	1,936					
Cinsiyet											
Kadın	Ref										
Erkek	-1,121	-0,070	-1,138	0,257	0,798	1,254					
Medeni Durum											
Evli	Ref										
Bekar	-0,941	-0,041	-0,636	0,526	0,734	1,363					
Eğitim Durumu											
İlköğretim	Ref										
Lise ve üzeri	-0,340	-0,035	-0,452	0,652	0,507	1,974					
Ameliyat deneyi							0,650	0,422	13,796	<0,001	1,839
Evet	Ref										
Hayır	-1,179	-0,074	-1,162	0,247	0,751	1,331					
Kronik Hastalık											
Evet	Ref										
Hayır	0,940	0,052	0,428	0,669	0,208	4,800					
Sürekli ilaç kullanımı											
Evet	Ref										
Hayır	-0,268	-0,015	-0,126	0,900	0,204	4,904					
Ameliyat korkusu											
Evet	Ref										
Hayır	-1,344	-0,079	-1,270	0,206	0,787	1,270					
Ameliyat Orta	Ref										
Majör	-0,57	-0,015	-0,246	0,806	0,840	1,190					
PKÖ	-8,958	-0,601	-9,995	0,000	0,845	1,183					

β : Regresyon katsayısı, z(β): Standartlaştırılmış regresyon katsayısı, VIF: Varyans Şişirme Faktörü, DW: Durbin Watson

TARTIŞMA

Cerrahi müdahaleler, yaşam sürecini güvence altına almayı hedefleyen uygulamalar olsa da beraberinde hasta bireyi tüm boyutu ile etkileyebilmektedir. Cerrahi girişim sonrası fizyolojik veya psikolojik rahatsızlıklar hastaların konforunu da olumsuz etkilemektedir (Yılmaz vd., 2018). Konforun birçok yönü bulunduğu için, konfor düzeyini geliştirmek üzere yapılan uygulamalarda, hemşirelerin konfor düzeyini etkileyen faktörleri belirleyerek gerekli girişimlerin planlanması ve uygulanması önemlidir. Ayrıca hastaların bireysel ve klinik özelliklerinin değişmesine bağlı olarak hastaların konfor düzeyi farklılık göstermektedir (Aydingülü ve Arslan, 2021). Bu çalışma da genel cerrahi kliniğinde hastaların ameliyat sonrası konfor ve anksiyete düzeyi ile etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile yapıldı.

Çalışmada hastaların PKÖ puan ortalamasının, ortalamanın üstünde olduğu görülmektedir. Bu sonuç hastaların iyi konfor düzeyine sahip olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada hastaların ameliyat sonrası dönemde olması tıbbi sorunların çözümü anksiyete ve stresin azalmasına yol açarak hastanın genel refah ve rahatlık hissine katkıda bulunmuş olabilir. Genel olarak, altta yatan sorunun doğrudan tedavisi, etkili ağrı yönetimi ve kapsamlı postoperatif bakımın kombinasyonu, ameliyat sonrası hasta konforunu arttırmada çok önemli bir rol oynar. Çalışma sonucuna benzer olarak; Çakır ve ark. (2024) cerrahi girişim geçiren hastaların, Güner ve Kumsar (2021) akciğer kanseri nedeni ile ameliyat olan hastaların, Ören (2018) göğüs cerrahisi uygulanan hastaların ameliyat sonrası konfor düzeylerini iyi olarak belirtmiştir. Aydingüllü ve Arslan (2021) çalışmasında genel cerrahi kliniğindeki hastaların konfor düzeyinin 4.96 ± 0.49 olduğunu göstermiştir. Çalışmalar cerrahi hastalarında ameliyat sonrası erken dönem konfor düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir (Büyükcinal ve Rızalar, 2018; Kubat Bakır ve Yurt, 2020). Bu çalışmadan farklı olarak ise; Tosun ve ark. (2022) cerrahi girişim uygulanan

hastalarda, Yılmaz ve arkadaşları (2018) ortopedik cerrahi girişim sonrası konforu değerlendirdikleri çalışmada hastaların konforun orta düzeyde olduğu görülmüştür.

Hastaların durumluk anksiyete puan ortalaması ile orta düzey anksiyetesinin olduğu tespit edildi. Bu araştırma sonucuna benzer olarak daha önce yapılan çalışmalarda hastaların ameliyat sonrası anksiyete düzeyinin orta düzeyde olduğu gösterilmiştir (Dinç ve Yılmaz Güven, 2023; Gallo vd., 2005; Ören, 2018). Çalışma sonucundan farklı olarak, Gök ve Hergül (2020) çalışmasında hastaların anksiyete açısından düşük riskli olarak bulmuşlardır (Gök ve Hergül, 2020). Hastalar ameliyat sonrası dönemde birçok farklı nedenden (cerrahi sonrası ağrı, hareket sınırlılığı ve cerrahinin sonuçları gibi) dolayı anksiyete yaşamaktadırlar. Bu çalışmada da hastaların anksiyete seviyesinin orta düzeyde çıkması ameliyat sonrası hastaların rahatlamış olması ve konfor seviyelerinin de yüksek olması ile açıklanabilir.

Çalışmada konfor düzeyi ortalaması ile hastaların durumluk anksiyete puan ortalaması arasında negatif yönde bir ilişki belirlendi, hastaların konfor düzeyi artarken anksiyete düzeylerinin azaldığı görüldü. Cerrahi girişimlerin birçoğunda hastaların konforunu etkileyen faktörlerden biri de anksiyetedir (Demirel ve Ak, 2024). Ameliyat öncesi ve sonrası yaşanan anksiyete ne kadar yüksekse hastalar da o derece konfor düzeyi düşmektedir. Çalışmada ameliyat sonrası anksiyete düzeyinin değerlendirilmiş olması hastaların bilinmeyen korkusunun azalmasına ve anksiyete düzeyinin orta seviyede olmasına etken olmuş olabileceği için konfor seviyesi yükselmiş olabilmektedir. Çalışma sonuçlarına benzer olarak, Ören (2018) göğüs cerrahisi sonrası hastaların anksiyete düzeyi ile konfor arasında negatif yönde fakat sonuçlardan farklı olarak düşük düzeyde ilişki olduğunu saptamıştır. Çalışma sonucundan farklı olarak ameliyat öncesi anksiyete düzeyi ile ameliyat sonrası erken konfor düzeyinin karşılaştırıldığı çalışmada hastaların anksiyete ve konfor düzeyi arasında zayıf ve pozitif yönde ilişki olduğu belirtildi (Amaç ve Çam, 2019).

Çalışmada hastaların konfor düzeylerinin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, ameliyat deneyimi, sürekli ilaç kullanımı ve ameliyat korkusundan etkilenmediği ameliyat sınıflamasından etkilendiği görülmektedir. Büyükcünal ve Rızalar (2018) çalışmasında hastaların konfor düzeyinin ameliyat türünden etkilendiğini ve laparoskopik cerrahi girişim geçiren hastaların konfor düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Aydınğüllü ve Arslan (2020) çalışmasında ise hastaların yattığı kliklerinin konfor düzeyinin etkilemediği fakat sürekli ilaç kullanımı ve ağrı düzeyinin konfor düzeyini etkilediğini göstermiştir. Şuanki çalışmada genel cerrahi kliniğinde orta düzey ameliyat sınıflamasında olan hastalar majör ameliyata göre daha iyi konfor düzeyine sahiptir. Ameliyat türü hastanın hareket düzeyini kısıtlaması ve ameliyat sonrası ağrı gibi durumlara bağlı olarak etkilenmektedir. Bu süreçlerde, majör bir ameliyat geçirmiş hastalarda daha sık yaşanmış olduğundan majör cerrahi girişim geçirmiş olan hastaların konfor düzeylerinin daha düşük olabileceğini gösterebilir.

Hastaların anksiyete düzeyini etkileyen faktörler değerlendirildiğinde, sadece konfor düzeyinin anksiyeteyi etkilediği belirlenmiştir. Hastaların ameliyat sonrası 2 ila 5 gün aralığında olması yaşanan ameliyatın geçmesi ve ağrıların bu süreçte azalması düşünüldüğünde hastaların durumluk anksiyete düzeyleri sosyodemografik değişkenler ve ameliyata ilişkin değişkenlerden etkilenmemiş olabilir. Çalışma sonucuna benzer olarak Ören (2018) çalışmasında hastaların durumluk anksiyete düzeylerinin sosyodemografik değişkenler ve operasyon deneyimi, ameliyat türü gibi etkenlerden etkilenmediğini göstermiştir. Çalışma sonucundan farklı olarak, Gök ve Hergül (2020) çalışmasında hastanedeki hastaların anksiyete puan ortalamasının cinsiyete ve meslek arasında anlamlı ilişki olduğunu göstermiştir.

Sınırlılıklar

Araştırmanın örnekleminin tek bir hastanede yapılmış olması ve belirtilen tarihlerde genel cerrahi kliniğine başvuran hastalarda yapıldığı için sonuçların sadece araştırma grubuna genellenebilmesi araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

SONUÇ

Elde edilen sonuçlar, hastaların bireysel ve ameliyata ilişkin özelliklerin değişmesine rağmen anksiyete düzeyini etkilemediğini gösterirken konfor üzerinde ameliyat sınıflamasının etkili olduğunu göstermiştir. Ameliyat sınıflamasında orta düzey ameliyat geçiren hastaların konfor düzeyi majör ameliyat geçiren hastalardan daha iyi düzeydedir. Ayrıca sonuçlar anksiyete ve konfor düzeyinin birbirini etkilediği göstermektedir. Şuan ki durum beklenen bir sonuçtur fakat anksiyete deneyimleri ile konfor düzeyinin karşılaştırıldığı sınırlı sayıda çalışma olması sebebi ile daha ayrıntılı araştırmaların yapılmasına ihtiyaç olduğu görülmektedir. Literatürdeki araştırma sonuçları ile karşılaştırılan bu araştırmanın sonuçları, cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası erken dönemde anksiyete ve konfor düzeyi ile etkileyen faktörleri açıklamak amacıyla kullanılabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada elde edilen bulgular doğrultusunda; sadece ameliyat öncesi değil ameliyat sonrası dönemde de hastaların anksiyete ve konforun değerlendirilmesinin ve sürekliliğinin sağlanması önerilmektedir.

Araştırmanın Etik Yönü/Ethics Comittee Approval: Araştırmaya başlamadan önce Aksaray Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (protokol no:2023/01-05) ve araştırmanın yapıldığı kurumdan izin (protokol no: E-38044286-771-210178266) alındı.

Çıkar Çatışması/Conflict of Interest: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Hakem/Peer-review: Dış hakem bağımsız.

Yazar Katkısı/Author Contributions: Fikir/Kavram: FÇ, BT; Tasarım: FÇ, BT; Denetleme: BT; Veri Toplama ve Analiz: FÇ; Literatür Taraması: FÇ, BT; Makale Yazımı: FÇ, BT; Eleştirel İnceleme: FÇ, BT.

Finansal Destek/Financial Disclosure: Yazarlar çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

- Amaç HY, Çam R. (2019). Gününbirlik cerrahide hasta konforu ve hasta konforunu etkileyen etmenler. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 1222-1237.
- Arsılkılıç Ç, Göl E. (2020). Kolcaba'nın konfor kuramının cerrahi operasyon geçiren hastalarda kullanımı: sistematik derleme. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 34-44.
- Aydingülü N, Arslan S. (2021). Cerrahi Geçiren Hastaların Erken Dönem Konfor Düzeyleri. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(3), 401-406.
- Büyükkunal Ş P, Rızalar S. (2018). Ameliyat geçiren hastalarda konfor düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(3), 404-413.
- Çakır SK, Demiryürek SO, Demiryürek SÇ. (2024). Ameliyat öncesi anksiyete düzeyinin ameliyat sonrası uyku kalitesi ve konfor düzeyi üzerine etkisi. *Sağlık Bilimleri Akademisyenleri Dergisi*, 11(1), 42-50.
- Demirel A, Ak ES. (2024). Beyin Tümörü Ameliyatı Olan Hastalarda Konfor Düzeyi ve Konforu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Türk Nöroşir Derg*, 34(1), 33-41.
- Dinç G, Yılmaz Güven D. (2023). Total Diz Artroplastisi Ameliyatı Yapılan Hastaların Cerrahi Korku Düzeyleri ile Ameliyat Sonrası Anksiyete ve Mobilizasyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Tanımlayıcı ve İlişki Arayıcı Çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 15(2), 299-307.
- Gallo LC, Malek M.J, Gilbertson AD, Moore JL. (2005). Perceived cognitive function and emotional distress following coronary artery bypass surgery. *Journal of Behavioral Medicine*, 28, 433-442.
- Gök F, Hergül F K. (2020). Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi*, 3(3), 195-206.
- Güner A, Kumsar AK. (2021). Akciğer kanseri nedeniyle ameliyat olan hastalarda konfor düzeyi ve konforu etkileyen faktörler. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 155-162.
- İbrahimoglu Ö, Gezer N, Ögütü Ö, Polat, E. (2023). The Relationship Between Perioperative Care Quality and Postoperative Comfort Level in Patients With Hip Replacement Surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 38(1), 69-75.

- Karaca A, Durna, Z. (2019). Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nursing Open*, 6(2), 535-545.
- Kolcaba KY. (1991). A taxonomic structure for the concept comfort. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 23(4), 237-240.
- Kolcaba K, Wilson L. (2002). Comfort care: A framework for perianesthesia nursing. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 17(2), 102-114.
- Kubat Bakır G, Yurt S. (2020). Cerrahi operasyon geçiren hastaların konfor düzeyinin değerlendirilmesi. *Toplum ve Sağlık*, 20(3), 158-165.
- Li X.R, Zhang WH, Williams JP, Li T, Yuan JH, Du Y, Liu JD et al. (2021). A multicenter survey of perioperative anxiety in China: Pre-and postoperative associations. *Journal of psychosomatic research*, 147, 110528.
- Okut G, Kanat C, Uğraş GA. (2022). Ameliyat öncesi anksiyete kontrolünde hemşirelerin kullandıkları tamamlayıcı yöntemler. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 12(2), 363-374.
- Oral SE, Kıranşal N, Deniz, M. (2022). Cerrahi kliniklerde yatan hastalarda ağrı ve anksiyetenin uyku kalitesine etkisi. *J Turk Sleep Med*, 9(3), 288-293.
- Öner N, LeCompte, A. (1985). Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı (2. Baskı, ss. 333). In: İstanbul.
- Ören B. (2018). Göğüs cerrahisi uygulanan hastaların konfor ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Ve Meslekleri Dergisi*, 5(3), 324-332.
- Pinto S, Caldeira S, Martins JC, Rodgers B. (2017). Evolutionary analysis of the concept of comfort. *Holistic Nursing Practice*, 31(4), 243-252.
- Seyedfatemi N, Rafii F, Rezaei M, Kolcaba K. (2014). Comfort and hope in the preanesthesia stage in patients undergoing surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 29(3), 213-220.
- Tosun H, Özkaya BÖ, Uz F, Gül, A. (2022). Cerrahi girişim uygulanan hastalarda ağrı ve konfor ilişkisi. *Online Turkish Journal of Health Sciences*, 7(1), 47-52.
- Üstündağ H, Aslan F. (2010). Perianestezi konfor ölçeğinin Türkçeye uyarlaması. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 2(2), 94-99.
- Williams AM, Irurita VF. (2006). Emotional comfort: the patient's perspective of a therapeutic context. *International Journal of Nursing Studies*, 43(4), 405-415.
- Yılmaz E, Çeçen D, Toğaç HK, Mutlu S, Kara H, Aslan, A. (2018). Ameliyat sürecindeki hastaların konfor düzeyleri ve hemşirelik bakımları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 3-9.

Araştırma Makalesi

Bir Devlet Hastanesinin Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Sepsis-Septik Şok Tanılı Hastaların Hemşirelik Yaklaşımıyla İncelenmesi: Retrospektif Çalışma

Examination of Patients Diagnosed with Sepsis-Septic Shock in the Intensive Care Unit of a Government Hospital with a Nursing Approach: A Retrospective Study

Elif ACAR^a, Nurhan DOĞAN^b

^aAmasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı, Amasya, Türkiye

^bDoç., Dr., Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Amasya, Türkiye

Geliş tarihi/Date of receipt: 30/01/2024

Kabul tarihi/ Date of acceptance: 28/05/2024

ÖZ

Amaç: Bu çalışma yoğun bakım ünitesinde yatan sepsis-septik şok tanılı hastaların hemşirelik yaklaşımıyla retrospektif olarak değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Retrospektif türdeki bu çalışma, 04.03.2020-04.03.2022 tarihleri arasında bir devlet hastanesinin 2. ve 3. basamak genel yoğun bakım ünitelerine yatan toplam 1462 bireyin dosya ve elektronik ortam kayıtlarının incelenmesi sonucu, sepsis-septik şok tanısı konularak takip edilen 192 hasta ile yürütülmüştür.

Bulgular: Yaş ortalaması 71,27±16,65 olan bireylerin, sepsis mortalite oranı %32,3 iken septik şokta %67,7 olduğu belirlenmiştir. Bireylerin %77,1'inin kronik hastalığa sahip olduğu, hastaların %89,4'ünün ventilatör desteği aldığı, %23,4'ünün daha önce sepsis kaynaklı yoğun bakım ünitesinde yattığı, %62,4'ünün 8-14 gün aralığında antibiyotik kullandığı, %57,9'unda enfeksiyon ajanının acinetobacter olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %31,5'inin SOFA skoru 12,1-16,0 aralığındadır. Sepsis-septik şok ile takip edilen hastaların %61,5'ine hipertermi, %54,7'sine hipotansiyon, %78,6'sına ise enfeksiyon bulaştırma riski ve %60,4'üne doku bütünlüğünde bozulma riski gibi hemşirelik tanıları konulduğu saptanmıştır. Hastaların %93,2'sine ortalama arter basıncının 65 mmHg üzerinde tutulması, %85,4'ünde enfeksiyon kaynağının belirlenmesi ve tedavisi, %83,6'sına uygun izolasyon yöntemlerinin başlatılması, %82,8'ine ise vücut ısısının normal aralıkta tutulmasına yönelik hemşirelik girişimi uygulanmıştır.

Sonuç: Araştırmada septik şok tanılı hastalarda mortalite oranının yüksek olduğu belirlenmiştir. Sepsiste erken tanılama ve kanıt dayalı uygulamaların sepsis ilişkili sağkalım oranlarını arttıracaktır. Bu nedenle hemşirelik hizmetlerinin sunumu sepsis yönetiminde oldukça önemlidir.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, Retrospektif Çalışma, Sepsis, Septik Şok, Yoğun Bakım

ABSTRACT

Objective: This study was conducted to retrospectively evaluate the patients with sepsis-septic shock hospitalized in the intensive care unit with the nursing approach.

Methods: This retrospective study was conducted with 192 patients diagnosed with sepsis-septic shock, after examining the files and electronic media records of a total of 1462 individuals hospitalized in the 2nd and 3rd level general intensive care units of a state hospital between 04.03.2020 and 04.03.2022.

Results: It was determined that the sepsis mortality rate of individuals with an average age of 71.27±16.65 was 32.3%, while the mortality rate for septic shock was 67.7%. 67.6% lived in districts or villages, 77.1% had a chronic disease, 89.4% of the patients were connected to a ventilator, 23.4% had previously been in intensive care unit due to sepsis, 62.4% It was determined that 62.4% used antibiotics for 8-14 days, and the infection agent was acinetobacter in 57.9% of them. The SOFA score of 31.5% of the patients is between 12.1-16.0. It was determined that 61.5% of the patients followed up with sepsis-septic shock were diagnosed with hyperthermia, 54.7% with hypotension, 78.6% with the risk of infection and 60.4% with the risk of deterioration in tissue integrity. Keeping the mean arterial pressure above 65 mmHg in 93.2% of the patients, identifying and treating the source of infection in 85.4%, starting appropriate isolation methods in 83.6%, keeping the body temperature with in the normal range in 82.8% eclipse nursing intervention applied.

ORCID IDs: EA: 0000-0001-9823-7097; ND: 0000-0002-6713-6581

Sorumlu yazar/Corresponding author: Nurhan DOĞAN, Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Amasya, Türkiye.

e-posta/ e-mail: nurhan_dogan38@hotmail.com

Atıf/Citation: Acar E, Doğan N. (2024). Bir devlet hastanesinin yoğun bakım ünitesinde yatan sepsis-septik şok tanılı hastaların hemşirelik yaklaşımıyla incelenmesi: Retrospektif çalışma. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 7 (3), 329-336. doi: 10.54189/hbd.1428686

Conclusion: In the study, it was determined that the mortality rate was high in patients diagnosed with septic shock. Early diagnosis and evidence-based practices in sepsis will increase sepsis-related survival rates. Therefore, providing nursing services in sepsis management is very important.

Keywords: Intensive Care, Nursing, Retrospective Study, Sepsis, Septic Shock

GİRİŞ

Sepsis, dünyada ve ülkemizde ölüm nedenlerinin başında gelen, yoğun bakım ünitelerinde sık görülen ve hastanede kalma süresini artırmakla birlikte bakım maliyetinde artışa da neden olan önemli bir sağlık sorundur. Sepsis, enfeksiyona karşı bireyin etkin olmayan yanıtı sonucu meydana gelen doku hasarı ve organlarda fonksiyon bozukluğu ile karakterizedir (Alyat, 2022; Egi vd., 2021; Singer, 2016). 2021 yılında Uluslararası Sepsis Sağkalım Kılavuzu sepsisi “enfeksiyona karşı düzensiz konak yanıtının neden olduğu hayatı tehdit eden organ fonksiyon bozukluğu” olarak tanımlarken septik şoku “altta yatan dolaşım, hücrel ve metabolik anormalliklerin ölüm riskini önemli derecede artıracak kadar yoğun olan sepsisin bir alt grubu” olarak tanımlamıştır (Evans, 2021).

Sepsis ve septik şok, her yıl dünya çapında milyonlarca insanın yaşamını olumsuz etkiler ve etkilediği kişilerin %16-33’ünde ölüme neden olmaktadır. Sepsisin teşhis edilmesinde Ardışık Organ Yetersizliği Değerlendirme (SOFA) skoru, Lojistik Organ Disfonksiyon Sistemi (LODS) ve hızlı Sıralı Organ Yetmezliği Değerlendirmesi (qSOFA) kullanılan yöntemler arasında yer almaktadır. SOFA sepsisli hastalarda mortalite ve komplikasyonları öngörmede yeterli skorlama sistemleridir SOFA 6 sistemde (solunum, kardiyovasküler, renal, santral sinir sistemi, hepatik, koagülasyon) organ yetmezliğini tanımlar ve her bir sistem için 0 ile 4 arasında puanlama yapılmaktadır. SOFA kriterlerinde toplam puan en düşük 0, en yüksek 24’tür (Marin-Marín, 2016). SOFA kriterlerinde hastaların aldıkları havadaki oksijen yüzdesi (FiO₂), kandaki trombosit düzeyi, bilirübin değeri, ortalama kan basıncı, glaskow koma skorlaması ve kanda kreatinin seviyesi değerlendirilmektedir. SOFA skorunda toplam puanın yüksek olması mortalite oranını arttırmaktadır (Alyat, 2022).

Sepsisin erken süreçte teşhis edilmesi (gelişikten hemen sonraki ilk saatlerde) ve uygun bakım yönetimi sepsise bağlı sonuçları iyileştirmektedir (Evans, 2021; Pedrosa, 2018; Walters, 2018). Sepsiste hedefe yönelik erken tedaviler; sepsisin nedeninin erken tanınması, farklı en az iki kaynaktan kültür alınması, geniş spektrumlu antibiyotiklere başlanması ve sıvı desteği konularını kapsamaktadır. Çoğunlukla yoğun bakım ünitelerinde hemşirelerin hastaya uyguladıkları bakım süresinin uzun olması, hemşirelere hastada gelişen sepsisle ilgili ani değişimleri daha yakından görebilme imkânı sağlamaktadır. Bu nedenle hemşirelere, sepsis bulgularının ortaya çıkarılması ve ekiple multidisipliner bir ilişki içerisinde tanılama ve tedavi sürecini başlatmada önemli bir sorumluluk düşmektedir.

Sepsisin erken tanınması, tedavinin daha erken başlatılmasını sağlayacağından hasta prognozunu iyileştirecek, morbidite ve mortalite oranlarını azaltacak ve hastane maliyetine pozitif yönde etki sağlayacaktır (Alyat, 2022; Lat, 2018; Paoli, 2018). Yapılan çalışmalar incelendiğinde; Türkiye’deki sepsis-septik şok kaynaklı mortalite oranı %30-70 arasındadır (Candemir, 2022; Çopuroğlu, 2006). Literatür incelendiğinde sepsiste mortalite-iyileşme oranı, hastalık öyküsü gibi çalışmalar olmasına rağmen, literatürde hemşirelik bakımını da kapsayacak sepsis-septik şok ile ilgili çalışmaların bulunmaması, ilgili devlet hastanesinde sepsis ile ilgili çalışma yapılmamış olması çalışma amacını ortaya çıkarmaktadır.

Araştırmanın Amacı: Bu çalışma yoğun bakım ünitesinde yatan sepsis-septik şok tanılı hastaların hemşirelik yaklaşımıyla retrospektif olarak değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın Sorusu: Sepsis-septik şoklu hastaya hemşirelik yaklaşımı nasıldır?

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Araştırma retrospektif türdedir.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Bir devlet hastanesinin 2. ve 3. basamak genel yoğun bakım ünitesinde yapılmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

04.03.2020-04.03.2022 tarihleri arasında bir devlet hastanesinin 2. ve 3. basamak genel yoğun bakım ünitelerine yatan toplam 1462 bireyin dosya ve elektronik ortam kayıtlarının incelenmesi sonucu, hastanenin enfeksiyon uzmanları tarafından SOFA skoru ve kültür sonucuna göre sepsis-septik şok tanısı konularak takip edilen 192 hasta ile yürütülmüştür. Sepsis tanılı hastaların çalışmanın yapıldığı hastanede 2. ve 3. basamakta yatırılması ve hastanede tüm yoğun bakımların genel yoğun bakım kapsamında olması nedeniyle örneklem grubunu 2. ve 3. basamak genel yoğun bakımlar oluşturdu. Çalışmanın yapıldığı hastanede 2. basamak yoğun bakımlarda bir hemşire 2 ya da 3 hastaya, 3. basamakta ise 2 hastaya bakım vermektedir. Veri inceleme sürecinde tekrarlı sepsis geçiren hastalar ayrı birer vaka olarak değerlendirilmemiştir.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan veriler hastane bilgi yönetim sistemi olan Sisoft sağlık bilgi sistemlerindeki hasta dosya ve elektronik ortam kayıtlarının retrospektif olarak incelenmesi sonucunda elde edilmiştir.

Veri Toplama Yöntemi

Hasta dosya ve elektronik ortam kayıtlarında; hastaların demografik özellikleri, kronik hastalık öyküsü, yoğun bakımda yatış süresi, sepsis-septik şoka neden olan enfeksiyon ajanı, kullanılan antibiyotikler, antibiyotiklerin kullanım süresi, hastalarda iyileşme-mortalite oranı ve hemşireler tarafından hastalara konulan hemşirelik tanıları yönünden incelenmiştir. Sepsis tanılamaları doktorlara ait sağlık bilgi sisteminde doktorların SOFA kriterlerini doldurması ve bu doğrultuda hastayı sepsis-septik şok için uygun kriterde değerlendirmesine bağlı konulmaktadır. Hastalara konulan hemşirelik tanıları yine Sisoft sağlık bilgi sistemlerine girilmekte ve hastane prosedürleri gereği sistemden her hastaya günlük en az üç hemşirelik tanısı konulmaktadır. Sisoft sağlık bilgi sistemi içerisinde hastane kalite birimi tarafından belirlenen ortalama 50 hemşirelik tanısı bulunmakta ve hemşireler bu tanıları içerisinde hastaya uygun tanıyı seçmektedir. Çalışma verilerindeki hemşirelik tanıları, yoğun bakım hemşireleri tarafından sepsis ve septik şok tanılı hastalar için sistemden seçilmiş hipertermi, hipotansiyon, enfeksiyon bulaştırma riski, doku bütünlüğünde bozulma riski, aspirasyon riski, beden imajında bozulma, kanama riski ve hipotansiyonu kapsayan hemşirelik tanılarıdır. Hemşireler seçtikleri tanı doğrultusunda yapılacak girişimleri hemşirelik görev tanımına uygun şekilde planlamaktadır. Enfeksiyon ajanı isimleri hastaların kültür sonucuna göre enfeksiyon uzmanlarının konsültasyon notlarına girilen bilgilerden elde edilmiştir. Kültür sonuçlarında enfeksiyon ajanının hangi antibiyotiğe duyarlı ya da dirençli olduğu şeklinde antibiyotik bilgisi verilmekte ve doktorlar o doğrultuda uygulanacak ilacı seçmektedir. İlgili yoğun bakım ünitelerinde hastalardan ilk yattığı gün kültür alınmamaktadır. Kullanılan antibiyotik bilgileri de hastanenin ortak olan Sisoft sağlık bilgi sistemi ve eczane sisteminden alınmıştır. Mortalite oranında, ölüm nedeni olarak sisteme sepsis-septik şok olarak giriş yapılmış olan hastaların verileri değerlendirilmiştir.

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

-Yoğun Bakım Ünitesinde sepsis ve septik şok tıbbi tanıları ile yatırılan hastalar.

Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri:

-Sepsis ve septik şok tıbbi tanıları dışında bir tıbbi tanı ile yatırılan hastalar,

-Hastane bilgi sistemi ve dosya kayıtlarında eksiklik bulunan hastalardan oluşmaktadır.

Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler SPSS (Statistical Package for Social Sciences, version 22, Inc, USA) programı kullanılarak yapılmıştır. Sürekli değişkenler ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri ile, kategorik değişkenler sıklık ve yüzdelere ile ifade edilmiştir.

Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışma için, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Yayın Etik Kurulu'ndan 28.08.2022 tarihinde 03 sayılı toplantı ile 32 numaralı etik kurul onayı alınmıştır (Karar No: 32). Bu araştırma süresince Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi İyi Klinik Uygulamaları kurullarına uyulmuştur.

BULGULAR

Tablo 1. Sepsis Tanılı Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalıkla İlgili Özellikleri

Tanıtcı özellikler	n (%)
Yaş ortalaması [Ort. + SS. (min-maks)]	71,27 ±16,65 (25- 96)
Yatış süresi (Gün)	23,71±18,97 (Min:1-Maks:128)
Ventilatörde kalış süresi (Gün)	16,25±18,05 (Min:1-Maks:120)
Antibiyotik kullanım süresi (Gün)	9,52±3,76 (Min:1-Maks:20)
Mortalite Nedeni	
Sepsis	62 (%32,3)
Septik Şok	130 (%67,7)
Cinsiyet	
Kadın	91 (%47,4)
Erkek	101 (%52,6)
Yaşadığı yer	
İl	60 (%30,8)
İlçe	97 (49,7)
Köy/Kasaba	35 (17,9)
Ventilatöre Bağlı Olma Durumu	
Evet	172 (%89,4)
Hayır	20 (%10,6)
Kronik Hastalık Varlığı	
Evet	148 (%77,1)
Hayır	44 (%22,9)
Kronik Hastalık Türü*	
Hipertansiyon	44 (%22,9)
Diyabetes Mellitus	37 (%19,3)
Kalp Yetmezliği	21 (%10,9)
KOAH	18 (%9,4)
Serebrovasküler Hastalık	7 (%3,6)
Astım	6 (%3,1)
Kronik Böbrek Yetmezliği	4 (%2,1)
Mide Kanseri	4 (%2,1)
Diğer (Akciğer Kanseri, Parkinson, Hipotiroidi, Siroz)	4 (%2,1)
Daha Önce Sepsis Kaynaklı Yatış Öyküsü	
Evet	45 (%23,4)
Hayır	147 (%76,6)

Tablo 1. Sepsis Tanılı Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalıkla İlgili Özellikleri (Devamı)

Enfeksiyon Kaynağı	
Kan	56 (%29,2)
İdrar	32 (%16,3)
Endotrakeal Aspirat	102 (%54,5)
Enfeksiyon ajanı	
Acinetobacter	117 (%57,9)
Klebsiella	26 (%12,9)
Candida	29 (%14,4)
Staphylococcus	11 (%5,4)
Pseudomonas	8 (%4,0)
Escherichia coli	9 (%4,5)
Enterococcus	2 (%1,0)
Tıbbi Gidişat	
İyileşme	19 (%9,9)
Mortalite	173 (%90,1)
Sepsis Tanılı Bireylerde Antibiyotik Kullanım Tercihleri	
Tazobactam	
Evet	78 (%40,6)
Hayır	114 (%59,4)
Seftriakson	
Evet	10 (%5,2)
Hayır	182 (%94,8)
Colistin	
Evet	97 (%50,5)
Hayır	95 (%49,5)
Klaritromisin	
Evet	10 (%5,2)
Hayır	182 (%94,8)
Moksifloksasin	
Evet	64 (%33,3)
Hayır	128 (%66,7)
Flukunazol	
Evet	19 (%9,9)
Hayır	173 (%90,1)
Casprofungine	
Evet	7 (%3,6)
Hayır	185 (%96,4)
Meropenem	
Evet	83 (%43,2)
Hayır	109 (%56,8)
Vancomisin	
Evet	15 (%7,8)
Hayır	177 (%92,2)
Oksazolidonin	
Evet	28 (%14,6)
Hayır	164 (%85,4)
İmipenem	
Evet	16 (%8,3)
Hayır	176 (%91,7)
Fosfomisin	
Evet	21 (%10,9)
Hayır	171 (%89,1)

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Min: Minimum, Maks: Maksimum. *Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 1’de görüldüğü gibi, sepsis-septik şok ile takip edilen 192 bireyin yaş ortalaması $71,27 \pm 16,65$ (min:25-maks:96), %52,6’sının erkek, %77,7’sinin kronik hastalığının olduğu, %22,9’unun hipertansiyon, %19,3’ünün diyabetes mellitus ve %10,9’unun ise kalp yetmezliği tanısı olduğu belirlenmiştir. Hastalarda mortalite oranı sepsiste %32,3 iken septik şokta %67,7 olduğu belirlenmiştir. Bireylerin %23,4’ünün daha önce sepsis kaynaklı yoğun bakım ünitesinde yattığı, yoğun bakım ünitesinde yatış süresinin $23,71 \pm 18,97$ gün olduğu, hastaların %89,4’ünün ventilatör desteği aldığı ve ventilatörde kalış süresinin $16,25 \pm 18,05$ gün olduğu saptanmıştır Hastaların %54,5’inin enfeksiyon kaynağı endotrakeal aspiratta üreme

görülmesi nedeniyledir. Bireylerin %57,9'unda enfeksiyon ajanının acinetobacter olduğu, %50,5'inde antibiyotik olarak kolistin kullanıldığı belirlenmiştir.

Tablo 2. Sepsis Tanılı Hastaların SOFA Skor Dağılımı (n=192)

SOFA Skor Dağılımı	n (%)
0-4,0	10 (%5,2)
4,1-8,0	19 (%9,7)
8,1-12,0	50 (%24,9)
12,1-16,0	58 (%31,5)
16,1-20,0	41 (%21,4)
>20,1	14 (7,3)

Tablo 2'de görüldüğü gibi, SOFA skor dağılımının %31,5'inde 12,1-16,0 arasında olduğu saptanmıştır.

Tablo 3. Sepsis Tanılı Hastalarda Hemşirelik Tanıları ve Girişimleri (n=192)

Hipertermi	Evet	118 (%61,5)
	Hayır	74 (%38,5)
Enfeksiyon bulaştırma riski	Evet	151 (%78,6)
	Hayır	41 (%21,4)
Hipotansiyon	Evet	105 (%54,7)
	Hayır	87 (%45,3)
Kanama riski	Evet	27 (%14,1)
	Hayır	165 (%85,9)
Doku bütünlüğünde bozulma riski	Evet	116 (%60,4)
	Hayır	76 (%39,6)
Aspirasyon riski	Evet	47 (%24,5)
	Hayır	145 (%75,5)
Beden imajında bozulma	Evet	33 (%17,2)
	Hayır	159 (%82,8)
Hipotermi	Evet	31 (%16,1)
	Hayır	161 (%83,9)
Sıvı Volüm Eksikliği Riski	Evet	98 (%51,0)
	Hayır	94 (%49,0)
*En fazla Uygulanan Hemşirelik Girişimleri		
-Ortalama arter basıncının 65 üzerinde tutulması		179 (%93,2)
-Doku-Perfüzyon ve dolaşım volümünün desteklenmesi		145 (%76,2)
-Komplikasyon oluşumunun engellenmesi		152 (%79,6)
-Vücut ısısının normal aralıkta tutulması		159 (%82,8)
-Kanama bulgularının takip edilmesi (peteşi, purpura, ekimoz)		151 (%79,4)
-Enfeksiyon kaynağının belirlenmesi ve tedavisi		164 (%85,4)
-Uygun izolasyon önlemlerinin başlatılması		160 (%83,6)
-Doku bütünlüğünün devamlılığının sağlanması		156 (%81,4)

*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Tablo 3'te görüldüğü gibi, sepsis-septik şok ile takip edilen hastaların %61,5'ine hipertermi, %54,7'sine hipotansiyon, %51,0'ına sıvı-volüm eksikliği riski, %24,5'ine aspirasyon riski, %14,1'ine kanama riski, %17,2'sine beden imajında bozulma, %16,1'ine hipotermi, %78,6'sına enfeksiyon bulaştırma riski ve %60,4'üne doku bütünlüğünde bozulma riski gibi hemşirelik tanılarının konulduğu saptanmıştır. Hastaların %93,2'sinin ortalama arter basıncının 65 mmHg üzerinde tutulması, %85,4'ünde enfeksiyon kaynağının belirlenmesi ve tedavisi tanınması, %83,6'sına uygun izolasyon yöntemlerinin başlatılması, %82,8'ine ise vücut ısısının normal aralıkta tutulmasına yönelik hemşirelik girişimi uygulanmıştır.

TARTIŞMA

Sepsis şiddeti arttıkça mortalite oranında da artış olduğu bildirilmektedir. Ülkemizde 132 yoğun bakım hastası ile yapılan bir çalışmada mortalite oranı sepsiste %31,2 iken septik şokta %75,9 olarak saptanmıştır (Baykara, 2018). Bu çalışmada ise

mortalite oranı sepsiste %32,3, septik şokta %67,7 olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç literatürdeki çalışmayı destekler niteliktedir.

Sepsis, tüm yaş gruplarını etkileyen ciddi bir hastalık olarak bildirilse de (Egi vd., 2021) Paoli ve ark. (2018) çalışmasında sepsis vakalarının yaş ortalamasının 65 ve üzeri, Hume ve ark. çalışmasında yaş ortalamasının 63,0±1,7 olduğu belirtilirken (Hume, 2018), bu çalışmada da bireylerin yaş ortalamasının 71,27±16,65 olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarından sepsis-septik şokun geriatrik bireyleri daha çok etkilediği sonucu çıkarılabilir.

Hume'un çalışmasında ise en yaygın enfeksiyon kaynaklarının pulmoner (%43), genitoüriner (%28) ve karın içi (%11) enfeksiyonlar olduğu belirtilmiş ancak enfeksiyon ajanları bildirilmemiştir (Hume, 2018). Bu çalışmada da endotrakeal aspiratta üremeye bağlı sepsisin (%54,5) daha fazla ortaya çıktığı görülmektedir. Çalışma literatür ile benzerlik göstermektedir.

Sepsis vakalarında hastanede kalış süresi diğer hastalarla kıyaslandığında (iki kat daha fazla) 7,7'den 17,6 güne, yoğun bakımda 5,2'den 10,1'e ve mekanik ventilasyonda 6,6'dan 10,1 güne kadar çıkmaktadır (Paoli, 2018). Bu çalışmada da literatüre benzer şekilde bireylerin 23,71±18,97 gün yoğun bakımda yattığı, %23,4'ünün daha önce de sepsis kaynaklı yoğun bakımda yattığı, yoğun bakımda yatılan süre boyunca ventilatörde geçirilen sürenin 16,25±18,05 gün olduğu saptanmıştır.

Sepsis tanısı ve tedavisi çoğunlukla yatarak tedavi gören hastalarda gecikmektedir. Gecikmiş sepsis tanısı ve tedavisinin sepsis sonuçlarını olumsuz etkilediği iyi bilinmektedir (Pruinelli, 2018). Dolayısıyla sepsisin erken evrelerinde hastaların erken teşhis ve tedavisini geliştirmeye yönelik uygulamaların yapılması önemlidir. Erken tedavide kültür alınması, antibiyotiklere başlanması, sıvı desteğinin başlanması, tansiyonun normal aralıklarda tutulması önemlidir (Alyat, 2022; Evans, 2021; Paoli, 2018). Bu uygulamalar yapılırken sepsis ya da kritik hastalıklarda bakım vermiş olan hemşirelerin multidisipliner ekibin önemli bir parçası olduğu vurgulanmıştır (Egi vd., 2021). Hemşireler daha iyi, daha doğru bakım yapmak ve aynı zamanda bunları kayıt altına almak için hemşirelik tanılarında faydalanmaktadırlar. Bu çalışmada hemşirelerin sepsis-septik şoklu bireylerin %54,7'sine hipotansiyon, %51,0'ına sıvı-volüm eksikliği riski ve %78,6'sına ise enfeksiyon bulaştırma riski hemşirelik tanısı koyduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin tanı seçerken erken dönem tedavide yapılması gerekenlere yönelik tanıları seçmeleri nedeniyle sepsis farkındalıklarının iyi düzeyde olduğu sonucu çıkarılabilir.

Hemşirelerin sepsiste uyguladığı hemşirelik girişimi incelendiğinde; Aksoy tarafından yapılan bir çalışmada tansiyonun normal aralıkta tutulması, dolaşım volümünün desteklenmesi ve enfeksiyon bulaşı yolunun tanımlanmasına yönelik hemşirelik girişimlerin önemi vurgulanmıştır (Aksoy, 1994). Bu çalışmada da hemşirelerin %93,2'sinin ortalama arter basıncını 65 mmHg üzerinde tutması, %82,8'inin vücut ısısının normal aralıkta tutulmasına yönelik girişim belirlenmesi literatürle benzerlik göstermektedir.

Sınırlılıklar

Bu araştırmanın örneklemini sadece bir hastanede yatan sepsis-septik şoklu hastalar oluşturduğu için elde edilen veriler tüm sepsis-septik şoklu hastalara genellenemez.

SONUÇ

Araştırmada septik şok tanılı hastalarda mortalite oranının yüksek olduğu belirlenmiştir. Kritik hastaya hizmet veren yoğun bakım hemşirelerinin sepsis farkındalıklarının ve hastalığı yönetme becerilerinin iyi olması gerekmektedir. Hemşirelerin sepsis konusundaki farkındalığı, hastalık yönetimine katkı sağlamaları hasta sonuçlarını iyileştirmesi nedeniyle oldukça önemlidir. Bu sebeple planlanan tedavi, takip ve uygulamalarda hemşirelerin önemli rollerinin olduğu unutulmamalıdır.

Sepsisin erken fark edilmesi için sağlık bakım profesyonellerine eğitim verilmesi önerilmektedir. Sepsisin erken teşhisini iyileştirmeye yönelik yöntemler hem hasta hem çalışan hem de sepsisin ekonomik yükünü azaltacaktır.

Araştırmanın Etik Yönü: Çalışma için, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Yayın Etik Kurulu'ndan 28.08.2022 tarihinde 03 sayılı toplantı ile 32 numaralı etik kurul onayı alınmıştır (Karar No: 32). İl Sağlık Müdürlüğünden kurum izni alınmıştır. Hastane kayıtlarının olduğu Sisoft sağlık bilgi sistemi kullanım izni ilgili müdürlükten alınmıştır.

Hakem: Dış hakem bağımsız.

Yazar Katkısı: Fikir ve tasarım: EA, ND; Veri toplama: EA; Veri Analizi ve yorumlama: EA; Makale yazımı: EA, ND; Eleştirel inceleme: ND.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir. Bu çalışma 8.Uluslararası Mardin Artuklu Bilimsel Araştırmalar Kongresi'nde (04-06 Haziran 2022/ Mardin, Türkiye) sözel bildiri olarak sunulmuştur.

KAYNAKLAR

- Aksoy G. (1994). Sepsiste hemşirelik bakımı. *Hemşirelik Bülteni*, 8(32), 106-115.
- Alyat Z, Baykal Ş, Ünver B, Kılınç S, & Birge AÖ. (2022). Yoğun bakım ünitesinde sepsis ve hemşirelik yönetimi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(2), 415-422.
- Baykara N, Akalın H, Arslantaş MK, Hancı V, Çağlayan Ç, Kahveci F, et al. (2018). Sepsis study group. epidemiology of sepsis in intensive care units in Turkey: a multicenter, point-prevalence study. *Crit Care*, 22(1), 93. doi: 10.1186/s13054-018-2013-1
- Candemir B, İnci K, Aygencel G, Türkoğlu M. (2022). Sepsis ve septik şok: yaşlı ve çok yaşlı yoğun bakım hastalarının sonuçları. *J Turk Soc Intens Care*, 20(1), 9-16. doi: 10.4274/tybd.galenos.2019.41275
- Çopuroğlu E, Demirkıran O, Utku T, Ürkmez S. (2011). Protokole dayalı tedavinin ağır sepsis mortalitesi üzerine etkisi. *J Turk Soc Intens Care*, 9(3), 90-98. doi: 10.4274/tybdd.09.17
- Egi M, Ogura H, Yatabe T, Atagi K, Inoue S, Iba T, et al. (2021). The Japanese clinical practice guidelines for management of sepsis and septic shock. *Acute Med Surg*, 8(1), e659. doi: 10.1002/ams2.659
- Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al. (2021). Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Med*, 47(11), 1181-1247. doi: 10.1007/s00134-021-06506-y
- Hume PS, Varon J, Englert JA, Hurwitz S, Klompas M, Baron RM, et al. (2018). Trends in "Usual Care" for Septic Shock. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 39(9), 1125-1126. doi: 10.1017/ice.2018.154
- Lat S, Mashlan W, Heffey S, Jones B. (2018). Recognition and clinical management of sepsis in frail older people. *Nurs Older People*, 30(2), 35-38. doi: 10.7748/nop.2018.e975
- Marin-Marín D, Soto A. (2016). Comparison of prognostic scoring systems in the prediction of mortality and complications from sepsis. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 33(1), 51-57.
- Paoli CJ, Reynolds MA, Sinha M, Gitlin M, Crouser E. (2018). Epidemiology and costs of sepsis in the united states-an analysis based on timing of diagnosis and severity level. *Crit Care Med*, 46(12), 1889-1897. doi: 10.1097/CCM.0000000000003342
- Pedrosa KKA, Oliveira SA, Machado RC. (2016). Validation of a care protocol for the septic patient in the intensive care unit. *Rev Bras Enferm*, 71(3), 1106-1114. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0312
- Pruinelli L, Westra BL, Yadav P, Hoff A, Steinbach M, Kumar V, et al. (2018). Delay with in the 3-Hour Surviving Sepsis Campaign Guideline on Mortality for Patients with Severe Sepsis and Septic Shock. *Crit Care Med*, 46(4), 500-505. doi: 10.1097/CCM.0000000000002949
- Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M. (2016). The Third International Consensus Definitions For Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*, 315(8), 801-10. doi: 10.1001/jama.2016.0287
- Walters E. (2018). Raising awareness for sepsis, sepsis screening, early recognition, and treatment in the emergency department. *J Emerg Nurs*. 44(3), 224-227. doi: 10.1016/j.jen.2017.10.008

Araştırma Makalesi

Being A Nurse in the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study with A Communication Dimension

COVID-19 Pandemisinde Hemşire Olmak: İletişim Boyutuyla Nitel Bir Çalışma

Hatice BAŞKALE^a, Pınar SERÇEKUŞ^b

^a, Doç. Dr., Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Denizli, Türkiye

^b Prof. Dr., Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Denizli, Türkiye

Geliş tarihi/Date of receipt: 13/03/2024

Kabul tarihi/ Date of acceptance: 27/07/2024

ABSTRACT

Objective: In the COVID-19 pandemic, the critical role of nurses became more visible. The COVID-19 pandemic increased staff psychological stress and has put enormous pressure on healthcare systems across the World. The purpose of this study was to investigate communication challenges that come from nurses' COVID-19 experiences.

Methods: Qualitative study with a phenomenological approach using in-depth interviews was conducted to obtain data about the experiences of 16 nurses who actively participated in COVID-19 patient care. Data were analysed using content analysis.

Results: In this study, the effect of the COVID-19 pandemic on the communication of nurses with their families, healthcare personnel, patients and their relatives was focused. As a consequence of the analysis, three main themes emerged: (1) keep away, (2) conflict, (3) strengths.

Conclusion: Nurses faced many communication challenges. The vast majority of them appear to be caused by fear of infection. These communication struggles can reduce a peaceful and safe work environment for a nurse and jeopardize patient care. It can also lead to psychological effects for nurses. Strategies that nursing managers could use are; being fair in patient sharing and distribution of materials, such as protective equipment, and making them feel that their feelings and thoughts are important by listening to nurses.

Keywords: Colleagues, Communication, COVID-19, Nurses, Qualitative.

ÖZ

Amaç: COVID-19 salgınında hemşirelerin kritik rolü daha görünür hale geldi. COVID-19 salgını, personelin psikolojik stresini artırdı ve dünya genelinde sağlık sistemleri üzerinde büyük bir baskı oluşturdu. Bu çalışmanın amacı hemşirelerin COVID-19 deneyimlerinden kaynaklanan iletişim zorluklarını incelemektir.

Yöntem: COVID -19'lu hasta bakımına aktif olarak katılan 16 hemşirenin deneyimlerini incelemek amacıyla derinlemesine görüşmeler kullanılarak fenomenolojik yaklaşımla nitel bir çalışma yapılmıştır. Veriler içerik analizi kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Bu çalışmada COVID -19 pandemisinin hemşirelerin aileleri, sağlık personeli, hasta ve yakınlarıyla iletişimine etkisine odaklanılmıştır. Analiz sonucunda üç ana tema ortaya çıkmıştır: (1) uzak durma, (2) çatışma, (3) güçlü yönler.

Sonuç: Hemşireler birçok iletişim zorluğuyla karşı karşıya kalmıştır. Bunların büyük çoğunluğu enfeksiyon korkusundan kaynaklanıyor gibi görünmektedir. Bu iletişim mücadeleleri hemşirenin huzurlu ve güvenli çalışma ortamını azaltabilir ve hasta bakımını tehlikeye atabilir. Ayrıca hemşireler için psikolojik sorunlara da yol açabilmektedir. Hemşire yöneticilerinin kullanabileceği stratejiler; hasta paylaşımı koruyucu ekipman gibi malzemelerin dağıtımında adil olmak, hemşireleri dinleyerek duygu ve düşüncelerinin önemli olduğunu onlara hissettirmektir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Hemşireler, İletişim, Meslektaşlar, Nitel.

ORCID IDs: HB: 0000-0003-4811-2098; PS: 0000-0002-9326-3453

Sorumlu yazar/Corresponding author: Prof. Dr., Pınar Serçekuş, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Denizli, Türkiye.

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

Atf/Citation: Başkale H, Serçekuş P. (2024). Being a nurse in the COVID-19 pandemic: A qualitative study with the communication dimension. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 7 (3), 337-346. doi: 10.54189/hbd.1452084

INTRODUCTION

As the number of patients affected by COVID-19 increased in Türkiye, the critical role of nurses became more visible. Nurses' responsibility extends beyond patient care; they are seen as the secure hook that connects all interprofessional teams and communities from many professions and sectors to enable effective communication and risk mitigation in the wake of the global coronavirus pandemic (Buheji & Buhaid, 2020).

The COVID-19 pandemic increased staff psychological stress and has put enormous pressure on healthcare systems across the World (Jun et al., 2020). In order to minimize these psychological challenges, staff need support from their institutions and team members (Digby et al., 2021).

Effective communication is the underpinning of everything that happens in a hospital (Collins, 2021). In high-stress situations such as a pandemic, communication with the patient, institution, team members, and family may be obstructed. The communication difficulties increase when nurses are in critical areas, putting on heavy personal protective equipment, and monitoring more than one patient (Buheji & Buhaid, 2020). The use of a face mask and personal protective equipment can affect the provision of nursing care and have an impact on empathetic communication, which is crucial for optimal therapeutic involvement (Andersson et al., 2022; McCarthy et al., 2021). The lack of personal contact and the inability to physically examine patients cause limitations on the accuracy of patient assessment and create a barrier to communication (Digby et al., 2021). Additionally, communication between frontline nurses and managers is key to ensuring efficient care management in times of crisis (Lake et al., 2022). A lack of communication among team members at work will not only hinder patient care but will also induce anxiety and depression among staff (Zhang et al., 2021).

One of the largest problems, according to research performed with nurse leaders during the pandemic, was communicating and implementing policy change (Lake et al., 2022). Communication has an effect on nurses' feelings of certainty and their comfort level at work (Nelson et al., 2021). Additionally, Lake and colleagues (2022) found poor leadership communication may lead nurses to feel unsupported amid a crisis. Effective communication between nurses goes a long way toward resolving misunderstandings and conflict in the moment (Jennings & Yeager, 2020). To reduce stress and foster trust in times of unforeseen circumstances, hospital management should be responsive by offering transparent information and procedures (Spalluto et al., 2020).

As frontline employees, nurses have been particularly affected, attempting to build and maintain good nurse-patient communication. Therefore, it is of great clinical significance to understand the impact of COVID-19 on communication, which can provide a theoretical basis for patient and staff safety and psychology. Furthermore, perceptions of nurses may be useful to nursing managers and policymakers in the future as the next global threat from an infectious illness occurs. To address this knowledge gap, our investigation of the communication challenges that come from nurses' COVID-19 experiences contributes to that learning.

METHODS

Research Design and Setting

A descriptive qualitative approach was adopted. A qualitative approach was chosen as most appropriate for the determination of an individual's feelings, interactions, perceptions and behaviours (Grove et al., 2013). We used social media (Facebook) to create recruitment messages that briefly described the study and invited potential volunteers. Those who were interested in participating in the study emailed the researchers. The Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) checklist was consulted (O'Brien et al., 2014).

Participants

Using a purposive technique, recruited participants included 16 nurses, one male and 15 females, without dropouts. The study's inclusion criteria were active participation in care with COVID-19 positive patients.

In this study, the average age of participants was 24.43 (23–42) years, and work experience was 61.28 months (4.5 months-19 years). Nine of the participants had a bachelor's degree, five had a master's degree, one had a degree from a health vocational high school, and one had an associate degree. All participants actively participated in COVID-19 patient care before the interviews. Their mean working time in COVID-19 wards before their interview was 10.38 (2-28) weeks, and three of them had previously been diagnosed with COVID-19. Eight of the 16 participants were currently working in pandemic wards (COVID-19 services/ICUs).

Data Collection

A semi-structured, in-depth interview technique was used to obtain data about the experiences of nurses, with the same open-ended questions asked of all nurses and in the same sequence. The primary research question was, "What do you think about the effects of the COVID-19 pandemic on your communication with your surroundings?" The descriptive characteristics of the participants were collected using the socio-demographic form, which consisted of 10 questions. During the interviews, prompts and questions eliciting more information were utilized when necessary, such as "What did you think of it?" or "What else came to your mind?" Interviewers allowed retrieval of in-depth information hidden in each participant's statements (Cohen et al., 2011).

Interviews were conducted between November 2020-January 2021 during the second wave of the pandemic in Türkiye. Interviews were conducted by the second researcher via Zoom or telephone. Both authors communicated with the participants and determined the time and method of the interview. Each interview was recorded using a voice recorder. The interviews lasted 40-60 minutes, and none of the participants refused to be recorded during the interviews. While reporting, nurses' comments remained anonymous and the participants were represented using numbers to maintain confidentiality.

Data collection continued until data saturation was reached. After 10 interviews, no new information emerged. Using Francis and colleagues (2010) methodologies, data collection continued for a further three interviews. The last three interviewees in particular, verified previous statements and did not provide any new information; at that point, data saturation was considered to have been achieved by two members of the research team after 13 interviews. There were no repeated interviews with the same participant. Each interviewer participated in the interviews in their homes with their personal devices, in other words, in an independent, quiet, and safe environment. After the interviews were completed, the recordings were immediately transcribed verbatim.

Data Analysis

The data were manually analyzed using inductive content analysis (Elo and Kyngäs, 2008; Graneheim & Lundman, 2004). During the analysis, the researcher began by sorting the coded manifest content into categories and continued to search for the latent content (Graneheim et al., 2017).

The inductive content analysis process consisted of three main phases: preparing, organizing, and reporting. The preparation phase began with reading and re-reading transcripts in order to become familiar with the data as a whole (Elo & Kyngäs, 2008) and determining a meaning unit (Graneheim & Lundman, 2004). The meaning units are words, sentences, or paragraphs related to the same context and contents (Graneheim & Lundman, 2004). The researchers looked for similarities and differences in the data and moved from the concrete and specific to the abstract and general (Graneheim et al., 2017).

The next step, organizing the qualitative data, included open coding, creating categories, and abstraction. The transcripts were read several times by two researchers, and keywords and phrases were identified during open coding. After open coding, the lists of codes were compared and grouped together based on shared similarities, and the associated codes were combined by categorizing them to capture nurses' perceptions and experiences. During the abstraction, each category was named by its content, and categories and themes were identified. Both of the authors analyzed data separately and checked multiple times. Next, in order to perform triangulation, the analysis was discussed with an expert in qualitative studies. The research team and the expert discussed the coding discrepancies until consensus was reached and an agreement was made on the themes that best described the findings.

In the last phase of the analysis, quotes from the interviews were chosen and the analysis and findings were reported (Elo & Kyngäs, 2008).

Research Team and Reflexivity

This study was analyzed by two female (HB and PS) nurses who had PhDs in Nursing. Therefore, they could provide the nursing perspective on the study question at hand. The authors and an individual expert were well-trained in qualitative courses, had experience with qualitative studies, and had published qualitative studies in international journals. The second author conducted the interviews with nurses, and there was no prior relationship between the interviewees and the interviewer.

Rigor

We ensured the trustworthiness of the study results with the four criteria described by Lincoln and Guba (1985); credibility, dependability, confirmability, and transferability. Credibility was assured by iterative questioning and peer debriefing. Peer debriefing was carried out by discussion with an expert experienced in qualitative research to evaluate the overall results in order to check the credibility of the findings. All participant responses were recorded, and field notes were taken during or after interviews to enhance data reliability. Throughout the interview process, the researcher allowed participants to speak freely and discuss any ideas or thoughts. The recordings were listened to and transcripts were read several times for prolonged engagement. All statements within each theme were cross-checked for accuracy after content analysis, which also strengthened the credibility of the data.

Regarding dependability, investigator triangulation was carried out. To increase the reliability of the data analysis, two researchers analyzed the transcripts independently, reached a view on the perceptions of the nurses, and determined themes and subthemes. These conclusions were discussed with the individual expert, and final themes were determined. Additionally, the use of the same interview form in each interview, the use of a voice recorder, and the fact that all interviews were conducted by the same researcher ensured dependability.

The confirmability of the data was ensured by maintaining an audit trail of all documents and decisions and allowing for examination of data collection throughout the study. This was accomplished by using a voice recorder to record all the interviews and reporting themes and subthemes in detail, including the methods and processes employed, the study's goal and objectives, open-ended questions used in the interviews, and study results.

Regarding transferability, to maximize information regarding the participants' experiences and provide rich descriptions of the phenomenon, purposive sampling was employed until data saturation was achieved. Transferability was further increased by thick description, selection and characteristics of the participant, data collection, process of analysis, and many representative quotations from the transcripts. The results of the study can be replicated in similar contexts in further studies.

Ethical Considerations

Approval for the study was obtained from the Turkish Ministry of Health COVID-19 Scientific Research Evaluation Commission (Confirmation code: 05-30T12-05-15), and ethics committee approval was obtained from University's Noninvasive Research Ethics Board (ethical approval number: 60116787-020/45891). The participants were informed about the aim of the study, and that interviews were to be recorded. Participation in the study was voluntary, and participants could withdraw from the study at any time. As written consent could not be obtained, verbal informed consent for participation was obtained and demographic information was collected prior to data collection. All recordings and transcripts were stored on a password-protected computer.

RESULTS

As a consequence of the analysis, three main themes emerged: (1) keep away, (2) conflict (3) strengths.

Theme 1: Keep Away

Fears of being infected and spreading the virus have caused nurses to communicate less with their families, health care providers, patients, and relatives. As some of the participants stayed away from their families for fear of infecting them with the virus, they began to live separately from their families, which reduced family communication, raised stress, and had a negative psychological effect.

"My sister asks me, 'brother can I hug you?' I haven't hugged my sister for months. This hurts a lot; it has frayed me." (P5)

A decrease in the nurses' communication with health personnel, especially with colleagues, caused nurses to experience negative emotions such as sadness, disappointment, and loneliness.

"We only communicated with the physicians via WhatsApp. Doctors did not enter the patient's room unless there was a risky situation. They talked over the phone to settle the problems." (P16)

The participants stated that they could not meet the care needs of the patients adequately. Sadness, regret, and remorse accompanied this situation. Some nurses said that some patients knowingly transmitted the COVID-19 virus to them and other people; thus, they avoided communicating with these patients.

"I actually feel it is cruel. Because those patients are alone, terrified, and dealing with an illness they don't understand. We leave them alone. I feel guilty about it afterwards." (P7)

Nurses indicated that the protective equipment they were wearing acted as a barrier to communicate with their patients (visors, double masks, etc.).

"We cannot make our voices heard from the protective equipment. Therefore, our communication level is minimal." (P13)

Theme 2: Conflict

Reluctance to care for COVID-positive patients, non-compliance with pandemic rules, the intense work pace, the change of clinic, the lack of sufficient equipment (N95 masks, etc.), working under stress, and lack of communication caused conflicts in the workplace. Nurses stated that they were not understood, felt lonely, sad, furious, worthless, and used, and they did not receive enough support, especially from managers and physicians.

"Sometimes, lots are drawn to see who will take care of the COVID patient. If there is no one who does not want to care, there is an argument. It's teamwork after all." (P3)

"We want enough personal protective equipment, we want more nurses. The answer given to us by the managers is that your psychology is broken, you should go to a psychiatrist. While we were waiting for more equipment and appreciation from them... we felt humiliated." (P11)

Nurses stated that the doctors put the work they had to do on the nurses in order not to come into contact with the patient, and that is why there were arguments.

"...they always entered the room with us. They didn't want to enter and they were trying to put their work on us." (P7)

Asking nurses to look after patients with COVID-19 who have just started working, have no children, live alone, or have had the disease before has caused serious tensions among nurses:

"I am scared too. Is my life more worthless? It makes me feel pure. I'm very offended. After a while, our communication will get worse as the resentments build up. It's slowly accumulating now." (P14)

Situations due to the pandemic, such as visitor restrictions and illness of family members, have decreased communication with patients' relatives and increased conflicts. All of these have caused nurses to work in a more tense and stressful environment.

"For a while, we supported the communication between the patient and the patient's relatives with notes, letters. However, the restriction of visitors to a large extent caused conflict..." (P7)

Theme 3: Strengths

Although the pandemic has caused challenges in communication for many nurses, it has also strengthened the bonds and communication between nurses and their families and colleagues.

"It makes our family proud that we take care of patients with COVID at the hospital. Like a soldier on the front line..." (P5)

"Everyone helps each other more in this process. Our friendship has deepened (with colleagues)." (P15)

DISCUSSION

In this study, nearly all of the interviewed nurses avoided communicating with their families. Similar to research by Ness and colleagues (2021), the nurses in this study were voluntarily isolated from their family members while giving care to COVID-19 patients. Planning an effective communication strategy that includes sufficient resources and guidance on how to protect themselves could help relieve fears about COVID-19 transmission to family members (Lord et al., 2021). Additionally, providing the possibility of communication with family members through digital communication technologies can minimize the emotional burden of this condition in nurses (Nogueira Galeno Rodrigues et al., 2020).

Nurses in this study thought they reduced their communication due to the fear of infecting the patient and wearing personal protective equipment diminished patient interactions. These situations may cause their communication and quality of care they provide to their patients to remain the same (Andersson et al., 2022; Ness et al., 2021) or diminish as in our sample. Wearing personal protective equipment forces nurses to care for patients without the use of touch (Ness et al., 2021), which is a component of therapeutic communication (McCarthy et al., 2021). Nurses may experience ethical dilemmas and moral distress as a result of not being at the patient's bedside at the time of need, and not being able to provide spiritual, empathetic, compassion-focused, and holistic care (Andersson et al., 2022; Melnikov et al., 2022). Nurses were often the only professionals willing to enter patient rooms, which increased their risk for infection and left them emotionally vulnerable in their added role as the sole supporter for their patients (Ness et al., 2021). Some nurses said that some patients knowingly transmitted the COVID-19 virus to others; thus, they avoided communicating with these patients. This situation may have developed due to psychological difficulties as a result of stigma, as seen in HIV or sexually transmitted (or transmissible) infections (Holt et al., 2004). However, informing the public about COVID-19 is critical in order to prevent the spread of disinformation about the disease. These problems could make it more difficult to identify patients' communication requirements and offer them the effective help they require. Credibility in personal safety can be improved by using sufficient personal protective equipment and open communication with nursing leaders. This enables nurses to provide more time for patient care and communication interventions.

Changes in clinical practice due to COVID-19 included visitation restrictions. Communication with patients' families and primary caregivers occurred online (Kagan et al., 2021; Maaskant et al., 2021). Although the importance of the presence of the patient's relatives in the clinic in terms of maintaining nurse-patient communication cannot be ignored, nurses in this study reported they had communication problems with them. Nurses supported the communication between the patient and the patient's relatives with notes, letters, etc. However, some visitors wanted to see the patients, were angry with the nurses because of the restrictions, got into arguments, and behaved in hostile ways. The nurse's role in sustaining communication between the patient and the family was weakened as a result of these conflicts.

This study revealed that nurses who worked with COVID-19 patients faced negative reactions, were exposed to discrimination, and were stigmatized by their colleagues. The nurses felt frustrated, neglected, demoralized (Kwaghe et al., 2021), lonely, and worthless. According to colleagues, nurses who have survived the disease, don't have children, and live alone should take care of COVID-19 patients. As far as it is known, this is new information. The main reason for stigma is the fear of being infected (Kwaghe et al., 2021), and it is possible that this is the reason for the discrimination. This situation may cause nurses conscientiously forced (Dal & Akpınar, 2023). As one nurse put it, this environment makes nurses feel worthless, which leads to resentment, and resentment worsens communication with colleagues. Communication is a crucial element for maintaining interprofessional connections, resulting in team collaboration (Nogueira Galeno Rodrigues et al., 2020). It is necessary to pay close attention to the relationships among medical team members and increase their communication (Zhang et al., 2021).

Nurses participating in this study stated that they were not understood and did not receive enough support, especially from managers and physicians. Communication became a challenge for nurses who were paired with a different nurse partner every day (Cadge et al., 2021), working outside of their usual area, patient care volume, and personal protective equipment workarounds (Fernandez et al., 2020; Lake et al., 2022; White et al., 2021). Kagan and colleagues (2021) reported that emotional distress results from a lack of guidance from hospital managers. At times of high stress, as with the COVID-19 pandemic, transparent, timely, and effective leadership communication, less difficulty accessing personal protective

equipment/supplies, and providing information, support, and training will improve nurses' morale and effectiveness (Cadge et al., 2021; Dal & Akpınar, 2023; Jennings & Yeager, 2020; Lake et al., 2022).

Despite the fact that nurses suffered communication difficulties during the pandemic, they believed it strengthened their bonds with their families and colleagues. During pandemic, healthcare professionals frequently maintained communication with their families by telephone, which not only provided comfort to the workers themselves but also alleviated the worries of their loved ones (Billings et al., 2021). Feelings of closeness bloom as families strengthen their bonds as a unit to better withstand the pandemic, adjust to its demands, and safeguard themselves and their loved ones (da Silva Barreto et al., 2022; Sheen et al., 2022). Being together in a stressful situation might have a positive outcome, such as colleagues supporting one another and the creation of close friendships (Blake, 2021). Nurses feel comfortable sharing feelings and anxieties and getting advice and support from colleagues at a time when not much else is known (Cadge et al., 2021; McCarthy et al., 2021).

Limitations

One of the limitations of this study is that the majority of the participants were female and from the western part of Türkiye. In addition, due to the nature of qualitative studies, the findings cannot be generalized to all nurses in the country.

CONCLUSIONS

In this study, it was found that during the second wave of the pandemic, nurses faced many communication challenges. The vast majority of them appeared to be caused by fear of infection. Communication struggles can reduce nurses' peaceful and safe work environment and jeopardize patient care. It can also lead to psychological effects on nurses. The findings of this study could be used to identify nursing needs and create and implement programs to prevent conflicts caused by a lack of communication.

Many of the communication problems were caused by fear of infection, increasing workload demands, and poor communication with management, according to the nurses' descriptions of the specific communication challenges they encountered during the pandemic. Nurses must devise plans of action to solve these issues. It is unrealistic to anticipate effective collaboration between colleagues during a crisis like a pandemic. Nevertheless, based on our research, we can state that strategies that nursing managers could use are; being fair in patient sharing and distribution of materials, such as protective equipment, and making them feel that their feelings and thoughts are important by listening to nurses. When managers encourage nurses to receive psychological support while working in stressful conditions, communication among colleagues can improve. Nurses feel valued and secure in this way. In order to support and empower nurses for pandemic management, nursing managers need to have proper training in communication skills. Transparent and consistent communication training should be supported by nursing schools, and nursing managers should organize such training as part of in-service training.

We recommend that nursing managers be prepared for the next pandemic, including personnel and equipment planning and sharing their knowledge and experiences about communication. They can create institutional or regional strategies or an action plan on how to maintain communication or solve communication-related problems during the pandemic. A relationship between nurses and managers may be cultivated through the implementation of a strategy, improving the possibility of more honest and efficient communication when a crisis arises.

Ethics Committee Approval: Approval for the study was obtained from the Turkish Ministry of Health COVID-19 Scientific Research Evaluation Commission (Confirmation Code: 05-30T12-05-15), and ethics committee approval was obtained from University's Noninvasive Research Ethics Board (Ethical Approval Number: 60116787-020/45891).

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Author Contributions: Concept: H.B., P.S. Design: H.B., P.S. Data Collection or Processing: H.B., P.S. Analysis or Interpretation: H.B., P.S. Literature Search: H.B., P.S. Writing: H.B., P.S.

Financial Discloser: The authors declared that this study received no financial support.

REFERENCES

- Andersson M, Nordin A, Engström Å. (2022). Critical care nurses' experiences of working during the first phase of the COVID-19 pandemic – Applying the Person-centred Practice Framework. *Intensive and Critical Care Nursing*, 69, 103179. doi: 10.1016/j.iccn.2021.103179
- Billings J, Ching BCF, Gkofa V, Greene T, Bloomfield M. (2021). Experiences of frontline healthcare workers and their views about support during COVID-19 and previous pandemics: a systematic review and qualitative meta-synthesis. *BMC Health Services Research*, 21, 923. doi: 10.1186/s12913-021-06917-z
- Blake N. (2021). Building a new, better normal after COVID-19. *Nursing Management*, 52(6), 20-23. doi: 10.1097/01.NUMA.0000752780.68152.46
- Buheji M, Buhaid N. (2020). Nursing human factor during COVID-19 pandemic. *International Journal of Nursing Science*, 10(1), 12-24. doi: 10.5923/j.nursing.20201001.02
- Cadge W, Lewis M, Bandini J, Shostak S, Donahue V, Trachtenberg S, et al. (2021). Intensive care unit nurses living through COVID-19: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 29, 1965–1973. doi: 10.1111/jonm.13353
- Cohen L, Manion L, Morrison K. (2011). *Research methods in education*. New York: Routledge.
- Collins R. (2021). Protect the nurse, protect the practice: Effective communication is the foundation for keeping nurses safe. *Healthcare Management Forum*, 34(4), 200-204. doi: 10.1177/084047042111022144
- Dal HE, Akpınar H. (2023). The effect of the COVID-19 pandemic on nurses' conscientious perception levels. *Black Sea Journal of Health Science*, 6(4), 667-674. doi: 10.19127/bshealthscience.1339762
- da Silva Barreto, M., Leite, A. C. A. B., García-Vivar, C., Nascimento, L. C., & Marcon, S. S. (2022). The experience of coronaphobia among health professionals and their family members during COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Collegian*, 29(3), 288-295. doi:10.1016/j.colegn.2022.03.006
- Digby R, Winton-Brown T, Finlayson F, Dobson, H, Bucknall T. (2021). Hospital staff well-being during the first wave of COVID-19: Staff perspectives. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30, 440–450. doi: 10.1111/inm.12804
- Elo S, Kyngäs H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x.
- Fernandez R, Lord H, Halcomb E, Moxham L, Middleton R, Alananzeh I, et al. (2020). Implications for COVID-19: A systematic review of nurses' experiences of working in acute care hospital settings during a respiratory pandemic. *International Journal of Nursing Studies*, 111, 103637. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103637.
- Francis JJ, Johnston M, Robertson C, Glidewell L, Entwistle V, Eccles MP, et al. (2010). What is an adequate sample size? Operationalising data saturation for theory-based interview studies. *Psychology and Health*, 25(10), 1229-1245. doi: 10.1080/08870440903194015
- Graneheim UH, Lindgren B-M, Lundman B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34. doi: 10.1016/j.nedt.2017.06.002
- Graneheim UH, Lundman B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Grove SK, Burns N, Gray JR. (2013). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. (7th edition). China: Elsevier Inc.
- Holt M, Jin F, Grulich A, Murphy D, Smith G. (2004). Syphilis, STIs and Men Who Have Sex with Men in Sydney: Understanding and Managing Risk. Australia: National Centre in HIV Social Research. Monograph 7/2004.
- Jennings BM, Yeager KA. (2020). From fear to fortitude: Using the power within the nursing profession to fight COVID-19. *Nursing Outlook*, 68(4), 391-392. doi: 10.1016/j.outlook.2020.04.008
- Jun J, Tucker S, Melnyk BM. (2020) Clinician mental health and well-being during global healthcare crises: evidence learned from prior epidemics for COVID-19 pandemic. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(3), 182-184. doi: 10.1111/wvn.12439

- Kagan I, Shor R, Ben Aharon I, Yerushalmi S, Kigli-Shemesh R., Gelman S, et al. (2021). A Mixed-Methods study of nurse managers' managerial and clinical challenges in mental health centers during the COVID-19 pandemic. *Journal of Nursing Scholarship*, 53(6), 663-670. doi:10.1111/jnu.12685
- Kwaghe AV, Ilesanmi OS, Amede PO, Okediran JO, Utulu R, Balogun MS. (2021). Stigmatization, psychological and emotional trauma among frontline health care workers treated for COVID-19 in Lagos State, Nigeria: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 21, 855. doi:10.1186/s12913-021-06835-0
- Lake ET, Narva AM, Holland S, Smith JG, Cramer E, Rosenbaum KEF, et al. (2022). Hospital nurses' moral distress and mental health during COVID-19. *Journal of Advanced Nursing*, 78, 799-809. doi: 10.1111/jan.15013
- Lincoln SY, Guba EG. (1985). *Naturalistic Inquiry*. CA: Sage. In Elo S, Kääriäinen M, Kanste O, Pölkki T, Utriainen K, Kyngäs H. (2014). Qualitative content analysis: a focus on trustworthiness, *SAGE Open*, 4(1), doi:10.1177/2158244014522633
- Lord H, Loveday C, Moxham L, Fernandez R. (2021). Effective communication is key to intensive care nurses' willingness to provide nursing care amidst the COVID-19 pandemic. *Intensive & Critical Care Nursing*, 62, 102946. doi: 10.1016/j.iccn.2020.102946
- Maaskant JM, Jongerden IP, Bik J, Joosten M, Musters S, Storm-Versloot MN, et al. (2021). Strict isolation requires a different approach to the family of hospitalised patients with COVID-19. A rapid qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 117, 103858. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103858.
- McCarthy B, O'Donovan M, Trace A. (2021). A new therapeutic communication model "TAGEET" to help nurses engage therapeutically with patients suspected of or confirmed with COVID-19. *Journal of Clinical Nursing*, 30, 1184-1191. doi: 10.1111/jocn.15609
- Melnikov S, Kagan I, Felizardo H, Lynch M, Jakab-Hall C, Langan L, et al. (2022). Practices and experiences of European frontline nurses under the shadow of COVID-19. *Nursing & Health Sciences*, 24, 405-413. doi: 10.1111/nhs.12936
- Nelson H, Hubbard Murdoch N, Norman K. (2021). The role of uncertainty in the experiences of nurses during the Covid-19 pandemic: A phenomenological study. *Canadian Journal of Nursing Research*, 53(2), 124-133. doi: 10.1177/0844562121992202
- Ness MM, Saylor J, Di Fusco LA, Evans K. (2021) Healthcare providers' challenges during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic: A qualitative approach. *Nursing & Health Sciences*, 23, 389-397. doi: 10.1111/nhs.12820
- Nogueira Galeno Rodrigues ME, Belarmino ADC, Lopes Custódio L, Lima Verde Gomes, I, Ferreira Júnior, AR. (2020). Communication in health work during the COVID-19 pandemic. *Investigación y educación en enfermería*, 38, e09. doi: 10.17533/udea.ice.v38n3e09.
- O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. (2014). Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Academic Medicine*, 89, 1245-1251. doi: 10.1097/ACM.0000000000000388.
- Spalluto LB, Planz VB, Stokes LS, Pierce R, Aronoff DM, McPheeters ML., et al. (2020). Transparency and trust during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Journal of the American College of Radiology*, 17, 909-912. doi: 10.1016/j.jacr.2020.04.026.
- White EM, Wetle TF, Reddy A, RR Baier. (2021). Front-line nursing home staff experiences during the COVID-19 pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22, 199-203. doi: 10.1016/j.jamda.2020.11.022
- Zhang J, Fang Y, Lu Z, Chen X, Hong N, Wang C. (2021). Lacking communication would increase General Symptom Index scores of medical team members during COVID-19 pandemic in China: A retrospective cohort study. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 58, 1-8. doi: 10.1177/0046958021997344

Araştırma Makalesi

COVID-19 Tanısı ile Klinikte Yatan Hemşirelerin Hasta Rolü Deneyimleri

Patient Role Experiences of Nurses Hospitalized in the Clinic with COVID-19 Diagnosis

Süreyya BULUT^a, Hatice ÖNER^b

^aDr. Öğr. Üyesi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları ABD, Aydın, Türkiye

^bDoç. Dr., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD, Aydın, Türkiye

Geliş tarihi/Date of receipt: 18/03/2024

Kabul tarihi/ Date of acceptance: 06/08/2024

ÖZ

Amaç: Pandemi döneminde yoğun iş temposu ile hasta bakımından sorumlu olan ve COVID-19 tanısı alarak klinikte yatan hemşirelerin hasta rolündeki deneyimlerinin incelenmesi amacıyla fenomenolojik tipte yapılmıştır.

Yöntem: Yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme yöntemiyle 01.09-01.11.2020 tarihleri arasında toplanmıştır. Türkiye'nin herhangi bir bölgesinde hemşire olarak görev yapan, COVID-19 tanısı ile kliniğe yatışı yapılan kartopu örnekleme yöntemi ile 12 hemşireye ulaşılarak çalışma grubu oluşturulmuştur. Veriler, "kişisel bilgi formu" ve "yarı yapılandırılmış görüşme" formu ile toplanmıştır.

Bulgular: Hemşirelerin %83,33'ü kadın, %50'si evli, %91,66'sı lisans mezunudur. Görüşmelerden elde edilen verilerin içerik analizi sonucu, dört tema ve ilişkili alt tema ve kodlar belirlenmiştir. Katılımcıların bir kısmı; hemşireliğin önemli ve manevi yönünün önde olduğunu, bir kısmı da hemşireliğin var olan durumundan rahatsız olduğunu, çalışma temposunun çok yoğun olduğunu belirtmiştir. COVID-19'u hasta olarak deneyimleme teması ile ilgili olarak; "hastalığı yaşarken", "hastalığı kendine yakıştıramama", "hasta rolünderken duygular", "hasta rolünden mesleğe bakış/gözlemler" alt temaları, COVID-19 sonrası değişimler teması ile ilgili olarak da "mesleki benliğe yönelik farkındalıklar", "meslekle ilgili olumsuz değişimler/artan gerginlikler" ve "yaşamla ilgili farkındalıklar" temaları saptanmıştır.

Sonuç: Klinikte yatan hemşireler, hastaların farklı duygularını fark etmiş, bazı mesleki davranışların kendilerini kötü hissettirdiği, hasta rolünü kabullenmekte güçlük yaşadıkları belirlenmiştir. Bu sonuçlar ışığında, özellikle kriz durumlarında hemşirelere, hem kişisel hem mesleki gelişimini destekleyen, benliği güçlendirici eğitimlerin verilmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Hasta, Hemşire, Deneyim

ABSTRACT

Objective: This phenomenological study was conducted to examine the experiences of nurses who were responsible for patient care with intense work tempo during the pandemic period and who were diagnosed with COVID-19 and hospitalized in the clinic in the patient role.

Methods: Semi-structured in-depth interviews were conducted between 01.09-01.11.2020. The study group consisted of 12 nurses working as nurses in any region of Turkey, who were hospitalized in the clinic with the diagnosis of COVID-19, were reached by snowball sampling method. Data were collected using a "personal information form" and a "semi-structured interview" form.

Results: The 83.33% of the nurses were female, 50% were married, 91.66% were undergraduate graduates. As a result of the content analysis of the data obtained from the interviews, four themes and related sub-themes and codes were determined. Some of the participants stated that nursing is important and the spiritual aspect of nursing is at the forefront, and some of them stated that they are uncomfortable with the current situation of nursing and that the pace of work is very intense. Regarding the theme of experiencing COVID-19 as a patient, the sub-themes of "while experiencing the disease", "not being able to fit the disease to oneself", "emotions while in the patient role", "view/observations from the patient role to the profession", and the themes of "awareness of professional self", "negative changes/increased tensions related to the profession" and "awareness of life" were determined regarding the theme of changes after COVID-19.

ORCID IDs: SB:0000-0002-3813-8203, HÖ:0000-0002-6556-5753

Sorumlu yazar/Corresponding author: Dr. Öğr. Üyesi, Süreyya BULUT, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları ABD, Aydın, Türkiye

e-posta/ e-mail: sureyya.bulut@adu.edu.tr

Atıf/Citation: Bulut S, Öner H. (2024). COVID-19 tanısı ile klinikte yatan hemşirelerin hasta rolü deneyimleri. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 7 (3), 347-361. doi:10.54189/hbd.1455034

Conclusion: The nurses in the clinic recognized the different emotions of the patients, some professional behaviors made them feel bad, and they had difficulty in accepting the patient role. In the light of these results, it is recommended that nurses be provided with self-empowering trainings that support both personal and professional development, especially in crisis situations.

Keywords: COVID-19, Experience, Nurse, Patient

GİRİŞ

Çin'in Wuhan bölgesinde Aralık 2019'da başlayan, COVID-19 pandemisi tüm toplumları, çok yönlü olarak sosyoekonomik ve ruhsal yönden etkisi altına almıştır. Özellikle yaşlı yetişkinler, ırksal ve etnik azınlıklar ve çocuklar gibi daha savunmasız kişiler riskli grupta yer almaktadırlar (LoGiudice ve Bartos, 2021; Roberts vd., 2021; Sadati vd., 2021; Sun vd., 2020).

COVID-19 salgını sağlık profesyonellerinden biri olan hemşireleri de çok yönlü etkilemiştir. Hemşirelerin hali hazırdaki yoğun çalışma saatleri özellikle pandemi sürecinde katlanmıştır (Sadati vd., 2021). Hemşireler COVID-19 pandemisi ile birlikte hem fiziksel hem de ruhsal sağlığı çok yönlü olarak etkilenmiştir (Öner vd., 2022). COVID-19'un tüm riskleri ve belirsizlikleri ile mücadele eden hemşirelerin hem kendisi hem yakınları ciddi düzeyde tehdit altında kalmıştır. Tüm bu zor koşullar hemşirenin hem bedensel hem de ruh sağlığını ciddi düzeyde etkilemiştir. Kang ve arkadaşlarının (2020) Wuhan'da sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı ve psikolojik bakım algılarını incelediği çalışmada, sağlık ekiplerinin %71,3'ü hafif, %22,4'ü orta ve %6,2'si ise ciddi düzeyde ruhsal bozukluğa sahip olduğunu belirtmişlerdir (Kang vd., 2020).

COVID-19'lu hastaların bakımından birebir sorumlu olan hemşireler; izin alamadan, uzun süreli yoğun iş temposu ile bulaştırıcılık riski olduğundan evlerine gidememiş, yurt, lojman gibi yerlerde ikamet etmek zorunda kalmışlardır. Hastalığı yakınlarına bulaştırmamak için gösterdikleri fedakarlıkların yanında zorlu çalışma koşulları hemşirelerde stres, kaygı ve tükenmişlik yaşanmasına neden olmuştur (Karasu ve Öztürk Çopur, 2020). Bu riskler, hemşirelerin hastalanma riskini de arttırmakta, özellikle pandemi döneminde, hemşirelerin bulaşıcı hastalıklara yüksek oranda maruz kaldıkları belirtilmektedir (Aktura ve Özden 2020). COVID-19'a yakalanan yedi hastadan birinin sağlık çalışanı olduğu belirtilmiştir (WHO, 2020).

Tüm bu gerekçeler ışığında bu çalışmada, COVID-19 tanısı alarak klinikte yatan hemşirelerin hasta rolündeki deneyimlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma Soruları

S1: COVID-19 tanısı ile hastanede yatan hemşirelerin hasta rolü deneyimleri nelerdir?

S2: COVID-19 tanısı ile hastanede yatan hemşirelerin hasta rolü duyguları nelerdir?

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Araştırma, niteliksel olgubilim (fenomenolojik) çalışmasıdır. Çalışma grubunun belirlenmesinde amaçlı örnekleme yöntemlerinden maksimum çeşitlilik örnekleme kullanılmıştır. Maksimum çeşitlilik kriterleri olarak cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çalışma yılı, mesleği seçme gibi özellikler dikkate alınmıştır. Çalışma verileri 01.09.2020-01.11.2020 tarihleri arasında yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

Katılımcılar

Gönüllülük ilkesine göre araştırmaya katılmaya istekli, Türkiye'nin herhangi bir bölgesinde yaşayan hemşirelik yapan ve COVID-19 tanısı ile klinikte tedavi alıp iyileşmiş farklı yaş dönemlerinden olmak üzere toplam 12 hemşire araştırmanın çalışma grubunu (örneklemi) oluşturmuştur. Çalışma grubuna ulaşmada, kartopu örneklemeinden yararlanılmıştır (Creswell, 2013). Çalışma grubunda yer alan her bir gönüllü ile online ve yüz yüze olacak şekilde görüşmeler yapılmıştır. Online görüşmeler, gönüllünün çalıştığı hastanede ya da evinde özel bir yerde yapılmıştır. Yüz yüze olan görüşmeler ise ikinci araştırmacının çalışma odasında yapılmıştır. Araştırmacıların buldukları çevrede araştırma amacına uygun ve gönüllü olan kişilerle görüşmeler başlatılarak, her bir görüşmeden sonra onun önerdiği kişi/kişilerle iletişim kurularak, hedeflenen örneklem sayısına (veri doygunluğu oluşuncaya kadar) ulaşılmıştır (Baltacı, 2018).

Veri Toplama

Görüşmelere başlamadan önce, araştırmanın amacı açıklanmış, katılımcılardan sözlü ve yazılı onamlar alınmıştır. Araştırma verileri, kişisel bilgi formu" ve "yarı yapılandırılmış görüşme" formu ile toplanmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme soruları, açık uçlu ve her bir hemşirenin COVID-19 hastalık deneyimine ilişkin duygu ve düşüncelerini ortaya çıkarmaya yönelik olarak hazırlanmıştır. Görüşmeler, nitel araştırmalar konusunda eğitimli ve deneyimli olan ikinci yazar tarafından yapılmış ve derinlemesine tartışmalara teşvik edilmiş ve 22 ile 48 dakika sürmüştür. Bu çalışmadaki temel sorular şunlardır. "Genel olarak mesleğinizi nasıl algılıyorsunuz?", "Hemşire olarak çalışırken COVID-19 tanısı alan hastalarla ilgili genel tutumunuz nasıldı?", "Klinikte hemşirelik yaparken COVID-19 tanısı ile izlenen hastalarla ilgili genel duygularınızı anlatır mısınız?", "COVID-19 tanısını ilk olarak duyduğunuzda neler hissettiniz/duygularınız nelerdi?", "Hastalığın ilk tanısını öğrendiğinizde aklınıza gelen düşünceler neler oldu?", "COVID-19 hastalığı ile bir süre klinikte yatarken hasta rolüne yönelik neler yaşadınız?", "Hasta olarak kliniğe yattığınızda, hemşirelik rollerine yönelik neleri fark ettiniz?", "COVID-19 hastalık deneyimi, bir hemşire olarak size neleri öğretti?". Her bir görüşmede özellikle yönlendirici olmamaya özen gösterilmiştir. Bununla birlikte anlaşılmayan ya da çelişkili noktaları açıklığa kavuşturmak için (burada ne demek istediniz ya da bunu mu demek istediniz gibi) netleştirici sorular eklenmiştir. Görüşmeler hem yüz yüze hem de online olarak yapılmıştır. Yüz yüze yapılan görüşmeler 2. araştırmacının okuldaki odasında yapılmıştır. Görüşmeler, kayıt cihazına kaydedilmiştir. Görüşme sonrası kayıtlar görüşülen kişiye dinletilip, katılımcı teyidi (member checking) alınmıştır. Her görüşmeden sonra görüşme kayıtları Microsoft Word belgesi haline getirilmiştir.

Verilerin Analizi

Görüşmelerden elde edilen bulguların değerlendirilmesinde, tümevarımcı içerik analiz yöntemi kullanılmıştır. Yazılı hale getirilen ham veriler, iki araştırmacı tarafından bağımsız olarak kodlanmıştır. İkinci adımda, araştırmacılar, kodlar arasındaki küçük anlaşmazlıkları ve farklılıkları yeniden gözden geçirmişler ve ardından kavramsal benzerlikler ve farklılıklara göre tema ve alt temalar oluşturulmuştur (Creswell, 2013; Hesse-Biber ve Leavy, 2006).

Veri Güvenilirliği

İç güvenilirliği (tutarlılığı) artırmak için araştırmacı üçgenlemesi doğrultusunda, verilerin analizi ve yorumlanmasında birden fazla araştırmacı yer almıştır (Streubert ve Carpenter, 2011). Kodlayıcılar arası güvenilirlik, kodlayıcıların aynı veri parçaları için benzer kodlar kullanıp kullanmadıkları bu tekniğin temel noktasıdır (Arastaman vd., 2018). Görüşme metinleri, nitel araştırma konusunda eğitimli araştırmacılar (SB), (HÖ) ayrı ayrı kodlamalar yapmışlar ve sonrası bir araya gelerek, kodlar üzerinde tekrar görüş birliğine varmışlardır. Araştırma ekibi dışından nitel araştırmalar konusunda eğitimli ve deneyimli bir

uzman (HK), verilerin uygunluğunu ayrı ayrı gözden geçirmiş ve onaylamıştır. Güvenilirliği artırmak için katılımcı doğrulama yaklaşımı kullanılmıştır. Bu süreçte katılımcılara, görüşme kayıtlarını dinlemeleri istenmiş ve eklemek ya da değiştirmek isteyip istemedikleri sorulmuştur (Başkale, 2016). Görüşme bittikten sonra katılımcılardan, ses kaydını dinlemeleri ve değiştirmek istedikleri ek bir bilgi olup olmadığını kontrol etmeleri istenmiştir (Creswell, 2013; Gülnar ve Acar, 2021; He vd., 2021). Araştırmanın, onaylanabilirliğini (confirmability) artırmak amacıyla; veri toplama süreci, araştırmada izlenen aşamalar-görüşmeler, toplanan verilerin nasıl elde edildiği açık bir şekilde rapor edilmiştir.

Araştırmanın dış geçerliğini (aktarılabirlik) artırmak amacıyla, yorum katmadan, verinin doğasına sadık kalacak şekilde, katılımcıların ifadelerinden doğrudan alıntılar yapılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Bir devlet üniversitesinin Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu 07.09.2020 tarihli ve 2020/200 protokol numarası ile ve Sağlık Bakanlığından alınmıştır. Etik ilkeler doğrultusunda çalışmaya katılmaya gönüllü olan katılımcıların her birine, çalışma amacı ve yöntemi hakkında bilgi verildikten sonra sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Katılımcılara kimliklerinin gizli tutulacağı bilgisi verilmiş ve kod numaraları kullanılmıştır.

BULGULAR

Bu bölümde, yarı yapılandırılmış görüşmelere katılan 12 katılımcının demografik bilgileri ve araştırmanın nitel boyutuna yönelik olarak elde edilen, tema, alt tema ve kodlar sunulmuştur. Nitel veriler, araştırmanın temel amacı dikkate alınarak çözümlenmiştir. Nitel verilerin içerik analizi sonucunda ulaşılan bulgular, ilişkili temalar oluşturularak örgütlenmiş ve yorumlanmıştır.

Katılımcılara Ait Demografik Özellikler

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri (n=12)

Katılımcı No	Cinsiyet	Yaş	Medeni Durum	Eğitim Durumu	Yaşadığı Yer
K1	K	26	Bekar	Lisans	İl
K2	K	67	Evli	Lisans	İlçe
K3	K	26	Bekar	Lisans	İlçe
K4	K	34	Evli	Lisans	İlçe
K5	K	32	Bekar	Lisans	İl
K6	K	26	Evli	Sağlık Meslek Lisesi	İl
K7	E	43	Bekar	Lisans	İlçe
K8	K	28	Bekar	Lisans	İlçe
K9	K	44	Evli	Lisans	İl
K10	E	30	Evli	Lisans	İl
K11	K	35	Evli	Lisans	İl
K12	K	25	Bekar	Lisans	İl

Çalışmaya katılan hemşirelerin %83,33'ü kadın, %16,66'sı erkek, % 50'si evli, %91,66'sı lisans ve %8,33'ü ise Sağlık Meslek Lisesi mezunudur (Tablo 1).

Tablo 2. COVID-19 Deneyimi Yaşayan Hemşirelerin Görüşleri (n=12)

Tema	Alt Tema	Kodlar	
1. Hemşirelik Algısı	1.1. Gönül mesleği	Sevgi Gönül mesleği Manevi doyum alıyorum	İnsanların hayatına dokunuyoruz Hemşirelikte vicdan önemli Başka insanların eli kolu oluyoruz
	1.2. Hayal kırıklığı	Hemşireliğin konumundan rahatsızım Nefes almaya bile vakit yok Hayal kırıklığı yaşadım	Teori ve uygulama farklı Maddi ve manevi karşılık almıyorum
2. Pandemi Döneminde Hemşire Olmak	2.1. Zorluklar/ mücadele eden hemşire	COVID hastasına temas etmedim Her hastaya COVID-19 tanılı gibi yaklaşıyorduk Yardım etmek için çırpınıyoruz Koruyucu siperlik verilmedi	Her nöbet son nöbet gibiydi Risk altındaydık Maske bulamıyorduk Tulum içinde nefes almak zor
	2.2. Hemşire duyguları	Umutsuzluk Korku Tedirginlik Bilinmezliğe karşı bir korku Hastaları o halde görmek acıtıcı Hastalar için ağladım	Sinir bozucu Hastalığı aileme taşırsam korkusu Engellenmişlik duygusu (Ailemden ayrı kaldım Çocuğumu göremedim Kimseye gidemedim)
3. COVID-19'u Hasta Olarak Deneyimlemek	3.1. Hastalığı yaşarken	Hiç belirtim yoktu Uyku düzenim bozuldu Tedavi ağır Nefes alamama Ateş Akciğer tutulumu Hastalık püskürten bir cihaz gibi gördüm kendimi	Ağır geçirdim Daha çabuk yorulma Entübe edilirim diye düşündüm Uzun süre hastanede yattım Hastaneye ambulansla gittim
	3.2. Hastalığı kendine yakıştıramama	Hasta odasında olmamalıyım/ Yanlış yerdeyim düşüncesi (Kendimi hasta olarak görmek aklımdan geçmezdi) Hizmet vermek başka, hizmet almak çok farklıymış Maskesiz çıkıyordum	Hasta iken dahi hemşirelik yaptım Herkesten yardım bekliyorsunuz Bir an önce ayağa kalkıp çalışmak istedim İlk duyunca şaşkınlık
	3.3. Hasta rolündeyken duygular	Ağladım Kapalı alan/boğulmuşluk hissi/hapis gibi Korku, Anksiyete Suçluluk duygusu Entübe olma korkusu /Ölümü hissettim Çarpıntı Başkalarına bulaştırma korkusu Panik atak	Üzüntü Umutsuzluk Ne olacak kaygısı Hastalık seyri ile ilgili endişe Bilinmezlik Yan etkileri kötümser yapıyor Kırgınlık Suçluluk duygusu (hemşireler tarafından hissettirilen)
	3.4. Hasta rolünden mesleğe bakış/gözlemler	Hemşire arkadaşlar yardımcı oldular İhtiyaçlarımı karşıladılar Empati önemli Hemşireler tedbirli ve saygılıydı Bakım yapıp çıkıyorlardı Özverili çalışıyorlar Hemşirenin günaydın demesi motive ediyor Hemşirenin kurduğu iletişim beni mutlu ediyordu Hemşire tek yakınımız oluyor Kriz yönetimini sürdüren hemşiredir Hemşire değerli Bilinmezlik döneminde daha değerli Hasta olunca dışlanmış hissettim	Hemşireler empati kuramadılar İş bitsin de gidelim Bazı hemşireler tanımıyor gibi davranıyordu İnsanlar hatalıymışım gibi davrandı Hiç kimse odaya girmez oldu Hemşireler çok yorgun Tükenmişliği dışarıya belli etmiyoruz Hemşirenin motivasyon eksikliği Hemşire korunmasız bir ortamda Hemşirelerde de korku endişe var Hemşirelerin girişleri kısıtıydı Hastayken kolunda serum bittiği halde saatlerce durdu
4. COVID-19 Sonrası Değişimler	4.1. Mesleki benliğe yönelik farkındalıklar	Teorik bilgi eksikliğimi gördüm Hastalara daha iyi empati yapabiliyorum Mesleğimin ne kadar değerli olduğunu anladım Hasta hemşire etkileşimi arttı Ekip içi etkileşim arttı Mesleğimin değerini anladım Empati arttı Dayanışma arttı Daha ılımlı olmalıyız	Dikkatli olmak gerek Hasta ile kurulan iletişim önemli Dikkatli konuşmalıyız Bizim için önemsiz olanların hasta için ne kadar önemli olduğu Duyguları anlatmak zor Pandemi yakınlaştırdı Pozitif davranmalı Güler yüz

Tablo 2. COVID-19 Deneyimi Yaşayan Hemşirelerin Görüşleri (n=12) (Devamı)

Tema	Alt Tema	Kodlar	
4. COVID -19 Sonrası Değişimler	4.2.Meslekle ilgili olumsuz değişimler/artan gerginlikler	Hastalık sonrası bu tür hastalarla çalışmak paniğimi artırıyor Hastalık sonrası panik atak, yorgunluk hissi arttı Kaygı	Pozitif tanıli hastalara bakmak istemiyorum Çalıştığım hastanede birçok kişiden nefret ettim
	4.3. Yaşamla ilgili farkındalıklar	Hayat değerli Hayat pamuk ipliğine bağlı Aile değerli Sağlığın kıymetini anladım (Spora başladım) Güzel yaşamak gerekli Mutlu olmalı	İnanç önemli Tek başına kalmayı öğrendim Daha tedbirliyim Hayatı basit yaşamak gerekiyor Ertelemem gerektiğini öğrendim Sevdiklerime zaman ayırmadığımı fark ettim

Hemşirelerle yapılan görüşmelerden elde edilen veriler doğrultusunda hemşirelerin yaşantılarını ortaya koymak amacıyla belirlenen temalar, ilişkili alt tema ve kodlarla ilgili katılımcı ifadeleri Tablo 2’de verilmiştir. Verilerin içerik analizi sonucunda dört tema ve her bir tema ile ilişkili alt tema ve kodlar belirlenmiştir.

Tema 1: Hemşirelik Algısı

Bu tema “hemşireliğe ilişkin düşünceleriniz nelerdir?” sorusuna verdikleri yanıtlar belirlenmiştir. Bu tema ile ilişkili “gönül mesleği” ve “hayal kırıklığı” alt temaları ortaya çıkmıştır. Katılımcıların, hemşirelik algılarının hem olumlu hem de olumsuz yönde olduğu anlaşılmıştır. Bir kısım katılımcı, sevgi ve gönül mesleği, manevi doyum alıyorum, vicdan önemli, başkalarının eli kolu oluyoruz diye mesleğin ne denli önemli ve manevi yönünün önde olduğunu dile getirirken diğer bir bölümü ise hemşireliğin durumundan rahatsız olduğunu, çalışma temposunun çok yoğun, yorucu olduğunu, hayal kırıklığı ile birlikte maddi ve manevi olarak karşılık alamadığını belirtmiştir. Bunun yanında eğitim sürecinde öğrendikleri ile uygulamalar arasındaki uyumsuzluğun çok olduğunu belirtmişlerdir. Mesleğin olumsuz yönlerini ifade ederken aynı zamanda hemşireliği sevdiklerini de vurgulamaları, mesleğe karşı olumlu duyguları tamamen kaybetmediklerini göstermektedir. Katılımcı görüşleri;

“Mesleğimi seviyorum... Mesleğimi baktığımızda çok fazla doyum aldığım zamanlar oluyor. Bazen de olmuyor. İş aksaklığı, malzeme eksikliği, cihaz eksikliği gibi bazı zamanlar olabiliyor. Bundan dolayı mesleğe karşı olumsuz durumlar yaşanabiliyor. Yaşadığımız bazı olaylar, mesleğimizin ne kadar değerli olduğunu hissettiriyor” (K 11)

“Biz hastaların her zaman yanında oluyoruz. Hastalar iyileştiğinde ya da en kötü zamanlarında hep yanında oluyoruz... Bir öğretmen bir polis bu şekilde değil. Biz gerçekten insanların hayatına dokunuyoruz. Doğarken de, ölürlen de yanındayız...” (K 10)

“Öğrenciyken bakım odaklı eğitim aldık. Çalışırken hastalara daha yakın olacağımızı düşünüyordum ama iş hayatına atılınca iş yükümüz o kadar fazla ki hani nefes almaya bile vakit bulamadığımız zamanlar oluyor. Bu noktada birazcık ufak bir hayal kırıklığı yaşamadım değil... Açıkçası çok fazla hastalara vakit bulamıyoruz... Bir anda kemoterapiler geliyor, yatışlar, çıkışlar ancak onları ayarlamaya çalışmakla mesaimizi doldurduğunuz için bu tür sıkıntılar yaşıyorum. Onun dışında mesleğimi seviyorum zaten o konuda bir sıkıntımız yok.” (K 12)

“En çok hemşirelikte vicdan çok önemli. Biz 24 saat hastanın başındayız. Hastanın her şeyini biliyoruz. Empati mesleğimizin içinde var zaten. Pandemi sürecinde arttı. Bu meslek sevilmeden yapılamaz.” (K 1)

Tema 2: Pandemi Döneminde Hemşire Olmak

Bu tema, COVID olmadan önce COVID-19 hastasına bakım verme ile ilgili deneyimlerini paylaşmışlar ve bu tema ile ilişkili olarak, “zorluklarla/mücadele eden hemşire” ve “zorlukları deneyimleyen hemşire duyguları” şeklinde alt temalar belirlenmiştir. Hastalığın başladığı dönemde hastalık belirtileri, tedavisi ve seyri ile ilgili belirsizliklerin, hemşirelerin birçok zorlukla karşı karşıya kalmasına ve çok boyutlu duygular yaşamasına neden olduğu belirlenmiştir. Hemşireler, COVID-19 hastasına bakım vermekle ilgili olarak gerek duygusal gerek fiziksel koşullar ile imkanların yetersizliğinden bahsetmişlerdir. Hastanede tedbirlerin yetersizliği ile verdikleri bakım mücadelesi sıradaki duygusal deneyimleri ile ilgili hemşirelerin görüşleri şu şekildedir;

“O zaman daha hastalığın ne olduğunu bilmiyorduk. Tedavi yapıyoruz ama sonucunun ne olacağını bilmiyoruz. Ağlayarak entübe ettiğimiz hastalar oldu umutsuzduk, korkuyorduk. Hastalara bakım verirken daha duyarlı yaklaşılmaya çalışıyorduk, COVID-19 hastalarının daha çok psikolojik destek olmaya çalışıyoruz. Ben olsam ya da sevdiğim olsa nasıl bir yaklaşım isterdim diye düşündüm. Satürasyonu 17 ye düşüyordu ama bilinçleri yerindeydi. Pandemi öncesi entübasyon hazırlığı yapılan hasta beni kurtarın demez ama bu hastalar kurtarın diye bağırıyordu. Artık kalbimin ağrıdığını hissediyorum.” (K 1)

“İlk pilot hastane biz olduğumuz için bir bilinmezlik vardı herkes çok korkuyordu. TV’lerde çok abartılan şeyler vardı. İnsanların birden düşme görüntüleri falan ne olacağını bizde bilmiyorduk. Nöbetlere ağlaya ağlaya gittiğimi hatırlıyorum. İlk başlarda koruyucu önlük çok verilmemişti. Kendi imkanlarımızla maske, siperlik aldık bunlarla hastaların yanına gitmek istedik. Çünkü verdikleri çok etkili değildi. Sürekli bir korku vardı ve her nöbete gidişimizde son gidişimizi gibi hissediyorduk. Sonrasında alıştık, baktık ki hastalar 5 günde taburcu oluyor. Elimizden gelenin maksimumunu yapmaya çalışıyorduk. Ailemize bir şey olur duygusu çok kötü bir durum.”(K 9)

“Ben hiç COVID-19 hastası ile birebir temasta bulunmadım. Dışardan gözlemlerimle herkes bir şekilde mücadele ettiler. Yeter ki ekipmanları olsun. Biz yine her hasta COVID-19 hastasıymış gibi N-95 maske ve gözlük taktık o şekilde muayene yaptık. Sürekli müdahale ettik. Soru işaretli hastaya baktım kesin tamlı hastaya bakmadım. Her hastaya enfeksiyonlu gibi yaklaştık.”(K 5)

Tema 3: COVID-19’u Hasta Olarak Deneyimlemek

Bu tema, “COVID-19’u hasta olarak deneyimleriniz nelerdir?”, “Hemşire rolünden hasta rolüne geçmek nasıl bir duygu?” “COVID-19 tanısını ilk olarak duyduğunuzda neler hissettiniz/duygularınız nelerdi?” “Hasta rolünderken hemşireliğe dair neler gözlemlediniz?” sorularına verilen cevaplar temelinde oluşturulmuştur. Tema ile ilgili olarak “Hastalığı yaşarken”, “Hastalığı kendine yakıştıramama”, “Hasta rolünderken duygular”, “Hasta rolünden mesleğe bakış/gözlemler” olmak üzere dört alt tema belirlenmiştir. Hastalık yaşantısına yönelik, genelde hemşirelerin hastalığı oldukça şiddetli geçirdikleri, genellikle entübe edilme korkusunu yoğun yaşadıkları görülmüştür. Özellikle bir katılımcının hastalık deneyimini metaforik bir anlatım ile “kendimi o dönem hastalık püskürten bir cihaz gibi gördüm” şeklinde ifade etmesi içinde bulunduğu durumdan ne kadar çok etkilediğini göstermesi açısından önemlidir.

“Hastalığı yaşarken” alt teması kapsamında hemşireler, uzun süre hastanede yattığını, ateş, akciğer tutulumu, solunum sıkıntısı, uyku düzeninde bozulma gibi yoğun belirtilerle atlananlar olduğu gibi hiç belirtisi olmadan hastalık teşhis edilen hemşireler de olmuştur. Pandeminin henüz ilk dönemlerinde hastalığın belirsiz yönünün daha fazla olmasının, sürecin daha yoğun yaşanmasına yol açtığı görülmüştür. Bu alt tema ile ilgili hemşirelerin ifadelerinden örnekler aşağıda verilmiştir;

“Benim evde boğaz ağrım başladı. Boğaz ağrım başlar başlamaz COVID- 19 olduğumu hissettim. Ateş takibi yaptım. Belirtileri gördükçe Allah'ım ne olacak artık diye düşünüyordum. Kaygılandım. Hemşire olduğumu unuttum. Tamamen hasta psikolojisinde satürasyonum kaç? Ateşim kaç acaba böyle endişelere kapıldım... Sonra hastaneye gittiğimde satürasyonum zaten 89'du. Yani çok genç olmama rağmen ateşim düşmüyordu. Kendimi hastalık püskürten bir cihaz gibi hissettim. Kimsenin odaya girmesini istemiyordum.” (K 8)

“İlk duyduğumuz zaman sanki normal bir şeymiş gibi geldi. Geçer zannettik ama etrafta hastaları görmeye başladığımız zaman farklı bir algı oluşuyor... Korku oluştu. Ben komşumun yanına gidemez oldum. Anneme istediğim gibi sarılamaz oldum. Çünkü dışarı çıkıyorum, alışveriş yapıyorum. Bu nedenle anneme gidemez oldum. Dışarıda çay, kahve içmeye gidemez oldum ki çok seviyorum. Hastalık korkusu bizi eve hapsetti.” (K 2)

Hastalığı kendine yakıştıramama ve hasta rolünden duygular alt temalarına yönelik; hemşire rolünden birden hasta rolüne geçtiklerinde şaşkınlık ve rol karmaşası yaşamışlardır. Bazı katılımcılar çalıştığı dönemde tedbirli davranmasına rağmen hastalığın kendisine nasıl bulaştığını anlamadığını belirtmişlerdir. Hasta rolüne geçip hizmet alıyor olmanın psikolojisinin hemşire olarak çalışmaktan daha zor olduğunu dile getirmişlerdir. Özellikle bu süreçte, bazı katılımcılar hasta rolündeyken kendi meslektaşları ile ilgili hayal kırıklığı ve kırgınlık deneyimleyen hemşireler olmuştur. Bu alt temalara ilişkin bazı hemşire görüşleri aşağıda verilmiştir.

“Ben hasta olduğumda, o hasta odasına hep giyinerek girdiğim için sanki çıplakmış gibi hissettim. Birde hasta odasında yanlız yerdeyim gibi hissettim ben arkadaşlarımın yanında olmalıyım düşüncesi hakimdi. Bir süre sonra arkadaşlarım sağ olsun onların hakkını ödeyemem çok iyi baktılar.” (K 9)

“Genel olarak kullanılan ilaçlar gereği de hassas ilaçlar olduğu için hastane yatışım yapıldı. Yani dışarı çıkamıyoruz, internet yok, bakıyorum çok yoğun çalışıyoruz ondan dolayı yorulmuştum. İlk günler iyi geldi sonrasında psikolojim bozuldu. Yapı olarak dışa dönük, gezmeyi seven birisi olduğum için kapalı ortamda olmamdan dolayı biraz anksiyete yaşadım. Ağlıyordum, oda boğuyordu. Kapılar pencereler kapalıydı. Sanki birisi odanın için de beni boğuyordu. Psikiyatrik tedavi aldım. Evde karantinaya girdim. Servis bir hafta boyunca kapandı. Bunlar benim yüzümden oldu diye düşündüm. Etkilendim.” (K 3)

“Yaşam bulgularımı ölçtürmek istemedim yanıma kimseyi yaklaştırmak istemedim. Onları korumak için. 10 gün yattım, ailemle görüntülü konuştum, arkadaşlarım aradı, cam kapıdan gördüm onları. Çöküntü yaşadım ve yoğun bakım hastası olacağımı hissettim. Rüyamda beni entübe ettiklerini gördüm. Entübe olmaktan korktum, CPR yapılacağımı düşündüm. Ailemin negatif çıkınca kitap filan okumaya başladım. Sonra eve çıktım, testim negatif çıksa da yine de kendimi izole ettim. Ağlıyordum sürekli, çarpıntı hissediyordum. Hastalıktan sonra panik atak duygusu oldu. Önceden yoktu, daha çabuk yoruluyorum, yavaş yavaş azalıyor. Başlarda çok panik oldum. Duygularımı kontrol edemedim. Süreci bilsek belki daha sakin kalabilirdim ama bilinmezlik panik ve çöküntü yapıyor. Kendimle savaştım. Gördüğüm hastalar gibi olmanın paniğini yaşadım. Bilinmezlik insanı çökertiyor. Moral çok önemli.” (K 4)

COVID-19 hastalığının ilk dönemlerinde özellikle hastalık seyrinin ve tedavisinin net olmaması nedeniyle daha yoğun kaygılar yaşandığı görülmüştür. Özellikle bakım verdikleri dönemdeki hastaların entübe ediliyor olması kendi süreçlerinin de benzer olacağı korkusunu tetiklemiş, buna ek olarak özellikle kendi yakınlarına bulaştırma kaygısını çok yaşamışlardır.

Sorular bağlamında ortaya çıkan başka bir alt tema, “hasta rolünden hemşireliğe bakış ve gözlemler” alt temasıdır. Bu alt tema kapsamında hemşirelerin hastayken hemşirelere yönelik hem olumlu, hem de olumsuz gözlem ve

değerlendirmeler yaptıkları görülmüştür. Bazı hemşirelerin çok fedakar davrandıkları, öz verili, empatik ve saygılı bir tavır içinde yaklaştığı, bazılarının da tam tersi, sanki hiç tanıymıyormuş gibi, soğuk, ilgisiz, suçlayıcı tavır takındığını belirtmişlerdir. Katılımcılar hastayken, hemşirelerin, tükenmiş, yorgun, motivasyonsuz çalıştıklarını gözlemlediklerini, ayrıca genel olarak korumasız bir ortamda, korku ve kaygı içinde çalıştıklarını belirtmişlerdir. Bu alt tema ile ilgili katılımcı görüşleri;

“Bu dönemde bazı arkadaşlarım telefon etmeye bile çekindi, bazı arkadaşlarım aramadı. Dışlanmış hissettim. Acaba onlar hasta olmadığı için mi anlamıyor dedim. Çalıştığım serviste yattıyorum. Bir ihtiyacın var mı diye sorması yetiyordu. Bazıları tanımamış gibi davranıyordu. Bu dönemde insanlardan soğudum.” (K 6)

“Hastanın genel durumu ile alakalı biraz daha ilgilenmemiz gerektiğini gördüm. Hastaların o yatakta yatarken ne hissettiğini gördüm. Yani her yerde bu yataklar hiç rahat değil. Deseler bile hiç inanmazdım belki... Gerçekten rahat olmadığını gördüm. Gece hastanede olup hasta rolünde rahat uyuyamamanın ne olduğunu anladım. Hemşirelik yaparken işlemler bitince hastalar ışığı kapatınca sanki bize göre hastalar uyuyordu. Ama öyle değilmiş. Ben buna kesinlikle şahit oldum özeleştirisi yapmama da sebep oldu.” (K 8)

“Hemşirelerin günaydın demesi bile böyle insanı çok motive ediyor. Beni bayağı mutlu ediyordu. Ben hani arkadaşlarım da olduğu için onları çok fazla odada tutmak istemiyordum. Zaten hani bir an önce işlerini halledip çıksınlar daha fazla ortama maruz kalmasınlar diye ama kesinlikle onların nasılsın deyişi motivasyonumu arttırıyordu. Hemşirelerde de tabii bir korku bir endişe vardır. COVID-19 pozitif bir hastaya müdahale ediyorlar, onun tedavisini yapmaya çalışıyorlar. Bir an önce hızlı olmaya çalışıyorlar. İş yükünden dolayı daha hızlı halletmeye çalışıyorlar işlerini. Ben bunu normal karşıladım açıkçası.” (K 12)

“Hemşire tek yakınınız oluyor, kurtarıcı olarak düşünüyorsunuz. Bilinmezlik döneminde herkes duyarlıydı, hemşire daha değerli oldu. Hastanenin bel kemiği hastanenin olmazsa olmazı, kriz yönetimini başlatan ve sürdüren bence hemşire.” (K 1)

“Hasta olmak başka hizmet vermek başka, hizmet almak başka... Mesela kolumda serum bitmiş şekilde kolumda kaldı. Belki çok yoğun çalışıyorlar ama mesela ve dedim ki işte ya bu olmaması gerekiyor... Ondan sonra bir de bir şey daha kan sulandırıcı yapıyor yakın yapıldıktan sonra aynı yere yapıldığı o bölgede morarma oldu. Bazı hemşireler aynı yere yapıyorlardı. Sonrasında farklı hemşireler morarmayı gördükleri zaman başka yerinizi de bakalım mı diyorlar ama bazıları da hiçbir şey demeden aynı yere yapıyordu. Demek ki çok dikkatli çalışacaksınız. O hastayı kendin olarak kabul edeceksin... Aynı durumda sen de olabilirsin.” (K 2)

Tema 4: COVID-19 Sonrası Değişimler

Bu tema, hastalığın mesleki ve kişisel benliğimize olan öğrettikleri nelerdi? sorusuna verilen yanıtlardan elde edilmiştir. Bu tema bağlamında “mesleki benliğe yönelik farkındalıklar”, “Meslekle ilgili olumsuz değişimler/artan gerginlikler” ve “Yaşamla ilgili farkındalıklar” olmak üzere üç alt tema saptanmıştır. Mesleki benliğe yönelik farkındalıklar alt temasına yönelik, kendi mesleki yeterliliklerini değerlendirerek mesleğe ilişkin algılarını gözden geçirdiklerini ve yeni farkındalıklar oluşturdukları görülmüştür. Bu alt tema ile ilgili bazı katılımcı görüşleri aşağıda verilmiştir.

“Hastanın duygularını her zaman anlamak zorundayız. Ağrısı var deyip geçmemeliyiz. Daha ılımlı olmak gerektiğini anladım. Hastalar iletişim kurunca rahatlıyorlar.” (K 6)

“Bakım veren kişinin özellikle iletişiminin iyi olması gerektiğini gördüm. Hemşirenin hastalık hakkında yeterince bilgiye sahip olması, hastaya aktarabilmesi, psikolojik olarak hastaya destek olması ve pozitif ve güler yüzlü olması gerekiyor.”

Yine empatinin çok önemli olduğunu fark ettim. Vicdan her şeyden önce geliyor. İstedığınız kadar bilgiye sahip olun istediğiniz kadar iyi eğitilmiş olun, eğer vicdanlı davranmadığınız sürece hepsi boşuna. ” (K 7)

“Hijyenin çok çok önemli olduğunu gördüm. Çünkü hastalar yan yana yatıyorlar. Bunların birbirine bir şey götürüp birbirinden bir şey getirmemesi gerektiğini daha çok farkına vardım. Malzeme ve aşırı derecede ekipman kısıtlılığı var. Öyle olunca aseptik kurallara uyulmadığı işler oldu. Uygun olmayan koşullarda hazırlanan tedavilerin bana da uygulandığına şahit olunca, bir kat daha dikkat eder oldum.” (K 8)

“Hasta hemşire etkileşimi daha çok arttı. Hasta hemşire arası ilişkide daha çok paylaşım olduğundan değişim oldu. Hastaların öğrenme istekleri daha yoğun. Diğer hastalara anlatıyorlar. İşbirliği arttı. Ekip içerisindeki etkileşim de arttı.” (K 1)

Hastalık deneyimi sürecinde hemşirelerin çoğunluğunun meslekle ilgili genellikle olumlu farkındalıklar yaşadıkları, bunun yanında bazılarının ise, meslektaşlarının tutumlarına yönelik sitem ve olumsuz değerlendirmeler yaptıkları görülmüştür. Bazı hemşireler, hastalık sürecinde hemşire arkadaşlarından bekledikleri ilgi ve desteği göremediğini hatta pek çok kişiden nefret ettiğini belirtmiştir. “Meslekle ilgili olumsuz değişimler/artan gerginlikler” alt teması kapsamında, hastalık sürecinin yoğun yaşanmasına bağlı olarak, özellikle hastalık sonrası COVID-19 hastalarına bakım vermenin panik, kaygı ve yorgunluk hissini arttığını ifade etmişlerdir. Bu alt tema ile ilgili örnek ifadeler şu şekildedir;

“Kıyafetler bende taşıyordum. Daha çok yorulduğumu hissediyordum. Boğulmuş gibi hissediyordum. Kulak arkam yara oldu lastikten. Tedirginlik arttı. Hastalık sonrası yine bu hasta grubu ile çalışmak benim paniğimi artırıyor.” (K 1)

“Hastalardan pozitif çıkanlara kesinlikle yaklaşıyorum. Çok temkinliyim. O süreci tekrar yaşamak istemiyorum. Korkuyorum, pozitif tanılara bakmıyorum bakmak istemiyorum.” (K 3)

Katılımcılar için hastalık yaşantısının hem mesleki hem de bireysel olarak kendi yaşamlarında bir takım farkındalıklar oluşturduğunu belirtmiştir. Genel olarak tüm hemşireler, yaşamın çok basit ve kısa olduğunu, aslında her şeyin pamuk ipliğine bağlı olduğunu, sağlık ve ailenin çok önemli değerler olduğunu anladıklarını belirtmişlerdir. Yaşamla ilgili farkındalıklar alt teması ile ilgili olarak bazı katılımcı görüşleri aşağıda verilmiştir.

“Yakalandıktan sonra hayatın pamuk ipliği olduğunu bir kere daha öğrendim. Bir kere daha pamuk ipliğine bağlı hayatımız var. Bana en çok kattığı şey günde 2 paket sigara için ben günde ikiye günde bire hatta hiç içmemeye başladım. Allah’a lütfen bana biraz daha zaman ver lütfen bana biraz daha zaman ver diye dua ettim. Birde kime ne zarar verdim? diye düşündüm. Kiminle temas kurduysam birer birer aradım. İnanın vicdanen kendimi çok kötü hissettim.” (K 5)

“Ailemden ayrı kalmak çok zor geldi. Onların önemini anladım. Birlikteliğimizin yani aile birliğini daha iyi anladım.” (K 11)

“Yaşamın kıymetli olduğu, ailemin kıymetli olduğunu öğrendim. Hastalık sonrası daha çok zaman geçirdik, yemek yedik. Ailemin yanından ayrılmayı düşünüyordum. Hastalık sonrası onlardan ayrılmak istemiyordum artık.” (K 1)

TARTIŞMA

COVID-19 tanısı alarak klinikte yatmış hemşirelerin, hasta rolündeki deneyimlerini incelemek amacı ile nitel olarak yapılan bu çalışmada, yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen verilerin içerik analizi sonucunda; hemşirelik algısı, pandemi döneminde hemşire olmak, hasta olarak COVID-19 deneyimlemek ve hastalık sonrası değişimler olmak üzere dört tema belirlenmiştir.

Tema 1: Hemşirelik Algısı

Hemşirelerin COVID-19 tanısı alarak hastanede yattığı döneme ilişkin oluşturulan hemşirelik algısı temasında; “gönül mesleği” ve “hayal kırıklığı” olarak iki alt tema belirlenmiştir. Katılımcılar hemşirelerin gönül mesleği olduğuna ilişkin olumlu duyguları mesleğinden aldığı manevi doyum, insanların hayatlarına dokunma iken mesleki açıdan hayal kırıklığı alt teması ile hemşirelik mesleğini icra etmekten duyulan rahatsızlık, mesleğinin maddi manevi karşılığını alamama duyguları belirlenmiştir. Hemşirelerin meslekle ilgili iki kutuplu düşünce yapısının özünde, mesleğe olan algıları ve çalışma koşullarının etkisi olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte, hemşirelerin mesleki rollerine ilişkin algıları zamanla değişmiştir. Başlangıçta doktor yardımcısı algısının yerine hasta bakımında daha özerk ve aktif olarak görmeye başladıkları vurgulanmıştır (Johnson vd., 2012). MacIntosh (2003), hemşirelerin profesyonel kimliklerinin durağan olmadığını, çalışma hayatları boyunca sürekli olarak geliştirildiğini ve yeniden geliştiğini ifade etmiştir. Bu bağlamda değerlendirildiğinde çalışmamızda yer alan hemşirelerin de mesleki algılarının hastalık deneyimi ile birlikte farklılaştığı görülmüştür.

Hemşirelikte profesyonelleşme; mesleki doyum ve olumlu imaj algısından etkilenmektedir. Yapılan bir çalışmaya göre, mesleğini seven, mesleğinden memnun olan, mesleğini tam olarak yapabildiğini hisseden ve mesleğini değiştirmeyi isteyen hemşirelerin, profesyonel tutumları yüksektir (Karamanoğlu vd., 2009). Mesleki doyum; mesleki performans ve bakımın kalitesini artırarak hasta memnuniyetini ve toplumun mesleğe olumlu bakış açısını artırarak mesleki saygınlığı arttırmaktadır. Hemşirelerin mesleki uygulamalarına yön veren mesleki duygu ve algıları özellikle pandemi sürecinde çalışma performanslarını artırarak sürecin zorluklarının içerisinde çalışma gücünü sağlamıştır. Bunun yanında beklentilerinin karşılanmaması; hayal kırıklığı duygusu yaşatmıştır. Hastalık sürecinde yaşanan duygular mesleki yaşantıya dönüşlerinde farklı bakış açısı kazanmalarını ve empati yeteneklerini geliştireceği düşünülmektedir.

2. COVID-19, Pandemi Döneminde Hemşire Olmak

Bu tema kapsamında, hemşireler zorluklarla mücadele etme, dönemin zorluklarını deneyimleme alt kodları içerisinde, kişisel koruyucu ekipmana ulaşmada zorluk, ekipmanlarla uygulama yapmanın zorluğunun yanı sıra hastalığı sevdiklerine bulaştırma ihtimali korkusu gibi duygular belirtmişlerdir. Arcadi ve arkadaşları (2021) fenomenolojik çalışmalarında; hemşireler, pandeminin ilk gününden kısıtlamaların kalktığı ana kadar belirsizlik, aileleri ve diğer insanlara bulaştırma korkularının sürdüğünü belirtmişlerdir. Aktura ve Özden (2020), COVID-19 salgını sürecinde hemşirelerin, kendi veya ailesinin sağlığı için endişelendiği ve bu endişesi ile birlikte bakım vermeye/çalışmaya devam etmenin etik ikilem stresi yaşadığını belirtmiştir. Bununla birlikte, sağlık personeli ve kişisel koruyucu ekipman ve örgütsel destek eksikliği ile bilinmeyen klinik ortama görevlendirilme olduğunu belirtmişlerdir. Işıklı ve arkadaşları (2021) COVID-19 tanısı alan ve almayan hemşirelerin orta düzeyde mesleki doyumları olduğu ve doyum düzeyleri arasında fark olmadığını belirtmişlerdir. Cevzici ve Müezzini (2019) hemşirelerin uzayan çalışma süresi ve koşullarına bağlı yaşanan stres ve yorucu çalışma temposunun, kaygı, depresyon gibi psikolojik belirtilerin ortaya çıkmasına neden olduğunu, kişisel koruyucu ekipman kullanmadıklarında, yeterli sosyal destek alamadıklarında; durumla baş edemeyerek yaşadıkları psikolojik belirtilerin arttığını belirtmektedirler. Huang ve arkadaşları (2020) salgının uzun sürmesi, hasta sayısı artışı, sürekli enfeksiyon riskine ek olarak COVID-19 tanısı almanın duygusal

yorulmayı arttırdığı ve olumsuz psikolojik durumlara neden olduğunu bildirmişlerdir. Bununla birlikte, COVID-19 tanılı hastalara bakım veren hemşirelerin, psikolojik dayanıklılık düzeylerinin diğer hemşirelere göre daha yüksek olduğu, yaşanan güçlükler ve risk faktörlerine rağmen, hemşirelerin kişisel, ailesel, işle ilgili yaşam alanları ile kendi yılmazlıklarını koruyabildikleri ortaya çıkmıştır (Huang vd., 2020). Hemşirelerin strese maruz kalmaları, kişisel yeteneklerini kritik ve stresli durumlarla başa çıkma becerilerini geliştirmekte ve bu tür beceriler; çeşitli başa çıkma stratejilerinin oluşturulmasına yardımcı olarak duruma uyumu kolaylaştırmaktadır (Çam ve Büyükbayram, 2017). Sun ve arkadaşlarının (2020) COVID-19 hastalarına bakım verenlerin psikolojik deneyimlerini araştırdığı fenomenolojik çalışmasında, erken aşamada yoğun olumsuz duygu, kendi kendine baş etme tarzları, stres altında büyüme ve aynı anda ortaya çıkan olumlu ya da olumsuz duygular şeklinde 4 tema belirlemiştir. Bunun yanında farklı çalışmalarda diğer sağlık personellerine göre hastalar ile daha fazla fiziksel temasta bulunan hemşirelerin sınırlı kaynaklar ile hastalara yeterli bakımı sağlayamama, virüsü; kendisi ve sevdiklerine bulaştırma, ölüm ve COVID-19 korkularının yüksek düzeyde olduğu belirtilmektedir (Çelik vd., 2020, García-Reyna vd., 2020, Gheysarzadeh vd., 2020). Tüm bulgular ışığında, pandemi sürecinin oluşturduğu stresin yanında hastanede çalışırken ekipman ve çalışma süresine ilişkin yaşanan sıkıntılar stres ve gerginliği daha da arttırmakta hemşirelerin birey tarafından ifade edilmiş şeklinin duyguların tanımlanması ve çözümlenmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

3. COVID-19'u Hasta Olarak Deneyimlemek

Hemşirelerin pandemi döneminde COVID-19 tanısı ile hastanede yatmaya ilişkin deneyimlerinde; hastalığı yaşarken hissettiği duygular, hastalığı kendine yakıştıramama, hasta rolüne ilişkin duygular, hasta rolü ile mesleğine bakış/gözlemlerine ilişkin alt kodlar belirlenmiştir. Hemşirelerin hastalık belirtilerini yaşarken, durumunun kötüleşeceği korkusu, hastalığı kendine yakıştıramama, yardıma ihtiyaç duyması, üzüntü, korku, bilinmezlik, kırgınlık gibi duyguları deneyimlerken meslekte empatinin önemli olduğunu belirtmiş, hastaların ancak hemşire kriz yönetimini iyi yönetebildiğinde rahatlatılabileceğini belirtmişlerdir. Literatür incelendiğinde; Işıklı ve arkadaşlarının (2021) COVID-19 tanısı alan ve almayan hemşirelerde yaptığı çalışmada, hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında fark olmadığı ve her iki gruptaki hemşirelerin psikolojik dayanıklılık puanlarının ortalamasının üzerinde olduğunu belirtmişlerdir. Afshari ve arkadaşlarının (2021) araştırmasında, hemşirelerin dayanıklılık düzeyinin ortalamasının üzerinde bir değerde olduğunu az bir kısmının psikolojik dayanıklılık düzeyinin yüksek olduğunu, Lin ve arkadaşları (2020) pandemi sürecinde çalışan hemşirelerin psikolojik dayanıklılıklarının ortalamasının üzerinde olduğunu ancak diğer sağlık çalışanlarından daha düşük olduğunu belirlemiştir. Roberts ve arkadaşları (2021) COVID-19 pandemisi sırasında göğüs hastalıkları kliniklerinde çalışan hemşirelerin çoğunluğunun psikolojik dayanıklılıklarının orta düzeyde olduğu ve hastalığı geçirmenin ya da izolasyona alınmanın psikolojik dayanıklılığı etkilemediğini belirtmişlerdir. He ve arkadaşları (2021) çalışmasında, COVID-19 tanısı alan hemşirelerin, enfekte hastalara zorlu şartlar altında bakım verdikleri için hasta olduklarını, bununla birlikte kendi hayatlarının tehlikeye girmesinin yanı sıra işe devam edemedikleri için suçlu ve hüsrana uğramış hissettiklerini dile getirmişlerdir. Yine hastanede yatarak tedavi gören hemşirelerin evinde tedavi görenlere göre genel sağlık durumlarının daha kritik olduğu ve hastaneye yatmanın ölüm korkusunu tetiklediği vurgulanmıştır. Konuyla ilgili başka çalışma, COVID-19 tanısı alan hemşirelerin dışlama/damgalama gibi olumsuz yaklaşımlarla karşılaştığını belirtmiştir (Aydın ve Bulut, 2022). Yalnızca hemşire oldukları için bile hastalık ihtimaline karşılık bile toplumdaki tecrit edilen, damgalanan hemşirelerin stresi yoğun hissettikleri dönemlerde COVID-19 tanısı alarak hastanede yatmaları, bakım verenden hasta rolüne birden geçmeleri, farklı karmaşık duygular yaşamalarına neden olmuştur. Hastalık belirtilerini daha şiddetli deneyimlemeleri, kaygılarının artmasına neden olmakla birlikte aynı zamanda hasta rolünde hemşirelik hizmetlerini objektif olarak değerlendirmelerine

yardıma etmiştir. Bu gözlem ve deneyimler doğrultusunda hemşirenin mesleki kimlik ve hemşirelik bakım sürecini yeniden yorumlamalarını sağlamıştır.

4. COVID-19 Sonrası Değişim

COVID-19 sonrası değişim teması incelendiğinde hemşirelerin, hastalık deneyimi sonucunda; temel olarak meslekleri ve hayatlarıyla ilgili farkındalıklar yaşadıkları belirlenmiştir. Meslekle ilgili farkındalıkların hem olumlu hem de olumsuz yönde olduğu görülmüştür. Bazı hemşireler mesleğin ve dayanışmanın önemini daha net gördüklerini ifade ederken, bazıları ise hastalığın bir takım olumsuz duygusal etkilerinin hala devam ettiğini, bu tür hastalara bakmak istemediklerini, bir kısım hemşire ise hastanedeki meslektaşlarından nefret eder hala geldiklerini belirtmişlerdir. Yüncü ve Yılan (2020) çalışmalarında pandemi döneminde hastanede meslektaşlar arasında dayanışma ve birliğin arttığı vurgulanmıştır. Kaplan ve arkadaşları (2021) çalışmasında hemşireler, hastalanma korkusu olsa da bakım hizmetlerini verirken özveri ve büyük çaba içinde olduklarını, hastalığın belirsizliklerinin hemşirelerin çalışırken daha fazla korku ve kaygı yaşamalarına neden olduğunu belirtmişlerdir. Başka bir çalışmada, pandemi sürecinde aktif olarak çalışan birçok hemşire, COVID-19 korkusu kaynaklı bakım verme rollerine yönelik sorunlar ve kaygılar yaşadıkları ifade edilmiştir (Gülner ve Acar, 2021). Bu bulgular da çalışma sonuçlarımızı destekler niteliktedir. Süreçte yaşanan duygularda farklılıklar olsa da mesleki bilincin oturmuş olduğu görülmektedir. Bu bulgular bizim çalışmamızı destekler niteliktedir.

Hemşirelerin hasta rolüne girdiği o süreçte bakım verici rolden bakımı alan hasta rolüne girmeleri mesleki davranışlarına farklı bir gözle bakmalarını sağlamış ve mesleki davranışlarına farklı yorum getirmelerine yardımcı etmiştir. Çoğu hemşirenin süreç sonunda mesleği ve özel yaşamı ile ilgili olumlu farkındalıklar yaşamaları önemlidir. Bu durum, travma sonrası büyüme kavramı ile ilişkili olarak bireylerde değişim veya güçlenme gibi olumlu fırsatlar sunması ile açıklanabilir (Jackson vd., 2020). Çalışma bulgularımıza benzer olarak, Terzioğlu ve arkadaşları (2022) çalışmalarında, pandemi döneminde hemşirelik yapan kişilerde pandeminin travmatik etkilerini azaltmak için, kendi bireysel kaynaklarına yönelerek, gelecekle ilgili umutlarıyla süreci atlattıkları vurgulanmıştır. Pandeminin, farklı düzeylerde zorlukların yaşanmasına rağmen, gelecekte yaşanabilecek olası sorunlar için hazırlıklı olma konusunda farkındalık kazandırmış olabileceği belirtilmiştir (Terzioğlu vd., 2022).

Sınırlılıklar

COVID-19 pandemi sürecinde verilerin yüz yüze konuşurken toplanması sırasında sosyal mesafenin korunması, video konferans yöntemi ile görüşme sırasında ise internet ile ilgili yaşanan sorunların iletişimde bazı güçlükler nedeniyle olması araştırmanın sınırlılıklarındandır.

SONUÇ

Çalışmada elde edilen veriler doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Gönüllülerin, hemşirelik algılarının hem olumlu hem olumsuz yönde olduğu görülmüştür. Pandemi döneminde hemşire olmanın, çok yönlü zorlayıcı etkileri ile yüz yüze geldikleri, hem kendisi ve ailesiyle ilgili hem de bakım verici olarak hastalar açısından başta belirsizlik kaygısı, umutsuzluk, korku, engellenmişlik duygularının çok fazla deneyimlendiği saptanmıştır. Hemşirelerin, hastalık deneyimlerinin de kendi içinde farklılaştığı, ilk başta inkar, şaşkınlık olmak üzere, farklı yoğunluklarda korku, umutsuzluk, ölüm korkusu ve kendi hemşire arkadaşlarının davranışlarından dolayı kırgınlık yaşadıkları görülmüştür.

Hemşirelik rollerini yerine getirirken hasta olma, hatta ölüm riski ile karşı karşıya kalmaları, her ne kadar olumsuz duyguları yoğun yaşatsa da, mesleğe ve yaşama dair pek çok farkındalıkların oluşmasına katkı sağlamıştır. Bu bağlamda, sağlık kurumlarında hemşirelerin psikolojik iyilik halini destekleyici programların yer alması özellikle pandemi gibi kriz dönemlerinde hemşirelerin süreci daha kontrollü atlatmaları açısından önerilebilir.

Araştırmanın Etik Yönü/Ethics Committee Approval: Bir devlet üniversitesinin Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan, 07.09.2020 tarihli ve 2020/200 protokol numarası ile etik kurul izni alınmıştır. Etik ilkeler doğrultusunda çalışmaya katılmaya gönüllü olan katılımcıların her birine, çalışma amacı ve yöntemi hakkında bilgi verildikten sonra sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Katılımcılara kimliklerinin gizli tutulacağı bilgisi verilmiş ve kod numaraları kullanılmıştır.

Çıkar Çatışması/Conflict of Interest: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Hakem/Peer-review: Dış hakem bağımsız.

Yazar Katkısı/Author Contributions: Fikir/Kavram: SB, HÖ; Planlama: SB, HÖ; Veri toplama ve/veya işleme: SB, HÖ; Veri Analizi ve/veya Yorumlama: HÖ; Literatür Taraması: SB, HÖ; Makale Yazımı: SB, HÖ; Eleştirel İnceleme: SB, HÖ.

Finansal Destek/Financial Disclosure: Yazarlar çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Teşekkür/Acknowledgments: Yazarlar, çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelere ve katkılarından dolayı nitel araştırmalar konusunda eğitilmiş ve deneyimli uzman olan Dr. Öğr. Üyesi Havva Kaya'ya teşekkürlerini sunar.

KAYNAKLAR

- Afshari D, Nouroollahi-Darabad M, Chinisaz N. (2021). Demographic predictors of resilience among nurses during the COVID-19 pandemic. *Work*, 68, 297-303. doi: 10.3233/WOR-203376
- Aktura ÇS, Özden G. (2020). Salgının psikolojik etkileri: COVID-19 hemşireleri. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 13(73), 1146-1151. Erişim: <https://www.sosyalarastirmalar.com/articles/psychological-effects-of-the-epidemic-nurses-of-covid19.pdf>
- Arastaman G, Öztürk Fidan İ, Fidan T. (2018). Nitel araştırmada geçerlik ve güvenilirlik: kuramsal bir inceleme. *YYÜ Eğitim Fakültesi Dergisi*, 15(1), 37-75. doi: 10.23891/efdyu.2018.61
- Arcadi P, Simonetti V, Ambrosca R, Cicolini G, Simeone S, Pucciarelli G, et al. (2021). Nursing during the COVID-19 outbreak: A phenomenological study. *J. Nurs Manag*, 29(5), 1111-1119. doi: 10.1111/jonm.13249
- Aydın R, Bulut E. (2022). Experiences of nurses diagnosed with COVID-19 in Turkey: A qualitative study. *International Nursing Review*, 69, 294-304. doi: 10.1111/inr.12735
- Baltacı A. (2018). Nitel araştırmalarda örnekleme yöntemleri ve örnek hacmi sorunsalı üzerine kavramsal bir inceleme. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 231-274. Erişim: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/497090>
- Başkale H. (2016). Nitel araştırmalarda geçerlik, güvenilirlik ve örneklem büyüklüğünün belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(1), 23-28. Erişim: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/753041>
- Cevzici O, Müezzini EE. (2019). Investigation of the psychological symptoms and psychological resistance in health professionals. *Cyp Turk J Psychiatry Psychol*, (1), 166-172. doi: 10.14744/phd.2021.57983
- Creswell JW. (2013). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. New York: Sage 2013
- Çam O, Büyükbayram A. (2017). Nurses' resilience and effective factors. *J Psy Nurs*, 8, 118-126. doi: 10.14744/phd.2017.75436
- Çelik SŞ, Özbaş AA, Çelik B, Karahan A, Koç G, Bulut H, et al. (2020). The COVID-19 pandemic: Turkish nurses association. *J Educ Res Nurs*, 17, 279-283. doi: 10.5222/KUHEAD.2020.34603
- García-Reyna B, Castillo-García GD, Barbosa-Camacho FJ, Cervantes-Cardona GA, Cervantes-Pérez E, Torres-Mendoza BM, et al. (2020). Fear of COVID-19 Scale for hospital staff in regional hospitals in Mexico: A brief report. *Int J Ment Health Addict*, 1-12. doi: 10.1007/s11469-020-00413-x
- Gheysarzadeh A, Sadeghifard N, Safari M, Balavandi F, Falahi S, Kenarkoobi A, et al. (2020). Report of five nurses infected with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 during patient care: Case series. *New Microbes New Infect*, 36, 100694. doi: 10.1016/j.nmni.2020.100694

- Gülınar B, Acar N. (2021). Salgın hastalıklar döneminde sosyal medyanın korku algısında meydana getirdiği değişimin incelenmesi: Covid-19. *Nitel Sosyal Bilimler*, 3(1), 140-163. doi: 10.47105/nsb.904351
- He J, Liu L, Chen X, Qi B, Liu Y, Zhang Y, et al. (2021). The experiences of nurses infected with COVID-19 in Wuhan, China: A qualitative study. *J Nurs Manag*, 29, 1180-1188. doi: 10.1111/jonm.13256
- Hesse-Biber S, Leavy P. (2006). The practice of qualitative research. California: Sage Publications 2006
- Huang L, Lei W, Xu F, Liu H, Yu L. (2020). Emotional responses and coping strategies in nurses and nursing students during Covid-19 outbreak: A comparative study. *Plos One*, 15(8), e0237303. doi: 10.1371/journal.pone.0237303
- Işıklı Gökçe A, Şen H, Soydaş D. (2021). COVID-19 tanısı alan ve almayan hemşirelerin psikolojik dayanıklılık, mesleki doyum ve korku düzeylerinin değerlendirilmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 12(4), 281-287. doi: 10.14744/phd.2021.57983
- Jackson D, Bradbury-Jones C, Baptiste D, Gelling L, Morin KM, Neville S, et al. (2020). Life in the pandemic: Some reflections on nursing in the context of COVID-19. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13-14), 2041-2043. doi: 10.1111/jocn.15257
- Johnson M, Cowin LS, Wilson I, Young H. (2012). Professional identity and nursing: contemporary theoretical developments and future research challenges. *International Nursing Review*, 59, 562-569
- Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, et al. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*, 7(3), e14. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30047-X
- Kaplan E, Aktaş MC, Kaya H. (2021). COVID-19 pandemi korkusu ile hemşirelerin bakım verici rolüne ilişkin tutumları arasındaki ilişki. *SBÜ Hemşirelik Dergisi*, 3(3), 135-140. doi: 10.48071/sbuhemşirelik.997960
- Karasu F, Öztürk Çopur E. (2020). An intensive care nurse in the forefront of the epidemic while increasing cases of COVID-19: ‘‘heroes in frontline’’. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24(1), 11-14. Erişim: <https://dergipark.org.tr/tr/download/issue-full-file/54235>
- Karamanoğlu AY, Özer FG, Tuđcu A. (2009). Denizli ilindeki hastanelerin cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 14(1), 12-17
- Lin J, Ren YH, Gan HJ, Chen Y, Huang YF, You XM. (2020). Factors associated with resilience among non-local medical workers sent to Wuhan, China during the COVID-19 outbreak. *BMC Psychiatry*, 20(1), 417. doi: 10.1186/s12888-020-02821-8
- LoGiudice JA, Bartos S. (2021). Experiences of nurses during the COVID-19 pandemic: A mixed-methods study. *AACN Advanced Critical Care*, 32(1), 14-25. doi: 10.4037/aacnacc2021816
- MacIntosh, J. (2003). Reworking professional nursing identity. *Western Journal of Nursing Research*, 256, 725-741
- Öner H, Arslantaş H, Koruklu N, Sarı E, Aslan R. (2022). COVID-19 Patients’ life events, emotional health and post-illness awareness: A qualitative study. *Journal of Community Health Nursing*, 39(2), 90-106. doi: 10.1080/07370016.2022.2058276
- Roberts NJ, McAloney-Kocaman K, Lippiett K, Ray E, Welch L, Kelly C. (2021). Levels of resilience, anxiety and depression in nurses working in respiratory clinical areas during the COVID pandemic. *Respir Med*, 176, 106219. doi: 10.1016/j.rmed.2020.106219
- Sadati AK, Zarei L, Taghi Heydari S, Taheri V, Jiriaei R, Ebrahimzade N, et al. (2021). Nursing experiences of COVID-19 outbreak in Iran: A qualitative study. *Nursing Open*, 8, 72-79. doi: 10.1002/nop.2.604
- Streubert HJ, Carpenter DR. (2011). Qualitative research in nursing. (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams ve Wilkins
- Sun N, Wei L, Shi S, Jiao D, Song R, Ma L, et al. (2020). A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *American Journal of Infection Control*, 48(6), 592-8. doi: 10.1016/j.ajic.2020.03.018
- Terzioğlu C, Ayhan F, Kamışlı S. (2022). COVID-19 kliniklerinde çalışan sağlık personelinin umutsuzluk, depresyon ve travma sonrası büyüme durumları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(4), 1419-1427. doi: 10.37989/gumussagbil.1000897
- WHO. (2020). Health-care workers make up 1 in 7 Covid-19 cases recorded globally, WHO says 2020. Available at: <https://www.washingtonpost.com/world/2020/09/17/health-care-workers-make-up-one-seven-covid-19-cases-recorded-globally-who-says/>.
- Yüncü V, Yılan Y. (2020). COVID-19 pandemisinin sağlık çalışanlarına etkilerinin incelenmesi: Bir durum analizi. *Iğdır Üniv Sos Bil Der. (Ek Sayı Ekim)*, 373-401. Erişim: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/2154583>

Laparoskopik Kolesistektomi Olan Hastaların Ameliyat Öncesi Psikolojik İyi Oluşları ile Cerrahi Korku Düzeyleri Arasındaki İlişki

The Relationship Between Pre-Surgery Psychological Wellness and the Levels of Surgical Fear of Patients with Laparoscopic Cholecystectomy

Ayşe TURAN^a, İsmail KUŞOĞLU^b, Ayşegül CAN^c

^a Uzm. Hemşire, Ankara Medicana International Hastanesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, Ankara, Türkiye

^b Uzm. Hemşire, Ankara Medicana International Hastanesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, Ankara, Türkiye

^c Hemşire, Ankara Medicana International Hastanesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, Ankara, Türkiye

Geliş tarihi/Date of receipt: 16/04/2024

Kabul tarihi/Date of acceptance: 24/07/2024

ÖZ

Amaç: Laparoskopik kolesistektomi olan hastaların ameliyat öncesi psikolojik iyi oluşları ile cerrahi korku düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildi.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı kesitsel tipte tasarlandı. Şubat-Ağustos 2023 tarihleri arasında görüşme tekniği ile gerçekleştirildi. Araştırmanın örnekleme gücü analizi ile belirlenmiş olup 0,99 güç (etki büyüklüğü: 0,5) 153 hasta örnekleme oluşturdu. Veriler "Veri toplama formu", "Psikolojik İyi Oluş Ölçeği" ve "Cerrahi Korku Ölçeği" kullanılarak toplandı. Veriler SPSS 26,0 paket programında uygun istatistiksel yöntemlerle değerlendirildi.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların %59,5'i kadın olup %52,3'ü 40-59 yaş aralığındadır. %81'i evli, %79,1'inin çocuğu var ve %46,4'ü üniversite mezunudur. Hastaların %63,4'ü çalıştığını, %90,8'i çekirdek aile yapısında, %59,5'i gelirinin giderine eşit olduğunu bildirdi.

Hastaların %39,9'unun kronik hastalığı olduğu, %79,7'sinin daha önce ameliyat öyküsü olduğu belirlendi. Hastaların %70,6'sı genel ruh halini olumlu olarak belirtti. Hastaların psikolojik iyi oluş düzeyleri ile çocuğu olma, sosyo ekonomik durum, genel ruh hali değişkenleri arasında istatistiksel olarak ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$). Hastaların cinsiyet ve genel ruh hallerinin ise cerrahi korku düzeylerini etkilediği belirlendi ($p<0,05$). Hastaların psikolojik iyi oluş düzeyleri ile cerrahi korkuları arasında negatif yönde orta düzey bir ilişki olduğu saptandı.

Sonuç: Araştırmaya dahil olan hastaların psikolojik iyi oluş düzeyleri arttıkça cerrahi korku düzeylerinin azaldığı belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi Korkusu, Hemşire, Laparoskopik Kolesistektomi, Psikolojik İyi Oluş

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to determine the relationship between preoperative psychological well-being and surgical fear levels of patients undergoing laparoscopic cholecystectomy.

Methods: The study was designed as a descriptive cross-sectional study. It was conducted by face-to-face interview method between February and August 2023. The sample of the study was determined by power analysis and 153 patients with a power of 0.99 (effect size: 0.5) constituted the sample. Data were collected using the "Data collection form", "Psychological Well-Being Scale" and "Surgical Fear Scale". The data were evaluated with appropriate statistical methods in SPSS 26.0 package programme.

Results: Among the patients who participated in the study, 59.5% were female and 52.3% were between 40-59 years of age. 81% were married, 79.1% had children and 46.4% were university graduates. 63.4% of the patients were employed, 90.8% were in nuclear family structure, 59.5% reported that their income was equal to their expenses. It was determined that 39.9% of the patients had chronic diseases and 79.7% had a history of previous surgery. 70.6% of the patients stated that their general mood was positive. It was found that there was a statistical relationship between the psychological well-being levels of the patients and the variables of having children, socio-economic status and general mood ($p<0.05$). Gender and general mood of the patients were found to affect their level of surgical fear ($p<0.05$). It was found that there was a moderate negative correlation between patients' psychological well-being levels and their fear of surgery.

ORCID IDs: AT:0009-0003-5723-9805, İK:0000-0003-3366-3794, AC:0009-0000-0733-9822

Sorumlu yazar/Corresponding author: Uzman Hemşire, İsmail Kuşoğlu, Ankara Medicana International Hastanesi, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, Ankara, Türkiye

e-posta/e-mail: kusoglu.ismail@gmail.com

Atıf/Citation: Turan A, Kuşoğlu İ, Can A. (2024). Laparoskopik kolesistektomi olan hastaların ameliyat öncesi psikolojik iyi oluşları ile cerrahi korku düzeyleri arasındaki ilişki. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 7 (3), 362-372. doi:10.54189/hbd.1468842

Conclusion: It was determined that as the psychological well-being levels of the patients included in the study increased, the level of surgical fear decreased.

Keywords: Fear of Surgery, Laparoscopic Cholecystectomy, Nurse, Psychological Well-Being

GİRİŞ

Safra kesesinde bulunan kolesterol, obezite gibi normal olmayan bazı koşullarda yükselmekte olup bu durum safra taşı oluşumu riskini artırmaktadır (Songur vd., 2009). Safra kesesi taşı gastrointestinal sistemle ilgili yaygın görülen sağlık sorunlarından ve kesenin enfeksiyonuna neden olabilir. Safra kesesi enfeksiyonlarına doğru zamanda ve uygun müdahale yapılmadığında morbidite ve mortalite oranının artacağı birçok çalışmada vurgulanmıştır (Başaran ve Özüt, 2006; Önder, 2019; Tazuma vd., 2016). Uzun dönem sonuçları açısından değerlendirildiğinde, safra kesesi taşı hastalıklarında en etkin tedavi yönteminin, laparoskopik kolesistektomi olduğu bildirilmiştir (Ateş ve Ünal, 2016). Açık kolesistektomiye göre laparoskopik kolesistektominin tercih edilmesinin nedeni, daha erken iyileşme, cerrahi travma riskinin az olması, ağrının daha az olması, analjezik gereksiniminde azalma ve kısa taburculuk süreleri gibi birçok avantajının olmasıdır. Ancak, laparoskopik kolesistektomi sırasında safra kesesinin perfore olması ve safra taşlarının batına dağılması gibi riskler de açık girişime oranla daha sık görülen komplikasyonlardır. Safra kesesi perforasyonunun görülme sıklığının %10-40 arasında değiştiği bildirilmiştir (Kalaycı vd., 2006).

Ameliyat hastalar için bilinmezliklerle dolu korku, anksiyete, stres gibi olumsuz duygular yaşatabilecek bir süreçtir. Cerrahi anksiyete, kaynağı genellikle belirlenemeyen, birey tarafından bilinmeyen, fakat parasempatik, sempatik ve endokrin salınımı sonucu normal olmayan hemodinamiye sebebiyet veren olumsuz bir duygudur (Abate vd., 2020). Ameliyat olma süreci hastanın belirli duygusal, bilişsel ve fizyolojik tepkilerini tetikleyen stresli bir dönemdir. Hasta için ameliyat; ailesinden ayrılma, maddi kayıp, ameliyat sonrası ağrı, anestezinin yan etkileri, engelli kalma ve ölüm korkusu gibi nedenlere bağlı ameliyat öncesi dönemde korku gibi olumsuz duygular hissettirebilir (Abate vd., 2020; Sigdel, 2015). Hastalarda invaziv girişimler öncesinde farklı derecelerde kaygı ve korku görülebilmektedir. Yaşanabilecek tedirginlik ve korku, hastanın önceki tecrübelerine, kişilik özelliklerine, girişime ilişkin endişelere (komplikasyon gelişme, ölüm kaygısı vb.) ve girişim sonrası dönemde ağrı beklentisi gibi bazı sebeplere bağlı olabilir. Literatür incelendiğinde; hastaların korku düzeyleri daha önceki deneyimleri, hastaneye geliş şekilleri, cinsiyetleri, yaşları ve yapılacak işlemin tipi gibi çeşitli faktörlerin etkili olduğu bildirilmektedir (Bağdigen ve Özlü, 2018; Dinç, 2022; Kayhan, 2003; Taşdemir vd., 2013). Ameliyat öncesi cerrahi korkusuna ilişkin yapılan bir çalışmada, ameliyat öncesi cerrahi korkusunun ameliyat olmayı bekleyen hastalarda sıklıkla görülebildiğini bildirilmiştir (Taşdemir vd., 2013). Ameliyat öncesi korkuya bağlı olarak gelişen stres; damar yapısının bozulmasına, bağışıklığın zayıflamasına ve yara iyileşmesinin gecikmesine neden olabilir (Dirimeşe, 2018; Erdil, 2016).

Psikolojik iyi oluş, kişinin yaşamındaki pozitif işlevselliği olarak tanımlanmış olup bireyin iç gözü kazanması, kendini gerçekleştirme ile mümkündür. Keyes ve arkadaşları (2002) psikolojik iyi oluşu, hayatta yüz yüze kalınan varoluşsal meydan okumaları kontrol etme olarak belirtmişlerdir. Ryff'in geliştirdiği psikolojik iyi oluş modeli altı boyuttan oluşmakta olup, bunlar; kavramsal olarak yaşam amacı, kişisel gelişim, özerklik, çevreye hakimiyet, diğer bireylerle iyi ilişkiler ve öz kabul faktörlerini içine almaktadır (Telef, 2013). Ayrıca psikolojik iyi oluşun psikopatolojik belirtilere ve zihinsel rahatsızlıklara olumlu etkisi bilinmektedir (Telef, 2013; Wersebe vd., 2018).

Cerrahi korku ve bireylerin psikolojik iyi oluşları ile ilgili yapılan çalışmalar olmasına rağmen (Çınar ve Bülbüloğlu 2022; Kapıkıran vd 2021), laparoskopik girişimlerde korku ile psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkiyi inceleyen

bir çalışmaya rastlanamamıştır. Bu bağlamda bu araştırma klinikte sıklıkla gerçekleştirilen laparoskopik kolosistektomi olacak hastaların ameliyat öncesi psikolojik iyi oluşları ile cerrahi korku düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın Amacı ve Tipi: Bu araştırma laparoskopik kolesistektomi olacak hastaların ameliyat öncesi psikolojik iyi oluşları ile cerrahi korku düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı: Araştırma özel bir hastanenin cerrahi servisinde Şubat 2023-Ağustos 2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Evren ve Örneklemi: Araştırmanın evrenini bir özel hastanenin cerrahi servisinde takip edilen laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olacak 18-65 yaş grubu hastalar oluşturmuştur. Çalışmanın örnekleme G*Power 3.1.9.4 programı kullanılarak yapılmıştır. Post güç analizi sonucunda belirlenen etki büyüklüğü =0.50, hata payı %5 olacak şekilde 153 hasta örnekleme oluşturmuştur. Örneklemin gücü %100 olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın Etik Boyutu: Araştırmaya başlamadan önce Ankara Medica International Hastanesi Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. Gerekli izinler sonrası örneklem kriterlerine uygun hastalara araştırmanın amacı, hedefi, verilerin toplanması ve saklanmasına ilişkin bilgilendirme yapılarak yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.

Verilerin Toplanması: Veriler ameliyat öncesi araştırmacılar tarafından toplanmıştır. Veri toplama formunun doldurulması yaklaşık 10 dakika sürmüştür.

Veri Toplama Araçları: Veriler “Veri toplama formu”, “Psikolojik İyi Oluş Ölçeği” ve “Cerrahi Korku Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

Veri Toplama Formu: Araştırmacılar tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan 12 sorudan (yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu, aile tipi, sosyo ekonomik gelir durumu, daha önce ameliyat olma durumu, kronik hastalık olma durumu vb.) oluşmaktadır (Akyol 2008; Mete ve Işık 2020). Veri toplamaya başlamadan önce 5 hasta ile veri toplama formlarının işlerliği değerlendirilmiştir. Ön uygulamada ekleme, çıkarma yapılmadığı için bu formlar da örnekleme dahil edilmiştir. Veri toplama formuna son hali verildikten sonra araştırmaya başlanmıştır.

Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PIOÖ): Ölçek Diener ve arkadaşları (2009) tarafından mevcut iyi oluş ölçümlerini tamamlayıcı, sosyo-psikolojik iyi oluşu ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Telef (2013) tarafından yapılmıştır. Güvenirlik çalışması sonucunda Cronbach alpha katsayısı 0.80 olarak hesaplanmış olup ölçeğin psikolojik iyi oluşu ölçmede geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu belirlenmiştir. PIOÖ, tek alt boyut ve 8 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin maddeleri (1) Kesinlikle katılmıyorum, (7) Kesinlikle Katılıyorum şeklinde bir cevap skalasından oluşmaktadır. Ölçeğin bütün maddeleri olumlu bir şekilde ifade edilmektedir. Puanlar 8 ile 56 arasında değişmekte olup yüksek puan alan kişinin psikolojik anlamda belli bir kaynak ve güce sahip olduğu belirtilmiştir. Bu araştırmada ölçeğin Cronbach alpha değeri **0,79** olarak belirlenmiştir.

Cerrahi Korku Ölçeği (CKÖ): Theunissen ve ark. (2014) tarafından geliştirilen Cerrahi Korku Ölçeği (CKÖ) Ameliyatın kısa ve uzun dönem sonuçları nedeniyle elektif cerrahi geçiren hastalarda korkunun en önemli kaynaklarını tespit etmek ve korku düzeyini belirlemek için yeterince kapsamlı olacak şekilde tasarlanmıştır (Theunissen vd., 2014). Ölçeğin geçerlik ve

güvenirlilik çalışması Bağdigen ve Karaman Özlü ile yapılmıştır (Bağdigen vd., 2018). Tüm maddeler 0'dan (hiç korkmuyorum) 10'a (çok büyük bir korkum var) kadar değişen 8 madde ile 11 dereceli bir likert tipi ölçektir. Ölçekten 0 ile 80 arasında puan alınmakta, alınan puan arttıkça hastaların korku düzeyleri de artmaktadır. Ölçeğin iki alt boyutu bulunmaktadır. Bunlar “cerrahinin kısa dönem sonuçlarından korkmak” (1 ile 4 arasındaki maddeler) ve “uzun vadeli sonuçlarından korkmak” (5 ile 8 arasındaki maddeler) olarak değerlendirilmektedir. Kısa dönem korkular ve uzun dönem korkular alt ölçeklerinden alınabilecek toplam puan 0-40 arasında değişmektedir. Ölçeğin Cronbach alpha katsayısı CKÖ toplam puanı için 0.93, CKÖ-Kısa dönem korkular alt boyutu için 0.960, CKÖ-Uzun dönem korkular alt boyutu için 0.907 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada ölçeğin Cronbach alpha değerleri **0,85** olarak belirlenmiştir.

Verilerin değerlendirilmesi: Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 26.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin dağılımı Kolmogorov Simirnov test ile değerlendirilmiştir. Değişkenler normal dağılım göstermekte olup, bağımsız t testi ve Anova testi kullanılarak analiz edilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişki ve ilişkinin gücünü belirlemek için Sperman korelasyon ve lineer regresyon analizleri kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik ve hastalığa ilişkin bazı özellikleri Tablo 1'de incelenmiştir. Hastaların yarısından fazlası (%52,3) 40-59 yaş aralığında ve %59,5'i kadındır. Katılımcıların %81'i evlidir. Araştırmaya katılanların %79,1'i çocuk sahibidir. Bunların %32,2'si tek çocuk sahibidir. Araştırmaya katılanların %46,4'ü üniversite mezunu, %63,4'ü çalışıyor büyük bir bölümü (%90,8) çekirdek aile yapısındadır. Araştırmaya katılanlardan %59,5'inin geliri giderine eşittir. Katılımcıların %39,9'unun kronik hastalığı olduğunu, büyük bölümünün (%79,7) de daha önce ameliyat olduğunu belirlenmiştir. Daha önce ameliyat olan katılımcıların tamamına yakını (%98,4) komplikasyonla karşılaşmadığını ifade etmiştir.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin puan ortalamalarının dağılımı Tablo 2'de verilmiştir. PİÖÖ puan ortalaması 48,68±5,56 ve CKÖ toplam puan ortalaması 21,72±15,18; kısa dönem korkular alt boyutu puan ortalaması 14,54±9,58,; uzun dönem korkular alt boyutu puan ortalaması 7,18±7,62 dir.

Hastaların psikolojik iyi oluş düzeyleri ile çocuğu olma, sosyoekonomik durum, genel ruh hali değişkenleri arasında istatistiksel olarak ilişki olduğu saptandı ($p<0,05$). Hastaların cinsiyet ve genel ruh hallerinin ise cerrahi korku düzeylerini etkilediği belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 3).

Hastaların PİÖÖ ve CKÖ ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 4'te verilmiştir. Hastaların psikolojik iyi oluşları ile cerrahi korku düzeyleri ve uzun dönem korku düzeyleri arasında orta düzey negatif bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 1. Laparoskopik kolesistektomi olan hastaların bazı sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özelliklerinin dağılımı (n:153)

Özellikler	n	%
Yaş		
22-39	53	34,6
40-59	80	52,3
60 ve üzeri	20	13,1
Cinsiyet		
Erkek	62	40,5
Kadın	91	59,5
Medeni durum		
Evli	124	81
Bekar	29	19
Çocuğu olma durumu		
Var	121	79,1
Yok	32	20,9
Çocuk sayısı (n:121)		
Tek çocuk	39	32,2
2 çocuk	58	47,9
3 ve üzeri	24	19,8
Öğrenim durumu		
İlköğretim	22	14,4
Lise	33	21,6
Üniversite	71	46,4
Yüksek lisans ve üzeri	27	17,6
Çalışma durumu		
Çalışıyor	97	63,4
Çalışmıyor	56	36,6
Aile yapısı		
Çekirdek aile	139	90,8
Geniş aile	9	5,9
Yalnız yaşıyor	5	3,3
Sosyaekonomik durum		
Gelirim giderimden az	8	5,2
Gelirim giderime eşit	91	59,5
Gelirim giderimden fazla	54	35,3
Kronik hastalık olma durumu		
Var	61	39,9
Yok	92	60,1
Daha önce ameliyat olma öyküsü		
Var	122	79,7
Yok	31	20,3
Önceki ameliyatta komplikasyon durumu (n:122)		
Evet	2	1,6
Hayır	120	98,4
Genel ruh hali		
Olumlu ruh hali	108	70,6
Olumsuz ruh hali	5	3,3
Değişken ruh hali	40	26,1

Tablo 2. Araştırmada kullanılan ölçeklerin puan ortalamasının dağılımı

Ölçekler	Ort	ss	Min	Max	Cronbach alpha
Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİOÖ)	48,68	5,56	27	56	0,792
Cerrahi Korku Ölçeği (CKÖ)	21,72	15,18	0	70	0,848
Kısa Dönem Korkular-alt boyut	14,54	9,58	0	40	0,760
Uzun Dönem Korkular-alt boyut	7,18	7,62	0	40	0,876

Tablo 3. Hastaların bazı sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özelliklerine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Değişkenler	PİÖÖ		CKÖ	
	Ort	ss	Ort	ss
Yaş				
22-39	48,113	6,739	23,623	14,218
40-59	48,938	4,496	21,100	15,161
60 ve üzeri	49,150	6,141	19,150	17,777
F/p	0,439/0,652		0,767/0,466	
Cinsiyet				
Erkek	47,677	5,881	17,887	12,701
Kadın	49,362	5,257	24,330	16,214
t/p	-1,855/0,066		-2,627/0,010	
Medeni durum				
Evli	48,968	5,407	21,968	15,763
Bekar	47,448	6,127	20,655	12,576
t/p	1,328/0,186		0,418/0,633	
Çocuğu olma durumu				
Var	49,213	5,143	21,272	15,815
Yok	46,594	6,603	23,406	15,750
t/p	2,098/0,017		-0,706/0,481	
Çocuk sayısı (n:121)				
Tek çocuk	48,615	5,697	20,333	16,645
2 çocuk	49,793	4,819	23,155	15,300
3 ve üzeri	48,875	5,024	18,250	15,721
F/p	0,680/0,509		0,917/0,403	
Öğrenim durumu				
İlköğretim	49,590	4,667	18,681	14,672
Lise	47,939	5,273	18,091	15,519
Üniversite	48,507	5,806	22,704	14,753
Yüksek lisans ve üzeri	49,296	6,031	26,370	15,639
F/p	0,520/0,669		1,776/0,154	
Çalışma durumu				
Çalışıyor	48,361	5,523	23,371	14,702
Çalışmıyor	49,232	5,634	18,857	15,700
t/p	-0,933/0,352		1,784/0,076	
Aile yapısı				
Çekirdek aile	48,727	5,562	21,612	15,469
Geniş aile	47,000	6,083	26,111	14,181
Yalnız yaşıyor	50,400	4,879	16,800	5,069
F/p	0,652/0,523		0,640/0,529	
Sosyo-ekonomik durum				
Gelirim giderimden az ¹	43,000	6,803	27,250	22,914
Gelirim giderime eşit ²	48,824	5,591	21,538	15,767
Gelirim giderimden fazla ³	49,278	4,924	21,204	12,826
F/p	4,737/0,010 (1<2,3)		0,565/0,569	
Kronik hastalık olma durumu				
Var	48,312	4,819	19,721	16,910
Yok	48,924	6,017	23,044	13,855
t/p	-0,666/0,507		-1,329/0,186	
Daha önce ameliyat olma öyküsü				
Var	48,795	5,856	20,975	15,700
Yok	48,226	4,256	24,645	12,745
t/p	0,508/0,612		-1,204/0,231	
Önceki ameliyatta komplikasyon durumu (n:122)				
Evet	53,000	4,243	25,500	24,749
Hayır	48,725	5,867	20,900	15,657
t/p	1,024/0,308		0,445/0,683	
Genel ruh hali				
Olumlu ruh hali ¹	49,667	5,186	19,648	13,782
Olumsuz ruh hali ²	43,400	6,066	36,800	22,510
Değişken ruh hali ³	46,675	5,708	25,425	16,432
F/p	7,076/0,001 (1>2,3)		4,903/0,009 (2>1)	

t: Independent t test, F: One way Anova, U: Mann Whitney U, KW: Kruskal Wallis p<0,05; p<0,001

Tablo 4. Hastaların Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİOÖ) ve Cerrahi Korku Ölçeği (CKÖ) ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki

Değişkenler	\bar{x}	ss	PİOÖ	CKÖ	CKÖ-Kısa Dönem	CKÖ-Uzun Dönem
PİOÖ	48,67	5,56	1	-0,168*	-0,107	-0,199*
CKÖ	21,71	15,18		1	0,908**	0,852**
CKÖ-Kısa Dönem	14,53	9,58			1	0,553**
CKÖ-Uzun Dönem	7,18	7,61				1
Sabit: PİOÖ	R	R ²	F	t	p	
CKÖ	0,168	0,028	4,376	-2,092	0,038*	
Kısa dönem korkular	0,207	0,012	1,762	-1,327	0,186	
Uzun dönem korkular	0,199	0,040	6,253	-2,501	0,013**	

r: Sperman Korelasyon; Lineer regresyon; *p<0,05 **p<0,01

TARTIŞMA

Ameliyat işlemi ameliyata girecek hastanın bilişsel, duygusal ve fizyolojik tepkilerine neden olan bir süreçtir. Ameliyat birçok nedenle korku gibi olumsuz duygular hissettirebilir (Abate vd., 2020; Bağdigen ve Özlü, 2018; Dinç, 2022; Kayhan, 2003; Sigdel, 2015; Taşdemir vd., 2013). Ameliyat öncesi korkuya bağlı olarak gelişen stresin; damar yapısının bozulmasına, bağışıklığın zayıflamasına ve yara iyileşmesinin gecikmesine neden olabileceği bilinmektedir (Dirimeşe, 2018; Erdil, 2016). Bu noktada araştırmamızın, klinikte sıklıkla gerçekleştirilen laparoskopik kolesistektomi operasyonları öncesi hastaların, cerrahiye ilişkin korkuları ile psikolojik iyi oluşları arasındaki ilişkiyi ortaya koyabileceği düşünülmektedir. Bu bölümde laparoskopik kolesistektomi olan hastaların ameliyat öncesi psikolojik iyi oluşları ile cerrahi korku düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan araştırmamızın bulguları alanyazın doğrultusunda yorumlanarak tartışılmıştır.

Bu araştırmada çocuk sahibi olan hastaların psikolojik iyi oluş düzeylerinin çocuğu olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Bu sonuç, çocuğa ilişkin sorumluluklar nedeniyle ebeveynin genel psikolojik iyi oluşunun yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir. Benzer şekilde çocuk sahibi olanların psikolojik iyi oluş düzeylerinin çocuk sahibi olmayanlara göre daha yüksek olduğunu bildiren ve araştırmamızı destekler nitelikte olan çalışmalar vardır (Akdağ 2023; İmroğlu vd.,2021).

Araştırmada geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olan astaların psikolojik iyi oluş düzeylerinin geliri giderinden düşük olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Bu sonuç ameliyata ilişkin ekonomik kaygıları olmayan hastaların psikolojik iyi oluşlarının beklendik bir şekilde yüksek olması ile açıklanabilir. Araştırma sonucunun aksine literatürde Karataş (2022)'ın yaptığı çalışmada hastaların sosyoekonomik düzeylerinin psikolojik iyi oluşlarını etkilemediği bildirilmiştir.

Bu araştırmada genel ruh halini olumlu olduğunu ifade eden hastaların psikolojik iyi oluş düzeylerinin olumsuz ve değişken ruh halinde olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Bu sonuç bireylerin genel ruh hallerinin ameliyat olmaktan bağımsız olarak psikolojik iyi oluşlarını etkiliyor olabileceği ile açıklanabilir.

Bu araştırmada kadın hastaların erkek hastalara göre cerrahi korku düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Bu sonuç kadınların duygularını erkeklere göre daha kolay ifade edip ve yansıtabiliyor olmaları ile açıklanabilir. Yapılan benzer çalışmalarda da kadınların erkeklere göre cerrahi korku puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. (Aykent vd., 2007; Çelik ve Edipoğlu, 2018; Dinç 2022; Konur, 2023; Ruhaiyem vd., 2016).

Bu araştırmada kronik hastalığı olma durumu ile cerrahi korku puanı arasında bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 2). Kronik hastalığı olan hastaların hastaneye sık gidiyor olması, olmayanlarında olumsuz deneyimlerden uzak olmaları

nedeniyle cerrahi korku dengesi sağlanmış olabilir. Yapılan başka bir çalışmada ise kronik hastalığı olan hastaların cerrahi korku puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Dinç, 2022; Konur, 2023).

Bu araştırmada olumsuz ruh halinde olduğunu ifade eden hastaların korku puanlarının olumlu ruh halinde olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Bu durum hastaların genel ruh hallerinin cerrahi korkuyu tetiklemesi ile açıklanabilir.

Katılımcıların PİÖÖ puan ortalamasının $48,68\pm 5,56$ olup hastaların psikolojik iyi oluş düzeylerinin ortalamann üzerinde olduğu bulunmuştur (Tablo 3). Literatür incelendiğinde Karataş (2022)'in yaptığı çalışmada hastaların ameliyat öncesi PİÖÖ toplam puanının $43,68\pm 5,97$ olduğu belirtilmiştir. Bakan (2023)'in böbrek nakli alıcıları ile yaptığı çalışmada katılımcıların psikolojik iyi oluş ölçek puan ortalaması $44,42\pm 10,94$ olduğu belirlenmiştir. Psikolojik iyi oluşun değerlendirildiği bazı çalışmalarda da benzer sonuçlar dikkati çekmektedir (Acar Çevik vd., 2015; Eyi vd., 2016; Sevin, 2018). Farklı popülasyonlarda yapılmış çalışmalarda hastaların psikolojik iyi oluş düzeylerinin benzer olması bakım dışında başka faktörlerin de etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Bu araştırmada laparoskopik kolesistektomi olacak hastaların CKÖ toplam puan ortalaması $21,72\pm 15,18$ olarak belirlenmiş olup hastaların korku düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir. Ayrıca kısa dönem korkular alt boyutu puan ortalaması $14,54\pm 9,58$, uzun dönem korkular alt boyutu puan ortalaması $7,18\pm 7,62$ olup hastaların kısa dönem korku puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 3). Literatür incelendiğinde Total diz artroplastisi olan hastalarla yapılan bir çalışmada da benzer şekilde cerrahi korku puanının $21,2\pm 23,3$ olduğu ve kısa dönem korku puanlarının uzun dönem korku puanına göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Dinç, 2022). Bireylerin kısa dönem korku düzeyinin uzun dönem korku düzeyinden yüksek olması ise anestezi sırasında uyanma korkusu, ameliyat ve anestezi sürecinin yeterince bilinmemesinden kaynaklanabileceği düşünülebilir. Ayrıca bu araştırmamıza katılan hastaların sadece laparoskopik kolesistektomi olduğu göz önüne alındığında, operasyonun laparoskopik olması daha erken iyileşmesi, cerrahi travma riskinin az olması, ağrının daha az olması, taburculuk sürelerinin kısa olması ve analjezi gereksiniminin düşük olması gibi avantajları nedeniyle hastaların cerrahi korkularını azaltmış olabilir. Yapılan benzer çalışmalara bakıldığında bu araştırma sonucuna paralel olarak Konur (2023)'un ameliyat öncesi hastalarda CKÖ puan ortalaması, Lai ve ark. (2022)'nin ürojinekolojik ameliyat olan hastalarda, Çolak ve Vural (2019)'ın ayaktan cerrahi olan hastalarda, Theunissen ve ark. (2018)'nin katarakt ameliyatı olan hastalarda ve Victoria ve ark. (2019)'nın meme cerrahisi öncesi hastalarda cerrahi korku düzeylerinin düşük olduğu bildirilmiştir. Bu sonuçlara göre araştırmamıza paralel olarak hastaların cerrahi korkularının düşük olduğu görülmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda ise ameliyat öncesi hastaların korku düzeylerinin orta düzeyde olduğu görülmektedir (Gallagher ve McKinley, 2007; Mete ve Işık, 2020; Mulugeta vd., 2018; Tol ve Pourreza, 2010). Öte yandan Bağdigen ve Özlü (2018)'nin CKÖ'nün geçerlilik güvenilirliğini yaptığı çalışmada katılımcıların korku ölçeği puanlarının $37,55\pm 21,11$ olduğu ve uzun dönem korkular puan ortalamaları ($19,52\pm 11,87$) kısa dönem korku puan ortalamaları ile ($18,03\pm 11,44$) benzer bulunmuştur (Bağdigen ve Özlü, 2018). Araştırma ve literatür sonuçlarındaki farklılıkların araştırmaların farklı popülasyonlarda ve farklı cerrahi girişim deneyimleyen hastalarla yapılmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Bypass ameliyatı olan hastalarla yapılan bir çalışmada cerrahi korku puan ortalaması Cerrahi Korku Ölçeği'nden ortalama $62,3\pm 11,38$ olarak bulunmuş olup korku düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir (Erdoğan, 2022). Araştırmamızın aksine bu hasta grubunun korku puanlarının yüksek olma sebebi, kalp ameliyatlarının daha riskli ve hem fiziksel hem de psikososyal açıdan zorluklarının fazla olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Bu araştırmada hastaların psikolojik iyi oluşları arttıkça cerrahi korku düzeylerinin düştüğü belirlenmiştir (Tablo 4). Psikolojik iyi oluş depresyon ve kaygı gibi durumlarla negatif ilişkili olduğu, iyilik haliyle pozitif ilişkili olduğu bilinmektedir (Wersebe vd., 2018). Bu bağlamda bakıldığında depresyonun psikolojik iyi oluşu düşürdüğü söylenebilir.

Erdoğan (2022)un yaptığı çalışmada hastaların depresyon düzeyleri arttıkça cerrahi korku puanlarının da arttığı bildirilmiştir. Yapılan bir diğer çalışmada ameliyat öncesi cerrahi korku düzeylerinin iyileşme kalitelerini artırdığı bildirilmiştir (Demirci, 2022). Cerrahi girişimlerin olası riskler nedeniyle anksiyeteye sebebiyet verdiği birçok çalışmada bildirilmiştir. Psikolojik iyi oluşu yüksek bireylerin bu duyguları yönetebilen kişiler olduğu görülmektedir (Dolgun ve Dönmez, 2010; Görgöz, 2015; Theunissen vd., 2018). Bu sonuçlar doğrultusunda psikolojik iyi oluşu yüksek olan bireylerin yaşamın tüm evrelerinde olumlu olduğu gibi cerrahi işlemlerde de korku gibi olumsuz hisleri yönetmede etkili olduğu söylenebilir.

Sınırlılıklar

Çalışmanın özel bir hastanede yapılmış olması gelir durumu değişkeni açısından araştırmanın sınırlılıklarından sayılabilir

SONUÇ ve ÖNERİLER

Kolesistektomi ameliyatı olan hastaların psikolojik iyi oluşlarının cerrahi korku düzeyini etkilediği belirlenmiştir. Hastaların psikolojik iyi oluşlarının güçlendirilmesi korkularını yönetmelerini destekleyebilir. Ayrıca psikolojik iyi oluşu etkileyen çocuğu olma, ekonomik durum ve genel ruh hali durumları değerlendirilerek psikolojik iyi oluşa katkıda bulunmak adına girişim öncesinde işlem sonrasında yaşanacaklar hakkında korkuları azaltacak ayrıntılı bilgiler verilebilir. Bu amaçla yazılı veya görsel araçlar kullanılabilir. Her hastanın kaygı kaynağı farklı olabileceği için endişeleri dinlenmeli ve güvende hissedebilmesi adına cesaretlendirici bir dil kullanılmalıdır. Aile üyeleri sürece dahil edilmeli, onlar da ihtiyaç doğrultusunda bilgilendirilmelidir. Gerekirse hastalar profesyonel psikolojik destek için yönlendirilmelidir. Bununla birlikte benzer deneyimi yaşayan hastalarla grup terapilerinin düzenlenmesi gibi olanaklar sağlanabilir. Rahatlama sağlayacak, meditasyon teknikleri, nefes egzersizleri ya da bilinçli farkındalık gibi stresi azaltan, yaşam kalitesini yükselten uygulamalarla hemşirelik girişimleri desteklenebilir. Ayrıca kadın hastalara yönelik ameliyat öncesi bilgilendirmeler ve eğitimler planlanmalıdır.

Araştırmanın Etik Yönü/Ethics Committee Approval: Çalışma Ankara Medicana International Hastanesi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Tarih: 12.01.2023, karar no: 02).

Hakem/Peer-review: Dış hakem bağımsız.

Yazar Katkıları/Author Contributions: Fikir ve tasarım: AT, İK, AC; Veri toplama: AT, İK, AC; Veri analizi ve yorumlama: AT, İK, AC; Makale yazımı: AT, İK, AC; Eleştirel inceleme: AT, İK, AC.

Çıkar Çatışması Beyanı/Conflict of Interest: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Kurumsal ve Finansal Destek Beyanı/Financial Disclosure: Yazarlar çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Teşekkür: Araştırmaya katılarak destek veren hastalara teşekkür ederiz.

Çalışma sözel bildiri olarak 16. Türk HPB Cerrahi Kongresi ve 7. HPB Cerrahi Hemşireliği Kongresinde (9-12 Kasım 2023) sunulmuştur. Kongrede sözel bildiri alanında birincilik ödülü almıştır.

KAYNAKLAR

Abate SM, Chekol YA, Basu B. (2020). Global prevalence and determinants of preoperative anxiety among surgical patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Surgery Open*, 25, 6-16. doi:10.1016/j.ijso.2020.05.010.

Acar EÇ, Fındık ÜY. (2015). Ameliyathanede hastaların hemşirelik bakım kalitesi hakkında düşüncelerinin ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(4), 268-273.

- Akdağ NE. (2023). COVID-19 sürecinde yetişkinlerin iyi oluş, şükran ve yaşamdaki anlamlarının incelenmesi. [Yüksek Lisans Tezi] İbn Haldun Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Ana Bilim Dalı, İstanbul.
- Akyol, Ö. (2008). *Diz protezi uygulanan hastalarda ağrı prevelansı, özellikleri, etkileyen etmenler ve ağrı yönetiminden memnuniyetin incelenmesi*. [Yüksek Lisans Tezi]. Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Ateş B, Ünal İ. (2016) Kolesistit, safra taşları, risk faktörleri ve beslenme ile ilişkisi. *Güncel Gastroenteroloji*, 20(3), 317-321.
- Aykent R, Kocamanoglu İS, Üstün E, Tür A, Şahinoğlu H. (2007). Preoperatif anksiyete nedenleri ve değerlendirilmesi: APAIS ve STAI skorlarının karşılaştırılması, *Türkiye Klinikleri Journal Anesthesia Reanimation*, 5, 7-13.
- Bağdigen M, Özlü ZK. (2018). Validation of the Turkish Version of the Surgical Fear Questionnaire, *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 33(5), 708-714.
- Bakan C. (2023). *Böbrek nakli alıcılarında belirsizliğe tahammülsüzlük, psikolojik iyi oluş ve manevi iyilik halinin incelenmesi*. [Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi] İzmir Ekonomi Üniversitesi, İzmir.
- Başaran S, Özüt H. (2006). Safra kesesi ve safra yolları infeksiyonlarına infeksiyolojik yaklaşım, *Klinik Dergisi*, 19(3), 98-103.
- Çelik F, Edipoğlu IS, (2018). Evaluation of preoperative anxiety and fear of anesthesia using APAIS score, *European Journal of Medical Research*, 23(1), 4.
- Çınar F, Bülbüloğlu S. (2022). The Effect of Spiritual Well-Being on Surgical Fear in Geriatric Patients. *Kocaeli Medical Journal*, 11(1), 119-127.
- Demirci B (2022). *Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Öncesi Hastaların Cerrahi Korku Düzeylerinin Ameliyat Sonrası Ağrı ve İyileşme Kalitesi Üzerine Etkisi*. [Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi] Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Ankara.
- Diener E, Scollon CN. (2009). The evolving concept of subjective well-being: The multifaceted nature of happiness. *Social Indicators Research Series*, 39, 67-100.
- Dinç G. (2022). *Total Diz Artroplastisi Ameliyatı Yapılan Hastaların Cerrahi Korku Düzeyleri ile Ameliyat Sonrası Anksiyete ve Mobilizasyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, [Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi] Karabük Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Bilimi Anabilim Dalı, Karabük.
- Dirimeşe E. (2018). *Ameliyat öncesi dönemde hasta bakımı*, Güncel Yöntemlerle Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Sevim Çelik, Nobel, Antalya, 26-40.
- Dolgun E, Dönmez YC. (2010), Hastaların Ameliyat Öncesi Döneme Ait Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3), 15-10.
- Erdil F (2016). *Cerrahi Hemşireliği, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*, 7. Baskı. Erdil F, Elbaş NÖ, Aydoğdu Matbaası, Ankara.
- Erdoğan A. (2022). *Kardiyovasküler bypass ameliyatı olacak hastalarda anksiyete, depresyon ve cerrahi korkunun ameliyat sonrası ağrıya etkisinin incelenmesi*, [Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi], İstanbul Okan Üniversitesi.
- Eyi S, Kanan N, Akyolcu N, Akın ML, Acaroğlu R. (2016). Ameliyat sırasında uygulanan hemşirelik bakımının hastalar tarafından değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(2), 159-170.
- Gallagher R, McKinley S. (2007). Stressors and anxiety in patients undergoing coronary artery bypass surgery. *American Journal of Critical Care*, 16(3), 248- 257.
- Görgöz AÇ. (2015), *Terapötik Tactile Touch Uygulamalarının, Yoğun Bakımdaki Hastaların Korku, Kaygı ve Ağrı Düzeyine Etkisi*, [Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi], Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- İmroğlu A, Demir R, Murat M. (2021) Psikolojik İyi Oluşun Yordayıcıları Olarak Bilişsel Esneklik, Bilinçli Farkındalık ve Umud, *Electronic Journal of Social Sciences*, 20(80), 2037-2057, doi:10.17755/esosder.859555.
- Kalaycı MU, Akın BV, Alış H, Kapan S, Turhan AN. (2015). Safra kesesi ve safra yolu hastalıkları. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*. 6(4), 69-77.
- Kapıkıran G, Demir B, Bülbüloğlu S, Sarıtaş S. (2021) . The Effect of Spiritual Well-Being On Surgical Fear In Patients Scheduled To Have Abdominal Surgery. *Int. J. of Health Serv. Res. and Policy* 6(2), 229-238 doi:10.33457/ijhsrp.930665.
- Karataş Ö. (2022). *Cerrahi girişim altındaki hastalarda psikolojik iyi oluş ve perioperatif hemşirelik bakım algısının değerlendirilmesi*. [Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi], İstanbul Cerrahpaşa Üniversitesi, İstanbul.
- Kayhan C. (2003). *Cerrahi Hastalarda Preoperatif Anksiyetenin Postoperatif Komplikasyonlarla İlişkinin İncelenmesi*, [Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi], Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Afyon.
- Konur S. (2023). *Ameliyat öncesi korku ve kaygı düzeyinin ameliyat sırasında yaşam bulgularına etkisi*. [Yüksek Lisans Tezi]. İstinye Üniversitesi, İstanbul.

- Lai E, Grimes C, Kasoff M (2022). Assessment of level of fear in adult patients undergoing elective urogynecologic and gynecologic procedures and surgeries during the COVID-19 pandemic using the validated surgical fear questionnaire. *Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery*. 28, 88-92.
- Metin Z, Isık SA. (2020). Determination of the relationship between surgical fear levels and postoperative pain levels in patients undergoing total knee prosthesis surgery. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 12, 337-347.
- Mulugeta H, Ayana M, Sintayehu M, Dessie G, Zewdu T. (2018). Preoperative anxiety and associated factors among adult surgical patients in Debre Markos and Felege Hiwot referral hospitals, Northwest Ethiopia. *BMC anesthesiology*, 18(1), 1-9.
- Önder H. (2019). *Laparoskopik Safra Kesesi Ameliyatı Geçiren Hastalarda Pozisyonun Bulantı Kusma ve Ağrı Üzerine Etkisi*. [Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi], Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
- Ruhaiyem ME, Alshehri AA, Saade M, Shoabi TA, Zahoor H, Tawfeeq NA. (2016). Fear of going under general anesthesia: A cross-sectional study, *Saudi Journal of Anaesthesia*, 10(3), 317-321.
- Sevin K. (2018). *Ortopedik cerrahi geçiren hastalarda perioperatif hemşirelik bakım kalitesinin değerlendirilmesi*. [Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi], Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep.
- Sigdel S. (2015). Perioperative anxiety: A short review. *Global Anesthesia and Perioperative Medicine* 1(4),107-8.
- Songur A, Çağlar V, Gönül Y, Özen OA. (2009). Safra kesesi ve safra yolları anatomisi. *Journal of Surgical Arts*, 2(2), 1-8.
- Taşdemir A, Erakgün A, Deniz MN, Çertuğ A. (2013). Preoperatif bilgilendirme yapılan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası anksiyete düzeylerinin state-trait anxiety inventory test ile karşılaştırılması, *Turkish Journal of Anaesthesiology and Reanimation*, 41, 44-49.
- Tazuma S, Unno M, Igarashi Y, Inui K, Uchiyama K, Masahiro Kai, vd. (2016). Evidence-based clinical practice guidelines for cholelithiasis. *Journal of Gastroenterol*. 52, 276-300, doi:10.1007/s00535-016-1289-7.
- Telef BB. (2013). Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİOO): Türkçeye Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik çalışması. *Hacettepe Eğitim Fakültesi Dergisi*, 28(3), 374-384.
- Theunissen M, Jonker S, Schepers J, Nicolson NA, Nuijts R, Gramke HF, vd. (2018). Validity and time course of surgical fear as measured with the surgical fear questionnaire in patients undergoing cataract surgery. *Public Library of Science*. 13, (8).
- Tol A, Pourreza A. (2010). Study of pre and post anxiety of coronary artery bypass graft surgery inpatients in hospitals affiliated with Tehran University of Medical Sciences. *Hospital*, 8(3), 4.
- Victoria W, Melinda L, Zoltan H, Simonka Z, Paszt A, Lázár G, vd. (2019). Complex supportive care of patients with breast cancer. *Orv Hetil*. 160, 700-709.
- Wersebe H, Lieb R, Meyer AH, Hofer B, Gloster AT. (2018). The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18, 60-68. doi:10.1016/j.ijchp.2017.09.002.

Araştırma Makalesi

Psikiyatri Servisinde Çalışan Hemşirelerin Bakım Vermekte Zorlandıkları Klinik Durumların Belirlenmesi

Determination of Clinical Situations Where Nurses Working in the Psychiatric Ward Have Difficulty in Providing Care

Nazmiye YILDIRIM^a, Melisa BULUT^b

^a Prof. Dr., Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Bolu, Türkiye

^b Arş. Gör., Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Bolu, Türkiye

Geliş tarihi/Date of receipt: 02/07/2024

Kabul tarihi/Date of acceptance: 03/09/2024

ÖZ

Amaç: Psikiyatri servislerinde çalışan hemşireler ani, komplike ve yönetilmesi güç klinik durumlarla karşılaşabilmektedirler. Bu çalışmada ülkemizdeki bölge psikiyatri hastanelerinden birinde çalışmakta olan hemşirelerin hastaya bakım verirken zorlandıkları klinik durumların belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel desende bu çalışmaya, bir bölge ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışan 52 hemşire katılmıştır. Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, araştırmacılar tarafından literatür taraması sonucunda geliştirilen ve kapsam geçerliliği yapılan Psikiyatri Servisinde Karşılaşılan Klinik Durumlar Anketi kullanılmıştır. Veriler Pearson korelasyon testi, Independent t test ve tek yönlü ANOVA ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşireler yaklaşık 16 yıllık mesleki ve 8 yıllık psikiyatri servisinde çalışma deneyimine sahiptir. Çoğu (%63,5) akut serviste çalışmaktadır. Psikiyatri hastalarına hemşirelik bakımı verirken en çok zorluk yaşanan klinik durumlar “başkalarına zarar verme riski ve girişimi” (2,60±0,85), “kendine zarar verme riski ve girişimi” (2,54±0,92) ile “intihar riski ve girişimi” (2,48±0,92)’dir. Hemşirelerin yaşları ve psikiyatri servisinde çalışma süreleri ile psikiyatri hastasının bakımında karşılaşılan klinik durumlarla ilgili zorlanma düzeyleri arasında negatif yönde orta/zayıf düzeyde ilişkiler bulunmuştur (p<0,05).

Sonuç: Psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerin en çok hastanın güvenliğini tehdit eden klinik durumlarda riski belirleme ve yönetmede zorlandıkları, bu sonucun psikiyatri servisinde çalışma süresinden etkilendiği ortaya çıkmıştır. Konuyla ilgili kanıt temelli uygulama kılavuzlarının geliştirilmesi, deneyimli hemşirelerin genç meslektaşlarına mentorluk yapması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hasta Bakım Yönetimi, Hasta Güvenliği, Kendine Zarar Verme, Psikiyatri Servisi, Saldırganlık

ABSTRACT

Objective: Nurses working in psychiatric wards may encounter sudden, complex, and difficult-to-manage clinical situations. This study aimed to determine the clinical situations that nurses working in one of the regional psychiatric hospitals in our country find challenging while providing patient care.

Methods: This cross-sectional study included the participation of fifty-two nurses working in a regional mental health and diseases hospital. A Personal Information Form and a Clinical Situations in Psychiatric Wards Questionnaire, developed by the researchers based on literature review and validated for content, were used for data collection. Data were analyzed using Pearson correlation test, Independent t-test, and one-way ANOVA.

Results: The nurses participating in the study had approximately 16 years of professional experience and 8 years of experience working in psychiatric wards. Most (63.5%) work in acute care units. The most challenging clinical situations encountered while providing nursing care to psychiatric patients were "risk and attempt of harming others" (2.60±0.85), "risk and attempt of self-harm" (2.54±0.92), and "risk and attempt of suicide" (2.48±0.92). Negative moderate/weak correlations were found between nurses' ages and duration of work in psychiatric wards and their levels of difficulty with clinical situations encountered in psychiatric patient care (p<0.05).

ORCID IDs: NY: 0000-0003-2279-2865, MB: 0000-0002-2031-6454

Sorumlu yazar/Corresponding author: Arş. Gör. Melisa BULUT, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Bolu, Türkiye

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

Atıf/Citation: Yıldırım N, Bulut M. (2024). Psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerin bakım vermekte zorlandıkları klinik durumların belirlenmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 7 (3), 373-384. doi:10.54189/hbd.1508927

Conclusion: It was revealed that nurses working in psychiatric wards have the most difficulty in identifying and managing risks in clinical situations that threaten patient safety, and this result is influenced by the duration of work in psychiatric wards. It is recommended to develop evidence-based practice guidelines on the subject and for experienced nurses to mentor their younger colleagues.

Keywords: Aggression, Patient Care Management, Patient Safety, Psychiatric Ward, Self-Harm

GİRİŞ

Psikiyatri servislerinde bir veya birden çok bilişsel, duygusal veya davranışsal semptomu olan, bunlara fiziksel hastalık semptomlarının eşlik edebileceği psikiyatri hastaları yatarak tedavi görmektedir (Hurley vd., 2022). Yataklı psikiyatri ortamlarında bakım görenler, sağlık hizmetinin diğer alanlarındaki hastalarla benzer risklerle (örn. ilaç hataları) karşı karşıyadır. Ayrıca, ciddi ruhsal sağlık sorunlarıyla ilişkili bazı davranışlar (örn. kendine zarar verme) ve bunlara yönelik alınan önlemler (örn. kısıtlama) hasta güvenliği açısından daha fazla riske yol açabilmektedir (Thibaut vd., 2019). Bu durum psikiyatri servislerinde çalışan sağlık profesyonelleri için özellikle de çalışanların en büyük grubunu oluşturan, hastalarla en fazla yüz yüze ve etkileşimli vakit geçiren hemşireler için meydan okuyucu olabilmektedir. Psikiyatri hemşireleri diğer hemşirelere kıyasla bakım vermekte zorlanılabilecek ani, beklenmedik, komplike ve bazen yönetilmesi güç hasta davranışları veya klinik durumlarla daha fazla karşılaşabilmektedirler (Hurley vd., 2022; Merez vd., 2006).

Yataklı psikiyatri kurumlarında psikiyatri hemşirelerinin rollerini ve hemşirelik bakımıyla ilgili yaşadıkları zorlukların araştırıldığı bir çalışmada, 436 hemşireden %95,7'sinin (n=379) "psikiyatri hastalarının akıl hastalığını inkâr etmesi", %95,2'sinin (n=377) "psikiyatri hastalarının öngörülemez davranışlara sürekli maruz kalmak", %88,6'sının (n=351) "hastanın saldırganlık ve şiddet düzeylerinin artması" durumlarında en çok zorlandıkları saptanmıştır (Joubert ve Bhagwan, 2018). Psikiyatri servisinde psikotik bozukluğu olan hastalarla çalışan 79 hemşirenin deneyimlerinin incelendiği başka bir çalışma, yaşanan en büyük endişenin kişisel ve hastanın güvenliğinin güvence altına alınması konusunda olduğunu (%40,5, n=32) göstermiştir (Lesinskiene vd., 2007). Akut psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin deneyimlerinin incelendiği bir nitel çalışmada da hemşireler psikiyatri kliniğiyle ilgili "güvensiz çalışma ortamı" temasını ve "hastaların saldırganlığı, öngörülemez hasta saldırısına uğrama korkusu" alt temaları belirlenmiştir (Sobekwa ve Arunachallam, 2015). Hasta özellikleri ve hastalıkların doğası, çalışma ortamı ve güvenlikle ilgili sorunlar, iş yükü, görev tanımı ve eğitimle ilgili sorunlar önceki yıllarda yapılan çeşitli çalışmalarda ortak olarak gözlenmiştir (Jones ve Lowe 2003; Joubert ve Bhagwan, 2018; Lesinskiene vd., 2007; Sobekwa ve Arunachallam, 2015).

Ülkemizde benzer bir çalışmaya ulaşamamasıyla birlikte psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin rol aldıkları hemşirelik aktivitelerinin (Kes, 2018; Oflaz vd., 2021) ve sorunlu alanlara ilişkin görüşlerinin (Oflaz vd., 2021) araştırıldığı belirlenmiştir. Sonuçta hemşirelerin geleneksel rolleri (hasta gözlemi, tedavi uygulamaları, güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi gibi) yerine getirdikleri (Kes, 2018; Oflaz vd., 2021) ve fiziksel ortamın uygun olmaması, hemşire sayısının yetersiz olması, hasta-çalışan güvenliğini sağlayıcı standartların olmaması, destek ve güvenlik personeli eksikliği, hemşirelik dışı görevlerin yapılması öncelikli bildirilen sorunlar olarak saptanmıştır (Oflaz vd., 2021). Mevcut koşullar, karşılaşılan olumsuz durumlar, hemşirelerin psikiyatri servislerinde yatarak tedavi gören hasta grubunda ortaya çıkan davranışları yönetmelerini, bağımsız rollerini yerine getirmelerini ve hemşirelik bakımının kalitesini etkileyebilecek niteliktedir (Joubert ve Bhagwan, 2018). Psikiyatri hastaları için ön saflarda yer alan, psikiyatrik hemşirelik bakımını planlama, uygulama ve değerlendirme görevi olan hemşirelerin (Varcarolis ve Fosbre, 2020) bu sorunların üstesinden gelmesi ve psikiyatri hastalarına sunulan bakımın kalitesinin yükseltilmesi için öncelikle hemşirelerin zorlandıkları, eğitime, desteğe veya rehberliğe ihtiyaç duydukları klinik durumların belirlenmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda, bu çalışmada ülkemizdeki bölge psikiyatri

hastanelerinden birinde çalışmakta olan hemşirelerin, hastaya bakım verirken zorlandıkları klinik durumların belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma soruları:

- Psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin klinik durumlar karşısında zorlanma düzeyi nedir?
- Hemşirelerin yaşı, mesleki deneyim süresi, psikiyatri servisinde çalışma süresi ile her bir klinik durumun zorlanma düzeyi arasında ilişki var mıdır?
- Hemşirelerin cinsiyetine, medeni durumuna, eğitim düzeyine, mezun oldukları programa, çalıştıkları servise ve bakım verdikleri hasta popülasyonuna göre her bir klinik durumun zorlanma düzeyi arasında fark var mıdır?

YÖNTEM

Tasarım

Bu araştırma, kesitsel desende, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir anket çalışmasıdır (Büyüköztürk vd., 2024). Araştırmanın bağımlı değişkeni, psikiyatrik klinik durumlarıdır. Bağımsız değişkenleri ise, hemşirelerin demografik ve mesleki özellikleridir. Araştırmanın raporlanmasında Epidemiyolojide Gözlemsel Çalışmaların Raporlanmasının Güçlendirilmesi Bildirisi (STROBE) kesitsel çalışmalar kontrol listesi kullanılmıştır.

Katılımcılar

Bu araştırma, Eylül 2022 – Nisan 2024 tarihleri arasında yapılmıştır. Bölge ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerinin karmaşık ve ciddi ruh sağlığı sorunları için daha kapsamlı, uzmanlaşmış, uzun süreli tedavi ve rehabilitasyon hizmeti sunmaları, daha yüksek yatak kapasitesine sahip olmaları nedenleriyle araştırmanın, ülkemizde bir bölge ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde yapılmasına karar verilmiştir. Araştırmanın yürütülmesi için yakın ve erişilmesi kolay bir bölge ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi, uygun/elverişlilik (convenience) örnekleme yolu ile belirlenmiştir (Kılıç, 2013). Araştırmanın yürütüldüğü hastane 120 yatak kapasitelidir ve iki kadın, iki erkek, bir adli, bir alkol ve madde bağımlılığı tedavi merkezinden oluşmaktadır. Hastanenin tüm servisleri kapalı psikiyatri servisi niteliğindedir ve bireylerin hastaneye yatışı istemli, zorla veya zorunlu olabilmektedir. Bireylerin tedavi ve bakım görecekları servise karar verirken, cinsiyetleri ve psikiyatrik bozukluk tanıları göz önüne alınmaktadır. Acil psikiyatrik müdahale ve stabilizasyon gerektiren kriz durumlarında akut servislere; tedaviye dirençli, kronikleşmiş ve rehabilitasyon ihtiyacının olduğu uzun süre yatış gerektiren durumlarda kronik servislere yatışları yapılmaktadır. Hastanede toplam 66 hemşire iki vardiya ile çalışmakta olup yatan hastaların tedavi ve bakımlarında görev almaktadır. Bu nedenle araştırmanın evrenini 66 hemşire oluşturmaktadır. Evreni bilinen örneklem büyüklüğü hesabı ile $(n = \frac{N}{1 + (z^2 \cdot p(1-p)) / (e^2 \cdot N)})$ (n=örneklem büyüklüğü, N=evren, e=kabul edilebilir hata payı (margin of error), Z = güven aralığına karşılık gelen standart normal dağılımın z-skoru, (N)=66 (kişi), z-skoru (Z)=1.96 (güven düzeyi %95 için), hata payı (e) = 0,05 , %5) n=57 kişi olarak hesaplanmıştır. Araştırmacılar tarafından önceden belirlenen bölge hastanesindeki tüm hemşirelere ulaşıp, araştırma hakkında bilgi verilmiş ve araştırmaya davet edilmişlerdir. Araştırmaya aşağıdaki kriterleri sağlayan hemşireler dahil edilmiştir;

- Belirlenen bölge ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde yataklı psikiyatri servisi hemşiresi olarak çalışıyor olmak,
- Araştırmaya katılmak için gönüllü olmak,
- Türkçe okuyor ve anlayabiliyor olmak.

Veri toplama araçları

Verilerin toplanmasında katılımcılara ait bilgilere ulaşmak için Kişisel Bilgi Formu, araştırma verilerine ulaşmak için araştırmacılar tarafından literatür taraması (Jones ve Lowe 2003; Joubert ve Bhagwan, 2018; Lesinskiene vd., 2007; Sobekwa ve Arunachallam, 2015) sonucunda geliştirilen Psikiyatri Servisinde Karşılaşılan Klinik Durumlar Anketi kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Hemşirelerin bakım davranışları yaş, cinsiyet gibi demografik özelliklerden ve eğitim düzeyi, deneyim, çalışma ortamı gibi mesleki özelliklerden etkilenebilmektedir (Al-Maraira ve Hayajneh, 2020; Arsat vd., 2023; Idvall vd., 2012; Tomotaki vd., 2020). Bu nedenle hemşirelerin bakım vermekte zorlandıkları klinik durumlarla ilişkilerini değerlendirebilmek için demografik ve mesleki özelliklere ulaşmaya ihtiyaç vardır. Bu nedenle katılımcıların demografik ve mesleki özelliklerine ulaşmak için 9 soruluk (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, mezun olunan program, mesleki deneyim süresi, psikiyatri servisinde çalışma süresi, çalışılan birim ve çalışılan hasta popülasyonu) Kişisel Bilgi Formu oluşturulmuştur.

Psikiyatri Servisinde Karşılaşılan Klinik Durumlar Anketi: Araştırmacılar tarafından literatür (Jones ve Lowe 2003; Joubert ve Bhagwan, 2018; Lesinskiene vd., 2007; Sobekwa ve Arunachallam, 2015) esas alınarak geliştirilmiştir. Geliştirilen anketin içerik geçerliği uzman görüşünün alınması ve kapsam geçerlik indeksinin (KGİ) hesaplanması ile iç tutarlılığı ise Cronbach alfa katsayısı hesaplaması ile yapılmıştır. Bu doğrultuda, hazırlanan form psikiyatri hemşireliği alanından yedi uzmana görüş için gönderilmiştir. Başlangıçta anket formunda psikiyatri servislerinde hemşirelerin karşılaşılabileceği bakımla ilişkili 28 klinik duruma yer verilmiştir. Uzman görüşleri doğrultusunda her bir maddenin kapsam geçerlik indeksi hesaplanmıştır. Formun kapsam geçerliliği Davis Tekniği dikkate alınarak yapılmıştır. Davis (1992) tekniği uzman görüşlerini (a) “Uygun”, (b) “Madde hafifçe gözden geçirilmeli”, (c) “Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli” ve (d) “Madde uygun değil” şeklinde dördü derecelendirmektedir. Bu teknikte (a) ve (b) seçeneğini işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek maddeye ilişkin KGİ elde edilmektedir (Yusoff, 2019). Kapsam geçerlik indeksi değeri 0,80 ve üzerinde ise madde kabul edilmekte; altında ise elimine edilmesi önerilmektedir (Yurdugül, 2005). Her bir uzmanın form maddelerini değerlendirmesine göre maddelerin KGİ’lerinin 0,85-1,00 arasında değiştiği, her bir madde için hesaplanan değerlerin asgari değerden yüksek olduğu görülmüş ve uzmanlar arasında uyum olduğuna karar verilerek, madde elimine edilmemiştir. Bununla birlikte ek olarak madde önerisinde bulunan uzmanların önerileri dikkate alınarak forma üç madde eklenmiştir. Sonuçta 31 klinik durumu içeren forma ulaşılmış ve hemşirelerin hemşirelik bakımı sunarken bu durumlar karşısında yaşadıkları zorluk “1-asla zorlanmam”, “2-nadiren zorlanırım”, “3-sıklıkla zorlanırım”, “4-çok sık zorlanırım”, “5-her zaman zorlanırım” beşli Likert tipinde işaretlemeleri istenecek şekilde tasarlanmıştır. Anketten alınabilecek en düşük puan 31, en yüksek puan 155’tir. Anketten alınan toplam puan yükseldikçe, listelenen klinik durumlar karşısında zorlanma düzeyi artmaktadır. Anketin uygulanmasının ardından Cronbach’s alfa katsayısı değeri 0,95 olarak hesaplanmıştır. Bu değer, geliştirilen anketin örneklemin yanıtlarını ölçmede yüksek güvenilirliğe ve kararlılığına sahip olduğunu göstermektedir ($0,80 < R^2 < 1,00$ =yüksek güvenilirlik) (Karakaya ve Alparslan, 2022).

Verilerin toplanması

Araştırmanın dahil edilme kriterlerini karşılayan hemşirelere Katılımcı Bilgilendirme Formu, Onam Formu, Kişisel Bilgi Formu ve Psikiyatri Servisinde Karşılaşılan Klinik Durumlar Anketi araştırmacı tarafından yüz yüze iletilmiş ve geri toplanmıştır. Formların doldurulma süresi 5-10 dakikadır.

Etik beyan

Araştırma Helsinki Bildirgesi'nin yönergelerine uygun olarak, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'nun 2022/255 Protokol No ve 27.06.2022 tarihli ve 2022/07 toplantısında alınan etik onay ile yürütülmüştür. Katılımcılara araştırmacılar tarafından araştırmanın konusu, amacı, veri toplama araçları ile ilgili sözlü ve yazılı bilgi verilmiştir. Katılımcılar araştırmadan istedikleri zaman ayrılacaklarını bilerek, sözlü ve yazılı onamlarının ardından veri toplama formlarını doldurmuşlardır. Araştırmacıların adresleri ve iletişim numaraları katılımcılarla paylaşılmıştır.

İstatistik analiz

Verilerin değerlendirilmesi ve istatistiksel analizler IBM SPSS İstatistik 22 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Sayısal veriler için ortalama, standart sapma, en az ve en çok değerler gibi tanımlayıcı istatistikler; kategorik veriler için frekans ve yüzde değerleri incelenmiştir. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği incelenmiş ve literatürde kabul edilen çarpıklık ve basıklık katsayısı sonuçlarının +2 ile -2 arasında olması nedeniyle (Karagöz, 2016) verilerin normal dağılım gösterdiğine karar verilmiştir. Sürekli sayısal değişkenlerin birbirleriyle ilişkisini değerlendirmek için Pearson korelasyon testi, bağımsız kategorik değişkenlerle sayısal değişkenler arasındaki farkı değerlendirmek için Independent-t test ve tek yönlü ANOVA analizi kullanılmıştır. İstatistiksel karar vermede anlamlı bir farklılığı belirtmek için $p < 0,05$ değeri kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya 52 hemşire katılmıştır. Böylece araştırmanın yürütüldüğü hastanede çalışan hemşirelerin %78,78'ine ulaşılmıştır. Hemşirelerin %76,9'u (n=40) kadın, yaş ortalamaları $37,71 \pm 6,24$ yıl, %75'i (n=39) evli ve %76,9'u (n=40) lisans mezunudur. Hemşirelerin mesleki deneyim süreleri yıl ortalamaları $15,77 \pm 7,21$ ve psikiyatri servisinde çalışma süreleri yıl ortalamaları $7,89 \pm 5,20$ 'dir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %63,5'ü (n=33) akut serviste, %36,5'i (n=19) erkek hastalarla çalışmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri

Özellikler	Ort ± SS	Min-Max
Yaş (yıl)	$37,71 \pm 6,24$	28-50 yıl
Mesleki Deneyim Süresi (yıl)	$15,77 \pm 7,21$	4- 31 yıl
Psikiyatri Servisinde Çalışma Süresi (yıl)	$7,89 \pm 5,20$	6 ay-21 yıl
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	40	76,9
Erkek	12	23,1
Medeni Durum		
Bekar	13	25,0
Evli	39	75,0
Eğitim düzeyi		
Lise	1	1,9
Önlisans	4	7,7
Lisans	40	76,9
Yüksek lisan/doktora	7	13,5

Tablo 1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri (Devamı)

Mezun olunan program		
Hemşirelik	45	86,5
Sağlık memurluğu	7	13,5
Çalışılan Servis		
Akut servis	33	63,5
Kronik servis	4	7,7
Özelleşmiş servis (AMATEM vb.)	15	28,8
Bakım Verilen Hasta Popülasyonu		
Erkek	19	36,5
Kadın	18	34,6
Karma	15	28,8

Ort: Ortalama; SS: Standart sapma, Min: en az değer, Max: en fazla değer

Otuz bir klinik durumdan oluşan Psikiyatri Servisinde Karşılaşılan Klinik Durumlar Anketi'nden alınan toplam puan ortalaması $55,71 \pm 17,09$ 'dur. Hemşirelerin psikiyatri servisinde hastalara hemşirelik bakımı sunarken zorluk yaşadıkları klinik durumlar Tablo 2'de sunulmuştur. Buna göre en çok zorlanılan klinik durumun "başkalarına zarar verme riski ve girişi" ($2,60 \pm 0,85$) olduğu belirlenmiştir. Bunu "kendine zarar verme riski ve girişi" ($2,54 \pm 0,92$) ve "intihar riski ve girişi" ($2,48 \pm 0,92$) takip etmiştir. Hemşirelerin en az zorlandıkları klinik durumun "ek bir kronik fiziksel hastalığının (diyabet, hipertansiyon gibi) olması" ($1,44 \pm 0,89$) ve "ağız dış sağlığı sorunları" ($1,38 \pm 0,72$) gibi psikiyatri hastalarının fiziksel sorunları olduğu saptanmıştır.

Tablo 2. Psikiyatri Servisinde Karşılaşılan Klinik Durumlarda Hemşirelerin Zorlanma Düzeyleri

Maddeler	Ort.	SS	Asla zorlanmam n (%)	Nadiren zorlanırım n (%)	Sıklıkla zorlanırım n (%)	Çok sık zorlanırım n (%)	Her zaman zorlanırım n (%)
Başkalarına zarar verme riski ve girişi	2,60	0,85	3 (5,8)	23 (44,2)	19 (36,5)	6 (11,5)	1 (1,9)
Kendine zarar verme riski ve girişi	2,54	0,92	5 (9,6)	23 (44,2)	16 (30,8)	7 (13,5)	1 (1,9)
İntihar riski ve girişi	2,48	0,92	5 (9,6)	25 (48,1)	16 (30,8)	4 (7,7)	2 (3,8)
Dezorganize (dağınık) davranışlar	2,13	0,86	9 (17,3)	33 (63,5)	5 (9,6)	4 (7,7)	1 (1,9)
Manipülatif davranışlar	2,12	1,01	15 (28,8)	23 (44,2)	8 (15,4)	5 (9,6)	1 (1,9)
Klinik kurallara uyumda sorun	2,08	1,14	18 (34,6)	22 (42,3)	5 (9,6)	4 (7,7)	3 (5,8)
Cinsel içerikli davranışlar	2,00	0,77	13 (25)	28 (53,8)	9 (17,3)	2 (3,8)	-
Mental (oryantasyon, dikkat, hafıza, bilinç) sorunlar	1,94	1,06	22 (42,3)	18 (34,6)	6 (11,5)	5 (9,6)	1 (1,9)
Halüsinasyonlar (varsanı)	1,90	0,82	16 (30,8)	28 (53,8)	6 (11,5)	1 (1,9)	1 (1,9)
Terapötik iş birliği kurulamaması	1,88	0,92	22 (42,3)	17 (32,7)	10 (19,2)	3 (5,8)	-
Yoksunluk belirtileri	1,88	0,94	22 (42,39)	17 (32,7)	11 (21,2)	1 (1,9)	1 (1,9)
İçgörü yokluğu	1,87	0,89	20 (38,5)	23 (44,2)	5 (9,6)	4 (7,7)	-
Hezeyanlar (sanrı)	1,85	0,87	20 (38,5)	23 (44,2)	7 (13,5)	1 (1,9)	1 (1,9)
Dürtüsellik	1,81	0,72	18 (34,6)	27 (51,9)	6 (11,5)	1 (1,9)	-

Tablo 2. Psikiyatri Servisinde Karşılaşılan Klinik Durumlarda Hemşirelerin Zorlanma Düzeyleri (Devamı)

	1,79	0,94	24 (46,2)	19 (36,5)	6 (11,5)	2 (3,8)	1 (1,9)
Ataklara (konversif, panik, MI) müdahaleler							
Kendi kendine bakımını yapamaması	1,79	0,96	24 (46,2)	19 (36,5)	7 (13,5)	-	2 (3,8)
İlaç kullanma reddi	1,71	0,96	29 (55,8)	13 (25)	6 (11,5)	4 (7,7)	-
Sözel iletişim kuramama	1,67	0,65	22 (42,3)	25 (48,1)	5 (9,6)	-	-
Ruminasyon	1,63	0,74	26 (50,0)	20 (38,5)	5 (9,6)	1 (1,9)	-
Uyaranlara abartılı tepkiler	1,62	0,63	24 (46,2)	24 (46,2)	4 (7,7)	-	-
Depresif semptomlar	1,58	0,75	29 (55,8)	17 (32,7)	5 (9,6)	1 (1,9)	-
Uyku sorunları	1,58	0,92	32 (61,5)	14 (26,9)	3 (5,8)	2 (3,8)	1 (1,9)
İlaç yan etkilerinin yönetimi	1,54	0,70	29 (55,8)	19 (36,5)	3 (5,8)	1 (1,9)	-
İçselleştirilmiş damgalama	1,52	0,70	30 (57,7)	18 (34,6)	3 (5,8)	1 (1,9)	-
Anksiyete (iç sıkıntısı)	1,50	0,75	32 (61,5)	16 (30,8)	2 (3,8)	2 (3,8)	-
Metabolik sendrom	1,50	0,70	31 (59,6)	17 (32,7)	3 (5,8)	1 (1,9)	-
Yetersiz duygusal tepkiler	1,48	0,70	32 (61,5)	16 (30,8)	3 (5,8)	1 (1,9)	-
Beslenme sorunları	1,46	0,80	35 (67,3)	12 (23,1)	4 (7,7)	-	1 (1,9)
Sosyal izolasyon	1,44	0,70	34 (65,4)	14 (26,9)	3 (5,8)	1 (1,9)	-
Ek bir kronik fiziksel hastalığının olması (Diyabet, hipertansiyon gibi)	1,44	0,89	37 (71,2)	11 (21,2)	2 (3,8)	-	2 (3,8)
Ağız dış sağlığı sorunları	1,38	0,72	37 (71,2)	12 (23,1)	1 (1,9)	2 (3,8)	-

MI: Miyokard İnfarktüsü; Ort: Ortalama; SS: Standart sapma, n: Sayı, %: Yüzde

Hemşirelerin cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyleri, mezun oldukları program, çalıştıkları servis ve bakım verdikleri hasta popülasyonuna göre anket toplam puanı ve her bir klinik durumun zorlanma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Hemşirelerin yaş, mesleki deneyim süreleri ve psikiyatri servisinde çalışma süreleri ile anket maddelerine verdikleri yanıtların ilişkisi Tablo 3'te gösterilmiştir.

Hemşirelerin yaşı ile anket toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0,05$); intihar riski ve girişimini yönetmekte zorlanma ($r = -0,31$, $p=0,02$) ve kendine zarar verme riski ve girişimini yönetmekte zorlanma ($r = -0,30$, $p=0,03$) puanları arasında negatif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır. Yani hemşireler yaşları arttıkça, intihar riski ve girişimini ve kendine zarar verme riski ve girişimini yönetmekte daha az zorlanmaktadırlar (Tablo 3).

Hemşirelerin mesleki deneyim süreleri ile ankete verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0,05$); psikiyatri servislerinde çalışma süreleri ile anket toplam puanları arasında negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r = -0,32$, $p=0,02$). Buna göre hemşirelerin psikiyatri servislerinde çalışma süreleri arttıkça, psikiyatri servisinde karşılaşılan klinik durumlar karşısında zorlanma puanları azalmıştır. Ayrıca hemşirelerin psikiyatri servislerinde çalışma süreleri ile ilaç yan etkilerinin yönetiminde ($r = -0,43$, $p=0,002$) ve kendine zarar verme riski ve girişimini yönetmekte zorlanma ($r = -0,41$, $p=0,002$) puanları arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır (Tablo 3).

Hemşirelerin psikiyatri servislerinde çalışma süreleri ile klinik kurallara uyumda sorun ($r=-0,37$, $p=0,008$), başkalarına zarar verme riski ve girişimi ($r = -0,36$, $p=0,009$), intihar riski ve girişimi ($r=-0,36$, $p=0,01$), kendi kendine bakımını yapamaması ($r=-0,36$, $p=0,01$), dürtüsellik ($r=-0,33$, $p=0,02$), ilaç kullanma reddi ($r=-0,32$, $p=0,02$), uyku sorunları ($r = -0,31$, $p=0,03$), uyaranlara abartılı tepkiler ($r=-0,30$, $p=0,03$) ve terapötik iş birliği kurulamaması ($r=-0,30$, $p=0,03$) durumlarını yönetmekte zorlanma puanları arasında negatif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır. Buna göre, hemşirelerin psikiyatri servisinde çalışma süreleri arttıkça, ilaç yan etkilerini, kendine zarar verme riski ve girişimini, klinik kurallara

uyumda sorun yaşayan hastaları, başkalarına zarar verme riski ve girişimini, intihar riski ve girişimini, kendi kendine bakımını yapamayan hastaları, dürtüsellığı, ilaç kullanma reddini, uyku sorunlarını, uyarılara abartılı tepkiler veren hastaları ve terapötik iş birliği kurmakta zorlanma puanları azalmaktadır (Tablo 3).

Tablo 3. Psikiyatri Servisinde Karşılaşılan Klinik Durumlarda Hemşirelerin Zorlanma Düzeyleri ile Sürekli Sayısal Değişkenlerin İlişkisi

Klinik Durumlar	Yaş	Mesleki Deneyim Süresi	Psikiyatri Servisinde Çalışma Süresi
Anket Toplam Puanı	$r=-0,10$; $p=0,47$	$r=-0,08$; $p=0,56$	$r=-0,32$; $p=0,02$
İntihar riski ve girişimi	$r=-0,31$; $p=0,02$	$r=-,024$; $p=0,08$	$r=-0,36$; $p=0,01$
Kendine zarar verme riski ve girişimi	$r=-0,30$; $p=0,03$	$r=-,021$; $p=0,12$	$r=-0,41$; $p=0,002$
İlaç yan etkilerinin yönetimi	$r=-0,16$; $p=0,25$	$r=-0,14$; $p=0,31$	$r=-0,43$; $p=0,002$
Klinik kurallara uyumda sorun	$r=-0,11$; $p=0,43$	$r=-0,14$; $p=0,32$	$r=-0,37$; $p=0,008$
Başkalarına zarar verme riski ve girişimi	$r=-0,24$; $p=0,07$	$r=-0,13$; $p=,034$	$r=-0,36$; $p=0,009$
Kendi kendine bakımını yapamaması	$r=-0,25$; $p=0,07$	$r=-0,25$; $p=0,06$	$r=-0,36$; $p=0,010$
Dürtüsellik	$r=-0,01$; $p=0,92$	$r=-0,03$; $p=0,78$	$r=-0,33$; $p=0,018$
İlaç kullanma reddi	$r=-,010$; $p=0,48$	$r=-0,08$; $p=0,57$	$r=-0,32$; $p=0,02$
Uyku sorunları	$r=-0,12$; $p=,037$	$r=-0,12$; $p=0,38$	$r=-0,31$; $p=0,03$
Uyarılara abartılı tepkiler	$r=0,02$; $p=0,85$	$r=0,06$; $p=0,63$	$r=-0,30$; $p=0,03$
Terapötik iş birliği kurulamaması	$r=-0,13$; $p=,035$	$r=-0,14$; $p=0,31$	$r=-0,30$; $p=0,03$
İçgörü yokluğu	$r=-0,07$; $p=0,61$	$r=-0,06$; $p=0,62$	$r=-0,23$; $p=0,08$
Depresif semptomlar	$r=-,005$; $p=0,71$	$r=-0,05$; $p=0,68$	$r=-0,23$; $p=0,09$
Anksiyete (iç sıkıntısı)	$r=-0,04$; $p=0,75$	$r=-0,02$; $p=0,84$	$r=-0,22$; $p=0,10$
Sosyal izolasyon	$r=-0,11$; $p=0,40$	$r=-0,08$; $p=0,55$	$r=-0,22$; $p=0,10$
Yetersiz duygusal tepkiler	$r=-0,06$; $p=0,66$	$r=-0,03$; $p=0,78$	$r=-0,22$; $p=0,11$
Metabolik sendrom	$r=-0,05$; $p=0,71$	$r=-0,06$; $p=0,62$	$r=-0,18$; $p=0,18$
Beslenme sorunları	$r=-0,12$; $p=0,39$	$r=-0,09$; $p=0,51$	$r=-0,18$; $p=0,18$
Ruminasyon	$r=0,07$; $p=0,60$	$r=0,06$; $p=0,62$	$r=-0,17$; $p=0,21$
Halüsinasyonlar (varsanı)	$r=-0,05$; $p=0,67$	$r=-0,03$; $p=0,83$	$r=-0,15$; $p=0,27$
İçselleştirilmiş damgalama	$r=0,01$; $p=0,93$	$r=0,03$; $p=0,79$	$r=-0,14$; $p=0,30$
Cinsel içerikli davranışlar	$r=-0,09$; $p=0,52$	$r=-0,11$; $p=0,42$	$r=-0,13$; $p=0,34$
Dezorganize (dağınık) davranışlar	$r=0,03$; $p=0,79$	$r=0,02$; $p=0,88$	$r=-0,12$; $p=0,36$
Ataklara (konversif, panik, MI) müdahaleler	$r=-0,09$; $p=0,49$	$r=-0,07$; $p=0,61$	$r=-0,11$; $p=0,40$
Hezeyanlar (sanrı)	$r=-0,15$; $p=0,27$	$r=-0,06$; $p=0,63$	$r=-0,11$; $p=0,42$
Manipülatif davranışlar	$r=0,03$; $p=0,83$	$r=-0,01$; $p=0,93$	$r=-0,11$; $p=0,43$
Ek bir kronik fiziksel hastalığının olması (Diyabet, hipertansiyon gibi)	$r=0,11$; $p=0,43$	$r=0,11$; $p=0,41$	$r=-0,10$; $p=0,47$
Yoksunluk belirtileri	$r=0,05$; $p=0,70$	$r=0,04$; $p=0,76$	$r=-0,07$; $p=0,62$
Ağız dış sağlığı sorunları	$r=0,17$; $p=0,20$	$r=0,17$; $p=0,21$	$r=-0,05$; $p=0,71$
Sözel iletişim kuramama	$r=0,03$; $p=0,83$	$r=0,01$; $p=0,91$	$r=-0,04$; $p=0,75$
Mental (oryantasyon, dikkat, hafıza, bilinç) sorunlar	$r=0,12$; $p=0,38$	$r=0,13$; $p=0,35$	$r=0,006$; $p=0,96$

MI: Miyokard Enfarktüsü; r =Pearson Correlation, $p<0,05$

TARTIŞMA

Bu çalışma, bir bölge ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde yataklı servislerde çalışan hemşirelerin psikiyatri hastalarına bakım verirken karşılaştıkları klinik durumlar karşısında ne düzeyde zorlandıklarını ortaya koymuştur. Araştırma sonucuna göre psikiyatri servisinde çalışan hemşireler hemşirelik bakımı sunarken en çok hastaların “başkalarına zarar verme riski ve girişimi” karşısında zorlanmışlardır. Bunu “kendine zarar verme riski ve girişimi” ile “intihar riski ve girişimi” takip etmiştir.

Psikiyatri kliniklerinde hastaların kendilerine, diğer hastalara veya sağlık çalışanlarına zarar verme riskleri ve girişimleri agresif olaylar olarak tanımlanmaktadır ve bu durum psikiyatri servislerinde sık karşılaşılan önemli bir klinik sorundur (Cornaggia vd., 2011). Psikiyatri kliniklerinde agresif olayların yaygınlığını değerlendiren sistematik inceleme ve meta-analizlerin sonuçları incelendiğinde Weltens ve arkadaşları (2021) agresif olayların yaygınlığını %8-76 arasında raporlamış; di Giacomo ve arkadaşları (2020) ise %18 olarak saptamıştır. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin maruz kaldığı agresif olayların yaygınlığı %11,4-97,6 arasında raporlanırken (Jang vd., 2022); psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin en sık belirlenen eğitim ihtiyaçları arasında şiddet, saldırganlık ve gerilimi azaltmanın pratik yönetimine yönelik eğitim (%64,4; n=253) ilk sırada bildirilmiştir (Joubert ve Bhagwan, 2018). Hem literatür hem de bu çalışmanın sonuçlarına göre, psikiyatri kliniklerinde agresif olaylar halen yönetilmekte zorlanılan bir konu olmaya devam etmektedir (Cutler vd., 2020). Diğer taraftan hemşirelik uygulamalarının genellikle güvenliği teşvik etmekten ziyade risk yönetimine yönelik olduğunu bildiren bir çalışmanın bulgusu, hemşirelerin hastaların güvenlik duygusunun geliştirilmesine odaklanması gerektiğini düşündürmektedir (Vandewalle vd., 2018). Psikiyatri hemşirelerinin hasta güvenliği konusunda hastalarla güç ve sorumluluğu paylaşmaları, intihar düşüncesi ve duygusal zarar gibi spesifik rahatsızlıkları olan hastalarla işbirlikçi güvenlik yönetimine katılma konusunda gelişmelerinin sağlanması önemli görünmektedir (Huckshorn, 2014). Bu, tespit ve tecrit yöntemlerini de azaltabilir.

Dezorganize, manipülatif, cinsel içerikli davranış ve kurallara uyma konusunda zorlanmanın da diğer klinik durumların önünde olduğu görülmüştür. Benzer şekilde Joubert ve Bhagwan (2018) çalışmalarında yataklı psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin en sık karşılaştığı davranış sorunları arasında manipülatif davranışlar ilk sırada (%65,3; n=258), dezorganize davranışlar altıncı sırada (%45,8; n=185) bildirilmiştir. Araştırmamızda dezorganize davranışlarda zorlanmanın daha yüksek olması, katılımcıların çoğunun akut serviste çalışmasından kaynaklanmış olabilir. Hayward ve arkadaşları (2005) çeşitli ortamlarda çalışan psikiyatri profesyonellerinin hastalarla çalışırken karşılaştıkları durumlar karşısında zorlanma düzeyleri ve bunları ne düzeyde sıkıntı verici bulduklarını araştırmışlardır. Çalışma sonuçlarına göre, ilk sırada en çok zorlanılan kasıtlı olarak personelin dikkatini çekmeye çalışan, aldatıcı ve sapkın davranan, personeli birbirine düşüren ve hiçbir iyi nedeni yokken sorun çıkaran manipülatif hasta davranışlarından oluşan bir kümeyi (varyansın %26,1'i); ikinci sırada ise fiziksel ve sözel saldırganlık gösteren, öfke patlamaları olan, dürtüsel davranan, kendine zarar veren ve diğer hastalarla sorun yaratan davranışları olan, intihara teşebbüs eden hasta davranışlarından oluşan bir kümeyi (varyansın %7,3'ü) tanımlamışlardır. Katılımcıların ayrıca hem manipülatif hem de kendine ve başkasına karşı agresif davranışları olan hastalarla çalışmayı sıkıntı verici buldukları belirtilmiştir (varyansın %9,1'i). Bu sonuçlar üzerine araştırmacılar ortaya çıkan zorlayıcı davranış kümelerinden oluşan farklı hasta profilleri (manipülatif, agresif, kendine zarar veren) içeren senaryolar oluşturmuş ve bir yıl aradan sonra çalışanlardan yeniden veri toplamışlardır. Sonucunda, psikiyatri profesyonellerinin en çok zorlandığı (agresif ($F_{(1, 34)}=11,5$, $p=0,002$), kendine zarar veren ($F_{(1, 34)}=8,8$, $p=0,002$)) ve en çok sıkıntı verici bulunduğu (agresif ($F_{(1, 34)}=18,9$, $p<0,001$) ve kendine zarar veren ($F_{(1, 34)}=33,0$, $p<0,001$)) hastalar agresif ve kendine zarar verme davranışı olan hastalar olmuştur. Manipülatif davranışlar zorlayıcı olsa da agresif davranışlar yine çalışmakta zorlanılan hastaları tanımlamada ilk sırada yer alarak araştırmamızın bulgularıyla benzerlik göstermiştir.

Tüm bunlar psikiyatri servislerinde bakım vermekte ve yönetilmekte zorlanılan, sağlık çalışanları için endişe ve sıkıntı yaratan durumların hasta güvenliğiyle ilişkili durumlar olduğunu göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hasta güvenliğini “hastaya önlenebilir bir zararın verilmemesi ve sağlık bakımıyla ilişkili gereksiz zarar riskinin kabul edilebilir bir minimum seviyeye indirilmesi” olarak tanımlamaktadır (World Health Organization [WHO] ve WHO Patient Safety, 2010). Yanlış tanı, yanlış tedavi, hastane enfeksiyonları, düşmeler gibi genel hastane ortamlarında görülebilecek hasta güvenliğini tehlikeye sokan risklerle birlikte psikiyatri servislerinde bir takım özel riskler de bulunmaktadır. Psikiyatri kliniklerinde hasta güvenliğini araştıran bir sistematik incelemeye göre, 1) başkalarına zarar verme, agresyon ve kişilerarası şiddet, 2) agresif olaylar karşısında tespit ve tecrit gibi zorlayıcı müdahaleler, 3) sınır belirleme, mekanik kısıtlama, risk değerlendirmesi, bakımın sürekliliği için hemşirelik nöbeti devri, gözlem, koruma, tedavi gibi yöntemlerin benimsendiği güvenlik kültürü, 4) kendine zarar verme, intihar davranışı ve kendini ihmal etme, 5) fiziksel çevrenin güvenliği, 6) ilaç yönetimi sürecinde meydana gelen hatalarla ilişkili ilaç güvenliği, 7) istemsiz yatışlar ve kaçma davranışları, 8) klinik karar verme süreçleri, 9) yaş, psikiyatrik tanı veya ilaçlara bağlı düşmeler, 10) enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü kategorileri psikiyatri kliniklerinde hasta güvenliğiyle ilgili sırasıyla en çok araştırılan durumlardır. Buna rağmen araştırma kanıt düzeylerinin orta-kötü arasında değiştiği ve yataklı ruh sağlığı ortamlarında hasta güvenliğinin, diğer ruh sağlığı dışı yatan hasta ortamlarıyla karşılaştırıldığında daha az araştırıldığı bildirilmiştir (Thibaut vd., 2019).

Bu çalışmanın bir diğer bulgusu hemşirelerin yaşları arttıkça, intihar ve kendine zarar verme riski ve girişimini yönetmekte daha az zorlandıkları; psikiyatri servisinde çalışma süreleri arttıkça, hasta bakımı sürecinde karşılaşılan klinik durumlar karşısında daha az zorlandıklarıdır. Bu sonuç yaş ve deneyimin klinik durumlar karşısında zorlanma düzeyini etkilediğini göstermektedir. Hemşirelerde klinik durumlarla başetmeyi dayanıklılık ile açıklayan çalışma sonuçlarına göre; yaş ve deneyim, dayanıklılığın bir göstergesi olarak belirlenmiştir (Abram ve Jacobowitz, 2021). Bu sonuçlar, yaş ve deneyimle birlikte dayanıklılık arttığı için klinik durumların daha iyi yönetilebildiğini düşündürmektedir. Ayrıca araştırmamıza göre mesleki çalışma süresinin ankette yer alan klinik durumlarda zorlanmayı etkilemediği dikkati çekmektedir. Böyle özelleşmiş alanlarda istihdam edilen hemşirelerin mesleki deneyimi olsa dahi psikiyatrik bozukluğu olan hastalara bakım verme sürecinde ekstra desteğe, eğitime, rehberliğe ihtiyacı olduğu anlamına gelir. İdeali, psikiyatri hemşirelerinin istihdam edilmesidir. Değerli diğer seçenek, psikiyatri birimlerinde hemşirelik hizmetleri sertifikalı eğitim programı sonucunda sertifikaya sahip hemşirelerin istihdam edilmesi ya da halihazırda çalışan hemşirelerin sertifika programına katılmalarıdır. Ayrıca yaş ve deneyimin klinik durumları yönetmekte olumlu bir belirleyici olmaları nedeniyle deneyimli hemşirelerin genç meslektaşlarına mentorluk yapması, vaka bazlı süpervizyon sağlanması, hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi önerilmektedir.

Sınırlılıklar

Çalışma tek bir bölge ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde yürütülmüştür. Bu nedenle çalışma sonuçlarının farklı hastanelere aktarılabilirliği ve genellenebilirliği etkilenmektedir. Örneklem büyüklüğü hemşirelerin vardiyalı çalışmalarından, iş yoğunluklarından olumsuz etkilenmiştir. Veri toplama aracı literatür ve uzman görüşü doğrultusunda hazırlanmış olsa da konuyla ilgili ölçüm aracının eksikliği diğer bir sınırlılıktır. Veriler, hemşirelerin beyanlarına göre toplanmış olup, seçici hafızaları veya veri toplanılan zaman yanıtları etkilemiş olabilir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırma sonucuna göre, psikiyatri servisinde çalışan hemşireler, hemşirelik bakımı sunarken en çok hastaların güvenliğini tehdit eden klinik durumlarda riski belirlemekte ve yönetmekte zorlanmaktadır. Hemşirelerin zorlanma düzeyleri yaşları ve

psikiyatri servisi deneyim sürelerinden etkilenmektedir. Bu doğrultuda psikiyatri servislerinde güvenlik protokolleri oluşturma ve ortam düzenlemeleri yapma, hemşirelere başkalarına zarar verme riski taşıyan hastalarla çalışma konusunda, klinik becerilerini ve problem çözme yeteneklerini geliştirecek eğitimler verme, hastaların risk seviyelerini değerlendirme ve bu risklere göre kanıt temelli tedbirler alma ihtiyacı olduğu görülmektedir. Deneyimli hemşirelerle diğer hemşireler arasında açık iletişim ve destek kültürü teşvik edilebilir. Ayrıca benzer araştırmaların geniş örnekleme yapılması, Kişisel Bilgi Formu'na hemşirelerin Psikiyatri Birimlerinde Hemşirelik Hizmetleri Sertifikasının varlığı, psikiyatri servisinde çalışma isteği, doyum düzeyi, sağlık durumuyla ilgili soruların eklenmesi önerilir.

Araştırmanın Etik Yönü/Ethics Committee Approval: Bu araştırma, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'nun 2022/255 Protokol No ve 27.06.2022 tarihli ve 2022/07 toplantısında alınan etik onay ile yürütülmüştür.

Çıkar Çatışması/Conflict of Interest: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Hakem/Peer-review: Dış hakem bağımsız.

Yazar Katkısı/Author Contributions: Fikir/Kavram – NY; Tasarım – NY, MB; Denetleme – NY, MB; Veri Toplama ve Analiz – MB; Literatür Taraması – MB, NY; Makale Yazımı – MB, NY; Eleştirel İnceleme – NY.

Finansal Destek/Financial Disclosure: Çalışmanın yürütülmesinde herhangi bir kurumsal veya finansal destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

- Abram MD, Jacobowitz W. (2021). Resilience and burnout in healthcare students and inpatient psychiatric nurses: A between-groups study of two populations. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35, 1-8. doi: 10.1016/j.apnu.2020.10.008
- Al-Maraira OA, Hayajneh FA. (2020). Correlates of psychiatric staff's attitude toward coercion and their sociodemographic characteristics. *Nurs Forum*, 55, 603-610. doi:10.1111/nuf.12476
- Arsat N, Lah NASN, Thomas DC, Soong SF, Chong LT, Sawatan W, et al. (2023). The effect of work setting and demographic factors on caring behaviour among nurses in the public hospitals and public health services, Sabah, Malaysia. *BMC Nurs*, 22, 194. doi:10.1186/s12912-023-01359-w
- Büyüköztürk Ş, Kılıç Çakmak E, Akgün ÖE, Karadeniz Ş, Demirel F. (2024). *Eğitimde bilimsel araştırma yöntemleri* (35. Baskı). Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
- Cornaggia CM, Beghi M, Pavone F, Barale F. (2011). Aggression in psychiatry wards: A systematic review. *Psychiatry Research*, 189, 10-20. doi: 10.1016/j.psychres.2010.12.024
- Cutler NA, Sim J, Halcomb E, Moxham L, Stephens M. (2020). Nurses' influence on consumers' experience of safety in acute mental health units: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 29, 4379-4386. doi: 10.1111/jocn.15480
- Davis L. (1992). Instrument review: Getting the most from your panel of experts. *Applied Nursing Research*, 5, 104-107. doi: 10.1016/S0897-1897(05)80008-4
- di Giacomo E, Iozzino L, Ferrari C, Strozza C, Large M, Nielssen O, et al. (2020). Prevalence and risk factors of violence by psychiatric acute inpatients: Systematic review and meta-analysis—A 2019 update. B Carpiniello, A Vita, C Mencacci (Ed.), *Violence and mental disorders. Comprehensive approach to psychiatry* in (First ed., 181–202). Springer. doi: 10.1007/978-3-030-33188-7_10
- Hayward P, Tilley F, Derbyshire C, Kuipers E, Grey S. (2005). "The ailment" revisited: Are "manipulative" patients really the most difficult? *Journal of Mental Health*, 14, 291-303. doi: 10.1080/09638230500136423
- Huckshorn KA. (2014). Reducing seclusion and restraint use in inpatient settings: a phenomenological study of state psychiatric hospital leader and staff experiences. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 52, 40-47. doi: 10.3928/02793695-20141006-01
- Hurley J, Lakeman R, Linsley P, Ramsay M, McKenna-Lawson S. (2022). Utilizing the mental health nursing workforce: A scoping review of mental health nursing clinical roles and identities. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31, 796-822. doi:10.1111/inm.12983
- Ivdall E, Berg A, Katajisto J, Acaroglu R, Luz MDAD, Efstathiou G, et al. (2012). Nurses' sociodemographic background and assessments of individualized care. *Journal of Nursing Scholarship*, 44, 284-293. doi:10.1111/j.1547-5069.2012.01463.x
- Jang SJ, Son YJ, Lee H. (2022). Prevalence, associated factors and adverse outcomes of workplace violence towards nurses in psychiatric settings: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31, 450-468. doi: 10.1111/inm.12951

- Jones J, Lowe T. (2003). The education and training needs of qualified mental health nurses working in acute adult mental health services. *Nurse Education Today*, 23, 610-619. doi: 10.1016/s0260-6917(03)00101-1
- Joubert PD, Bhagwan R. (2018). An empirical study of the challenging roles of psychiatric nurses at in-patient psychiatric facilities and its implications for nursing education. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 9, 49-56. doi: 10.1016/j.ijans.2018.08.001
- Kaçmaz ED, Çam O. (2019). Psikiyatri hastalarına bakım veren hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşim düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 10, 65-74. doi: 10.14744/phd.2018.83702
- Karagöz Y. (2016). *SPSS ve AMOS 23 uygulamalı istatistiksel analizler*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Karakaya SPY, Alparslan ZN. (2022). Sample size in reliability studies: A practical guide based on cronbach's alpha. *Psychiatry and Behavioral Sciences*, 12, 150-157. doi: 10.5455/PBS.20220127074618
- Kes E. (2018). *Bir üniversite hastanesinin psikiyatri kliniğinde hemşirelik hizmetlerinde iş örnekleme uygulaması*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Karabük.
- Kılıç S. (2013). Örnekleme yöntemleri. *Journal of Mood Disorders*, 3, 44-6. doi: 10.5455/jmood.20130325011730
- Lesinskiene S, Jegorova N, Ranceva N. (2007). Nursing of young psychotic patients: analysis of work environments and attitudes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 758-764. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01187.x
- Merecz D, Rymaszewska J, Mościcka A, Kiejna A, Jarosz-Nowak J. (2006). Violence at the workplace- A questionnaire survey of nurses. *European Psychiatry*, 21, 442-450. doi: 10.1016/j.eurpsy.2006.01.001
- Oflaz F, Boyacıoğlu NE, Yılmaz S, Sukut Ö, Doğan N, Enginkaya S. (2021). Psikiyatri birimlerinde çalışan hemşirelerin profili: İstanbul örneği. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 12, 188-197. doi: 10.14744/phd.2021.59672
- Sobekwa ZC, Arunachallam S. (2015). Experiences of nurses caring for mental health care users in an acute admission unit at a psychiatric hospital in the Western Cape Province. *Curationis*, 38, 1-9. doi: 10.4102/curationis.v38i2.1509
- Thibaut B, Dewa LH, Ramtale SC, D'Lima D, Adam S, Ashrafian H, et al. (2019). Patient safety in inpatient mental health settings: A systematic review. *BMJ Open*, 9, e030230. doi: 10.1136/bmjopen-2019-030230
- Tomotaki A, Fukahori H, Sakai I. (2020). Exploring sociodemographic factors related to practice, attitude, knowledge, and skills concerning evidence-based practice in clinical nursing. *Japan Journal of Nursing Science*, 17, e12260. doi:10.1111/jjns.12260
- Vandewalle J, Malfait S, Eeckloo K, Colman R, Beeckman D, Verhaeghe S, et al. (2018). Patient safety on psychiatric wards: A cross-sectional, multilevel study of factors influencing nurses' willingness to share power and responsibility with patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(2), 877-890. doi: 10.1111/inm.12376
- Varcarolis EM, Fosbre CD. (2020). *Essentials of psychiatric mental health nursing: A communication approach to evidence-based care*. Elsevier Health Sciences.
- Weltens I, Bak M, Verhagen S, Vandenberk E, Domen P, van Amelsvoort T, et al. (2021). Aggression on the psychiatric ward: Prevalence and risk factors: A systematic review of the literature. *PloS One*, 16, e0258346.
- World Health Organization (WHO), WHO Patient Safety. (2010). The conceptual framework for the international classification for patient safety. WHO/IER/PSP/2010.2
- Yurdugül H. (2005). Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi (28-30 Eylül 2005, Denizli), Kongre Kitabı, 1-6.
- Yusoff MSB. (2019). ABC of content validation and content validity index calculation. *Education in Medicine Journal*, 11, 49-54. doi: 10.21315/eimj2019.11.2.6

Derleme

Hemşireliğin Sağlık Ekonomisine Etkisi Impact of Nursing on Health Economics

Cemal ÖZALP^a, Gülçin AVŞAR^b

^aÖğr. Gör., Muş Alparslan Üniversitesi, Malazgirt Meslek Yüksek Okulu, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, Muş, Türkiye

^bProf. Dr., Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Erzurum, Türkiye

Geliş tarihi/Date of receipt: 26/04/2023

Kabul tarihi/ Date of acceptance: 26/07/2024

ÖZ

Dünya ülkelerinin ekonomik yapısı içerisinde önemli bir yer tutan sağlık ekonomisi, kendi gelişim süreci dışında, turizm, istihdam, toplumsal ve sosyal yapı içinde de etkili olmaktadır. Hemşireler, toplumu oluşturan bireylerin, doğum öncesinden başlayarak yaşamlarının tüm anlarında, bakım, tedavi ve rehabilite edilmesi aşamalarında önemli rol oynamaktadır. Günümüzde sağlık harcamaları ile ilgili maliyetin artışı ve hemşirelerin sağlık çalışanları içerisinde büyük bir grubu oluşturması hemşirelik ve sağlık ekonomisi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların gözden geçirilmesinin önemli olduğunu düşündürmektedir. Derlemenin amacı, konu hakkında bilincin oluşması ve hemşirelerin sağlık ekonomisine etkisine yönelik literatürün gözden geçirilmesidir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, Sağlık, Sağlık Ekonomisi, Sağlık Harcamaları

ABSTRACT

Health economy, which has an important place in the economic structure of the world countries, is also effective in tourism, employment, social and social structure, apart from its own development process. Nurses play an important role in the care, treatment and rehabilitation stages of the individuals who make up the society, starting from the prenatal period, at all moments of their lives. Today, the increase in the cost of health expenditures and the fact that nurses constitute a large group among health workers suggest that it is important to review the studies examining the relationship between nursing and health economics. The aim of the review is to raise awareness about the subject and to comprehend the effect of nurses on health economy.

Keywords: Nurse, Health, Health Economics, Health Expenditures.

ORCID IDs: CÖ: 0000-0002-1666-902X, GA: 0000-0002-7155-4276

Sorumlu yazar/Corresponding author: Öğr. Gör. Cemal ÖZALP, Muş Alparslan Üniversitesi, Malazgirt Meslek Yüksek Okulu, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, Muş, Türkiye

e-posta/ e-mail: cemal.ozalp@alparslan.edu.tr

Atıf/Citation: Özalp C, Avşar G. (2024). Hemşireliğin sağlık ekonomisine etkisi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 7 (3), 385-392. doi:10.54189/hbd.1287849

GİRİŞ

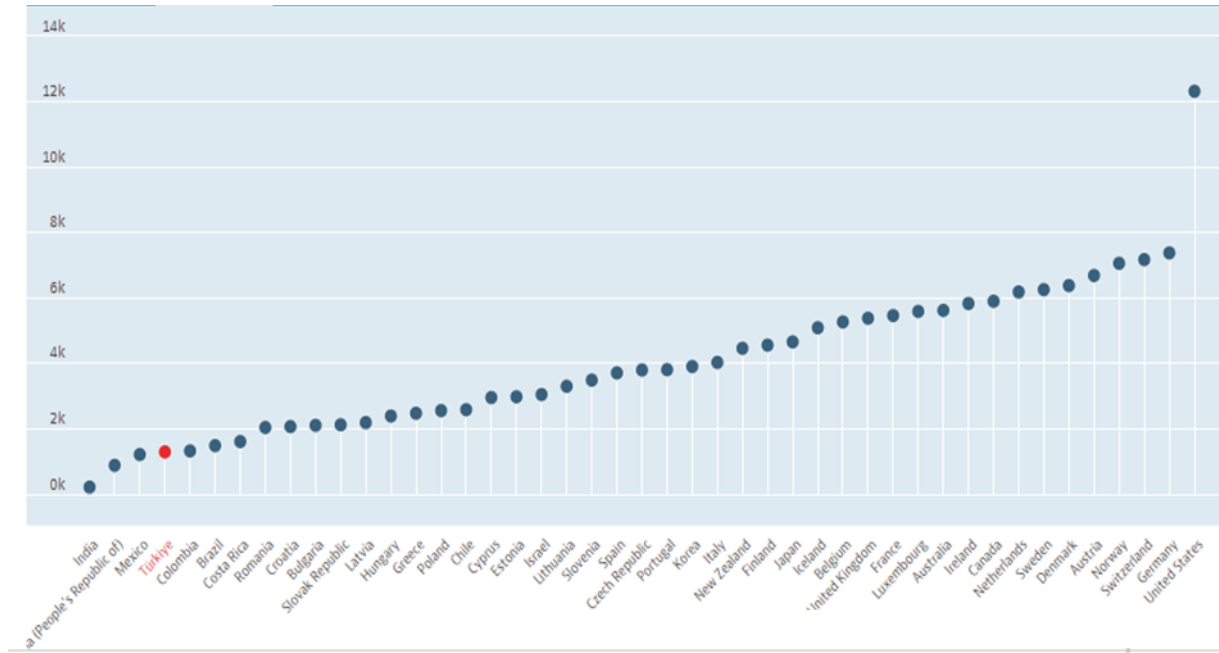
Sağlıklı bir yaşam bireyin en temel haklarından biridir. Sağlıklı olmak; bireyin mutlu olmasındaki temel etkenlerden biri olduğu gibi, ülke ekonomisinin büyüme ve gelişmesinde de temel etmenlerden birisidir (Ağır ve Tıraş, 2018). Sağlık hizmetleri, toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesi için önemli bir unsurdur. Sağlık hizmetlerinin sunumu hemşire ve diğer sağlık çalışanları tarafından yapılmaktadır. Bu hizmetlerin sunulabilmesi için kamu bütçesinden belirli bir miktar ayrılmaktadır. Ayrılan bu miktar ise kamunun sınırlı ekonomik kaynaklarından sağlanmaktadır. Sağlık hizmeti sunumunda hemşireler bu sınırlı kaynaklar içinde hizmet sunumu yapmaktadır (Çinar, 2019). Sağlıklı bir toplumun devamı için, bireylerin sağlık gereksinimlerinin karşılanması ve buna bağlı olarak sağlık harcamalarının yapılması zorunludur. Sağlık sektörünün büyümesi, gelişmesi ve hizmetlerin farklılaşması, sektörde çalışan hemşire sayısının artmasını sağlamıştır. Sağlık sektöründe verilen hizmet, nitelikli iş gücünü gerekli hale getirmektedir. Sürdürülebilir bir sağlık sisteminin oluşturulabilmesi ve sağlık harcamalarının planlanması oldukça önemlidir. Sağlık harcamalarını etkileyen faktörlerin araştırılması, sağlık politikalarına önemli veriler sunacaktır. Bu derlemede hemşirenin sağlık ekonomisine etkisine yönelik literatürün gözden geçirilmesi amaçlandı. Hemşirelerin sağlık ekonomisine etkisinin değerlendirilmesinin literatüre önemli katkılar sunacağı düşünülmektedir.

Sağlık Ekonomisi

Ekonomi biliminin bir kolu olan sağlık ekonomisi sağlığın ilerlemesi ile ilgili olarak eldeki kısıtlı imkanların alternatif kullanımlar içinde nasıl dağıtılacağını araştıran ekonominin uygulamalı bir alt koludur. Sağlık ekonomisi, sağlık sistemleri için mevcut sınırlı kaynakların miktarını, kalitesini ve önemini değerlendirir ve bu faktörlerin en iyi nasıl birleştiğini belirlemeye çalışır (Martinez-Giralt ve Barros, 2013). Kenneth Arrow'un, sağlık ekonomisinin bilimsel bir disiplin olarak açığa çıkmasına liderlik ettiği kabul edilir. Arrow'un (Arrow, 1963) "Belirsizlik ve Tıbbi Bakımın Refah Ekonomisi (Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care)" adlı çalışması sağlık ekonomisi konusunda rol model bir kaynaktır. Sağlık ekonomisine ilgi son yıllarda artmış olup, bu ilginin son dönemde yaşanan iki gelişme ile doğrudan alakalı olduğu düşünülmektedir. Birincisi, dünyada oldukça fazla ölümlere sebep olan bulaşıcı hastalıklara bağlı olarak geliştirilen solunum cihazları, antiviral ilaçlar ve rehabilitasyon egzersiz ekipmanları gibi rehabilite ürünler, ikinci ise teknolojinin gelişmesi ile ortalama yaşam süresinin ve beklentisinin yükselmesidir. Bu gelişmelere ek olarak, dünya genelinde artan ortalama yaşam süresi ve yaşam beklentisi, sağlık hizmetlerinde etkinliği artırmayı amaçlayan alternatif yöntemlere yönelik çalışmaları artırmıştır. Yaşam süresi ve beklentisindeki artma, sağlık imkanları ve nüfus arasında dengenin oluşması, sağlık kaynaklarının harcanmasında ve dağılımında optimumu oluşturacak en iyi alternatiflerin açığa çıkarılması ile sağlık ekonomisinin değerini artırmıştır. Bunların dışında ilaç ve tıbbi makine teçhizat alanlarında kaydedilen teknolojik ilerlemeler, sağlık ekonomisine ilişkin farklı perspektifler, sağlıkta özel sektörün gün geçtikçe artması, sağlık hizmetlerinin adaletli sunumunun ihtiyacını yükseltmiş ve sağlık ekonomisinin kıymetini gün geçtikçe daha da vurgulamıştır (Çoban ve Aktan, 2009).

Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Ekonomisi

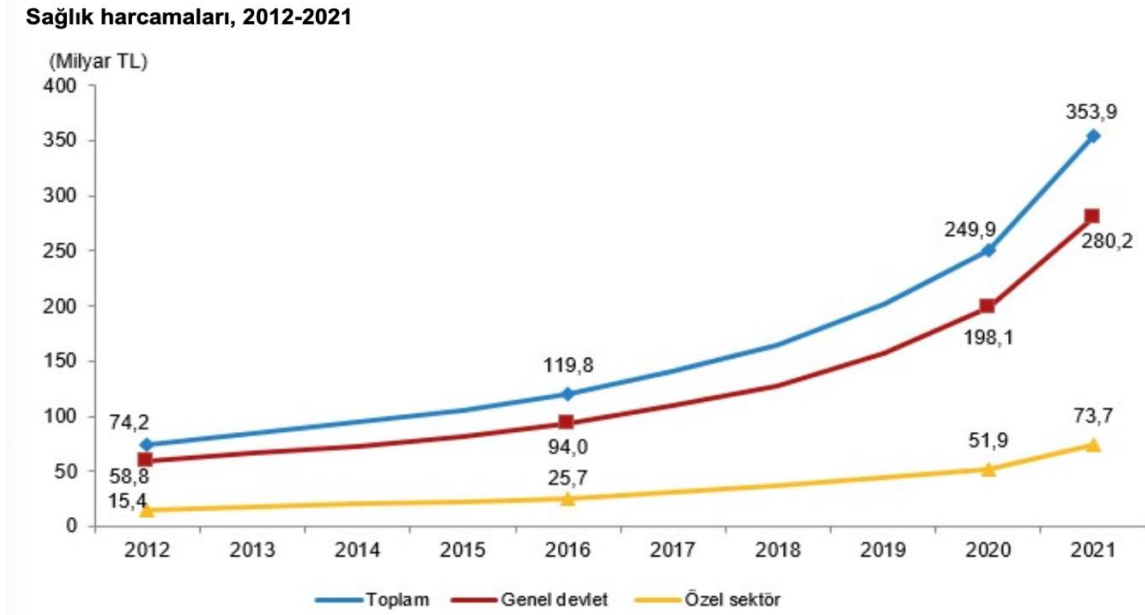
Sağlık harcaması, kişisel sağlık hizmetleri (tedavi edici bakım, rehabilite edici bakım, uzun süreli bakım, yardımcı hizmetler ve tıbbi ürünler) ve toplu hizmetler (önleme ve halk sağlığı hizmetleri olarak) dahil olmak üzere sağlık ürünleri ve cari sağlık harcamalarının nihai tüketimini ölçer. Şekil 1'de, toplam ve finansman türüne göre ("Devlet/zorunlu", "Gönüllü", "Cepten") sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) içindeki payı sunulmaktadır (OECD, 2022).



Şekil 1. Dünyada Sağlık Harcamaları (OECD, 2022)

Sağlık harcamaları genel olarak, sağlığı koruma ve geliştirmeyi hedefleyen tüm koruma, iyileştirme, bakım ve acil durum programları için yapılan harcamalar olarak tanımlanmaktadır. Teknolojinin ilerlemesi ve insanların bireysel gelişimi ile beraber sağlık piyasalarında talep ve sunum açısından çok ani bir yükseliş izlenmektedir. Bu durum sağlık hizmetlerinin gelişmesinde birim ve toplam maliyetlerin büyük miktarda artmasına sebep olmaktadır. Bu nedenle dünya ülkelerinde tüm bireylerin sağlık durumlarını iyileştirme çabalarının sonucu olarak da sağlık harcamaları gittikçe yükselmektedir (Ağır ve Tıraş, 2018). Braendle ve Colombier (2016) yaptıkları çalışmada 1970-2012 yılları arasında, 26 İsviçre kantonunda topladıkları veriler ile oluşturdukları veri setinde panel veri yöntemi ile kamu sağlık harcamalarının belirleyicileri üzerine çalışmışlardır. Kamu sağlık harcamalarını etkileyen faktörler arasında birey başına düşen gelir ve işsizlik yüzdesi, kamu sağlık harcamalarının artışı ile pozitif bir ilişkisi olduğu belirtilmektedir (Braendle ve Colombier, 2016).

Bireyler ve toplumlar yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürmek için sağlık harcamalarını zorunlu kılmaktadır. Anayasamızın 56. Maddesinde de “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir (Anayasa, 1982).” şeklinde ifade edilen sağlıklı yaşama hakkı birçok ulusal ve uluslararası yasa ile de güvence altına alınmıştır. Sağlık harcamaları bir ülkenin hem sağlık sektörü bakımından durumunu yansıtan bir gösterge hem de ülkenin ekonomik refahının önemli bir simgesi olarak değerlendirilmektedir. Sağlık harcamalarına gösterilen değer ülkenin aynı zamanda beşeri sermayesinin daha sağlıklı ve üretken olması ile ilişkilidir. Dolayısıyla büyük orandaki sağlık harcamaları bireylerin hem yaşam kalitesindeki artmayı hem de ülke ekonomisine katkıyı ifade etmektedir (Öztürk ve Altınöz, 2022).



Şekil 2. Toplam Sağlık Harcaması (Milyon TL) Kaynak: TÜİK (2022).

Toplam sağlık harcaması 2021 yılında bir önceki yıla göre %41,6 artarak 353 milyar 941 milyon TL'ye yükselmiştir. Genel devlet sağlık harcaması %41,5 artarak 280 milyar 220 milyon TL'ye ulaştı. Özel sektör sağlık harcaması ise %42,1'lik bir artış oranı ile 73 milyar 721 milyon TL olduğu bildirilmektedir (TÜİK, 2022) (Şekil 2).

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Toplam sağlık harcaması (Milyon TL)	74189	84390	94750	104568	119756	140647	165234	201031	249932
Kişi başına sağlık harcaması (TL)	987	1108	1228	1337	1511	1751	2030	2434	2997

Şekil 3. TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, (08 Aralık 2021)

Verilen oranlara bakıldığında, 2012-2020 yılları arasında toplam sağlık harcamaları ve kişi başına düşen sağlık harcamalarının yıllar geçtikçe arttığı görülmektedir (Şekil 3).

Hemşirelik ve Sağlık Ekonomisi Arasındaki İlişki

Hemşireler sağlık sektörünün en büyük grubunu oluşturmakla birlikte, hastane ortamındaki kaynakların ana kullanıcıları olarak hastalarla en fazla zaman geçiren ve en yakın iletişime giren grubunu da oluşturmaktadır. Bu nedenle hemşireler, sağlık hizmetlerinin ekonomik yönetiminde önemli bir rol üstlenmektedirler. Çünkü artan maliyetler ve boşa harcanan kaynaklar giderek daha fazla endişe uyandırmaktadır (Heydari vd., 2015).

Birçok ülkede hemşire eğitimi için kapsamlı programlar uygulanmıştır. Bir hemşire sağlık hizmetine kurumların bakım kalitesini artıracak program, uygulama ve müdahaleleri kullanma çabaları ile çeşitli uygulama alanlarında maliyeti düşürebilir. Hemşirenin sağlık bakım hizmeti harcamalarını azaltabileceğine dair çok fazla sayıda araştırma (Cleveland vd.,

2019; Çınar, 2019; Hutton vd., 2018; Lindrooth vd., 2015; Salamanca-Balen vd., 2018; Stenberg vd., 2018) bulunmaktadır. Bunlar hastanın birincil ve kronik sağlık bakımının yönetimi, bakım koordinasyonu, ileri hemşirelik bilgisi, becerisi ve yeteneklerini kullandıkları durumları içerir. Klinik uzman hemşirenin maliyet bilincine sahip bir durumdaki rolü, maliyeti kısma fırsatlarına karşı tetikte olmaktır. Sağlık kurumlarının program, uygulama ve müdahaleleri hayata geçirme çabaları da bakım kalitesi ve çeşitli uygulama alanlarında maliyeti düşürebilir (Heidary ve Tabarsa, 2021).

Hemşirelerin görevleri ile sağlık ekonomisi arasında çeşitli ilişkiler bulunduğu bilinmektedir (Mehra, 2019). Örneğin; Dünya Sağlık Örgütü (2018) basınç ülserlerinin hemşirelerin görevleri arasında bulunduğunu ve basınç ülserleri açısından gereksiz birtakım harcamalar yapıldığını ifade etmiştir (WHO, 2018). Yara yönetimi, hemşirenin temel görevlerinden biri olup, bu konu o kadar önemlidir ki Birleşik Krallık Parlamentosu, Ulusal Sağlık Servisi'nde yara bakımı standartlarını iyileştirmek için bir strateji geliştirmeyi gündeme getirmiştir. Başarılı bir bası yarası önleme ve yara yönetimi stratejisi, hastanın, cilt durumunun ve bireysel risk profilinin bütünsel bir değerlendirmesini gerektirir. Bu kapsamda Ulusal Sağlık Servisi hemşirenin maliyet üzerindeki etkisini daha derinlemesine değerlendirmek için bası yaralarının ilk sunumundan itibaren hastaları takip etmektedir (Guest vd., 2018). Yap ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada, hemşirelerin hastalar üzerinde uyguladığı müzik terapi desteğinin her iki saatte bir hastaları hareket etme moduna geçirdiği ve bu sayede hastalarda bası yarası oluşumunda önemli bir iyileşme sağlandığı saptanmıştır (Yap vd., 2013).

Hemşirelerin sağlık ekonomisine katkısını inceleyen bir başka çalışmada, hemşirelerin verdikleri taburculuk eğitimlerinin hastaların hastanede kalma süresini kısalttığı ve bu durumun hastane maliyetlerinin azalmasına yol açtığı saptanmıştır (Shepperd vd., 2013). Bu çalışmada eğitimin; hastaneye yatan kişi sayısını, kişinin hastanede yatma süresini ve hekimlere başvuran hasta sayısını düşürerek, sağlık ekonomisi bakımından maliyetleri oldukça düşürdüğü saptanmıştır (Stenberg vd., 2018). Salamanca-Balen ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada ise hemşirelerin palyatif bakım servislerinde maliyet etkinliği üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir (Salamanca-Balen vd., 2018). Başka bir çalışmada ise, toplum ruh sağlığı merkezlerinde ruh sağlığı hemşirelerinin çalışmasının maliyet etkinliği noktasında, hasta odaklı maliyetleri oldukça azalttığı sonucuna varılmıştır (Chapman vd., 2018). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada, hemşirelerin üriner sistem enfeksiyonlarının önlenmesi amacıyla hastalara el hijyeni, tuvalet kullanımı ve yemek yeme gibi günlük yaşam aktivitelerinde enfeksiyonlardan korunma konusunda eğitim verdikleri belirlenmiştir. Eğitim sonucunda, bakım maliyetlerinin düştüğü, hastaların sağlık durumlarının daha iyiye gittiği saptanmıştır. Yapılan müdahale neticesinde üriner enfeksiyonlarda %85 oranında maliyet tasarrufu olduğu saptanmıştır (Hutton vd., 2018). Ayrıca hemşirelerin hastaların istatistiklerini analiz edip, tecrübeleriyle desteklemeleri sonucunda daha etkin hasta bakımı oluşturabileceği ve hastanelerde daha etkin-düşük maliyette çalışma sağlayabileceği ifade edilmektedir (Cleveland vd., 2019; Donatelli ve Meyers, 2014).

Sağlık tavsiyesi sağlanması, sigarayı bırakmak için en uygun maliyetli müdahalelerden biri olarak kabul edilir (Cobos-Campos vd., 2021). Bununla birlikte, bu sağlık tavsiyelerinde bilgi ve iletişim teknolojilerinin ve özellikle m-sağlığın (mobil teknolojiler yoluyla sağlık) kullanımı da dahil olmak üzere takviye için çeşitli yaklaşımlar oluşturmaya ihtiyaç vardır (Taylor vd., 2017). Sağlık açısından maliyet analizinde, yalnızca uygulanan müdahaleyle (kısa mesaj maliyeti, gönderilen mesajların maliyeti ve sağlık profesyonellerine yapılan ziyaretlerle ilgili maliyetler) ve sigarayla ilişkili hastalıklarla ilgili doğrudan sağlık maliyetlerini dahil edilmektedir (Cobos-Campos vd., 2021). Suarez-Bonel ve diğerleri tarafından yayınlanan bir çalışmada sigara içenlerin ve içmeyenlerin sırasıyla yılda ortalama 11 gün ve 7 gün hastalık izninde olduğu gösterilmiştir (Suarez-Bonel vd., 2015). Cobos-Campos ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2021) sigara içen 1000 kişiden oluşan bir grubun sigarayı bırakması için cep telefonu mesajlaşmasıyla ilişkili 6 aylık bir program sonucunda, program grubunda sigarayı bırakanların oranının 244'ten 119'a düştüğü ve tütün bırakan başına 183 €'luk bir

maliyet anlamına geldiği ifade edilmiştir. Sağlık açısından bakıldığında, katılımcıların tüm yaşamları boyunca maliyetlerdeki artış, erkekler ve kadınlar için kazanılan kişi başına sırasıyla 7,4 Avro ve 1.327 Avro, sosyal açıdan bakıldığında erkekler ve kadınlar için sırasıyla kazanılan kişi başına 5.398 Avro ve 3.290 Avro tasarrufla alternatif tedavi uygulanmıştır. Bu ekonomik değerlendirme, yazılı mesajlaşmanın sağlıkla ilgili tavsiyeleri desteklemek için bir araç olarak kullanılmasının, sağlık açısından fayda sağladığı ve maliyetleri azalttığı göz önüne alındığında, sağlık hizmetleri açısından uygun maliyetli olduğunu göstermektedir (Cobos-Campos vd., 2021).

Hemşireler tarafından özel taburculuk sonrası takibin, kardiyovasküler hastalığı olan hastaların bakımını ve sonuçlarını iyileştirmek için bir fırsat sunduğunu göstermektedir (Cicolini vd., 2014; Qvist vd., 2016). Hemşireler, yakın takip için hekimlerden daha fazla müsaitliğe sahip olabilir ve özellikle sağlık eğitimi açısından hastalarla daha etkili iletişim kurabilir. Hemşireler tarafından periyodik takip, kalp yetmezliği gibi kronik hastalıkları olan hastalar için kronik hastalık yönetim programlarının yönetildiği bir çalışmada hastaneden taburcu olduktan sonra uygulanan yoğun bir lipit düşürücü müdahalenin, hastaneye yatırılan hastalarda altı aylık etkinliği değerlendirilmiş ve uzun vadede hastaların mali giderlerini azalttığı saptanmıştır (Ruiz-Bustillo vd., 2019). Bunların yanı sıra hemşireler tıbbi bakım ve tedavide kullanılan malzemelerin alımı aşamasında rol alabilmektedirler. Süreç esnasında verdikleri kararlar bakımın kalitesini ve ekonomik maliyetini etkileyebilmektedir. Hastaneler için hem finansal olarak etkin, hem de güvenli malzemelerin alınması için destek sağlayabilmektedir. Hemşireler yöneticilik vasıtasıyla malzemelerin sadece fiyat odaklı alınması değil, sağlık hizmetinin en etkin sunulduğu malzemelerin alınmasını da sağlayabilmektedir (Donatelli ve Meyers, 2014).

Hemşireler, kaliteli cinsel sağlık hizmetlerinin sunulmasında kritik bir rol oynamaktadır. Toplum açısından bakıldığında, cinsel sağlık ve esenlik durumuna ulaşmak tüm insanlar için önemli bir hedeftir, ancak hemşirelerin bu alandaki etkili müdahaleleri sağlık ekonomisinde önemli maliyet tasarruflarına yol açmaktadır (Cooper vd., 2014). Hemşirelerin sunduğu cinsel sağlık hizmetleri, yalnızca bireylerin sağlığını iyileştirmekle kalmaz, aynı zamanda sağlık sisteminin verimliliğini artırarak genel maliyetlerin azaltılmasına yardımcı olmaktadır. Bu bağlamda, hemşirelerin yaptığı müdahaleler, düşük maliyetli faydaları ve çok çeşitli halk sağlığı sorunlarının üstesinden gelmede kanıtlanmış etkinlikleri nedeniyle, uzun vadede maliyeti oldukça azaltmaktadır (Jiron vd., 2021).

SONUÇ

Bu derlemenin sonucunda hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları kapsamında sağlık ekonomisine oldukça önemli katkı sağladığı görüldü. Hemşireler sağlık ekonomisine katkısı noktasında basınç ülserlerinin önlenmesi, taburculuk eğitimi, taburculuk sonrası takip, enfeksiyonların önlenmesine yönelik eğitim, zararlı alışkanlıkların bırakılmasına destek, tıbbi bakım ve tedavide kullanılan malzemelerin alımı ve kullanımı gibi konular bunlardan sadece birkaçıdır. Hemşirelerin sağlık çalışanları arasında en büyük grubu oluşturan meslek grubu olduğu göz önüne alındığında ve eğitici, araştırmacı, yönetici, uygulayıcı, profesyonel rolleri düşünüldüğünde hemşirelerin sağlık ekonomisine katkısı aşikardır. Bu rollerle birlikte hemşirelerin sağlık ekonomisi rolünün de ön plana çıkacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın Etik Yönü/Ethics Committee Approval: Derleme makale hazırlanırken yayın etiğine uyulmuştur.

Hakem/Peer-review: Dış hakem bağımsız.

Yazar Katkısı/Author Contributions: Fikir ve tasarım: CÖ, GA; Literatür Tarama: CÖ, GA; Veri analizi ve yorumlama: CÖ, GA; Makale Yazma: CÖ, GA. Eleştirel inceleme: CÖ, GA.

Çıkar Çatışması/Conflict of Interest: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

- Ağır H, Tıraş HH. (2018). Türkiye’de Sağlık Harcama Türlerinin Değerlendirilmesi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(2), 643-670.
- Anayasa. Türkiye Cumhuriyeti. (1982). 56. Madde, Sağlık Hizmetleri ve Çevrenin Korunması.
- Arrow KJ. (1963). Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*, 53(5):941-973.
- Braendle T, Colombier C. (2016). What Drives Public Health Care Expenditure Growth? Evidence From Swiss Cantons, 1970–2012. *Health Policy*, 120(9), 1051-1060.
- Chapman SA, Phoenix BJ, Hahn TE, Strod DC. (2018). Utilization and Economic Contribution of Psychiatric Mental Health Nurse Practitioners in Public Behavioral Health Services. *American Journal of Preventive Medicine*, 54(6), 243-249.
- Cicolini G, Simonetti V, Comparcini D, et al. (2014). Efficacy of a nurse-led email reminder program for cardiovascular prevention risk reduction in hypertensive patients: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 51(6), 833-843.
- Cleveland KA, Motter T, Smith Y. (2019). "Affordable Care: Harnessing the Power of Nurses" OJIN: *The Online Journal of Issues in Nursing*, Vol. 24(2). doi:10.3912/OJIN.Vol24No02Man02
- Cobos-Campos R, Mar J, Apiñaniz A, de Lafuente AS, Parraza N, Aizpuru F, et al. (2021). Cost-effectiveness analysis of text messaging to support health advice for smoking cessation. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 19, 1-13.
- Cooper B, Toskin I, Kulier R, Allen T, Hawkes S. (2014). Brief sexual communication-a behavioral intervention to advance sexually transmitted infection/HIV prevention: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121, 92-103.
- Çinar İ. (2019). Hemşirelik ve Sağlık Ekonomisi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(2): 69-75.
- Çoban H, Aktan CC. (2009). Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Donatelli D, Meyers E. (2014). Nursing analytics: Using cost and quality information to improve patient care. *Patient Safety & Quality Healthcare*, 11(2), 32–37.
- Guest JF, Fuller GW, Vowden P, et al. (2018). Cohort study evaluating pressure ulcer management in clinical practice in the UK following initial presentation in the community: costs and outcomes, *BMJ Open*, 8(7), e021769. doi: 10.1136/bmjopen-2018-021769.
- Heidary R, Tabarsa G. (2021). The Impact of Nurse Specialists in Improving Health Economy, *Article in SSRN*, doi: 10.2139/ssrn.3896191
- Heydari A, Mazloom R, Najar AV, Bakhshi M. (2015). Awareness and performance of Iranian nurses with regard to health economics: A cross-sectional study. *North American Journal of Medical Sciences*, 7(9), 384.
- Hutton DW, Krein SL, Saint S, Graves N, Kolli A, Lynem R, et al. (2018). Economic Evaluation of a Catheter-Associated Urinary Tract Infection Prevention Program in Nursing Homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(4), 742-747.
- Jiron JP, Sandoval C, Enciso JC, De Vasconcelos AS, Blondeel K, Bakunina N, et al. (2021). Brief intervention to prevent HIV, STI and unintended pregnancies: preliminary results of a feasibility study from the perspective of healthcare providers in Peru. *BMC Health Services Research*, 21, 1-10.
- Lindrooth RC, Yakusheva O, Fairman JA, Naylor MD, Pauly MV. (2015). Increasing the Value of Health Care: The Role of Nurses. NJ: Penn Leonard Davis Institute of Health Economics, Interdisciplinary Nursing Quality Research Initiative, 1-6.
- Martinez-Giralt X, Barros P. (2013). Health Economics: An Industrial Organization Perspective. New York: Taylor & Francis.
- Mehra M. (2019). Rethinking the cost of care: Nurse practitioners as stewards of clinical and patient resources. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 31(5), 285-287.
- OECD (2022). Health spending (indicator). doi: 10.1787/8643de7e-en (Accessed on 25 November 2022).
- Öztürk S, Altınöz B. (2022). OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Çekici Bir Faktör Olarak Uluslararası Göç Üzerindeki Etkisinin Panel Vector Autoregression (PVAR) Yaklaşımı ile İncelenmesi, *Journal of Economic Policy Researches*, 9(1), 39-52.
- Ruiz-Bustillo S, Ivern C, Badosa N, Farre N, Marco E, Bruguera J, et al. (2019). Efficacy of a nurse-led lipid-lowering secondary prevention intervention in patients hospitalized for ischemic heart disease: A pilot randomized controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 18(5), 366–374. doi:10.1177/1474515119831511.
- Salamanca-Balen N, Seymour J, Caswell G, Whynes D, Tod A. (2018). The costs, resource use and cost-effectiveness of Clinical Nurse Specialist-led interventions for patients with palliative care needs: A systematic review of international evidence. *Palliative Medicine*, 32(2), 447–465. doi:10.1177/0269216317711570
- Stenberg U, Vågan A, Flink M, Lynggaard V, Fredriksen K, Westermann KF, et al. (2018). Health economic evaluations of patient education interventions a scoping review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 101(6), 1006–1035.
- Shepperd S, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID, Barras SL. (2013). Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 31(1).
- Suarez-Bonel MP, Villaverde-Rojo MV, Nerin I, Sanz-Andrés C, Mezquida-Arno J, Córdoba-García R. (2015). Costes derivados del uso de los servicios sanitarios y bajas laborales en pacientes fumadores: estudio de una comunidad urbana. *Archivos de Bronconeumología*, 51(12), 615-620.

WHO (2018). Health Financing Policy for Universal Health Coverage Course, Module 4: Purchasing Health Services <https://who-campusvirtuallsp.org/course/view.php?id=2>. Erişim Tarihi: 25.12.2018.

Taylor GMJ, Dalili MN, Semwal M, Civljak M, Sheikh A, Car J. (2017). Internet-based interventions for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(9). doi:1002/14651858.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2021). Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 8 Aralık 2021. Erişim: [<https://www.tuik.gov.tr/PreTablo/detay/22>].

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2022). Toplam Sağlık Harcaması (Milyon TL). Erişim: [<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2022-49676>].

Yap TL, Kennerly SM, Simmons MR, Buncher CR, Miller E, Kim J, et al. (2013). Multidimensional team-based intervention using musical cues to reduce odds of facility-acquired pressure ulcers in long-term care: a paired randomized intervention study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(9), 1552–1559. doi:10.1111/jgs.12422.

Qvist I, Hendriks JM, Møller DS, Albertsen AE, Mogensen HM, Oddershede GD, et al. (2016). Effectiveness of structured, hospital-based, nurse-led atrial fibrillation clinics: a comparison between a real-world population and a clinical trial population. *Open Heart*, 3(1).

Derleme

Hemşirelikte İyileştirici Bakım Çevresi Healing Care Environment in Nursing

Simay SIRMA^a, Esra AKIN^b

^a Yüksek Lisans Öğrencisi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

^b Prof. Dr., İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Geliş tarihi/Date of receipt: 07/03/2024

Kabul tarihi/ Date of acceptance: 23/05/2024

ÖZ

Hemşirelik, bireylerin, ailelerin ve toplumun sağlığını koruma, geliştirme, hastalıkları önleme, tedavi etme ve rehabilite etme amacını taşıyan bir sağlık disiplini. Hemşirelik tarihi boyunca var olan ve hemşirenin bağımsız rollerinden biri olarak kabul edilen bakım, bu disiplinin temelini oluşturur. Hemşirelik bakımı, yalnızca fiziksel sağlığı değil, aynı zamanda duygusal, sosyal ve ruhsal sağlığı da içeren bütünlük ilkesine dayalı bir yaklaşım sunar. Bu bağlamda, sağlanan bakım uygulamaları; bireye yardım etmeyi, terapötik iletişim kurmayı, rahatlık sağlamayı içerir. Ayrıca bireyin kendi iyileştirme gücünü kullanmasını destekler, bireyi biyo-psiko-sosyokültürel ve spiritüel boyutlarıyla bir bütün olarak ele alarak tedavi eder, sağlık eğitimi verir ve sağlıklı davranışlar kazandırır. İyileşme süreci, bireyin fiziksel, zihinsel, sosyal, çevresel, ruhsal ve kültürel boyutlarıyla birlikte yaşadığı kapsamlı bir dönüşüm sürecidir. İyileştirici bakım çevresi, fiziksel ve fiziksel olmayan tüm yönleri içeren, enerji ve farkındalık sağlayan bir ortamdır. Bu ortam, iyiliği, güzelliği, konforu, saygıyı ve huzuru içerir. Hemşirelik uygulamalarında bu çevreyi oluşturmanın amacı, bireylere iyileşme süreçlerinde destek olmaktır. İyileştirici bakım çevresi uygulamaları arasında terapötik çevre oluşturma, müzik terapi, renk terapi, doğa temelli ses terapi, aromaterapi, sessiz zaman protokolü, iyileştirme bahçeleri gibi tamamlayıcı ve bütünlükçü girişimleri içermektedir. Bu bağlamda ilgili derlemenin amacı hemşirelik kuramlarına dayalı alternatif girişim yöntemleri ile iyileştirici bakım çevresi ilişkisini ortaya koymaktır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik Kuramları, Holistik Bakım, İyileştirici Bakım Çevresi, Tamamlayıcı ve Bütünlükçü Girişimler

ABSTRACT

Nursing is a healthcare discipline aimed at preserving, enhancing, preventing diseases, treating and rehabilitating the health of individuals, families, and communities. Care, forms the basis of this discipline. Nursing care offers an approach based on the principle of holistic health, encompassing not only physical but also emotional, social, and spiritual well-being. In this context, care practices include assisting individuals, establishing therapeutic communication, providing comfort, supporting the individuals use of their own healing power, treating individuals as a whole with their bio-psycho-socio-cultural and spiritual dimensions, providing health education, and fostering healthy behaviors. The healing process is a comprehensive transformational journey experienced by individuals in conjunction with their physical, mental, social, environmental, spiritual, and cultural dimensions. This environment includes comfort, respect, and peace. The aim of creating this environment in nursing practices is to support individuals in their healing processes. Healing environment practices include creating a therapeutic environment, music therapy, color therapy, nature-based sound therapy, aromatherapy, silent time protocol, healing gardens, and other complementary and integrative initiatives. In this context, the purpose of the relevant review is to elucidate the relationship between alternative intervention methods based on nursing theories and the healing environment.

Keywords: Nursing Theories, Holistic Care, Healing Care Environment, Complementary and Integrative Interventions

ORCID IDs: SS: 0009-0006-3112-4614, EA: 0000-0002-8182-492X

Sorumlu yazar/Corresponding author: Yüksek Lisans Öğrencisi Simay SIRMA, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
e-posta/ e-mail: simaysirmal@gmail.com

Atf/Citation: Sırma S, Akın E. (2024). Hemşirelikte iyileştirici bakım çevresi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 7 (3), 393-403. doi:10.54189/hbd.1444671

GİRİŞ

Bakım, bilimsel bilgi temeli üzerine inşa edilmiş, hemşirenin beceri ve davranışlarının bir sanata dönüştüğü, temelde yardım etme isteği taşıyan, karşılıklı iletişimin ön planda olduğu, hastanın biyo-psiko-sosyokültürel ve spiritüel ihtiyaçlarının dinamik, kapsamlı ve çok boyutlu bir şekilde karşılandığı bir kavramdır (Kızıler, 2022). Hemşirelik bakım uygulamaları insanın fiziksel, psikososyal, kültürel, entelektüel ve spiritüel gereksinimlerini dikkate alır (Nilasari ve Hariyati, 2021). Bu gereksinimler ise holistik (bütüncül) hemşirelik bakımı ekseninde sunulan bakım ile değerlendirilir.

Holistik hemşirelik, insanın eşsiz bir varlık olduğunu kabul ederek, doğumdan ölüme kadar olan süreçte bireyin bedenini, zihnini, ruhunu, kültürünü, sosyoekonomik geçmişini ve çevresini geniş bir perspektiften değerlendiren, onu iyileştirme amacı güden, bilimsel bilgiyi alternatif tedavi yöntemleriyle birleştiren bakım uygulamaları sunar. İyileştirici bakım çevresinin yaratılması hastaların holistik bakım almasına katkı sağlar çünkü çevre, hemşirelik metaparadigmalarının bir parçasıdır. Bireyin biyolojik, fiziksel ve sosyal çevresinde yaşaması nedeniyle hemşire, çevresel etkileşimi anlamalı ve buna uygun bir yaklaşım sergilemelidir (Bayındır ve Biçer, 2019; Kolaç, 2023). Çevre birçok hemşire kuramcı tarafından ele alınmıştır (Bayındır ve Biçer, 2019; Boz, 2018; Ünsal, 2017). Hemşire kuramcılardan biri olan Nightingale, çevreyi, hasta ya da sağlıklı bireyin bulunduğu yer olarak temel alarak, hasta ya da sağlıklı bireyin sağlığını etkileyen dışsal unsurlar olarak tanımlamıştır. Çevreyi, hastanın beslenmesinden hemşirenin hasta ile gerçekleştirdiği sözlü ve sözlü olmayan etkileşime, ortamda bulunan çiçek gibi canlı ve cansız her şeyi içeren geniş bir kavram olarak ele almıştır. Yanı sıra Nightingale çevrenin, hastanın duygusal ve ruhsal sağlığını etkileyebileceğini, sadece fiziksel çevrenin değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal çevrenin de önemli olduğunu vurgulamıştır. Nightingale'e göre, çevresel koşulların iyileştirilmesiyle birlikte, hasta bireylerin hem bedensel hem de ruhsal yönden iyileşmesi de sağlanmış olur (Kolaç, 2023; Ünsal, 2017). Watson ise İnsan Bakım Kuramı çerçevesinde güvenliğin sağlandığı, mahremiyetin korunduğu, insan onuruna saygının gösterildiği, temiz ve estetik bir ortamda bakım verilmesi gerektiğini vurgulamış ve iyileştirici bakım çevresi oluşturmak için dokunma, sanatsal ifadeler, otantik bakım ilişkisi, oyun, göz teması, gülümseme, günlük tutma, mizah, doğaçlama, müzik, nefes egzersizleri, hayal kurma/imajinasyon, olumlu vücut hareketleri ve aktif dinleme gibi uygulamalar önermiştir (Arslan, 2021; Boz, 2018; Gürçan ve Turan, 2021).

İnsan, biyolojik, fiziksel ve sosyal bir çevrede yaşar, bu nedenle hemşireler, çevresel etkileşimin önemini anlamalı ve buna uygun bir yaklaşım sergilemelidirler çünkü insan, çevresinden etkilenirken aynı zamanda çevreyi de etkiler; bu bağlamda çevre, insanla sürekli etkileşim halindedir (Bayındır ve Biçer, 2019; Kolaç, 2023). Bu etkileşim, içsel veya dışsal değişikliklerle gerçekleşebilir ve insanın bütüncül yapısını etkileyebilir. Bu bağlamda hemşireler, iç ve dış etkenleri göz önünde bulundurarak hemşirelik bakım yöntemlerini iyileştirici bakım ortamında uygularlar. Bu sayede, oluşturulan iyileştirici bakım ortamıyla bireylerin farkındalığı artar, sağlıklı ilişkiler kurulmasına yardımcı olur ve sağlıklı bir yaşam ortamını teşvik eder (Bayındır ve Biçer, 2019). Bu bağlamda ilgili derlemenin amacı hemşirelik kuramlarına dayalı alternatif girişim yöntemleri ile iyileştirici bakım çevresi ilişkisini ortaya koymaktır.

İyileştirici Bakım Çevresi

İyileştirici bakım çevresi, fiziksel ve fiziksel olmayan tüm yönleri içeren enerji ve farkındalık sağlayan ortamdır, bu ortam iyiliği, güzelliği, konforu, saygıyı ve huzuru içerir. Hemşirelik uygulamalarında bu çevreyi oluşturmanın amacı, bireylere iyileşme süreçlerinde destek olmaktır. Tüm bunlar ışığında, iyileştirici bakım çevresi, konforu, mahremiyeti, güvenliği, temizliği sağlamayı, kişinin bütünlüğüne ve iyileşmesine olanak tanıyacak bir ortam yaratmayı, bireylerin günlük rutinlerini sürdürmelerini ve onlara saygı göstermeyi, kişilerarası etkileşimde sağlıklı iletişimi teşvik etmeyi, iyileşme sürecinde bireylere içsel keşiflerinde destek olmayı ve zihin-ruh-beden temelli uygulamaları içerir (Boz, 2018). Bu bağlamda,

hemşireler, bireyin iyileşme sürecine yönelik olarak fiziksel, davranışsal, duygusal, manevi ve sosyal çevreyi etkileyen faktörlere özgü uygulamalarda bulunarak sağlıklı bir bakım ortamı oluşturmalarıdır. Örneğin; fiziksel çevre için, temizlik, güvenlik, konfor ve uyku düzeninin sağlanabilmesi amacıyla iyileşme alanının düzenlenmesi önemlidir. Ayrıca, beslenme ve hijyen konularında bireyin ihtiyaçlarına özen gösterilmeli ve çevresel sürdürülebilirlik göz önünde bulundurulmalıdır. Renklerin ve ışığın etkisi, sanatsal çalışmalar, mimari tasarım, koku, müzik ve doğa sesi gibi unsurlar da fiziksel çevre için önemlidir. Davranışsal çevre, sağlığı koruyan ve geliştiren alışkanlıkların kazandırılması ve sürdürülmesini içerir, bu da beslenme, fiziksel egzersiz ve gevşeme teknikleri gibi faktörlerden oluşur. Duygusal çevre, bireyin farkındalık kazanmasını, iyileşme isteği yaratmasını, umudunu ve inancını korumasını sağlamalıdır. Sessizlik, sakinlik ve konfor gibi unsurlar bu çevrenin önemli bileşenleridir. Manevi çevre, bireyin inançlarına uygun olarak dua, ibadet ve meditasyon gibi faaliyetlere katılımı teşvik ederek kişinin ruhsal ihtiyaçlarına hitap etmelidir. Sosyal çevre ise, sevdikleriyle zaman geçirme ve sağlıklı ilişkiler kurma imkanları sunarak bireyin sosyal ihtiyaçlarına odaklanmalıdır. Bu çeşitli çevrelerin etkileşimleriyle, hemşireler bireyin iyileşme sürecini destekleyerek çevreyi etkili bir şekilde bakım uygulamalarına entegre edebilirler (Ekrem, 2021). Hemşireler, iyileştirici bakım ortamını oluştururken aromaterapi, müzik terapisi, renk ve sanat terapisi gibi tamamlayıcı ve bütünleştirici yaklaşımların yanı sıra, doğa manzarası ve sesleri, gün ışığı, sessiz zaman protokolü oluşturma ve terapi bahçeleri gibi çeşitli yöntemlerden de destek almalıdır (Boz, 2018; Ekrem, 2021).

Hemşire Kuramcılara Göre İyileştirici Bakım Çevresi

Florence Nightingale

Florence Nightingale, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde çevre sağlığı kavramına vurgu yapan ilk hemşiredir (Ekrem, 2021; Gürcan ve Turan, 2021; Zborowsky, 2014). Nightingale, çevreyi, hasta ya da sağlıklı bireyin bulunduğu yer olarak temel alarak, hasta ya da sağlıklı bireyin sağlığını etkileyen dışsal unsurlar olarak tanımlamıştır. Çevreyi, hastanın beslenmesinden hemşirenin hasta ile gerçekleştirdiği sözlü ve sözlü olmayan etkileşime, ortamda bulunan çiçek gibi canlı ve cansız her şeyi içeren geniş bir kavram olarak ele almıştır (Kolaç, 2023; Ünsal, 2017). Nightingale kitaplarında fiziksel çevrenin sağlık üzerindeki etkilerine odaklanarak hastalığı veya ölümü önleyebilen, hastalığın ilerlemesini durdurabilen, iyileşmeye katkıda bulunabilen bir dizi dış koşul ve etkiyi içeren bir atmosferi vurgulayarak kendi hemşirelik modelini çevre üzerine temellendirmiştir (Ekrem, 2021; Fernandes ve Silva, 2020; Gürcan ve Turan, 2021). Florence Nightingale, sağlıklı bir çevre oluşturmanın temel unsurlarını “havalandırma ve ısınma”, “evlerin sağlığı”, “küçük yönetim”, “gürültü”, “çeşitlilik”, “yiyecek”, “yatak ve yatak takımları”, “ışık”, “boş umutlar ve tavsiyeler”, “odaların ve duvarların temizliği”, “kişisel temizlik” ve “hastaların gözlemlenmesi” olarak 12 başlık altında toplamıştır (Riegel vd., 2021). Nightingale diğer kitaplarında da uygun havalandırma, temiz su, ortamın temizliği ve sıcaklığının iyileşme sürecinde etkili olduğunu vurgulayarak, hasta odasının uygun ısıda, sessiz, kötü koku içermeyen, temiz ve aydınlık olması gerektiğini belirtmiştir. Ayrıca, fiziksel çevreyi oluşturan faktörlerin birbirleriyle etkileşim içinde olduğunu ve herhangi birinin diğerini etkileyebileceğini, bu nedenle çevreyi oluşturan etmenlerin dengeli bir sistem modeli olması gerektiğini vurgulamıştır. Eğer bir unsur dengesizlik yaratırsa, bunun bireyde stres kaynağı haline gelebileceğini ve bu stresi azaltmanın yolunun hastanın bulunduğu ortamı dengeye getirmek için hemşirenin yapması gereken uygulamalar olduğunu ifade etmiştir (Ünsal, 2017; Zborowsky, 2014). Yanı sıra, Nightingale, çevrenin hastanın duygusal ve ruhsal sağlığını etkileyebileceğini, sadece fiziksel çevre değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal çevrenin de önemli olduğunu, kronik hastalığı veya rahatsızlığı olan bireylerde hayvan terapisinin iyileşme sürecine olumlu etkisinin bulunduğunu, hasta odasında renklerin, olumlu etki yaratan çeşitli şekil ve nesnelerin, ağaç, çiçek, manzara resimlerinin olması gerektiğini ve bunların fiziksel ve zihinsel iyileşmeye katkı sağladığını belirtmiştir (Boz, 2018; Ekrem, 2021; Gürcan ve Turan, 2021; Kolaç, 2023; Riegel vd., 2021; Zborowsky, 2014).

Virginia Henderson

Virginia Henderson'a göre çevre, organizmanın gelişimini ve yaşamını etkileyen dış şartlar ve etkenlerin bütünüdür. Hemşirenin çevre koşullarının, sıcaklık ve nemin, ışık ve renklerin, hava basıncının, koku ve mikroorganizmaların insan organizması üzerindeki etkilerini anlaması gerektiğini belirtir (Kolaç, 2023; Ünsal, 2017). Henderson, hemşirelik kuramını oluştururken hemşirelik mesleğinin temel felsefesi olan bireysel bakım prensibine odaklanmıştır. Bu temel felsefe, hastalık veya sağlık durumlarına bakılmaksızın bireylerin, kendi ihtiyaçları doğrultusunda bakım alarak bağımlı durumlarından bağımsız bir hale gelmelerini veya huzur içinde ölmelerini sağlamayı amaçlamaktadır. Henderson, aynı zamanda Maslow'un temel insan gereksinimleri hiyerarşisinden ilham alarak, hemşirelik bakımı için 14 temel gereksinimi belirlemiştir. Bu bağlamda ilk 8 gereksinim fiziksel ihtiyaçlara, 9. gereksinim güvenlik ihtiyaçlarına, 10. gereksinim sevgi ve ait olma ihtiyacına, son 4 gereksinim ise öz saygı ihtiyacına karşılık gelir. Bu temel gereksinimler, bireyin bütünlüğünü ve iyilik halini destekleyen bir temel oluşturur. Henderson, iyileştirici bir bakım çevresini oluşturmayı, özellikle 9. gereksinim olan güvenlik ihtiyaçları alanında, çevrenin tehlikelerden uzak tutulması gerektiğini ve kazalardan korunmak için gerekli önlemlerin alınması gerektiğini vurgulamıştır. Bu, bireyin güvenliğini sağlamak ve sağlık durumunu iyileştirmek adına iyileştirici bakım uygulamaları kapsamında önem taşımaktadır (Bozkurt vd., 2021).

Martha Rogers

Martha Rogers çevreyi, farklı özellikler gösteren, şekillendirilemeyen dört boyutlu enerji alanı olarak tanımlar. İnsan ve çevrenin enerji alanları içeren açık bir sistem olduğuna inanır (Ünsal, 2017). Rogers, Üniter İnsan Kuramı'nda insanı ve çevreyi bir enerji alanı olarak tanımlayarak, insanın ve çevrenin birbirleriyle sürekli etkileşim halinde olduğunu ve bu iki kavramın indirgenemez, ayrılamaz bir bütün oluşturduğunu vurgulamıştır. Kurama göre insan, açık bir sistem olarak değerlendirilmeli ve kendi bireysel çevresi içinde incelenmelidir. Bu bağlamda, bireyin çevresel enerji alanı, ona olumlu etkiler sağlayacak şekilde düzenlenebilir. Pozitif bir atmosfer yaratılarak, bireyin dinlenmesi, meditasyon yapması, imgeleme yapması ve müzik dinlemesi gibi uygulamalar sağlanabilir. Bu şekilde birey, çevresiyle etkileşim içinde olumlu bir deneyim yaşayarak kendi enerji dengesini koruyabilir ve iyi oluş halini sağlayabilir (Bayındır ve Biçer, 2019).

Jean Watson

İnsan Bakım Modeli, Jean Watson tarafından geliştirilmiş olup, zihin, beden ve ruh arasındaki uyuma vurgu yaparak bireyin bir bütün olduğunu öne sürer. Watson, iyileşme sürecinde hemşirenin kilit bir rol oynadığını ve hemşire-hasta ilişkisinde konfor, şefkat, empati, sevgi, etik ve estetik gibi kavramların iyileşme süreci içerisinde önemli bir etkiye sahip olduğunu vurgular (Arslan, 2021; Gürcan ve Turan, 2021; Rajabpour vd., 2019). Bütünlüğün, güzelliğin, rahatlığın, saygınlığın ve huzurun olduğu, güvenliğin ve mahremiyetin sağlandığı, her düzeyde bir iyileşme ortamı yaratmanın önemli olduğunu ve bireylerin böyle bir ortamda insan onuruna duyarlı, temiz ve estetik bir çevrede bakım alması gerektiğini vurgulamıştır (Arslan, 2021; Boz, 2018; Gürcan ve Turan, 2021). Böyle bir ortam yaratılmasındaki amaç bakımın kalitesine ve iyileşme sürecine olumlu katkı sağlaması olmuştur (Kabasakal ve Kitiş, 2021). İyileştirici çevre yaratılmasında dokunma, sanatsal dışavurumlar, oyun-eğlence, göz teması, günlük tutma, mizah, doğaçlama, müzik, nefes egzersizleri, hayal kurma, olumlu vücut hareketleri, gülümseme ve aktif dinleme gibi bakım davranışlarının kullanılmasını önermiştir (Gürcan ve Turan, 2021). Yanı sıra, Watson, iyileştirici çevreyi sadece dışsal olarak değil bireyin iç çevresinin de ele alınması gerektiğini belirtmiştir. Bu bağlamda bireyin iç çevresini oluşturan faktörler arasında akıl, niyet, değer, inanç, deneyimler, eğitim düzeyi, normlar ve dünya görüşü yer almakta olup tüm bu faktörlerin bireyin fiziksel çevreyi algılamasında önemli bir etki yarattığını belirtmiştir (Kabasakal ve Kitiş, 2021).

Callista Roy

Callista Roy'a göre çevre, bireylerin veya grupların davranışlarını ve gelişmesini etkileyen, tüm şartlar, durumlar ve etrafını saran tüm etkenlerdir. Roy, geliştirdiği Adaptasyon Modeli'nde bireyi açık bir sistem olarak ele alır. Bu model, bireyin sürekli olarak çevresiyle etkileşim halinde olduğunu, çevresinden etkilendiğini ve aynı zamanda bireyin de çevreyi etkilediğini vurgular. Modelin temelini oluşturan etkileşim, çevreden gelen içsel ve dışsal uyaranlar arasında ortaya çıkar. Roy, bu uyaranları odak, bağlamsal ve rezidüel uyaranlar olarak sınıflandırır. Çevreden gelen uyaranlar, olumlu ya da olumsuz olabilir; bu bağlamda birey, değişen çevreye karşı fizyolojik, bilişsel ve sosyal açıdan bütünlüğünü korumaya çalışır. Yanı sıra, çevreden kaynaklanan uyaranlar bireyde davranışsal değişikliklere neden olabilir. Hemşire ise bu noktada devreye girerek iyileştirici bakım çevresi ekseninde çeşitli girişimleri uygular. Bu girişimler, bireyin çevresine adaptasyonunu sağlamayı hedefleyerek bireyin adaptasyon sürecinde destek sağlar ve çevresel etmenlere karşı etkili bir şekilde başa çıkmasına yardımcı olur (Pekince, 2018; Ünsal, 2017).

Leininger

Leininger, kültür odaklı bir bakım yaklaşımını benimseyerek her bireyin kültürünün etkisinde olduğunu, aynı zamanda kültürün hastalığı ve sağlığı algılamada, bakımda ve tedavide etkisinin bulunduğunu savunarak Kültürel Bakımda Çeşitlilik ve Evrensellik Teorisini geliştirmiştir. Bu teori, kültürler arasındaki benzerlikleri ve farklılıkları anlayarak bireylerin kültürlerine özgü bakım uygulamalarının bireyselleştirilmesine odaklanmaktadır. Leininger teorisinde çevre yerine çevresel bağlam kavramını kullanmıştır. Bu kavram, fiziksel, ekolojik, sosyopolitik ve kültürel ortamlarda, bireyin kendi söylemlerine, yorumlarına ve sosyal etkileşimlerine anlam veren olay, durum veya öznel bir deneyim olarak tanımlanmaktadır (McFarland ve Wehbe-Alamah, 2019; Soyant ve Altay, 2022). Bu bağlamda Leininger iyileştirici bakım çevresi uygulamalarında sosyokültürel etkilerin önemli olduğunu ve bireyin kültürel ihtiyaçlarının dikkate alınması gerektiğini vurgulamıştır. Bu yaklaşım, iyileştirici bakım çevresine kültürel bir etki katarak bireyin kendini daha rahat hissetmesine ve dolayısıyla iyileşme sürecine katkı sağlanmasına olanak tanır.

Roper, Logan ve Tierney

Roper, Logan ve Tierney tarafından geliştirilen Günlük Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli'nde çevre kavramının hemşirelik için önemli olduğunu ve sağlıklı/hasta bireyin çevresi ile ele alınması gerektiğini vurgulamışlardır. Bu model yaşam aktiviteleri, bu aktiviteleri etkileyen faktörler, bağımlılık/bağımsızlık düzeyi ve yaşam süresi olmak üzere dört temel kavram ile Hemşirelik Modeli ve Yaşam Modeli olmak üzere iki alt modeli içermektedir. Model, yaşam aktivitelerini 12 ana başlık altında sınıflandırmaktadır. Bu başlıklar; “güvenli çevrenin sürdürülmesi”, “iletişim”, “solunum”, “yeme ve içme”, “boşaltım”, “kişisel temizlik ve giyim”, “vücut sıcaklığının kontrolü”, “hareket”, “çalışma ve eğlence”, “cinselliği ifade etme”, “uyku” ve “ölüm”dür. Yaşam aktivitelerinin odak noktalarından biri, iyileştirici bakım çevresinde yer alan güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesidir. Bu, bireyin fiziksel, ruhsal, duygusal ve sosyal açılardan içsel ve dışsal olarak güvenli bir ortam içinde iyilik halini korumasını ve sürdürmesini içermektedir (Özkan vd., 2023; Yücel ve Sayılan, 2023).

İyileştirici Bakım Çevresi Literatür İncelemesi

İyileştirici bakım ortamı uygulamaları arasında çevre yönetimi, doğal manzaralar ve seslerin kullanımı, gün ışığından yararlanma, sessiz zaman protokolleri, terapi bahçeleri, renk terapisi, müzik terapisi ve aromaterapi gibi çeşitli yöntemler bulunmaktadır. Kullanılan yöntemler ve etkileri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. İyileştirici Bakım Çevresi Yöntemleri

Yazar-Yıl	İyileştirici Bakım Çevresi Yöntemi	Kullanılan Yöntemin Etkileri	
Jamshidi vd., 2020; Wang ve Chen, 2020	Gün Işığı	Depresyonun ve ilaç tüketiminin azalmasında, hastanede kalış süresinin kısalmasında ve uyku düzeninin sağlanmasında etkilidir.	
Brown, 2021; Fang vd., 2024; Jun vd., 2021., Payida-Ansah, 2021	Sessiz Zaman Protokolü	Gürültünün azaltılması, uyku kalitesinin ve hasta memnuniyetinin artmasında, hastanede kalış süresinin kısalmasında, komplikasyon riskinin azalmasında ve hastane maliyetlerinin düşmesinde etkilidir. Ayrıca iyileşmeye ve bakıma destek sağlar.	
Igeño-Cano, 2020; Niebler-Walker vd., 2023	İyileştirme Bahçeleri	Hastanede kalış süresinin, stresin ve yoğun bakım sonrası sendromların görülme riskinin azalmasında etkilidir. Hasta yakınları ve hastane çalışanları tarafından olumlu deneyimler paylaşılmıştır. Bağışıklık sisteminin güçlenmesine ve sosyal ilişkilerin kuvvetlenmesine katkı sağlar. Duyusal uyarımı artırarak fiziksel ve zihinsel sağlık üzerine etki eder.	
Alici, 2019; Altın, 2023; Amasyalı, 2022; Ateş ve Özel, 2023; Bal, 2019; Sakıcı ve Bal, 2022	Renk	Kırmızı	İştahı açar, kan akışını hızlandırır, kas gerilimini artırır ve heyecan uyandırır. Kardiyoloji kliniklerinde tercih edilmez.
		Sarı	Pozitifliği ve mutluluğu çağırır, sinir ve kas sistemine olumlu etki yaratır, mide salgısını artırır, metabolizmayı ve iyileşmeyi hızlandırır.
		Mavi	Huzur ve sakinleştirici etki yaratır, kan basıncını dengeler, uyku kalitesini artırır, ameliyat sonrası dinlenme odalarında kullanılır.
		Yeşil	Rahatlama ve doğayla ilişkilendirilir, gözleri dinlendirir.
Lin vd., 2020	Müzik Terapi	Ağrı, anksiyete, kemoterapi kaynaklı bulantı ve kusma, semptom yönetimi ve mekanik ventilasyon desteği alan hastaların sedasyonu ihtiyacı üzerinde olumlu etkisi olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca, depresif belirtilerin azalmasına, bilişsel işlevlerin artırılmasına ve olumlu davranışların kazanılmasına katkı sağlar.	
Fatehimoghadam vd., 2023; Kurt ve Çelik, 2019	Doğa Temelli Ses Terapi	Arteriyel kan basıncının, kalp atım hızının ve solunum sayısının normal sınırlarda sürdürülmesini destekler. Ayrıca, ağrı, anksiyete ve stresin azalmasında etkilidir.	
Hedigan vd., 2023; Kurtgöz ve Kızıltepe, 2022	Aromaterapi	Ağrı, stres ve anksiyete yönetiminde etkilidir.	

Son yıllarda yapılan çalışmalar, gün ışığı ile insanın fiziksel, psikolojik ve zihinsel sağlığı arasında güçlü bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Bu çalışmalar, gün ışığının depresyonun azaltılmasında, hastanede kalış süresinin kısaltılmasında, uyku düzeninin iyileştirilmesinde ve ilaç tüketiminin azaltılmasında etkili olduğunu göstermiştir (Alzubaidi vd., 2013; Jamshidi vd., 2020; Wang ve Chen, 2020). Bu bağlamda, Wang ve Chen (2020) tarafından yapılan, inme sonrası depresif ruh hali olan hastalarda güneş ışığının etkisinin incelendiği çalışmada, deney grubuna günde en az 30 dakika olacak şekilde kollarının ön yüzüne veya baldırlarına doğrudan güneş altında tutmaları istenmiştir. Çalışma sonuçları, depresyon ölçeği ve fiziksel hareketlilik puanlarında anlamlı bir fark olduğunu gösterirken, bilişsel işlevleri değerlendiren mini mental durum testi puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Wang ve Chen, 2020).

Çevresel uyaranları oluşturan faktörlerden biri olan gürültü hastaları olumsuz etkilemekte, gürültünün azaltılması kaliteli uykunun sağlanmasında ve bu sayede iyileşmenin gerçekleşmesinde büyük bir rol oynamaktadır. Yapılan çalışmalar, gürültünün önlenmesi için sessiz zaman protokolünün uygulanmasını önermektedir. Bu protokol kapsamında hastalara kulak tıkacı ve uyku bandı kullanımının, uyku kalitesini artırarak gün içinde daha az uykulu hissetmelerini sağladığı, hastanın hastanede kalış süresini kısalttığı, iyileşmeyi desteklediği ve komplikasyon gelişme riskini ve hastane maliyetlerini azalttığı gösterilmiştir (Fang vd., 2024; Jun vd., 2021). Payida-Ansah (2021) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, nöroşirüji yoğun bakım ünitesinde sessiz zaman protokolü uygulanarak hastaların uyku kalitesini artırmak amaçlanmıştır. Çalışma kapsamında, 10 hafta boyunca sessiz zaman protokolü uygulanmıştır. Protokol, gürültü ve ışık seviyelerinin azaltılmasını ve hasta bakım

faaliyetlerinin her gün saat 14.00'ten 16.00'ya kadar yapılmasını içermektedir. Çalışma sonuçları, sessiz zaman protokolünün nöroşirürji yoğun bakım ünitesinde uyku kalitesini artırmada etkili olduğunu ortaya koymuştur (Payida-Ansah, 2021). Benzer bir şekilde Brown (2021) tarafından gerçekleştirilen çalışmada 14.00-16.00 saatleri arasında sessiz zaman protokolü uygulanmıştır. Araştırma sonuçları, sessiz zaman sırasında desibel seviyelerinin azaldığını, hastaların çoğunluğunun sessiz zamanın etkili olduğunu ve huzurlu bir ortamı teşvik ettiğini düşündüklerini, ayrıca gürültü ile ilgili hasta memnuniyet puanlarının değiştiğini göstermektedir (Brown, 2021).

Literatürde iyileştirici bakım çevresi uygulamaları arasında bulunan terapi bahçeleri, diğer adıyla iyileştirme bahçeleri, sadece hastanın fiziksel sağlığına değil aynı zamanda zihinsel, sosyal ve ruhsal sağlığının yeniden kazanılmasına da yardımcı olan terapilerden biri olarak geliştirilmiştir. Igeño-Cano (2020) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, hastaların iyileşme sürecine katkı sağlamak amacıyla 15 dakika süren yürüyüş programı uygulanmıştır. Çalışma, iyileşme yürüyüşlerinin hastanede kalış süresini ve yoğun bakım sonrası sendromların görülme riskini azalttığını göstermiştir. Bununla birlikte, hastalara eşlik eden hasta yakınları ve hastane çalışanları tarafından da olumlu deneyimler paylaşılmıştır (Igeño-Cano, 2020; Nieberler-Walker vd., 2023). Nieberler-Walker ve arkadaşları (2023) tarafından gerçekleştirilen sistematik derlemede, iyileştirme bahçelerinin bireylerin kendilerini daha iyi hissetmelerine, iyileşme isteği yaratarak daha hızlı iyileşmelerine katkı sağladığı belirlenmiştir. Ayrıca bahçelerin stresi azaltmada, bağışıklık sistemini güçlendirmede, sosyal ilişkileri kuvvetlendirmede, duyuşsal uyarımı artırarak fiziksel ve zihinsel sağlık açısından faydalı olduğu bildirilmiştir (Nieberler-Walker vd., 2023).

İyileştirici bakım çevresinde kullanılan yöntemlerden biri sağlık bakım alanlarını oluşturan çevreye ait renklerin seçimidir. Özellikle hastaneler, bireylerin kendi sağlık durumlarını öğrendikleri, hastalıklarıyla mücadele ettikleri ve çeşitli tedavi ve girişimlerin uygulandığı önemli sağlık hizmeti veren ortamlardır. Ancak, bu yerler aynı zamanda insanlarda psikolojik açıdan kaygı, gerginlik ve huzursuzluk gibi olumsuz duygular oluşturabilirler. Bu bağlamda hastanın bulunduğu ortamda doğru renkleri kullanmak bireylerin kendini daha iyi hissetmelerine ve iyileşmelerine katkı sağlayabilir (Özgen, 2018). Renk, bireylerde çeşitli uyarımlar oluşturarak fiziksel, psikolojik, davranışsal, sosyal ve mental açıdan pek çok etkiye neden olmaktadır. Ayrıca, renkler bireylerin sağlık durumlarına, tercihlerine ve yönelimlerine de etki edebilir. Literatür incelendiğinde rengin duygular, davranışlar ve psikoloji üzerindeki etkilerini inceleyen birçok çalışmanın bulunduğu görülmüştür (Alici, 2019; Altın, 2023; Amasyalı, 2022; Ateş ve Özel, 2023; Bal, 2019; Büker ve Elinç, 2023; Sakıcı ve Bal, 2022). Ancak, hemşirelik alanında renklerin 1860'larda Florence Nightingale ile başlayan önemini yitirdiği ve renklerin günümüzde farklı disiplinler tarafından ele alındığı literatürde gözlemlenmiştir. Duvarda, tavanda, tabanda ve çeşitli objeler kullanarak renklerin ortamın karakterini ortaya çıkarmasının etkisinin yanında her bir rengin farklı dalga boyu ve enerjisi olduğundan renklerin de kendi özellik ve etkileri bulunmaktadır. Örneğin; kırmızı renk, heyecan verici bir etkiye sahiptir ve beyinde fazla uyarılmaya neden olduğundan iştahı açarak hızlı yeme içmeyi sağlar. Ayrıca, kan akışını hızlandırıcı ve kas gerilimini artırıcı etkisi olduğundan özellikle kardiyoloji bölümünde tercih edilmemektedir (Alici, 2019; Altın, 2023; Ateş ve Özel, 2023). Sarı, bireylerde pozitifliği ve mutluluğu çağrıştıran bir renk olduğundan sinir ve kas sistemine olumlu etki yarattığı, mide salgısını artırdığı ve metabolizmayı hızlandırdığı bulunmuştur (Alici, 2019; Altın, 2023). California Üniversitesi, San Francisco Tıp Merkezi Hastanesi'nde yoğun bakım ünitelerinde uygulanan parlak sarı rengin hastalar üzerinde olumlu etkileri olduğu belirlenmiş, hastaların kendilerini daha iyi hissettiği ve iyileşmeye katkı sağladığı sonucuna varılmıştır (Amasyalı, 2022) Mavi, huzur veren ve sakinleştirici etki yaratan bir renktir. Yapılan çalışmalarda kan basıncını dengeleyici, uyku kalitesini artıran etkisinin olduğu bu bağlamda ameliyat sonrası dinlenme odalarında kullanıldığı belirtilmiştir (Amasyalı, 2022; Ateş ve Özel, 2023). Yeşil rahatlama ve doğayla ilişkilendiren bir renktir (Altın, 2023; Ateş ve Özel, 2023; Sakıcı ve Bal, 2022). Özellikle cerrahi birimlerde yapılan ameliyatlar sırasında yeşil rengin kullanımı, gözü

dinlendirmesi ve psikolojiyi rahatlatması nedeniyle önerilmektedir (Alici, 2019). Bükler ve Elinç'in (2023) yaptıkları çalışmada, yaşlanma süreciyle birlikte ortaya çıkan görme problemlerinin renk algılamadaki etkilerine odaklanılmıştır. Bu araştırmada, yaşlı bireylerde görme yeteneğindeki azalmanın etkisi üzerinde durularak, parlak ya da koyu renkler yerine mavi, kırmızı, yeşil, sarı gibi yumuşak ve orta tonları tercih etme eğiliminde oldukları özellikle huzur ve rahatlık hissi uyandıran, doğayla ilişkilendirilen mavi, mavi-yeşil tonlarındaki renklerin bu yaş grupları tarafından tercih edildiği ve literatürde yapılan bazı çalışmalarda bu görüşün desteklendiği ifade edilmiştir. Aynı zamanda, bu çalışmada mavi renkle ilgili karşıt görüşlere de yer verilmiş ve yaşlanma sürecinde göz yapısındaki değişimler, ışığa hassasiyetin artması, katarakt gibi sağlık sorunları nedeniyle mavi, yeşil ve mor gibi renkleri algılamada zorlanıldığına dikkat çekilmiştir (Bükler ve Elinç, 2023). Bu bulgular, yaşlanma ile birlikte renk tercihlerindeki değişimleri anlamak ve yaşlı bireylerin görsel konforunu artırmak adına önemli bir katkı sağlamaktadır. Tüm bunlardan yola çıkarak, kullanılan rengin ve hemşirelik bakımında iyileştirici çevre oluşturulmasında renk terapisi gibi alternatif girişimlerin veya çeşitli objeler, dekorasyonlar aracılığıyla renklerin bireyselleştirilmiş bir şekilde uygulanmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Bu bilgiler, hemşirelik uygulamalarında renk kullanımının hastaların duyu durumlarına, konforlarına ve genel iyilik hallerine olumlu etkiler sağlayabileceği konusunda yeni bir bakış açısı sunmaktadır. Tüm bunlar ışığında, renklerin oda düzeninde, obje seçiminde ve dekorasyonda etkili olabileceği göz önünde bulundurularak, iyileştirici çevre kapsamında hemşirelik bakım uygulamalarına entegre edilebilir.

İyileştirici bakım çevresinde kullanılan yöntemlerden biri olan müzik terapinin ağrı, anksiyete, kemoterapi kaynaklı bulantı ve kusma, mekanik ventilasyon desteği alan hastaların sedasyon ihtiyacı, hemodiyaliz tedavisi alan hastaların semptomları gibi çeşitli alanlarda olumlu etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca, yaşlı bireylerde depresif belirtileri azalttığı, bilişsel işlevleri artırdığı ve olumlu davranışların kazanılmasına katkı sağladığı belirtilmektedir (Lin vd., 2020).

Müzik terapinin yanı sıra kuş, su ve rüzgâr sesleri gibi doğa seslerinin de terapötik etkisi bulunmaktadır (Kurt ve Çelik, 2019). Fatehimoghdam ve arkadaşları (2023) tarafından yapılan, miyokard infarktüsli hastalarda doğa temelli ses terapisinin stres ve fizyolojik parametreler üzerindeki etkisinin araştırıldığı çalışmada, doğa temelli ses terapisinin yaşamsal bulgular ve stres üzerinde olumlu etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Fatehimoghdam vd., 2023). Kurt ve Çelik tarafından (2019) yapılan araştırmada, yoğun bakım hastalarını mekanik ventilasyondan ayırma sürecinde doğa temelli ses terapisinin etkisi incelenmiştir. Deney grubuna, 30 dakika boyunca rüzgâr, nehirde su akışı, kuş sesi ve ormanda yürüme sesi içeren doğa temelli ses terapisi eşliğinde gözlerini kapatma işlemi uygulanmış, kontrol grubuna ise 30 dakika boyunca doğa temelli ses terapisi olmaksızın kulaklık takma eşliğinde gözlerini kapatma işlemi uygulanmıştır. Çalışmanın sonucunda, yoğun bakımda yatan cerrahi hastalarını mekanik ventilasyon desteğinden ayırma sürecinde uygulanan doğa temelli ses terapisinin arteriyel kan basıncının, kalp atım hızının ve solunum sayısının normal sınırlarda sürdürülmesinde, ağrı ve anksiyetenin azaltılmasında etkili olduğu gösterilmiştir (Kurt ve Çelik, 2019).

Aromaterapi, iyileştirici bakım çevresinde, bitkisel kaynaklardan çıkarılmış esansiyel yağların oda sıcaklığında buharlaşması sonucu inhalasyon yoluyla koklanması amacıyla kullanılan bir tamamlayıcı ve bütünleştirici girişim yöntemidir. Hedigan ve arkadaşları (2023) tarafından 2000-2021 yılları arasında uygulanan inhalasyon aromaterapisi üzerine yapılan sistematik derlemede, klinik ortamlarda stres ve anksiyete üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Derlemeye dahil edilen 50 randomize kontrollü çalışmanın %42'sinde lavanta yağı, %10'unda gül yağı kullanıldığı belirlenmiştir. Çoğu çalışmada (%66), uçucu yağ damlaları bir pamuk topu, gazlı bez veya kumaş parçasına uygulanmış ve hastalar tarafından başlangıçta, işlem sırasında ve sonrasında solunmuştur. Araştırmaların %70'inden fazlası aromaterapinin kontrol gruplarına kıyasla olumlu sonuçlar verdiğini göstermiştir. Diğer yöntemler arasında oda difüzörü, oksijen maskesi, aroma tabletleri ve aroma çubukları bulunmaktadır. Aromaterapinin kaygı düzeyleri üzerindeki etkisini değerlendirmek için lavantanın yanı sıra gül ve portakal yağları en çok kullanılan uçucu yağlar arasında yer almaktadır. Esansiyel yağlar, su buharlı bir difüzörde dış tedavileri

sırasında, ameliyat öncesi ve sonrası cerrahi işlemlerde ve doğumda hastaların yaşadığı anksiyete düzeyini ölçmek için araştırma çalışmalarında kullanılmıştır. Oda difüzyonunu kullanan dokuz çalışmadan beşi stres ve anksiyetede iyileşme bildirmiş, ancak geri kalan dört çalışma aromaterapinin önemli bir avantaj sağlamadığını belirtmiştir. Oksijen maskesi kullanılan dört çalışmada, uçucu yağların oksijen maskelerine uygulanarak ameliyat öncesi ve sonrası kaygı üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Bu çalışmalardan biri kaygı skorlarında iyileşme olduğunu bildirmiştir (Hedigan vd., 2023). Kurtgöz ve Kızıltepe (2022) tarafından yapılan sistematik derlemede Türkiye'de hemşirelik alanında aromaterapi uygulanarak gerçekleştirilen randomize kontrollü lisansüstü çalışmalar incelenmiştir. Sistematik derlemede, lavanta yağının en sık kullanılan aromatik yağ olduğu (%78,9) ve bu yağın çoğunlukla inhalasyon yöntemiyle (%60) kullanıldığı ortaya çıkmıştır. Lisansüstü hemşirelik çalışmalarının çoğunluğunun (%52,6) aromaterapi uygulamasının ağrı üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yürütüldüğü ve yapılan randomize kontrollü lisansüstü çalışmaların tamamına yakınında aromaterapi uygulamalarının kullanım amacına göre etkili olduğu bildirilmiştir (Kurtgöz ve Kızıltepe, 2022).

SONUÇ

İnsanın fiziksel, davranışsal, duygusal, manevi, sosyal, ruhsal ve zihinsel açılardan etkilendiği çevre, iyileştirici bakım uygulamalarını yönlendiren dinamik ve çok boyutlu bir yapıya sahiptir. Bu kapsamda, hemşireler, bireyin iyileşme sürecine destek sağlamak adına çok boyutlu yapının esas alındığı uygulamalarda bulunarak iyileştirici bir bakım çevresi oluşturmalıdır. Temel hemşirelik bilimi uygulamalarına bütünleştirici terapiler eklenirse, her bireyin benzersizliği temelinde şekillenen bakım, ruhsal, bedensel ve zihinsel bütünlük içinde bireylerin iyileşme sürecine katkıda bulunur. Bazı bütünleştirici terapiler, literatürde değerlendirildiğinde hem teorik hem de klinik uygulama boyutlarında daha önce yapılandırılmamış ve uygulanabilirliği test edilmemiş birçok farklı uygulamayı içermektedir. Özellikle terapi bahçesi, renk terapi, müzik terapi gibi uygulanmak istenen yöntem ve teknikler heyecan uyandırmaktadır. Ancak, konuya ilişkin ilgili literatür incelendiğinde yeni kanıtların oluşturulmasına gereksinim duyulduğu görülmektedir. Bu bağlamda iyileştirici çevre kapsamında ele alınan aromaterapi, müzik terapi, renk terapi, doğa temelli ses terapi, terapi bahçeleri, sessiz zaman protokolü ve terapötik çevre oluşturma başlıklarının hasta bakımındaki iyileştirici gücü ekseninde bilimsel araştırmalar planlanmalıdır. Bu bağlamda ilgili derleme, konunun önemine dikkat çekerek, ilgili konunun bilimsel gücünü ortaya koyan yeni bilgileri literatüre kazandırarak bir yol haritası oluşturmaktadır.

Hakem/Peer-review: Dış hakem bağımsız.

Yazar Katkısı/Author Contributions: Fikir/Kavram: EA; Planlama: EA; Veri toplama ve/veya işleme: SS; Veri Analizi ve/veya Yorumlama: SS; Literatür Taraması: SS; Makale Yazımı: SS; Eleştirel İnceleme: EA.

Çıkar Çatışması/Conflict of Interest: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

- Alici N. (2019). *İç mekanda renk ve renklerin insan psikolojisine etkileri*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi, Güzel Sanatlar Enstitüsü, İstanbul.
- Altın E. (2023). İç mekan tasarımında renklerin kullanımı ve farklı kültürlerdeki etkilerinin incelenmesi. *Journal Of Social, Humanities And Administrative Sciences*, 9(69), 3682-3702. doi: 10.29228/JOSH AS.72556
- Alzubaidi S, Roaf S, Banfill PF, Talib R, Al-Ansari A. (2013). Survey of hospitals lighting: Daylight and staff preferences. *International Journal Of Energy Engineering*, 3, 287-293.
- Amasyalı YK. (2022). *Aile sağlığı merkezleri, tasarım ilkeleri ve iç mekân tasarımında planlamaya etki eden faktörlerin yeni modeller üzerinden değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Arslan BŞ. (2021). *İnsan bakım kuramına temellendirilmiş hemşirelik bakımının ebeveynini kaybeden adolesanlarda travma sonrası büyüme etkisi: Eylem araştırması*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya.

- Ateş ES, Özel Y. (2023). İç mekân tasarımında renk ve biçimin etkinliği. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 22(43), 113-123. doi:10.55071/ticaretfbid.1133556
- Bal F. (2019). Renk terapinin depresyon üzerindeki etkisinin incelenmesi. *Journal Of International Social Research*, 12(62). doi: 10.17719/jisr.2019.3091
- Bayındır SK, Biçer S. (2019). Holistik hemşirelik bakımı. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 25-29.
- Boz İ. (2018). İyileştirici bakım çevresi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 56-61. doi: 10.5505/bsbd.2018.88579
- Bozkurt C, Yıldırım Y, Aykar FŞ, Fadiloğlu ZÇ. (2021). Henderson hemşirelik modeline göre kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bir bireyin değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(1), 59-68. doi: 10.51754/cusbed.807105
- Brown LJ. (2021). *Implementing quiet time on an acute care unit*. (Doctor of Nursing Practice Degree). School of Nursing, University of Maryland at Baltimore.
- Büker MB, Elinç ZK. (2023). Hastane iç mekânlarında yaşlılar için renk kullanımı. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 14(1), 171-184. doi: 10.29048/makufebd.1261241
- Ekrem EC. (2021). İyileştirici bakım, iyileştirici çevre ve hemşirelik. C. Evereklioğlu (Ed.), *Sağlık bilimlerinde araştırma ve değerlendirmeler-II*. Gece Kitaplığı.
- Fang CS, Tu YK, Chang SL, Kuo CC, Fang CJ, Chou FH. (2024). Effectiveness of sound and darkness interventions for critically ill patients' sleep quality: A systematic review and component network meta-analysis. *Nursing In Critical Care*, 29(1), 134-143. doi: 10.1111/nicc.12883
- Fatehimoghdam S, Molavynejad S, Rokhafroz D, Seyedian SM, Sharhani A. (2023). Effect of nature-based sound therapy on stress and physiological parameters in patients with myocardial infarction. *Iranian Journal Of Nursing And Midwifery Research*, 28(4), 436-442. doi: 10.4103/ijnmr.ijnmr_221_21
- Fernandes AGO, Silva TCRD. (2020). War against the COVID-19 pandemic: reflection in light of Florence Nightingale's nursing theory. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(suppl 5), e20200371. doi: 10.1590/0034-7167-2020-0371
- Gürcan M, Turan SA. (2021). Examining the expectations of healing care environment of hospitalized children with cancer based on Watson's theory of human caring. *Journal Of Advanced Nursing*, 77(8), 3472-3482. doi: 10.1111/jan.14934
- Hedigan F, Sheridan H, Sasse A. (2023). Benefit of inhalation aromatherapy as a complementary treatment for stress and anxiety in a clinical setting - A systematic review. *Complementary Therapies In Clinical Practice*, 52, 101750. doi: 10.1016/j.ctcp.2023.101750
- Igeño-Cano JC. (2020). Benefits of walks in the outdoor gardens of the hospital in critically ill patients, relatives and professionals. *Medicina Intensiva*, 44(7), 446-448. doi: 10.1016/j.medin.2019.09.007
- Jamshidi S, Parker, JS, Hashemi S. (2020). The effects of environmental factors on the patient outcomes in hospital environments: A review of literature. *Frontiers of Architectural Research*, 9(2), 249-263.
- Jun J, Kapella MC, Hershberger PE. (2021). Non-pharmacological sleep interventions for adult patients in intensive care Units: A systematic review. *Intensive & Critical Care Nursing*, 67, 103124. doi: 10.1016/j.iccn.2021.103124
- Kabasakal A, Kitiş Y. (2021). Watson'ın insan bakım modelinin kavramsal açıdan incelenmesi. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 6(2), 45-50. doi: 10.25279/sak.516353
- Kızılder E. (Ed.). (2022). *Sağlık & bilim 2022: hemşirelik II*. Efe Akademi Yayınları.
- Kolaç N. Bölüm 4, (2023). S. Öncel, M. Yılmaz (Ed.). *Hemşirelikte temel kavramlar* (s. 67-99). Ankara: Akademi Kitabevi Yayınları.
- Kurt T, Çelik S. (2019). Yoğun bakım hastalarını mekanik ventilasyondan ayırma sürecinde doğa temelli ses terapisinin etkisi. *Cukurova Medical Journal*, 44,119-132. doi: 10.17826/cumj.556065
- Kurtgöz A, Kızıltepe SK. (2022). Türkiye'de aromaterapi uygulanarak yapılan lisansüstü randomize kontrollü hemşirelik çalışmalarının incelenmesi. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, 12(1), 123-129. doi: 10.33631/sabd.1055470
- Lin CL, Hwang SL, Jiang P, Hsiung NH. (2020). Effect of music therapy on pain after orthopedic surgery—a systematic review and meta-analysis. *Pain Practice*, 20(4), 422-436. doi: 10.1111/papr.12864
- McFarland MR, Wehbe-Alamah HB. (2019). Leininger's theory of culture care diversity and universality: An overview with a historical retrospective and a view toward the future. *Journal Of Transcultural Nursing*, 30(6), 540-557. doi: 10.1177/1043659619867134
- Nieberler-Walker K, Desha C, Bosman C, Roiko A, Caldera S. (2023). Therapeutic hospital gardens: Literature review and working definition. *HERD*, 16(4), 260-295. doi: 10.1177/19375867231187154
- Nilasari P, Hariyati RTS. (2021). Systematic review of missed nursing care or nursing care left undone. *Enfermeria Clinica*, 31, 301-306. doi: 10.1016/j.enfcli.2020.12.036
- Özgen E. (2018). İnsan-mekan etkileşiminde sağlık yapıları ve mekânın iyileştirici rolü. *Sanat ve Tasarım Dergisi*, 8(2), 184-195. doi: 10.20488/sanattasarim.529764
- Özkan S, Kılınçat B, Yılmaz M. (2023). Roper-Logan-Tierney hemşirelik modeline temelli pediatri hemşireliği: Olgu sunumu. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 4(1), 61-78.
- Payida-Ansah D. (2021). *Implementation of a quiet time protocol in the neurosurgical intensive care unit*. (Doctor of Nursing Practice Degree). School of Nursing, University of Maryland at Baltimore.

- Pekince H. (2018). *Roy adaptasyon modeline göre evde verilen bakımın multipl sklerozlu hastaların hastalığa uyumuna ve yaşam kalitesine etkisi*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Rajabpour S, Rayyani M, Mangolian Shahrabaki P. (2019). The relationship between Iranian patients' perception of holistic care and satisfaction with nursing care. *BMC Nursing*, 18, 48. doi: 10.1186/s12912-019-0374-7
- Riegel F, Crossetti MDGO, Martini JG, Nes AAG. (2021). Florence nightingale's theory and her contributions to holistic critical thinking in nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74. doi: 10.1590/0034-7167-2020-0139
- Sakıcı Ç, Bal AN. (2022). Duyguların renklerle ifade edilebilirliğinin araştırılması. *Düzce Üniversitesi Orman Fakültesi Ormanlık Dergisi*, 18(2), 191-211.
- Soyanıt Ş, Altay B. (2022). Madeleine Leininger: Kültürel bakımda çeşitlilik ve evrensellik teorisi. G. Tanrıverdi (Ed.), 6. *Ulusal 3. Uluslararası kültürlerarası hemşirelik kongresi bildiriler kitabı*. Holistence Publications.
- Ünsal A. (2017). Hemşireliğin dört temel kavramı: insan, çevre, sağlık&hastalık, hemşirelik. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 11-28.
- Wang SJ, Chen MY. (2020). The effects of sunlight exposure therapy on the improvement of depression and quality of life in post-stroke patients: A RCT study. *Heliyon*, 6(7), e04379. doi: 10.1016/j.heliyon.2020.e04379
- Yücel İ, Sayılan AA. (2023). Kronik böbrek yetmezliği tanısı ve bası yarası olan bireyin günlük yaşam aktiviteleri modeline göre değerlendirilmesi. *Aydın Sağlık Dergisi*, 9 (1), 11-12. doi: 10.17932/IAU.ASD.2015.007/2023.901
- Zborowsky T. (2014). The legacy of Florence Nightingale's environmental theory: Nursing research focusing on the impact of healthcare environments. *HERD*, 7(4), 19-34. doi: 10.1177/193758671400700404

Derleme

Meme Kanserinde Maneviyatın Yaşam Sürecine ve Baş Etmeye Etkileri

The Effects of Spirituality on Life Process and Coping in Breast Cancer

Aygül KISSAL^a Sümeyye KAVİCİ^b

^a Doç. Dr., Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye

^b Arş. Gör., Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye

Geliş tarihi/Date of receipt:21/05/2024

Kabul tarihi/Date of acceptance:12/07/2024

ÖZ

Meme kanseriyle baş etme sürecinde kullanılan dini/manevi kaynakları kullanma stratejisinin önemine ilişkin kanıtlar giderek artmaktadır. Literatürde "din ve maneviyat" kavramları geniş bir perspektifle tartışılmış ve bazı çalışmalarda bu iki kavram birbirinin yerine kullanılmıştır. Bireyin mensup olduğu din, inançları veya inançsızlıkları baş etme yöntemi olarak din/maneviyata olan yaklaşımını belirlemektedir. Meme kanseri hastalarında din/maneviyatın yaşam sürecine ve baş etmedeki etkilerinin incelenmesi amacıyla son on yıldaki "meme kanseri, din, maneviyat ve baş etme" anahtar kelimeleri ile Türkçe ve İngilizce dillerinde yapılan literatür taramaları sonucunda ulaşılan araştırmalar gözden geçirilmiştir. Literatürün büyük bölümü sağlık çalışanları ve hemşirelerin meme kanseri ile baş etme sürecinde dini/manevi kaynakların kullanımına, yetkinliklerin geliştirilmesine, eğitim programlarına olan ihtiyaca dikkat çekmiştir. Ayrıca, Türkiye'de sağlık çalışanlarının ve hemşirelerin kadınların meme kanseri ile baş etme sürecinde dini/manevi kaynaklarını nasıl kullandıkları ile ilgili araştırmalar sınırlı sayıdadır. Söz konusu çalışma sonuçlarının Türkiye'de geçerli olup olmadığının ortaya konması ve konuyla ilgili daha fazla araştırmanın yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Baş Etme Davranışı, Din, Maneviyat, Meme Kanseri

ABSTRACT

There is increasing evidence regarding the importance of the strategy of using religious/ spirituality resources used in the process of coping with breast cancer. In the literature, the concepts of "religion and spirituality" have been discussed in a broad perspective, and these two concepts have been used interchangeably in some studies. The religion to which the individual belongs determines his/her approach to religion/spiritualism as a method of coping with beliefs or unbeliefs. To examine the effects of religion/spirituality on the life process and coping in breast cancer patients, the researches reached as a result of the literature searches conducted in Turkish and English with the keywords "breast cancer, religion, spirituality and coping" in the last ten years were reviewed. Most of the literature has drawn attention to the use of religious/spiritual resources, the development of competencies, and the need for training programs in the process of coping with breast cancer by healthcare professionals and nurses. In addition, it has been observed that there are insufficient studies on how healthcare professionals and nurses use women's religious/spiritual resources in coping with breast cancer in Turkey. It is necessary to determine whether the results of studies conducted in other countries are also valid in Turkey, and to conduct more research on the subject.

Keywords: Breast Cancer, Coping Behavior, Religion, Spirituality

ORCID IDs: AK: 0000-0003-4570-5031; SK:0000-0003-3579-8545

Sorumlu yazar/Corresponding author: Doç. Dr. Aygül KISSAL, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye.

e-posta/e-mail: aygul.kissal@gmail.com

Atf/Citation: Kissal A, Kavici S. (2024). Meme kanserinde maneviyatın yaşam sürecine ve baş etmeye etkileri. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 7 (3), 404-412. doi:10.54189/hbd.1487584.

GİRİŞ

Meme kanseri akciğer kanserini geride bırakarak kadınlarda en sık görülen kanser türü olmuştur. Dünyada 2020 yılı için kadın meme kanserinde %11,7 yeni vaka %6,9 ölüm olduğu tahmin edilmektedir (Sung vd., 2021). GLOBOCAN Türkiye verilerine göre 2022 yılında %10,5 (25,249) kadın yeni meme kanseri tanısı alırken %5,7 (7,360) kadın ise meme kanseri nedeniyle hayatını kaybetmiştir (The Global Cancer Observatory, 2022). Meme kanseri, erken tanı ve ileri tedavi seçeneklerine ve sağ kalım oranlarındaki artışa rağmen çok yönlü bir kriz durumu olarak tanı/tedavi süreci ve sonrasında kadının yaşantısını fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleriyle etkileyen, önemli bir stres kaynağı ve zorlu bir hastalıktır (Argan Tokay ve Argan, 2021; Devi ve Fong, 2014; Hamilton vd., 2022; Mehrabi vd., 2015). Kanserin ağır seyretmesi, tedavinin uzun sürmesi ve yan etkilerinin çok olması gibi sorunlar hastaların günlük yaşam aktivitelerinin azalmasına, yaşam kalitelerinin düşmesine, genel iyilik hallerinin, psiko-sosyal yaşantılarının, fiziksel ve cinsel performanslarının olumsuz yönde etkilenmesine neden olabilmektedir (Argan Tokay ve Argan, 2021). Meme kanseri tanı ve tedavi sürecinde kadınlar anksiyete, depresyon, sinirlilik, belirsizlik hissi, karamsarlık, çaresizlik, benlik saygısında azalma, beden imajında bozulma, kanserin yinelenmesi ve ölümden korkma gibi ruh sağlığı sorunları yaşayabilmektedir (Lotfi ve Karataş, 2020). Kansere yüklenen anlamlar ve gösterilen tepkiler bireyin varoluşu anlamlandırması, değerleri ve inançları ile oldukça ilişkilidir.

Meme kanseri tanısı varoluşsal kaygılarla birlikte şiddetli acıyı ve ölümü akla getirir (Devi ve Fong, 2014; Hallaç ve Öz, 2011). Bu ilişkiler ağında bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığı, hastalığa uyumu, yaşam kalitesi ve kanserle baş etmesi gibi özellikleri hastanın durumunu etkileyebilir (Argan Tokay ve Argan, 2021; Mehrabi vd., 2015; Rohani vd., 2015). Kansere verilen tepkiler yas süreçleri ile paralel bir şekilde ilerler ve inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme aşamalarıyla ortaya çıkar (Kübler-Ross, 1970). Kanseri tanısıyla birlikte hasta birey, yaşamının temel gerçeklerini (örneğin adaletli bir dünyanın varlığına inanma, yaşamı anlayabilme, yaşamı üzerindeki kontrolünü yeniden kazanabilme gibi) sorgulamaya başlar. Yaşamının bir parçası olan kanser hastalığıyla ve yaşamla ilgili varsayımları arasındaki tutarsızlıklar hastayı yeni bir anlam arayışına iter. Hastalar genellikle, “Neden ben? Bunu hak etmek ve yaşamak için ben ne yaptım? Tanrı beni cezalandırıyor mu? Öldükten sonra bana ne olacak? Ben kaybolduktan sonra ailem nasıl yaşayacak? Yokluğum fark edilecek mi? Hatırlanacak mıyım? Yaşamdaki yarım kalan işlerimi bitirmek için yeterli zamanım olacak mı?” gibi sorulara yanıt ararlar. Bu değişim sürecinde hastalar yaşantılarını yeniden anlamlandırmaya ve baş etmeye çalışırlar (Bag, 2013).

Din ve maneviyat/spiritüel kavramları kanserle baş etme yollarından birisidir. Din ve maneviyat, kanserli bireylerin hastalıklarına anlam bulmalarına yardımcı olabilir ve varoluşsal korkuları hakkında rahatlama sağlayabilirler (Argan Tokay ve Argan, 2021; Mehrabi vd., 2015; Morett Romano Leão vd., 2021; Olgun, 2020; Rohani vd., 2015; Vardar, vd., 2021). Literatürde "din ve maneviyat" kavramları geniş bir perspektifle ele alınmış ve bazı çalışmalarda bu iki kavram birbirinin yerine kullanılmıştır. Bu nedenle bu çalışmanın amacı, meme kanseri hastalarında maneviyatın yaşam sürecine ve baş etmedeki etkilerini tartışmaktır. Bu amaçla son on yıldaki “meme kanseri, din, maneviyat ve baş etme” anahtar kelimeleri ile Türkçe ve İngilizce dillerinde yapılan literatür taramaları sonucunda ulaşılan araştırmalar incelenmiştir.

Baş Etme Kavramı

Baş etme Folkman ve Lazarus tarafından 1984'te “kişinin kaynaklarını aşan belli başlı içsel veya dışsal isteklerin yönetilmesi için kullanılan ve devamlı değişen bilişsel ve davranışsal çabalar” olarak tanımlanmıştır. Baş etmede iki strateji kullanılmaktadır. **(1) Problem odaklı baş etme;** stresli durumun özelliklerini değerlendirerek strese neden olan problemle baş etme olarak tanımlanmaktadır. **(2) Duygu odaklı baş etme;** içsel duygu durumunu dengelemek amacıyla duyguları düzenleme veya bireysel çaba gösterme olarak tanımlanmaktadır. Bunlardan problem odaklı baş etme, kendini veya çevreyi

değiştirmeye yöneliktir ve planlı problem çözme ve yüzleşerek baş etme gibi çeşitlere sahiptir. Duygu odaklı baş etme ise kişinin gerçeklik algısını değiştirmeye yöneliktir ve uzaklaşma, otokontrol, kaçmaktan kaçınma, sorumluluğu kabul etme ve olumlu yeniden değerlendirme gibi türleri vardır. Sosyal destek arama ise her iki baş etme stratejisinde de kullanılmaktadır (Lotfi ve Karataş, 2020).

Kanser tanısı olan her birey subjektif, karmaşık bir deneyim yaşar ve birçok farklı baş etme stratejisini kullanır. Pargament (1997) baş etme stratejilerden biri olan dinsel baş etme stratejisini teorik ve işlev temelli olarak ele almaktadır. Bu nedenle beş kilit dini işlevden bahsetmektedir:

- Olayları anlamlandırmada dini baş etme mekanizması
- Zor bir durum karşısında kontrol sağlama için çerçeve sunma
- Zor zamanlarda rahatlama sağlama
- Benzer düşünceye sahip insanlarla yakınlık kurma
- Yaşamlarında büyük dönüşümler yapmak isteyen kişilere yardım etmedir (Lotfi ve Karataş, 2020).

Carver ve diğerleri (1989) stresli durumlar karşısında kullanılan baş etme stratejilerini belirlemek amacıyla 60 sorudan oluşan “Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği (Coping Strategies with Stress (COPE))”ni geliştirmiştir. Ölçeğinin Türkçe psikometrik incelemesi Ağargün ve diğerleri (2005) tarafından yapılmıştır. COPE 15 alt boyuttan oluşmaktadır bunlar; ‘aktif baş etme’, ‘geri durma’, ‘plan yapma’, ‘yararlı sosyal destek kullanımı’, ‘diğer meşguliyetleri bastırma’, ‘pozitif yeniden yorumlama ve gelişme’, ‘dini olarak baş etme’, ‘şakaya vurma’, ‘duygusal sosyal destek kullanımı’, ‘kabullenme’, ‘davranışsal olarak boş verme’, ‘madde kullanımı’, ‘inkar’, ‘zihinsel boş verme’, ‘soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma’yı ölçmektedir (Ağargün vd., 2005).

Baş etmeyi dinsel açıdan ele alan çalışmalar, kanserde en fazla kullanılan baş etme stratejilerinden biri olduğunu ortaya koymuştur (Lotfi ve Karataş, 2020). Mehrabi ve diğerlerinin (2015) meme kanserli kadınlarda baş etme stratejilerini inceledikleri sistematik derleme çalışmasında çoktan aza doğru kadınların sosyal destek arama, din/maneviyat odaklı çabalar, olumlu yönde yeniden yorumlama, davranışı yeniden değerlendirme, davranışsal uzaklaşma, dikkatini başka yöne yöneltme ve duygularını açığa vurma stratejilerini kullandıkları belirlenmiştir. Kanserli bireyler hastalıkları ile baş etmede manevi boyutları desteklemek amacıyla inanışlarını yazıya dökme ve inançları hakkında konuşma, dua etme, başkaları tarafından edilen duaları dinleme, inancına ilişkin toplantı ve törenlere katılma ve kutsal sayılan yerleri ziyaret etme gibi uygulamalar yapmaktadır (Devi ve Fong, 2014; Hamilton vd., 2022; Olgun, 2020; Vardar vd., 2021). Müslümanlar arasında bazı ruhsal hastalıklar cinlerle, işlenen günahlarla ya da nazar ile ilişkilendirilmektedir. Müslüman toplumlarda bireyler “hoca, üfürükçü, cinci” olarak anılan kişilere gitmekte, “okutma”, “muska yazdırma” yöntemlerine sıklıkla başvurmaktadır. Sorunların çözümünde bu tür algıların farkında olunması sağlık çalışanlarının manevi danışmanlık rolünü ve önemini ortaya koymaktadır (Gencer, 2019).

Din/Maneviyat ve Başa Çıkma

Din ve sağlık ilişkisi önceki yıllarda daha çok teorik olarak ele alınmış ancak 1980’li yıllardan sonra incelenmeye başlanmıştır (Gencer, 2019). Din/maneviyatın hem fiziksel hem de ruhsal sağlıkla ilişkisi 2000’li yıllardan dikkatleri daha fazla üzerine çekmiştir. Din ve maneviyatın sağlığa olumlu etkisi Avrupa’ya kıyasla önce Amerika’da kabul edilmiştir. Daha sonra İslam ülkelerinde de giderek bu konuya ilgi artmıştır (Dydjow-Bendek ve Zagozdzon, 2022). Son zamanlarda meme kanseri hastalarında dini/manevi kaynakların kullanımının baş etme sürecindeki önemine ilişkin hem nitel (Devi ve Fong, 2014; Hamilton vd., 2022) hem de nicel (Albayrak ve Kurt, 2016; Flanigan vd., 2019; Hulett vd., 2021; Jafari vd., 2013; Nuraini vd., 2018; Zamaniyan vd., 2016) kanıtlar giderek artmaktadır. Pek çok çalışma insanın bütüncül bir bakışla

din/maneviyat özelliklerinin desteklenmesinin hastanın yaşam kalitesini ve fiziksel sağlık problemlerinin iyileştirilmesini olumlu etkileyebileceğine dikkat çekmektedir (Albayrak ve Kurt, 2016; Flanigan vd., 2019; Hulett vd., 2021; Jafari vd., 2013; Pahlevan Sharif ve Ong, 2019; Zamaniyan vd., 2016). Sağlık açısından dindarlık değerlendirildiğinde; dindarlığın kimi zaman olumlu, kimi zaman etkisiz rol oynadığı, bazen de dinin yanlış yorumlanması sonucu bireyde stres, kaygı ve depresyonu artırdığı, hastalıkları ya da hastalık süreçlerini tetikleyebildiği öne sürülmüştür (Gencer, 2019; Morett Romano Leão vd., 2021; Phenwan vd., 2019).

Din ve maneviyat (spiritüallite) kavramları çoğunlukla birbirinin yerine kullanılsa da aslında farklı anlamları karşılamaktadır (Morett Romano Leão vd., 2021; Phenwan vd., 2019; Vardar vd., 2021). Din, yaratıcı olarak benimsenen üstün bir güce olan inancı ve ona ibadet etme kurallarını düzenleyen sisteme denir. Dini anlamlar, dini deneyimlerin değerlendirilmesi ile ortaya çıkan sonuçlardır. Maneviyat ise daha çok kişisel deneyimleri tarif etmek için kullanılan bir terimdir. Maneviyat; inançtan bağımsız ancak bireyin kendisini daha yüce hissetmesini sağlayan bir bağlanma, hayatın anlamını ve amacını bilmek isteme, fiziksel olmayan yöntemlerle iyi hissetme, iyi oluş ve iç huzur duygusudur. Maneviyat sevgi ve şefkati, kendini ve dünyayı kabullenmeyi, manevi uygulamalar ve bireyi mutlu eden eylemleri içerir (Vardar vd., 2021). Bireyin mensup olduğu din, inançları veya inançsızlıkları baş etme yöntemi olarak din/maneviyata olan yaklaşımını belirlemektedir. Geniş anlamda din/maneviyat, meme kanserli kadınlara evrensel bir deneyim olarak rahatlık ve iç huzuru sağlayan boyut olmuştur, ancak aynı zamanda bireye özgüdür ve dinamik bir öznel karaktere sahiptir (Devi vd., Fong 2014; Phenwan vd., 2019; Vardar vd., 2021). Maneviyat, meme kanserinin neden olduğu karmaşık hastalık sürecini destekleyen, umudu ve yeni bir gelecek vizyonunu teşvik eden, hastaların deneyimlerinin anlamlandırmasında ve yeniden değerlendirmelerinde değişiklikler yaratan, değerlerin, yaşama arzusunun ve yaşamın amacının bütünleştirilmesi ve her şeyin daha iyiye doğru değiştirilebileceği inancını ihtiyacını vurgulayan temeldir (Bag, 2013; Devi ve Fong, 2014; Hamilton vd., 2022; Jafari vd., 2013; Lotfi ve Karataş, 2020).

İnsanın sıkıntı ve zorluklarla baş etmesinde kutsal kitapların kıssalarında güçlü bir inanca sahip olmanın önemine çokça değinilmiştir. Sıkıntılı ve zor zamanlarda yaratıcısına sığınan ve karşılaştığı olumsuzluklara sabredenler sonraki hayatlarında ödüllendirileceklerine inanırlar. Dindar kişiler, Allah'ı kendileri için zor ve sıkıntılı anlarda en iyi yardımcı olarak görmekte ve ölümü daha rahat kabullenmektedirler (Albayrak ve Kurt, 2016; Vardar vd., 2021). İslam teolojisi, bireyin kontrolü dışındaki olayları (kaza ve kader) ve Allah'ın iradesini (külli irade) kabul etmeyi ve beraberinde teslimiyeti gerektirmektedir. Bu nedenle, İslam dininde acı çekmeye bir cevap olarak Tanrı'ya karşı öfke ve isyan kabul edilebilir bir tepki olarak değerlendirilmemektedir. Olumlu dini başa çıkma stratejileri bir tampon görevi görerek Tanrı'nın hasta ile yapıcı bir şekilde iş birliği yaptığı algısını destekleyebilir. Diğer yandan, herhangi bir dini inanca sahip olmayan ve dini başa çıkma stratejilerinden kaçınan kanser hastaları, depresif düşünceler ve ölüm korkusu yaşamaya dini inancıya sahip olan kanser hastalarına göre daha yatkın olabilmektedir. Kanser hastalarının dini/manevi bakımdan olumlu ya da olumsuz baş etme yollarını kullandıkları pek çok araştırmada ortaya konulmuştur (Altıntaş ve Doğan, 2021; Morett Romano Leão vd., 2021; Phenwan vd., 2019; Vardar vd., 2021).

Din/Maneviyat ve Fiziksel Sağlık Problemleri ile Baş Etme

Meme kanserinde ağrı, bulantı-kusma, yorgunluk, terleme, ateş basması, uyku problemleri, kilo alma, lenfödem, kolda güçsüzlük ve uyuşma, kolu kullanmada kısıtlılık, osteoporoz, fertilitate ve cinsel problemler, menapozal semptomlar, endokrin problemler, fiziksel fonksiyonda azalma, hafıza ve konsantrasyon problemleri sıklıkla yaşanmaktadır (Hsiao vd., 2013). Dinin düzenli egzersiz, kilo kontrolü, içki ve sigara kullanımı gibi sağlık davranışları ile yaşam kalitesi ve uzun ömürlülük ilişkisi pek çok araştırmada incelenmiştir. Araştırmalar dinin fiziksel sağlığa doğrudan ve dolaylı olarak etkisinin

olduğunu ileri sürmüştür (Gencer, 2019). Meme kanserli kadınların ağrı ve maneviyatı nasıl ele aldığı ve ilişkisini değerlendiren bir derleme makalede maneviyatın kronik ağrılı hasta üzerindeki olumlu etkisini bildirmiştir (Flanigan vd., 2019). Bir diğer çalışma meme kanserli kadınlarda ağrı düzeyinin yüksek olmasının daha düşük maneviyat düzeyi ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Miller vd., 2021). Türkiye’de yapılan bir çalışmada ağrı algısı ile dini tutum arasında bir ilişki saptanmamıştır. Dini tutumun yaşam kalitesinin genel iyilik halini pozitif yönde etkilediği bildirilmiştir (Albayrak ve Kurt, 2016). Radyasyon tedavisi gören meme kanserli hastaların yaşam kalitesini iyileştirmede manevi terapi müdahalesinin rolünü değerlendirmek için yapılan Randomize Kontrollü bir çalışmada; manevi terapi programının meme kanserli kadınların genel yaşam kalitesini iyileştirebileceği gösterilmiştir (Jafari vd., 2013). Araştırmalar meme kanserli hastaların duygusal kronik streslerinin otoimmün inflamasyon ve meme kanseri tekrarlama riskinin artışı ile ilişkisine dikkat çekmektedir. Nöroendokrin hormonal yollar aracılığıyla zihin ve bağışıklık sistemi arasındaki iletişim, adaptif bağışıklık tepkisini etkileyerek hastalıklara karşı olumlu etkiler oluşturabilmektedir. Nitekim yapılan bir çalışmada ruhsal inançların ve dini uygulamaların nöroimmün aktivite ile ilişkili olduğu ve ruhsal temelli psikolojik nöroimmün sağlık modelinin güvenilirliği gösterilmiştir (Hulett vd., 2021).

Din/Maneviyat ve Ruh Sağlığı Problemleri ile Baş Etme

Ruh sağlığı kavramı kültür, zaman, mekan ve bireysel özelliklere göre değişebilir. Ruh sağlığını tanımlamak güç olup, daha çok kaygı, depresyon, Obsesif Kompulsif Bozukluk gibi olumsuz görünümünün ölçümlemesinden hareketle bir tanımlama yapılmaktadır. Pozitif psikoloji yaklaşımını benimseyen psikologlar ruh sağlığında iyi oluş, mutluluk, akış, umut, huzur, erdem gibi olumlu göstergelere vurgu yapmaktadır (Gencer, 2019). Din/maneviyat ve ruh sağlığı ilişkisinde dinin hastalık, saldırganlık, bağımlı kişilik, suç işleme, duygusal dengesizlik gibi olumsuz ruh sağlığına sebep olabileceğine dair görüşlerin yanı sıra dinin uyum, anlam, güven, kontrol, teselli, mutluluk gibi olumlu ruhsal sağlık özellikleri destekleyeceğine dair görüşler de bulunmaktadır (Mehrabi vd., 2015; Vardar vd., 2021).

Türkiye’de yoksul kadınlarda meme kanseri üzerine yapılan bir çalışmada yaş arttıkça kendini suçlama, planlama ve kabullenmenin azaldığı saptanmıştır. Gelir düzeyi düşük olan ve daha düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip olan meme kanseri tanılı kadınların, dinsel öğelerden daha çok güç aldıkları ve daha çok durumlarını kabullenme yoluna gittikleri düşünülmektedir (Lotfi ve Karataş, 2020). Başka bir çalışmada ise kanser hastalarının %93’ünün, manevi baş etme yollarını kullanarak umutlarını sürdürdükleri belirtilmiştir. Maneviyatı yüksek bireylerin kansere karşı kaygı ve depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu, tedavi süreçlerinin daha iyi, umutlarının ve yaşam niteliklerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Bag, 2013). Kemoterapi almış meme kanserli kadınlarda maneviyatın psikolojik dayanıklılığa etkisini belirlemek amacıyla 85 kadında yapılmış bir çalışmada maneviyat ölçeği toplam puanı ortalaması ile psikolojik dayanıklılık toplam puanı ortalaması arasında pozitif yönde zayıf bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir ($r=0,471$, $p<0,05$). Kemoterapi alan meme kanserli kadınlar arasında maneviyat, psikolojik dayanıklılıktaki varyansın %22’sinden sorumlu bulunmuştur ($R^2=0,22$, $p<0,05$) (Yıldırım Üşenmez vd., 2023). Dindarlık ve psikolojik dayanıklılık arasındaki pozitif ilişkiyi pek çok çalışma desteklemektedir (Al Eid vd., 2020; Fradelos vd., 2018; Poorakbaran, Mohammadi GhareGhozlou, ve Mosavi, 2019). Yeni meme kanseri tanısı almış bireylerin kansere tepkisi ile dini başa çıkma arasındaki ilişkinin incelendiği betimsel bir araştırmada olumlu dini başa çıkma ile mücadeleci ruh alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuş ($p<0,05$; $r=0,440$) ayrıca olumsuz dini başa çıkma ile mücadeleci ruh alt boyutu arasında negatif yönde, ümitsizlik-çaresizlik, endişeli bekleyiş, kadercilik ve inkar alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0,05$) olduğu belirlenmiştir (Altıntaş ve Doğan, 2021). Maneviyatın meme kanserinden kurtulan bireylerde yaşama ve sağlığa ilişkin olumlu duyguların gelişmesinde önemli olduğu bulunmuştur (Ahmad vd., 2011). Meme kanseri olan

Malezyalı-Müslüman kadınları değerlendiren bir çalışmada, kadınların maneviyatı arttıkça yaşam kalitelerinin arttığı ve stres düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir (Pahlevan Sharif ve Ong, 2019). Araştırmalar bütüncül hasta merkezli bakım sağlamak için kültürel farklılıklara dikkat ederek kadınların manevi kaygılarını ele almanın önemini vurgulamaktadır (Devi ve Fong, 2014; Mehrabi vd., 2015). Thuné-Boyle ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında 'Tanrı tarafından cezalandırılmış ve terk edilmiş hissetmek' artan kaygı düzeylerindeki varyansın %5'ini önemli ölçüde açıklamış, ancak kısmen inkarla başa çıkma aracılık etmiştir.

Din/Maneviyat ve Sağlık Problemleri ile Baş Etmede Hemşirenin Sorumlulukları

Kadınlar süreçle ilgili belirsizlik yüzünden hastalık ve tedavi sürecine uyum sağlayamayabilir. Meme kanserli kadınların bakımından birinci derecede sorumlu olan hemşireler hastaya moral ve motivasyon ve psikolojik destek sağlamalı, tedaviye uyumu arttırmalı ve hastanın manevi bakım ihtiyaçlarını belirleyerek bakımı planlayıp yaşam kalitesini artırmalıdır (Morett Romano Leão vd., 2021; Nuraini vd., 2018; Yıldırım Üşenmez vd., 2023). Uluslararası Hemşirelik Konseyinin Etik Kodlarında hemşirelerin "bireyin, ailenin ve toplumun insan hakları, değerleri, gelenekleri ve manevi inançlarına saygı göstermelidir" rolü açıkça belirtilmektedir (Olgun, 2020). Literatürde sağlık sorunlarının çözümünde ve sağlığın korunmasında multidisipliner yaklaşımın önemi vurgulanmakta; teoloji, sağlık ve psikoloji alanlarındaki bilim insanlarının önyargıdan uzak ve sadece bilimsel amaçlarla koordineli çalışmasının yararına dikkat çekilmektedir (Albayrak ve Kurt, 2016; Gencer, 2019; Morett Romano Leão vd., 2021). Sağlık çalışanları hastasına manevi bakım vermeden önce bazı sorular sormalı, değerlendirmede bulunmalıdır. Aşağıda birtakım soru örnekleri veri toplamada kullanılmak üzere önerilmiştir (Olgun, 2020):

- Sizin için maneviyatın önemi nedir?
- Kendi maneviyatınızı nasıl tanımlarsınız?
- Günlük rutininizde yer alan ve yerine getirdiğiniz ibadetler mevcut mu?
- Size kim ya da ne güç ve ümit verir?
- Sahip olduğunuz manevi değerlerinizin sizin için kişisel bir güç olduğunu düşünüyor musunuz?
- Zorluklarla baş etmek için uyguladığınız manevi uygulamalarınız var mı?
- Manevi değerleriniz zorluklarla baş etmenizde size nasıl yardımcı oluyor?
- Sizin için yaşamı daha anlamlı kılan bir gruba üyeliğiniz var mı? Varsa bu grup size yardımcı olduğunu

düşündüğünüz kaynaklar sunuyor mu?

- Sağlık çalışanlarından beklediğiniz dini/manevi destek nedir?
- Ölüm sizin için ne anlama gelmektedir?
- Hastalıkla baş etmenizde inançlarınız ne şekilde size yardımcı olur?
- Hastalık süreci ailenizin ve sizin yaşamınızı ne şekilde etkilemektedir?

Hemşireler meme kanserli bireyin dini/manevi destek gereksinimlerini belirlerken bireyin korkuları, acıları, umutları ve hayalleri nedir sorusuna yanıt aramalıdır. Hemşire önyargısız olarak bireyin ifadelerini kabul edebilmelidir. Hasta dini/manevi uygulamalarını yapmak isterse ona yardımcı olmalı, inancını gerçekleştirebileceği yeri ve zamanı sağlanma konusunda destek olmalı, hasta talep ederse profesyonel din adamlarına yönlendirmelidir (Olgun, 2020). Meme kanseri ile mücadele eden kadınlara yönelik terapötik iletişim geliştirme, danışmanlık sunma, varoluşsal deneyimleri teşvik etme ve inancı güçlendirme gibi girişimler vurgulanmalıdır. Umudun, desteğin, kültür ve inançların sağlık üzerindeki etkisini anlatmaya değerdir (Mehrabi vd., 2015; Morett Romano Leão vd., 2021). Ancak ülkemizde yapılan çalışmalarda

hemşirelerin manevi bakıma yönelik bilgilerinin yetersiz olduğu, din/manevi bakım konularının hemşirelik eğitim müfredatı ve hizmet içi eğitimlerde yer alması gerektiği bildirilmektedir (Eğlence ve Şimşek, 2014; Ercan vd., 2018).

Sınırlılıklar

Bu araştırma son on yıldaki literatürü tarayan geleneksel derleme çalışmaydı ve sonuçlar bu zaman dilimi ile sınırlıdır. İncelemeye alınan araştırmalarda din ve maneviyat (spiritüalite) kavramlarının çoğunlukla birbirinin yerine kullanılmış olması ve ölçme ile ilgili farklılıklar, kültürel algılar sonuçları yorumlamada önyargı oluşturabilir. Bu nedenle gelecek çalışmalarda meme kanseri tanısı alan kadınlar için din/manevi baş etme stratejisi olarak kullanım yararı daha iyi kanıtlarla desteklenmelidir.

SONUÇ

Sonuç olarak meme kanseri tanısı alan kadınlar kişisel, karmaşık bir deneyim yaşar ve hastalığa uyumda birçok farklı baş etme stratejisini kullanır. Bu stratejilerden din/manevi baş etme stratejisinin kullanımı yararlı olabilir. Meme kanseri hastalarının bu zorlu süreçlerle baş edebilmesinde onlarla en fazla iletişim kuran ve bakımlarında en fazla sorumluluk alan sağlık çalışanlarından hemşireler önemli bir konumdadır. Bu sebeple hemşirelerin hastaların desteklenmesi için din/maneviyat konusu ve önemi hakkında farkındalık, bilgi ve beceri kazanmaları önemlidir. Dünyada yapılan çalışma bulgularının Türkiye’de de geçerli olup olmadığının ortaya konması ve konunun daha fazla araştırılması gerekmektedir.

Araştırmanın Etik yönü/Ethics Committee Approval: Derleme makale hazırlanırken yayın etiğine uyulmuştur.

Hakem/Peer-review: Dış hakem bağımsız.

Yazar Katkısı/Author Contribution: Konsept - AK; Tasarım - AK; Denetim – AK, SK; Kaynaklar – AK, SK; Malzemeler – AK, SK; Veri Toplama ve/veya İşleme - AK, SK; Analiz ve/veya Yorum - AK, SK; Literatür Taraması - SK; Yazma - AK; Eleştirel İnceleme - AK, SK.

Çıkar Çatışması Beyanı/Conflict of Interest: Yazar çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

Kurumsal ve Finansal Destek Beyanı/Financial Disclosure: Yazar çalışma için finansal destek almadığını beyan etmiştir.

KAYNAKLAR

Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kara H, Kıran ÜK, Özer ÖA. (2005). COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6(4), 221–226.

Ahmad F, Muhammad Mbinti, Abdullah AA (2011). Religion and spirituality in coping with advanced breast cancer: Perspectives from Malaysian Muslim women. *Journal of Religion and Health*, 50(1), 36–45. doi:10.1007/s10943-010-9401-4.

Al Eid NA, Alqahtani MM, Marwa K, Arnout BA, Alswailem HS, Al Toaimi AA. (2020). Religiosity, psychological resilience, and mental health among breast cancer patients in Kingdom of Saudi Arabia. *Breast Cancer: Basic and Clinical Research*, 14, 1178223420903054. doi:10.1177/1178223420903054.

Albayrak A, Kurt E. (2016). Meme kanserli hastalarda ağrı ve uzuv kaybına (mastektomi) bağlı depresyon düzeylerinin yaşam kalitesi ve dindarlık ile ilişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 41–81. doi:10.21054/deuifd.282804.

Altıntaş B, Doğan S. (2021). Yeni tanı almış meme kanseri hastalarının kansere tepkileri ile dini başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gevher Nesibe Journal of Medical and Health Sciences*, 6(11), 50–60. doi:10.46648/gnj.187.

Argan Tokay M, Argan M. (2021). Manevi olarak hayatta kalanlar: meme kanseri ile başa çıkma stratejileri. *İnternet Uygulamaları ve Yönetimi*, 12(2), 87–110.

Bag R. (2013). Kanser hastalarında uzun dönemde görülen psikososyal sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 5(1), 109–126. doi:10.5455/cap.20130508.

Devi MK, Fong KCK. (2014). Spiritual experiences of women with breast cancer in Singapore: A qualitative study. *Journal of Religion and Health*, 6(2), 140–150. doi:10.4103/apjon.apjon_77_18.

Dydjow-Bendek D, Zagodzón P. (2022). Breast cancer and spirituality among women in Poland: A case-control study. *Journal of Religion and Health*, 61(6):4288-4301. doi:10.1007/s10943-022-01584-8.

Eğlence R, Şimşek N. (2014). Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (1), 48-53.

Ercan F, Körpe G, Demir S. (2018). Bir üniversite hastanesinde yataklı servislerde çalışan hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algıları. *Gazi Medical Journal*, 29(1), 17-22. doi:10.12996/gmj.2018.05.

Flanigan M, Wyatt G, Lehto R. (2019). Spiritual perspectives on pain in advanced breast cancer: A scoping review. *Pain Management Nursing*, 20(5), 432-443. doi:10.1016/j.pmn.2019.04.002.

Fradelos EC, Latsou D, Mitsi D, Tsaras K, Lekka D, Lavdaniti M, vd. (2018). Assessment of the relation between religiosity, mental health, and psychological resilience in breast cancer patients. *Contemporary Oncology*, 22(3), 172-177. doi:10.5114/wo.2018.78947.

Gencer N. (2019). Ali Ayten. din ve sağlık-kavram, kuram ve araştırma. *Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 21(39), 291-298. doi:10.17335/sakaifd.484448.

Hallaç S, Öz F. (2011). Genital kanser tanı sürecinde varoluşsal kaygı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(4), 595-610. doi:10.5455/cap.20110326.

Hamilton JB, Best NC, Barney TA, Worthy VC, Phillips NR. (2022). Using spirituality to cope With COVID-19: The experiences of African American breast cancer survivors. *Journal of Cancer Education*, 37(5), 1422-1428. doi:10.1007/s13187-021-01974-8.

Hsiao FH, Chang KJ, Kuo WH, Huang CS, Liu YF, Lai YM, vd. (2013). A longitudinal study of cortisol responses, sleep problems, and psychological well-being as the predictors of changes in depressive symptoms among breast cancer survivors. *Psychoneuroendocrinology*, 38(3), 356-366. doi:10.1016/j.psyneuen.2012.06.010.

Hulett JM, Johnstone B, Armer JM, Deroche C, Millspaugh R, Millspaugh J. (2021). Associations between religious and spiritual variables and neuroimmune activity in survivors of breast cancer: A feasibility study. *Supportive Care in Cancer*, 29(11), 6421-6429. doi:10.1007/s00520-021-06224-7.

Jafari N, Zamani A, Farajzadegan Z, Bahrami F, Emami H, Loghmani A. (2013). The effect of spiritual therapy for improving the quality of life of women with breast cancer: A randomized controlled trial. *Psychology, Health & Medicine*, 18(1), 56-69. doi:10.1080/13548506.2012.679738.

Kübler-Ross E (1970) *On death and dying*. Collier Books/Macmillan Publishing Co, New York, NY, US.

Lotfi S, Karataş K. (2020). Meme kanseri hastası yoksul kadınlarda baş etme süreçlerinin incelenmesi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 16, 23-42. doi:10.46218/tshd.797624.

Mehrabi E, Hajian S, Simbar M, Hoshiyari M, Zayeri F. (2015). Coping response following a diagnosis of breast cancer: A systematic review. *Electronic Physician*, 7(8), 1575-1583. doi:10.19082/1575.

Miller M, Xu D, Lehto R, Moser J, Wu HS, Wyatt G. (2021). Pain and spirituality outcomes among women with advanced breast cancer participating in a foot reflexology trial. *Oncology Nursing Forum*, 48(1), 31-43. doi:10.1188/21.ONF.31-43.

Morett Romano Leão DC, Pérez Marfil MN, García Caro MP, Ramos Pereira E, Costa Rosa Andrade Silva RM, Braga Mendonça A, vd. (2021). The importance of spirituality for women facing breast cancer diagnosis: A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12), 6415. doi:10.3390/ijerph18126415.

Nuraini T, Andrijono A, Irawaty D, Umar J, Gayatri D. (2018). Spirituality-focused palliative care to improve Indonesian breast cancer patient comfort. *Indian Journal of Palliative Care*, 24(2), 196-201. doi:10.4103/IJPC.IJPC_5_18.

Olgun Ş. (2020). Meme kanserli bireylerde manevi bakımda hemşirenin rolü. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(3), 268-274. doi:10.46237/amusbfd.614832.

Pahlevan Sharif S, Ong FS. (2019). Education moderates the relationship between spirituality with quality of life and stress among Malay Muslim women with breast cancer. *Journal of Religion and Health*, 58(4), 1060-1071. doi:10.1007/s10943-018-0587-1.

Phenwan T, Peerawong T, Tulathamkij K. (2019). The meaning of spirituality and spiritual well-being among Thai breast cancer patients: A qualitative study. *Indian Journal of Palliative Care*, 25(1), 119-123. doi:10.4103/IJPC.IJPC_101_18.

Poorakbaran E, Mohammadi GhareGhoulou R, Mosavi SMR. (2019). The effect of group spirituality therapy on increasing resilience in women with breast cancer. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 92(1), 1393-1402. doi:10.22038/MJMS.2019.13994.

Rohani C, Abedi HA, Omranipour R, Langius-Eklöf A. (2015). Health-related quality of life and the predictive role of sense of coherence, spirituality and religious coping in a sample of Iranian women with breast cancer: A prospective study with comparative design. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(40), doi:10.1186/s12955-015-0229-1.

Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, vd. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209-249. doi:10.3322/caac.21660.

The Global Cancer Observatory. (2022). Turkey fact sheets. (Erişim Tarihi: 24.05.2024), <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/792-turkiye-fact-sheet.pdf>.

Vardar O, Sercekus P, Özkan S. (2021). Kanser hastalarının ve bakım verenlerin baş etmesinde maneviyat ve din. *Journal of Education and Research in Nursing*, 18(4), 462–466. doi: 10.5152/jern.2021.35651.

Yıldırım Üşenmez T, Öner U, Şanlı ME, Dinç M. (2023). The effect of spirituality on psychological resilience in women with breast cancer who have received chemotherapy: A cross-sectional study from Turkey. *Journal of Religion and Health*, 62(3), 1964-1975. doi:10.1007/s10943-022-01668-5.

Zamaniyan S, Bolhari J, Naziri G, Akrami M, Hosseini S. (2016). Effectiveness of spiritual group therapy on quality of life and spiritual well-being among patients with breast cancer. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 41(2), 140–144.

Olgu Sunumu

Akciğer Kanseri Tanılı Bireye Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli Doğrultusunda NANDA-I, NOC ve NIC Bağlantıları (NNN) ile Yürütülen Hemşirelik Süreci Örneği
Example of Nursing Process Conducted with NANDA-I, NOC, and NIC Connections (NNN) Based on Functional Health Patterns Model for Individuals Diagnosed with Lung Cancer

Azize ÖZDAŞ GÜNDOĞAN^a, Öznur GÜRLEK KISACIK^b

^a Arş. Gör., Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları AD, Afyon, Türkiye

^b Doç. Dr., Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları AD, Afyon, Türkiye

Geliş tarihi/Date of receipt: 17/05/2024

Kabul tarihi/ Date of acceptance: 18/09/2024

ÖZ

Amaç: Akciğer kanseri ölüm oranı yüksek seyreden en sık görülen kanser türlerinden biridir. Geç teşhis edilen, teşhis edildiğinde evresi ilerlemiş olan akciğer kanseri, öksürük, hemoptizi, ağrı, yorgunluk gibi pek çok semptomun da beraberinde ortaya çıktığı bir hastalıktır. Tedavi ve bakım süreci karmaşık olan akciğer kanseri, bireylerin ve ailelerinin bakım yükünü artırmaktadır. Semptomların şiddeti ve tedaviye bağlı yan etkilerin varlığı, akciğer kanserli bireylerin yaşam kalitesini azaltmaktadır. Akciğer kanserli bireylere tıbbi tedavi dışında istendik bakımın sunulması ve yaşam kalitelerinin psikolojik, fiziksel, sosyal alanlarda artırılabilmesi için hemşirelik bakımına ihtiyaç vardır. Hemşireler bakımlarını yürütürken bilimsel bir problem çözme yöntemi olarak da ifade edilebilen hemşirelik sürecinden yararlanırlar. Hemşirelik sürecinin yürütülmesinde sınıflama sistemlerinin kullanılması, hasta bakım kalitesinin başarı oranını artırmaktadır.

Yöntem: Bu olguda 3. Evre küçük hücreli dışı akciğer kanseri olan bireye yönelik, NANDA-I Taksonomi II, NOC ve NIC bağlantıları kullanılarak, hemşirelik süreci yürütülmüştür.

Bulgular: Bireye ait 10 NANDA-I Taksonomi II tanısı, 46 adet NOC sonuç kriteri, 44 NIC girişimi ve 168 adet aktivite belirlenmiştir. Bireye ait veriler 11 alandan oluşan Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli kullanılarak elde edilmiştir. Verilen bakımın etkinliğinin değerlendirilmesinde NIC girişimleri öncesi birinci NOC sonuç kriterleri puanları ile NIC girişimleri sonrası ikinci NOC sonuç kriterleri puanları karşılaştırılmıştır.

Sonuç: İkinci NOC sonuç kriteri puanındaki artış, akciğer kanseri tanılı bireye sunulan bakımın etkin olduğunu ve NANDA-I Taksonomi II, NOC ve NIC bağlantıları oluşturularak kullanılan hemşirelik sınıflama sistemlerinin akciğer kanseri semptomlarının yönetiminde başarılı olduğunu göstermiştir.

Anahtar kelimeler: Akciğer kanseri, Hemşirelik süreci, NANDA I Taksonomi II, NOC ve NIC bağlantıları

ABSTRACT

Objective: Lung cancer is one of the most common types of cancer with a high mortality rate. When diagnosed late or at an advanced stage, lung cancer presents various symptoms such as cough, hemoptysis, pain, and fatigue. The treatment and care process for lung cancer are complex, increasing the burden of care for both individuals and their families. The severity of symptoms and the presence of treatment-related side effects diminish the quality of life for individuals with lung cancer. In addition to medical treatment, individuals with lung cancer require nursing care to provide desired support and improve their quality of life in psychological, physical, and social aspects. Nurses utilize the nursing process, which can be described as a scientific problem-solving method, in delivering care. The use of classification systems in the nursing process enhances the success rate of patient care quality.

Methods: In this case, the nursing process was carried out for an individual with stage III non-small cell lung cancer using NANDA-I Taxonomy II, NOC, and NIC connections.

Results: A total of 10 NANDA-I Taxonomy II diagnoses, 46 NOC outcome criteria, 44 NIC interventions, and 168 activities were identified for the individual. Data related to the individual were obtained using the Functional Health Patterns Model, which consists of 11 domains. In evaluating the effectiveness of the care provided, the scores of the first NOC outcome criteria before NIC interventions were compared with the scores of the second NOC outcome criteria after NIC interventions.

Conclusion: The increase in the score of the second NOC outcome criteria indicates that the care provided to the individual with lung cancer is effective and that nursing classification systems using NANDA-I Taxonomy II, NOC, and NIC linkages are successful in managing lung cancer symptoms.

Keywords: Lung cancer, Nursing process, NANDA-I, NIC and NOC linkages

ORCID IDs: AÖG: 0000-0001-7186-3792, ÖGK: 0000-0002-1317-3141

Sorumlu yazar/Corresponding author: Arş. Gör., Azize ÖZDAŞ GÜNDOĞAN, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Afyon, Türkiye

e-posta/ e-mail: azize.ozdass@gmail.com

Atıf/Citation: Özdaş Gündoğan A, Gürlek Kısacık Ö. (2024). Akciğer kanseri tanılı bireye Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli doğrultusunda NANDA-I, NOC ve NIC bağlantıları (NNN) ile yürütülen hemşirelik süreci örneği. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 7 (3), 413-431. doi:10.54189/hbd.1486016

GİRİŞ

Hasta bakımında daha iyi sonuçlar elde etmek ve bakım kalitesini yükseltmek için, hemşirelik sürecinin merkezde yer aldığı bir bakım modeli uygulamak önemlidir. Hemşirelik süreci, sağlıklı ve hasta bireylerin mevcut ya da potansiyel bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde ve hemşirelik bakım gereksinimlerinin çözüme ulaştırılmasında bireyi merkeze alan, eleştirel düşünmeyi ve kanıta dayalı uygulamayı bütünleştiren, bakıma yönelik kapsamlı bir yaklaşımdır (Basit, 2020; Erer vd., 2017).

Hasta bakımında, hemşirelik sürecinin klinik karar vermede bilimsel bir yol olarak kullanılması modern hemşireliğe geçişte etkili olmuştur. Hemşirelik süreci kavramı, ilk kez 1955'te Lydia Hall tarafından ele alınmış olup, zaman içerisinde farklı teorisyenler tarafından kapsamı ve aşamaları tanımlanmış olan bakım süreci günümüzde dinamik bir yaklaşım olarak birbiriyle ilişkili olan durumun değerlendirilmesi, hemşirelik tanısı, planlama, uygulama ve değerlendirme olmak üzere beş aşamadan oluşur (Basit, 2020; Erer vd., 2017; Gómez-Salgado vd., 2018; Johanson vd., 2012).

Hemşireliğe bilimsel bir bakış açısı getirmesi ve hemşirelik uygulamalarına yön vermesi bakımından, hemşirelik sürecinin uygulanmasında standart bir terminolojinin kullanılması gerekli bir unsurdur (Othman vd., 2020). Hemşirelik Sınıflama Sistemi olarak da adlandırılan standart hemşirelik terminolojisinin hemşirelik eylemlerini ve dokümantasyonunu yönlendirmek için kullanılması, hasta bakım sürecinde karar vermeyi, eleştirel düşünmeyi, hemşirelik kayıtlarının kapsamını ve kapsayıcılığını arttırmada, hastaların sağlığına ilişkin hemşireler ve diğer sağlık ekip üyeleri arasındaki iletişimi geliştirmede kritik bir öneme sahiptir (Duan vd., 2023; Shin vd., 2024a). Hemşireler sınıflama sistemlerini kullanarak, ulusal ve uluslararası düzeyde hemşirelik uygulamalarını standartlaştırarak bakım süreçlerinin yürütülmesine katkı sağlar (Gómez-Salgado vd., 2018). Amerikan Hemşireler Birliği (ANA), hemşirelik bakımının kalitesini artırmak ve hemşirelik uygulamalarında standardizasyonu sağlamak amacıyla sınıflama sistemlerinin kullanımını onaylamıştır (Shin vd., 2024a). Hemşireliğe özgü en geçerli ve güvenilir standart terminolojiler; Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği Uluslararası Tanı Sınıflaması (NANDA-I Taksonomi II), Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC) ve Hemşirelik Sonuçları Sınıflaması (NOC)'dır (Noh ve Lee, 2015). Uluslararası Tanı Sınıflaması olan NANDA Taksonomisi, ilk kez 1987 yılında Taksonomi I olarak geliştirilmiştir. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline (FSÖ) dayalı Taksonomi II sınıflaması ise 2008 yılında geliştirilmiştir. NANDA-I tarafından her iki yılda bir gözden geçirilmekle birlikte 2021-2023 yıllarında yayınlanan hemşirelik tanıları listesi 13 alan, 57 sınıf ve 267 hemşirelik tanısını kapsamaktadır. NANDA-I Taksonomi II, hastanın bakımından sorumlu hemşirelerin, hasta hakkındaki değerlendirmesini ve klinik muhakemesini tanımlamak için kritik bilgileri sağlayan, hemşirelik tanısı, ilişkili faktörler ve tanımlayıcı özelliklerden oluşan uluslararası hemşirelik tanılarını içerir (NANDA International, 2021). NOC ise, NANDA-I ve NIC sınıflamasını tamamlayıcı nitelikte bir sınıflama sistemidir. Hemşirenin klinik yargısına dayanarak, hastanın durumunu önceden belirlenmiş aralıklarla ölçebilen göstergeler ve ölçekler sunarak hemşirelik sürecinin planlama ve değerlendirme aşamalarında kullanılabilecek standartlaştırılmış bir terminoloji sağlar (Gencbas ve Bebis, 2017; Johanson vd., 2012; Moorhead vd., 2021; Moorhead vd., 2023; Wilkinson ve Barcus, 2018). NIC sınıflama sistemi ilk kez 1992 yılında Iowa Üniversitesi Hemşirelik Okulu Hemşirelik Sınıflama Merkezi (IOWA CNC, 2024) tarafından geliştirilmiş olup, hemşirelerin doğrudan veya dolaylı olarak bağımsız, yarı bağımlı ve bağımlı rolleri kapsamında sağlıklı/hasta birey, aile veya topluma uygulayabilecekleri tüm hemşirelik girişimlerini içeren, hasta bakımının planlanmasında hemşirelerin gerekli müdahalelerini seçmesine yardımcı olan, sistematik olarak organize edilmiş hemşirelik müdahalelerinin sınıflamasıdır (Aslan ve Emiroğlu, 2012; Göktuna vd., 2020; IOWA CNC, 2024). Bu üç sınıflama sisteminin bir arada kullanılması ile oluşan kavram ise NANDA-I, NOC, NIC (NNN) bağlantıları olarak adlandırılır ve hemşirelik sürecinin uygulanmasında standart bir terminoloji olarak kullanılan sınıflama sistemlerinin birlikte kullanılmasını ifade eder.

NANDA-I hemşirelik tanıları ile ilişkilendirilmiş girişimleri ve girişimlerle ilişkilendirilmiş sonuçları içeren NNN bağlantıları, hastaya bütüncül bakımın sunulmasında ve klinik karar vermede hemşireler için bir yol haritası sağlar (Azzolin vd., 2013; Gencbas vd., 2018; Othman vd., 2020). Böylece hasta bakımında bireyselliğin sağlanması ve gereksiz ya da hatalı hemşirelik girişimlerinin kullanımı önlenir (Shin vd., 2024b).

Günümüzde önemli bir sağlık sorunu olan kanser hem ülkemizde hem de dünyada yaygınlığı giderek artan bir durumdur. Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (WHO IARC)'nın son verilerine göre 2022 yılında 20 milyon insan kanser teşhisi almış ve her 5 kişiden 1'i kansere yakalanmıştır. Gerekli tedavi ve bakıma ulaşamaması gibi nedenlere bağlı olarak ölüm oranları artmaktadır. Karşılaşılan üç önemli kanser türünden biri olan akciğer kanseri ise 2022 yılında 2,5 milyon yeni vaka ile tüm kanserlerin %12,5'ini oluşturarak en yaygın görülen ve ölüme neden olan kanser türü olmuştur (World Health Organization [WHO], 2024). Akciğer kanseri, belirti-bulgu vermeden ilerleyen, tanındığında metastazı gerçekleşmiş, mortalite oranı yüksek bir kanser türüdür. Tedavi süreci ve yönetimi karmaşık olan akciğer kanseri, birey ve ailesi için bakım yükü yüksek bir hastalıktır (Cifçi, 2022; Urgancı ve Topbaş, 2023). Akciğer kanseri tanılı bireylere yönelik bakım, tedavi edici olmasının yanı sıra daha çok semptomatik ve palyatif bakım olarak verilmektedir. Akciğer kanseri tanısı alan bireylerde semptom kontrolünde hemşirelik bakımı oldukça önemlidir. Bu hastalarda ağrının azaltılması, karmaşık tedavinin yürütülmesi, hasta ve ailesinin bilgilendirilerek bakım yükünün azaltılması gibi pek çok bakım gereksiniminin saptanmasında ve karşılanmasında hemşirelik sürecinin kullanılması önemlidir (Urgancı ve Topbaş, 2023; Wang vd., 2022).

Bu çalışmada akciğer kanseri tanılı bireyin bakımında FSÖ modeline temellendirilmiş hemşirelik süreci ile NANDA-I, NOC, NIC bağlantıları kullanılarak sunulan hemşirelik bakımının etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU

Hasta 3. evre küçük hücreli dışı akciğer kanseri tanısı ile 18-25 Aralık 2023 tarihinde Afyonkarahisar ilinde yer alan bir üniversite hastanesinin göğüs hastalıkları kliniğine yatışı yapılarak sekiz gün süre ile izlenmiş, tedavi ve bakımı yapılmıştır. 74 yaşında olan hasta, daha önce serbest meslek yapmış, şu an ise işi ve sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Geçmiş tüberküloz öyküsü bulunan hastanın, mevcut hipertansiyon ve artirit tanısı vardır. Hastanın ameliyat öyküsü bulunmamaktadır. Uzun süreli ve yoğun tütün kullanımı öyküsü vardır. Bekar ve iki oğlu olan hasta bir ilçede yer alan yaşlı bakım merkezinde yaşamına devam etmektedir. Hasta göğüs ağrısı, kesilmeyen öksürük, dispne, yorgunluk ve senkop yakınması nedeniyle hastaneye getirilmiştir. Kişi, yer ve zaman oryantasyonunda sorunlar yaşamakta olan hasta genel görünüm olarak zayıf, yorgun ve isteksiz olup, öz bakım eksikliği mevcuttur.

NANDA-I Taksonomi II, NIC ve NOC Sınıflaması doğrultusunda hemşirelik sürecinin yapılandırılması Fonksiyonel Sağlık Örüntülerinin (FSÖ) Değerlendirilmesi

Bireye ait veriler, FSÖ modeli doğrultusunda 11 alanda değerlendirilmiştir. Gordon'un 1982 yılında geliştirmiş olduğu model 11 fonksiyonel alanı içermektedir. FSÖ modeli, toplum, aile ve hasta/sağlıklı bireyden objektif ve subjektif verilerin elde edilmesinde kılavuz olarak kullanılır. Hemşirelik sürecinde tanılama aşamasında kullanılmak üzere FSÖ modeline bağlı geliştirilen standartlaştırılmış araçlar literatürde mevcuttur. Bu araçlar klinik karar verme sürecinde bireyin kapsamlı olarak değerlendirilmesini sağlar. Modelde 11 alana yönelik bireyin kapsamlı sağlık değerlendirilmesi yapılarak mevcut problemleri, risk problemleri ve güçlü yönleri belirlenir (Gordon, 2016; NANDA International, 2021). Bireye ait 11 alanda yer alan verilerin toplanmasında Görsel Analog Skala (VAS), Beck Anksiyete Ölçeği, İtahi II Düşme Riski Ölçeği, Braden Risk Değerlendirme Ölçeği, Glasgow Koma Skalası, Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) Ölçeği, Dünya Sağlık Örgütü Oral Mukozit

Skorlama İndeksi, Dispnesinin değerlendirilmesinde Sözel Derecelendirme Skalası (VRS) ölçeklerinden yararlanılmış olup, elde edilen veriler Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. FKÖ'ye Göre Hastanın Değerlendirilmesi

<p>1. Sağlığın algılanması ve yönetimi 74 yaşında olan erkek hasta 15 dakika da bir tekrarlayan ve geçmeyen kuru öksürük şikayeti ile göğüs polikliniğinde muayene edilir. BT görüntülerindeki yapıların değerlendirilmesi için ileri tetkikle bronkoskopi ve PET sonucunda hastada malign, küçük hücreli dışı 3. Evre akciğer kanseri tanısı saptanır. Yapılan kontrollerde kitlenin büyüme, kemik ve lenf nodu metastazı olduğu bulgulanmıştır. Şiddetli öksürük, nefes alamama ve ağrı, yeterli beslenememe, halsizlik şikayetleriyle tekerlekli sandalye ile acile getirilen hastanın ilk müdahalesinin ardından göğüs kliniğine yatırışı yapılmıştır. Hasta bekar ve 2 çocuk babasıdır. Serbest meslekle uğraşmış olup emekliliği ve sosyal güvencesi bulunmayan hasta yaşlı bakım evinde yaşamakta ve oğulları ile görüşmemektedir. Hastanın tanımlanmış (2016) hipertansiyon ve artirit (2020) tanısı bulunmaktadır. 1994 yılında tüberküloz tanısı almış ve tedavi görmüştür. Hastanın başlıca yakınması; dispne, öksürük, göğüs ağrısı, senkoptur. Bulaşıcı bir hastalığı ve alerji öyküsü yoktur. 30 yıldır günlük bir-iki paket şeklinde değişim gösteren sigara kullanım öyküsü olan hasta 6 yıldır sigara kullanmamaktadır. Fiziksel engeli olmamasına rağmen yataktan çok az çıkmakta, tuvalete tek başına gidememekte, yorgun olduğunu ifade etmekte ve oryantasyonda sorun yaşamaktadır. Bacaklarında ve göğsünde VAS' göre 8 şiddetinde ağrısı vardır. GKS puanı: 14 tür. Dispne derecesi: 9 dur. İtaki II Düşme Riski puanı 25 (yüksek risk)'tir. Bireye klinikte uygulanan ilaçlar; Progas 40 miligram (mg) flakon İntravenöz yol (IV) ile (2x1), Vomepram 10 mg/2 mililitre (ml) ampul IV yol ile (2x1), Paraserol 10 mg/100ml flakon IV yol ile (Lüzum halinde (LH)), Madol 100mg/2ml IV (LH), Merosid 1000 mg flakon IV yol ile (3x1), İprasel 2,5 ml inhalasyon çözeltisi içeren flakon inhalasyon yolu ile (2X1), Prednol 20 mg ampul IV yol ile (2x1), Coversyl 5 mg oral tablet (2x1)'tir. Hasta 16 saat, 2 litre (lt)/dakikadan (dk) oksijen tedavisi almakta ve günlük 6 saat Bilevel Positive Airway Pressure (BIPAP) uygulaması yapılmaktadır. Hastada sağ juguler vende santral venöz kateteri, sağ bacakta periferik venöz kateteri ve üriner kateteri bulunmaktadır. Vital Bulguları: Kan Basıncı: 130/80, Nabız: 102, Solunum: 28, Oksijen saturasyonu (SPO²): 86 (Oksijen maskesi ile), Vücut ısısı: 38,2 °C dir. Laboratuvar Bulguları: Hemoglobin; 9,0 g/dl (düşük), hematokrit; % 27g/dl (düşük), eritrosit: 4.000.000 /dl, lökosit; 11.000/ml, trombosit; 11.000/ml, tokluk kan glikoz düzeyi; 112 mg/Dl, LDH; 298 U/L (yüksek), ALP: 199 (yüksek), total protein; 4,4 g/dL (düşük), albümin; 2,1 g/dL(düşük), globin; 2,2 g/dL(düşük). Kan pH: 7,341 pCO² : 46,36 mmHg, pO²: 77,88 mmHg, HCO₃⁻ : 22,86 meq/L.</p>
<p>2. Beslenme ve metabolik durum Hastanın kilosu 50 kg, boyu 168 cm ve BKİ' si 17,7' dir. 6 ay içerisinde hızlı kilo kaybı öyküsü bulunmaktadır. Bakıcısı yardımı ile beslenebilmektedir. Diyeti HT'ye yöneliktir. Hastanın BKİ' sinin düşük olması, yemek yemeyi reddetmesi, işahsız olması, ara ara bulantı yaşaması nedeniyle önce püre halindeki yiyecekler ve sıvı gıdalara geçilmiş ardından oral mama desteği sağlanmıştır ancak beslenmede değişim olmaması nedeniyle hastaya total parantral beslenme (Oliclinomel N4-550 E/ 24 saat) başlanmıştır. Hasta günlük 1000 ml sıvı almaktadır. Hastanın kendisi ve bakıcısı tarafından yeterince oral hijyeni sağlanamamakta, grade 1 oral mukoziti bulunmaktadır. Alt ekstremitelerde gode derinliği 2 mm + ödemi vardır. Hastanın kulakları üzerinde oksijen maskesine bağlı kızarıklık ve sakrumunda 1. evre basınç yarası bulunmaktadır.</p>
<p>3. Boşaltım Hasta tuvalet gereksinimi gidermede yarı bağımlıdır. Lavaboya kalkmakta zorlanması nedeniyle hasta bezi kullanılmaktadır. Üriner kateteri hastaneye yatışının beşinci gününde takılmıştır. Gaita az miktarda ve sıvı formda, idrar miktarı 24 saate 550 ml koyu sarı renktedir.</p>
<p>4. Aktivite-Egzersiz Hasta kısıtlı düzeyde yataktan çıkmakta, hareket etmek istememekte, yorgun görünmekte ve kasları zayıftır. Ayağa kaldırıldığında hasta sendelemektedir. Oksijen ve BIPAP uygulaması kesildiğinde oksijen saturasyonu düşmektedir. Yüzde, yanaklarda kızarma ve alında terleme vardır. Hastanın genel görünümü solgun, kuru, ince cilt yapısına sahiptir.</p>
<p>5. Uyku-Dinlenme Hastanın yorgunluk puanı 10 üzerinden 9 dur. Sersem, uykulu hali olan hasta gün içinde yarı uyku halindedir. Sorulan sorulara ara ara tutarsız cevaplar vermektedir. Geceleri de uyku uyanıklık hali devam etmektedir. Hasta günlük ihtiyaçlarının çoğunda bağımlı haldedir. Gününü aynı pijama ile geçirmektedir. Genel hijyeni eksik olan hastanın diş fırçalama alışkanlığı bulunmamaktadır. Beslenme ve boşaltım gereksinimlerinde de bağımlıdır. Hasta kliniğe gelişinden bir hafta önce duş almıştır. Dispne şiddeti 10 üzerinden 8'dir.</p>

6. Bilişsel algılama şekli Hasta zaman ve yer oryantasyonunda ara ara sorun yaşamakta ve verdiği cevaplar tutarsızdır. İtirme ve konuşma güçlüğü yoktur. Hastanın 10 üzerinde 8 şiddetinde ağrısı vardır. Öğrenmede ve karar vermede güçlük yaşamaktadır.
7. Kendini algılama- Benlik kavramı Umutsuzluk ve kaygı içinde olan hastanın Beck Anksiyete Puanı 38 (şiddetli düzeyde anksiyete)'dir. Hastalığın tedavi sürecine yönelik bilmemezlik içindedir. Tedaviye yönelik kaygısı olan hasta iyileşeceğini düşünmemektedir. Çocuklarının kendisini ziyaret etmemesinden dolayı kızgınlığını dile getirmektedir.
8. Rol ilişkisi Oğulları ile uzun süredir görüşmeyen hasta beş yıldır bir ilçenin yaşlı bakım merkezinde yaşamaktadır. Bakımı ile hasta bakıcılar değişim halinde ilgilenmektedir. Bakıcıları ve sağlık personeli ile kısa ve yalnızca gereksinimleri için iletişim kurmaktadır. Oda arkadaşı ve yakınları ile iletişim halinde değildir.
9. Cinsellik-Üreme Hasta cinsel yaşamının uzun süredir olmadığı bunun için enerjisinin ve istediğinin olmadığını ifade etmiştir.
10. Baş etme-Stres toleransı Hastanın çevreye ve insanlara ilgisi oldukça azdır. Tüm gününü herhangi bir aktivite yapmadan bazen yalnızca televizyon açık durumda, uyuklu ve sessiz halde geçirmektedir. Umutsuz ve kaygılı olduğu gözlemlenmiştir.
11. Değer ve İnanç Hastanın dini veya spiritüel bir uygulama yaptığı gözlenmemiştir. Kendisine yapmak istediği bir ritüel, ibadet, dua, ihtiyaç duyduğu obje vb. olup olmadığı sorulduğunda olmadığını ifade etmiştir.

Bu çalışmada FSÖ modeline dayalı olarak 11 alanda elde edilen bireye ait veriler doğrultusunda NANDA-I Taksonomi II sınıflamasına uygun olarak sağlığın yükseltilmesi, beslenme, boşaltım ve gaz değişimi, aktivite/dinlenme, güvenlik/koruma ve konfor alanlarından hemşirelik tanıları belirlendi. Belirlenen her bir NANDA-I hemşirelik tanısı için NOC sınıflama sisteminden yararlanılarak saptanan bakım problemlerinin şiddeti puanlandı. NOC sınıflama sisteminde bireyin saptanan mevcut ve potansiyel sağlık probleminin derecesi/şiddeti negatiften pozitif doğru 5'li Likert olarak değerlendirilmekte olup, en az istenen durum 1, en çok istenen durum ise 5 puan olarak puanlanmaktadır (Gencbas ve Bebis, 2017; IOWA CNC, 2024; Moorhead vd., 2023). İlk ve son NOC puanı arasında artış görülmesi, uygulanan hemşirelik girişimlerin etkin olduğunu ifade etmekle birlikte, literatürde 0,5'lik bir puan artışının olmasının uygulanan girişimin başarılı olduğu anlamında yorumlanabileceği ifade edilmiştir (Gencbas ve Bebis, 2017). Bu çalışmada bireye ait belirlenen hemşirelik tanıları için NOC sonuç çıktılarından elde edilen toplam puan, NOC çıktı sayısına bölünerek bireye ait ilk NOC puanı elde edildi. Bireye ait saptanan ve NANDA-I Taksonomi II sınıflaması doğrultusunda ifade edilen bakım problemlerinin çözümüne yönelik olarak hemşirelik girişimleri NIC sınıflaması doğrultusunda belirlendi. Birey için planlanan NIC girişimleri doğrultusunda belirlenen aktiviteler uygulandıktan sonra NOC çıktıları tekrar puanlanmış ve toplam NOC çıktı sayısına bölünerek ikinci NOC puanı elde edilmiştir. Her bir hemşirelik tanısı için ilk ve son NOC puanları karşılaştırılarak hemşirelik bakımının etkinliği değerlendirilmiştir. Bireye ait 10 NANDA-I Taksonomi II tanısı, 46 adet NOC sonuç kriteri, 44 NIC girişimi ve 168 adet aktivite planlanmış olup, bireyden elde edilen verilere yönelik saptanan NANDA-I Taksonomi II hemşirelik tanıları ve bu hemşirelik tanılarının çözümü için belirlenen NIC girişimleri ile girişimlerin etkinliğinin değerlendirilmesinde kullanılan NOC çıktıları Tablo 2'de sunuldu.

Tablo 2. NANDA I, NIC, NOC Bağlantıları ile Oluşturulan Hemşirelik Bakım Planları

NANDA-I Taksonomi II Hemşirelik Tanısı: Akut ağrı NANDA I Kodu: 00132 Alan 12: Konfor Sınıf 1: Fiziksel konfor Etiyolojik Faktörler: Küçük hücreli dışı 3. evre akciğer kanseri kemik metastazı ve lenf tutulumu olması. Akciğer kapasitesinin azalması nedeni ile yeterli ventilasyon ve ekspirasyon yapamama.	
Tanımlayıcı Özellikleri (Belirti ve Bulgular): Göğüs ve sırt bölgesinde ve alt ekstremitelerde kemiklerinde nefes alma ve verme esnasında batıcı tarzda ağrısının olduğunu ifade etmesi. Ağrı puanının 10 üzerinden 8 olması. Dik oturmaya çalışması, ağrıyan göğüs bölgesinin üzerine yatması. Yüz ifadesinde ağrısının olduğunu gözlenmesi. Solunum sayısının 28 olması. Nabzının 102 filiform olması. Aktiviteden kaçınma. Uyuyamama. Huzursuzluk. İnilti. Odaklanamama.	
1. NOC Puanı/Beklenen Hasta Sonuçları NOC Kodu: 2102 Ağrı düzeyi: (Derecelendirme: 1-5: şiddetli, önemli, orta, hafif, yok):	2. NOC Puanı/Değerlendirme NOC Kodu: 2102 Ağrı düzeyi: (Derecelendirme: 1-5: şiddetli, önemli, orta, hafif, yok):
<ol style="list-style-type: none">1. Ağrılı yüz ifadesi: 12. Huzursuzluk ve kas gerginliği: 23. Ağrı ataklarının uzunluğu: 34. İnleme ve ağlama: 45. Huzursuzluk: 2 1. NOC puanı: $[(1+2+3+4+2) / 5]: 2,4$	<ol style="list-style-type: none">1. Ağrılı yüz ifadesi: 42. Huzursuzluk ve kas gerginliği: 53. Ağrı ataklarının uzunluğu: 54. İnleme ve ağlama: 55. Huzursuzluk: 4 2. NOC puanı: $[(4+5+5+5+4) / 5]: 4,6$
Değerlendirme: (4,6-2,4): 2,2 > 0,5	
NIC Girişim Kodu: 1E-1400: Ağrı yönetimi 2H-2210: Analjezik uygulanması	
NIC Aktiviteleri: Oksijenizasyonun sağlanması. Yaşamsal bulguların değerlendirilmesi. Kanda kalsiyumun atılmasını ve kemiklere geri alınımının sağlanması için order edilirse, tedavinin uygulanması. Ağrıyan göğüs bölgesinin üzerine yatabilmesinin sağlanması. Rahat edebileceği pozisyonlar verilmesi (semi fowler pozisyon gibi). Ağrısı dışında başka bir şeye odaklanmasının sağlanması. Tedavi planında yer alan Parasetamol ve Madol alerjisi değerlendirilerek ve non farmakolojik yöntemlerin sonucunda ağrı azaltılamazsa, hastaya uygulanması. Ağrının değerlendirilmesi, puanlanması ve kaydedilmesi. Ağrı VAS puanının 10 puan üzerinden en az 3'e düşmesinin sağlanması. Uygulanan işlemler sonucunda ağrı azalma olmazsa hekime haber verilmesi.	
NANDA-I Taksonomi II Hemşirelik Tanısı: Hipertermi NANDA I Kodu: 00007 Alan 11: Güvenlik/Koruma Sınıf 6: Termoregülasyon Etiyolojik Faktörler: 3. evre akciğer kanseri. Akut ağrı.	
Tanımlayıcı Özellikleri (Belirti ve Bulgular): Hastanın vücut sıcaklığının 38,2 °C olması. Yüzünde yanaklarının kızarması ve alında terlemenin gözlenmesi. Taşikardi: Nabız sayısı 102. Takipne: Solunum sayısı: 28. Deride dokunma ile sıcaklık.	
1. NOC Puanı/ Beklenen Hasta Sonuçları NOC Kodu: 0800 Termoregülasyon sağlanması: (Derecelendirme: 1-5: şiddetli, ciddi, orta, hafif düzeyde ya da normalden sapma yok)	2. NOC Puanı/Değerlendirme NOC Kodu: 0800 Termoregülasyon sağlanması: (Derecelendirme: 1-5: şiddetli, ciddi, orta, hafif düzeyde ya da normalden sapma yok)
<ol style="list-style-type: none">1. Artmış deri sıcaklığı: 12. Terleme: 13. Radyal nabız hızı: 34. Solunum hızı: 1 1. NOC Puanı: $[(1+1+3+1) / 4]: 1,5$	<ol style="list-style-type: none">1. Artmış deri sıcaklığı: 32. Terleme: 43. Radyal nabız hızı: 44. Solunum hızı: 3 2. NOC Puanı: $[(3+4+4+3) / 4]: 3,5$
Değerlendirme: (3,5-1,5): 2 > 0,5	
NIC Girişim Kodu: 2M-3740: Ateş tedavisi 2M-3786: Hipertermi tedavisi	
NIC Aktiviteleri: Hastanın ateş takibinin yapılması, Enfeksiyon belirti ve bulgularının takibinin yapılması, Enfeksiyon bulguları gerilemediği takdirde antibiyotik profilaksisi ilaçları tekrar değerlendirip etkinliği konusunda doktor görüşü alınması, Hastanın yaşamsal bulgularının takibinin yapılması,	

Sıvı dengesinin sürdürülmesi,
Odanın havalandırılmasının sağlanması,
Hastanın kıyafetlerinin hafifletilmesine yardım edilmesi,
Soğuk kompres uygulanması,
Hipertermiinin devam etmesi halinde doktorla görüşülüp ateş düşürücü ilacın hastaya uygulanması.

NANDA-I Taksonomi II Hemşirelik Tanısı: Yorgunluk

NANDA I Kodu: 00093

Alan 4: Aktivite/ Dinlenme Sınıf 3: Enerji dengesi

Etiyolojik Faktörler: 3. evre akciğer kanseri olması. Etkili solunum örüntüsü yapamama. Yeterli doku perfüzyonunun olmaması. Kemik Metastazi. Artiriti olması. Kemik kas göğüs ağrısının olması. İştahsızlık-malnütrisyon ve anemisinin olması. Yeterli uyku alamaması. Hastane ortamında olma. Aktivite intoleransı. İsteksizlik. Anksiyete. Gürültü. Hipertermisinin olması.

Tanımlayıcı Özellikleri (Belirti ve Bulgular): Günlük yaşamsal ihtiyaçlarını karşılamak için gücünü toparlayamaması. Konsantrasyonda bozulma. Çevreye ilgisizlik. Sersemlik. Yataktan çıkmaya karşı isteksiz olma.

Hemoglobin hematokrit değerlerinin düşük olması. Satürasyonun, oksijen ve BIPAP uygulaması dışında düşük olması. BIPAP makinasının yorucu bir uygulama olması. Gözaltlarının siyah renkte olması. Ekstremitelerinde yeterli tonus olmaması.

1. NOC Puanı/ Beklenen Hasta Sonuçları

NOC Kodu: 0007

Yıkıcı etkiler ve yorgunluk seviyesi:

(Derecelendirme: 1-5: asla, nadiren, bazen, sık sık, sürekli)

1. Hayat tarzını enerji seviyesine uyarlar: 2
2. Aktivite ve dinlenme aralıklarını dengeler: 2
3. Dengeli beslemeyi sürdürür: 1
4. Aktiviteler için yeterli dayanıklılığa sahip olduğunu bildirir: 2
5. Enerji koruma tekniklerini kullanır: 4

1. NOC puanı: [(2+2+1+2+4) /5]: 2,2

2. NOC Puanı/Değerlendirme

NOC Kodu:0007

Yıkıcı etkiler ve yorgunluk seviyesi:

(Derecelendirme: 1-5: asla, nadiren, bazen, sık sık, sürekli)

1. Hayat tarzını enerji seviyesine uyarlar: 3
2. Aktivite ve dinlenme aralıklarını dengeler: 3
3. Dengeli beslemeyi sürdürür: 2
4. Aktiviteler için yeterli dayanıklılığa sahip olduğunu bildirir: 2
5. Enerji koruma tekniklerini kullanır: 4

2. NOC puanı: [(3+3+2+2+4) /5]: 2,8

Değerlendirme: (2,8-2,2): 0,6> 0,5

NIC Girişim Kodu: 1A-0180: Enerji yönetimi

1D-1100: Beslenme yönetimi

1F-1850: Uykunun güçlendirilmesi

3O-4410: Ortak amaç belirleme

NIC Aktiviteler:

Günlük yaşam aktivitelerinde kendi bakımı için enerji harcamasının sağlanması ve aşırı yorucu aktivitelerden kaçınması, enerji yönetiminin sağlanması.

BIPAP uygulamasının uyku saatinden önce tamamlanması.

TPN ile beslenme ilkelerine uyulması.

Düzenli kan glükozu kontrolü yapılması.

Karbonhidrattan ve proteinden zengin beslenmesinin sağlanması.

Hastanın kendi bakımını sağlaması için ortak hedefler belirlemesi ve katılımının sağlanması.

Yaşamsal bulguları ve sıvı elektrolit dengesinin takip edilmesi.

Artirite ve kemik metastazına yönelik istem edilen ilaç tedavisinin uygulanması.

Ağrının giderilmesi.

Oksijen tedavisinin uygulanması.

Hematokrit değerlerinin takip edilmesi.

Uykusuzluğuna ilişkin;

-Çevrenin düzenlenmesi. Işık, gürültü, rahatsız edici koku gibi unsurların elimine edilmesi.

-Rahatlatıcı gevşeme tekniklerinin uygulanması.

-Rahat nefes alabileceği pozisyon almasında hastaya yardımcı olunması.

-Yatmadan bir saat öncesinde süt, yoğurt ürünlerinin tüketiminin sağlanması.

-Doktor istemi ile farmakolojik tedavinin uygulanması.

-Tedavi saatlerinin uyku düzenine göre ayarlanması.

NANDA-I Taksonomi II Hemşirelik Tanısı: Gaz değişiminde bozulma

NANDA I Kodu: 00030

Alan 3: Boşaltım ve gaz değişimi Sınıf 4: Solunum fonksiyonu

Etiyolojik Faktörler: 3. evre akciğer kanseri. Ağrı. Gaz değişiminde bozulma.

Tanımlayıcı Özellikleri (Belirti ve Bulgular): Anormal solunum şekli: Hızlı ve derin göğüs hareketleri. Solunum sayısının 28 olması. Dakikalık ventilasyonun azalması. Burun kanatlarının solunuma katılması. Dispnesinin olması. Arteriyel kan pH'nın asidik olması. Satürasyon değerlerinin oksijen uygulaması olmadığında düşmesi. Siyanoz belirtisi olan ciltte ve dudakta mavi-mor renklerin görülmesi. Gaz değişiminde bozulmaya bağlı, alt ekstremitelerin soğuk olması ve bazı bölgelerde tüylerin dökülmüş olması.

1. NOC Puanı/ Beklenen Hasta Sonuçları

NOC Kodu: 0402

Solunum durumu: Gaz değişimi:

(Değerlendirme: 1-5: çok şiddetli, şiddetli, orta, hafif ya da normalden sapma olmaması)

1. PaO₂, PaCO₂, arteriyel PH ve O₂ satürasyonu: 2
2. Dinlenme sırasında dispne: 2

2. NOC Puanı/Değerlendirme

NOC Kodu: 0402

Solunum durumu: Gaz değişimi:

(Değerlendirme: 1-5: çok şiddetli, şiddetli, orta, hafif ya da normalden sapma olmaması)

1. PaO₂, PaCO₂, arteriyel PH ve O₂ saturasyonu: 3
2. Dinlenme sırasında dispne: 3

3. Efor ile dispne: 1
4. Huzursuzluk, siyanoz ve uyku hali: 2
1. NOC puanı: $[(2+2+1+2)/4]: 1,75$

3. Efor ile dispne: 3
4. Huzursuzluk, siyanoz ve uyku hali: 3
2. NOC puanı: $[(3+3+3+3)/4]: 3$

Değerlendirme: (3-1,75): 1,25 > 0,5

NIC Girişim Kodları: 2K-3140: Hava yönetimi
2K-3320: Oksijen tedavisi
2K-3350: Solunum izlemi
2G-1920: Asit baz izlemi
2G-1913: Asit baz yönetimi: Solunum asidozu
2G-2020: Elektrolit izlemi
2K-3390: Ventilasyon yardımı

NIC Aktiviteleri:

Yaşamsal bulguların takibinin yapılması.
Asit baz yönetiminin sağlanması.
Hava yolu açıklığının sağlanması.
Laboratuvar testlerinin yatak başında ya da bakım sırasında gerçekleştirilmesi.
Ağrısına yönelik bakım verilmesi.
Oksijen tedavisi uygulama ve etkinliğinin değerlendirilmesi.
İstem edilen 2 lt/dk'dan 16 saat oksijen tedavisinin tamamlanması.
Günlük 8 saat BIPAP tedavisinin tamamlanması.
Kan pH takibi yapılması.
Tedavisinde istem edilen solunum sistemi ilaçlarının uygulanması.
Hastanın arteriyel kan gazı bulgularının takip edilmesi.
Doktor istemine göre anti asidoz ilaç tedavisi yapılması.
Hastanın bilincinin değerlendirilmesi.
Doğru soluk alma egzersizi eğitiminin yapılması.
Gerekli olduğunda hasta oral aspirasyonunun yapılması.
Siyanoz belirti bulgularının izlenmesi.
Maksimum nefes almasının sağlanması için semi fowler pozisyon verilmesi, 30 dk. da bir pozisyonunun değiştirilmesi.
Solunum güçlüğünün azaltılması için pozisyon verilmesi.
Derin solunum, dönme ve öksürmeyi yavaş bir şekilde yapması için hastanın cesaretlendirilmesi.
Solunum seslerinin dinlenmesi.
Gerekli durumda yeniden canlandırma/resüsitasyon girişimine başlanması.

NANDA-I Taksonomi II Hemşirelik Tanısı: Basınç yaralanması

NANDA I Kodu: 00312

Alan 11: **Güvenlik/Korunma Sınıf 2: Fiziksel yaralanma**

Etiyolojik Faktörler: Deri bütünlüğünde bozulma. Hareketsizlik. Uzun süreli hastanede kalması. Uzun süreli oksijen tedavisi alması. Yetersiz beslenme. Anemi. Aktivite intoleransı. Gaz değişiminde bozulma.

Tanımlayıcı Özellikleri (Belirti ve Bulgular): Braden skorunun 13 (orta risk) olması. Oksijen maskesinin temas ettiği kulak üst bölgesinde solmayan eritem kızarıklığın oluşması. Deri bütünlüğünde bozulma.

Sakrum bölgesinde 1. derece basınç yarasının olması. Serum albümin düzeyinde azalma. Kuru ince cilt. Ödem. Hipertermi.

1. NOC Puanı/ Beklenen Hasta Sonuçları

NOC Kodu: 1101

Doku bütünlüğü: Cilt ve mukoz membranlar:

(Derecelendirme: 1-5: şiddetli, önemli, orta, hafif ya da yok)

1. Elastikiyet hissi: 3
2. Hidrasyon: 3
3. Yapı: 3
4. Kalınlık: 3
5. Deri bütünlüğü: 1

2. NOC Puanı/Değerlendirme

NOC Kodu: 1101

Doku bütünlüğü: Cilt ve mukoz membranlar:

(Derecelendirme: 1-5: şiddetli, önemli, orta, hafif ya da yok)

1. Elastikiyet hissi: 3
2. Hidrasyon: 3
3. Yapı: 3
4. Kalınlık: 3
5. Deri bütünlüğü: 4

NOC Kodu: 0203

Hareketsizlik sonuçları: Fizyolojik

(Derecelendirme: 1-5: şiddetli, önemli, orta, hafif ya da yok)

1. Beslenme durumu: 2
2. Kas gücü: 2
3. Kas tonusu: 2
4. Eklem hareketliliği: 2

1. NOC Puanı: $[(3+3+3+3+1+2+2+2)/9]: 2,3$

NOC Kodu: 0203

Hareketsizlik sonuçları: Fizyolojik

(Derecelendirme: 1-5: şiddetli, önemli, orta, hafif ya da yok)

1. Beslenme durumu: 3
2. Kas gücü: 3
3. Kas tonusu: 2
4. Eklem hareketliliği: 3

2. NOC Puanı: $[(3+3+3+3+4+3+3+2+3)/9]: 3$

Değerlendirme: (3-2,3): 0,7 > 0,5

NIC Girişim Kodları: 2L-3520: Basınç yarası bakımı
2L-3500: Basınç yönetimi
2L-3590: Deri gözetimi

NIC Aktiviteleri:

Yeterli oksijenizasyonun sağlanması.
Basınç yarası bakımının ve pansumanının sağlanması.
Hastaya 30 dakikada bir pozisyon verilmesi.
Maske ile oksijen tedavisinde kulakların üzerindeki basıncı azaltmaya yarayacak önlemlerin alınması.
Yeterli sıvı alımının sağlanması.
Öz bakımının artırılması.
Hasta hijyeninin sağlanması.
Vücut çıkıntılarındaki basıncı en aza indirebilmek için bu bölgelerin desteklenmesi.
Hastanın yeterli ve dengeli beslenmesini sağlamak, protein ağırlıklı beslenmesinin desteklenmesi.
İdrar ve gaita inkontinansı olup olmadığının takip edilmesi.
Yatak çarşaflarının kuru ve kırışksız olmasının sağlanması.

NANDA-I Taksonomi II Hemşirelik Tanısı: Enfeksiyon riski

NANDA I Kodu: **00004**

Alan 11: **Güvenlik/Korunma Sınıf 1: Enfeksiyon**

Etiyolojik Faktörler: Santral venöz kateteri olması. Üriner sondasının bulunması. IV damar yolunun bulunması ve alt ekstremitede yer alması. Kollarında açılmış damar yollarına bağlı hematomlar oluşması. Cildinin kuru olması. Alt ve üst ekstremitede distal kısımlarda gode 2mm+ ödem olması, sıvı volüm fazlalığı olması. Uzun süreli hastane ortamının da kalması, bireysel hijyeninin az olması.

1. NOC Puanı/ Beklenen Hasta Sonuçları

NOC Kodu: 1924

Risk kontrolü:

(Derecelendirme: 1-5: asla, nadiren, bazen, sık sık ya da sürekli)

1. Enfeksiyon belirti ve bulgularını göstermez: 4
2. Yeterli bireysel hijyen gösterir: 2

1. NOC puanı: $[(4+2)/2]: 3$

2. NOC Puanı/Değerlendirme

NOC Kodu: 1924

Risk kontrolü:

(Derecelendirme: 1-5: asla, nadiren, bazen, sık sık ya da sürekli)

1. Enfeksiyon belirti ve bulgularını göstermez: 4
2. Yeterli bireysel hijyen gösterir: 3

2. NOC puanı: $[(4+3)/2]: 3,5$

Değerlendirme: (3,5-3): 0,5=0,5

NIC Girişim Kodları: 2N-4120: Sıvı yönetimi

4V-6550: Enfeksiyondan korunma

4V-6540: Enfeksiyon kontrolü

NIC Aktiviteler:

Hastanın hijyeninin sağlanması.
Protein ağırlıklı beslenmesinin sağlanması.
İstem edilirse antibiyotik tedavisinin uygulanması.
Üriner sondanın balonunun mesanede olup olmadığının kontrol edilmesi.
İdrar torbasının yatak seviyesinin altında kalmasının sağlanması.
İdrarın geriye gitmesinin önlenmesi.
İdrar sondasının kaplı drenaj sisteminin korunması, sondanın bağlantılarının ayrılmamasına dikkat edilmesi.
Hastanın üriner sondanın kapalı drenaj sistemi hakkında bilgilendirilmesi.
İdrar torbasındaki idrarın uzun süre bekletilmeden boşaltılması.
Aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılması.
Enfeksiyon bulgularının (ısı artışı, şişlik, kızarıklık, akıntı, yaranın görünümü vb.) gözlenmesi.
Hastanın enfeksiyona yakalanmasını artıran faktörler (yaşlılık, malnutrisyon, immün süpresyon vb.) saptanması.
Bireye yapılan tüm uygulamalarda çapraz bulaşı önlemek için el hijyenine dikkat edilmesi.
Birey ve ailesine, ziyaretçilere, personele el hijyeninin önemini öğretmesi.
Enfeksiyonla ilgili genel kurallara uyulması.
Gerekli olduğunda izolasyon önlemlerinin alınması.
İhtiyaç olmadıkça invaziv girişimlerin sınırlandırılması.
Laboratuvar bulguları (lökosit değeri, trombosit vb.) izlenmesi, değerlendirilmesi.
Hasta ziyaretçilerinin kısıtlanması.
Derinin nemli tutulması, deride çatlak, yarık vb. için önlem alınması.
İmmün sistemin güçlendirilmesi için yeterli ve dengeli beslenmesinin sağlanması.
Yaşamsal bulguların takip edilmesi.
Her hastadan sonra odanın temizlenmesinin sağlanması.
Odasının yeteri kadar havalandırılması.
İnfüzyon setleri, IV kateter pansumanı ve üriner kateterin uygun sürelerde değiştirilmesi.
Yeterli sıvı alımı sağlanması.
Yeterince dinlenmesinin sağlanması.
Ödem yeri ve boyutlarının değerlendirilmesi.
Sıvı alımının uygun şekilde 24 saate dağıtılması.
Sıvı volüm fazlalığı belirti bulguları yönünden takip edilmesi ve hekime bildirilmesi.

NANDA-I Taksonomi II Hemşirelik Tanısı: Oral mukoz membranda bozulma

NANDA I Kodu: **00045**

Alan 11: **Güvenlik/Koruma Sınıf 2: Fiziksel yaralanma**

Etiyolojik Faktörler: Uzun süreli oksijen tedavisi alma. Yetersiz oral sıvı alımı-besin alımı. Bireysel hijyende azalma.

Tanımlayıcı Özellikleri (Belirti ve Bulgular): Yaş: 74. Yetersiz beslenme. Yetersiz oral hijyen: grade 1 oral mukozit, diş kayıpları, çürük diş varlığı, diş etlerinde çekilme, ağız kokusu. Düzenli dişlerini fırçalamaması. Sigara içme öyküsü.

1. NOC Puanı/ Beklenen Hasta Sonuçları
NOC Kodu: 1100

Ağız sağlığı:

(Derecelendirme: 1-5: şiddetli, ciddi, orta, hafif düzeyde, normalden sapma yok)

1. Ağız, diş, dişeti, dil ve takma dişler, dental cihazlarının temizliği: 1
2. Ağız mukozası ve dilin nemliliği: 2
3. Mukozal membranların rengi (pembe): 2
4. Ağız mukozası, dil, dişler ve dişetlerinin bütünlüğü: 2

1. NOC puanı: [(1+2+2+2) /4]: 1,75

2.NOC Puanı/Değerlendirme
NOC Kodu: 1100

Ağız sağlığı:

(Derecelendirme: 1-5: şiddetli, ciddi, orta, hafif düzeyde, normalden sapma yok)

1. Ağız, diş, dişeti, dil ve takma dişler, dental cihazlarının temizliği: 2
2. Ağız mukozası ve dilin nemliliği: 3
3. Mukozal membranların rengi (pembe): 3
4. Ağız mukozası, dil, dişler ve dişetlerinin bütünlüğü: 3

2. NOC puanı: [(2+3+3+3) /4]: 2,75

Değerlendirme: (2,75-1,75): 1 > 0,5

NIC Girişim Kodları: 1F-1710: Ağız sağlığını sürdürme

1F-1720: Ağız sağlığını geliştirme

1F-1730: Ağız sağlığını iyileştirme

NIC Aktiviteleri:

Oral mukozanın; renk değişikliği, kuruluk, ödem ve lezyon açısından gözlemlenmesi.

Mukozit varlığını (veya şiddetini) değerlendirmek için ölçüm araçları kullanılması.

Oksijen tedavisinin nemlendirilerek uygulanması.

İstem edilen oksijen yoğunluğunun ve süresinin geçmemesinin sağlanması.

BIPAP uygulaması ve inhaler ilaçlardan sonra ağız bakımı verilmesi.

Günde en az iki kez dişlerinin fırçalanmasının sağlanması.

Ağız bakımı sağlanırken ağız kokusunun önlenmesi amacıyla dilinde temizlenmesinin sağlanması, hastaya öğretilmesi.

Yeterli beslenme ve hidrasyonun sağlanması.

Hastanın ağız hijyenini kendisinin yapıp yapamadığının değerlendirilmesi.

Hastanın dudaklarının nemlendirilmesinin sağlanması.

Uygulanan ilaçların ağız sağlığına yönelik yan etkileri bakımından değerlendirilmesi.

Ağız ve diş sağlığındaki değişime göre gerekli ise diş hekimi ile iletişime geçilmesi.

NANDA-I Taksonomi II Hemşirelik Tanısı: Dengesiz beslenme: Beden gereksiniminden az beslenme

NANDA I Kodu: 00002

Alan 2: Beslenme Sınıf 1: Besin alımı

Etiyolojik Faktörler: Yorgunluk. Güçsüzlük. İştahsızlık. Bulantı. Ağrı. Kronik hastalığı olması. Uzun süreli hastane ortamında kalmak. Uzun süre ağızdan beslenmeme. Oral mukozada bozulma.

Tanımlayıcı Özellikleri (Belirti ve Bulgular): BKİ endeksinin düşük olması (17,7). Günlük olarak izin verilenden daha az gıda alması. Solgunluk. Kötü kas tonusu. Yemeyi reddetme. Hastanın gıda alamadığının gözlenmesi. Gıdalara karşı ilgisizlik.

1. NOC Puanı/ Beklenen Hasta Sonuçları

NOC Kodu: 1004

Beslenme durumu:

(Derecelendirme: 1-5: asla, nadiren, bazen, sık sık, sürekli)

1. Besin alımı: 2
2. Katı gıda alımı: 1
3. Sıvı alımı: 1
4. Enerji: 2

1. NOC puanı: [(2+1+1+2) /4]: 1,5

2. NOC Puanı/Değerlendirme

NOC Kodu: 1004

Beslenme durumu:

(Derecelendirme: 1-5: asla, nadiren, bazen, sık sık, sürekli)

1. Besin alımı: 4
2. Katı gıda alımı: 2
3. Sıvı alımı: 3
4. Enerji: 4

2. NOC puanı: [(4+2+3+4) /4]: 3,25

Değerlendirme: (3,25-1,5): 1,75 > 0,5

NIC Girişim Kodları: 1D-1200: Total paranteral beslenme (TPN) uygulaması

1D-1803: Öz bakım yardımı: Beslenme

1D-1120: Beslenme tedavisi

1D-1160: Beslenmenin izlenmesi

1E-1450: Bulantı yönetimi

2G-2080: Sıvı elektrolit yönetimi

1F-1730: Ağız sağlığını iyileştirme

NIC Aktiviteleri:

Ağız bakımının sağlanması.

Seveceği besinlerin tercih edilmesi.

Bakımevindeki düzenine benzer bir düzen kullanılması.

Ortamın temiz olması ve havalandırılması.

Sıvı elektrolit dengesinin düzenlenmesi.

Kan glikoz takibi yapılması.
Vücut ağırlığının artırılmasının sağlanması.
Total paranteral beslenme solüsyonlarına mutlaka vitaminler ve elektrolitler ilave edilmesi.
Hastanın TPN' si sonlandırılacaksa, birdenbire değil, yavaş yavaş azaltılarak sonlandırılması.
Hasta tetkik vb. amaçla servis dışına çıkacaksa ya da başka bir kliniğe nakledilecekse mutlaka dekstroz içeren bir solüsyonla gönderilmesi.
Günlük kilo takibi yapılması.
Bulantıya neden olabilecek faktörlerin belirlenmesi (ilaçlar, işlemler gibi).
İstem edilen antiemetik ilaçların uygulanması.

NANDA-I Taksonomi II Hemşirelik Tanısı: Düşme riski

NANDA I Kodu: 00155

Alan 11: **Güvenlik/Koruma** Sınıf 1: **Fiziksel yaralanma**

Etiyolojik Faktörler: İtiki II Düşme Riski Ölçeğinden 25 puan alması. 74 yaşında olması. HT tedavisi alması.

Riskli ilaç grubunda yer alan ilaç kullanımı. Günlük yaşam aktivitelerinde yarı bağımlı olması. Yorgunluk, halsizlik yaşaması. Senkop öyküsü olması. Yabancı ortamda bulunması. Uykusuz olması.

1. NOC Puanı/ Beklenen Hasta Sonuçları

NOC Kodu: 1912

Düşmenin gerçekleşmesi:

(Derecelendirme: 1-5: 10 ve üzeri, 7-9, 4-6, 3-1 ve yok [belli bir zaman diliminde])

1. Ayakta iken düşme: 5
2. Otururken düşme: 5
3. Transfer edilirken düşme: 5
4. Yataktan düşme: 5

1. NOC puanı: [(5+5+5+5) /4]: 5

2.NOC Puanı/Değerlendirme

NOC Kodu: 1912

Düşmenin gerçekleşmesi:

(Derecelendirme: 1-5: 10 ve üzeri, 7-9, 4-6, 3-1 ve yok [belli bir zaman diliminde])

1. Ayakta iken düşme: 5
2. Otururken düşme: 5
3. Transfer edilirken düşme: 5
4. Yataktan düşme: 5

2. NOC puanı: [(5+5+5+5) /4]: 5

Değerlendirme: (5-5):0

NIC Girişim Kodları: 4V-6990: Düşmeyi önleme

4V-6486: Çevre yönetimi: Güvenlik

1C-1806: Öz bakım yardımı: Transfer

1F-1804: Öz bakım yardımı: Tuvaleti kullanma

NIC Aktiviteleri:

Düşme riskinin her gün değerlendirilmesi.

Düşmeye yönelik güvenlik önlemlerinin (yatak kenarlıklarının kaldırılması, yatağın en alt seviyeye indirilmesi) alınması.

Hastaya hızlı ulaşılabilmesi için deske yakın odaya yerleştirilmesi.

Hastaya çağrı ziline nasıl kullanılacağını öğretilmesi ve yakınma konulması.

Hastanın düşmesine neden olacak yanlış ayakkabı, terlik seçiminin önlenmesi.

Yataktan çıkarken, ayağa kalkarken; yürüteç baston gibi destek ekipmanlarının kullanımında yardımcı olunması.

İşitme ve görmenin değerlendirilerek gerekli önlemlerin alınması (gözlük kullanımı, yüksek sesle ifade etmek gibi).

Düşmeye neden olabilecek çevresel faktörlerin önlenmesi (karanlık ortam, kaygan zemin vb.).

Gerekli olmadıkça hastanın kullanımına alışmış olduğu mobilya, eşya düzeninin değiştirilmemesi.

Odanın düzeninde değişim olduğunda hastanın bilgilendirilmesi.

Hastanın yaşının, oryantasyonunun, kullandığı ilaçların değerlendirilmesi.

Yaşamsal bulgularının izlenmesi (kan basıncı, nabız, solunum, ateş).

Hastanın hareket edebilme, yataktan çıkabilme kabiliyetinin ve yardım gereksinimi bakımından değerlendirilmesi.

Hastayı mobilize ederken hastaya eşlik edilmesi, gerekiyorsa transfer kemeri kullanılması.

Belirli aralıklarla hastanın tuvalete/lazımlığa gitmesine yardım edilmesi.

Boşaltımına engel olacak kıyafetlerin değiştirilmesi.

NANDA-I Taksonomi II Hemşirelik Tanısı: Kırılgan yaşlı sendromu

NANDA I Kodu: 00257

Alan 1: **Sağlığın yükseltilmesi** Sınıf 2: **Sağlık yönetimi**

Etiyolojik Faktörler: Bilişsel fonksiyonlarda değişim. Kronik hastalık (Akciğer Kanseri-HT-Artirit). Yalnız yaşama. Malnütrisyon. Hastane yatışının uzaması.

Tanımlayıcı Özellikleri (Belirti ve Bulgular): Aktivite intoleransı. Banyo yapmada öz bakım yetersizliği.

Giyinmede özbakım yetersizliği. Yorgunluk. Beslenme de öz bakım yetersizliği. Beden gereksiniminden az beslenme. Umutsuzluk. Yürümede bozulma. Sosyal izolasyon. Giyinmede Öz bakım yetersizliği. Banyo yapmada öz bakım yetersizliği. Tuvalet ihtiyacını karşılamada öz bakım yetersizliği.

1. NOC Puanı/ Beklenen Hasta Sonuçları

NOC Kodu: 1206

Yaşama isteği: Sağlık davranışı bilgisi:

(Derecelendirme: 1-5: asla, nadiren, bazen, sık sık, sürekli)

1. İyimser yaklaşım sergiler: 2
2. Hastalığı ve tedavisi ile ilgilenir: 2
3. Yaşamı uzatmak için stratejiler kullanır: 2
4. Sağlıklı beslenme uygulamaları sergiler: 1
5. Normal uyku uyanıklık döngüsü sergiler: 1

1. NOC puanı: [(2+2+2+1+1) /5]: 1,6

2. NOC Puanı/Değerlendirme

NOC Kodu: 1206

Yaşama isteği: Sağlık davranışı bilgisi:

(Derecelendirme: 1-5: asla, nadiren, bazen, sık sık, sürekli)

1. İyimser yaklaşım sergiler: 3
2. Hastalığı ve tedavisi ile ilgilenir: 3
3. Yaşamı uzatmak için stratejiler kullanır: 3
4. Sağlıklı beslenme uygulamaları sergiler: 2
5. Normal uyku uyanıklık döngüsü sergiler: 3

2. NOC puanı: [(3+3+3+2+3) /5]: 2,8

Değerlendirme: (2,8-1,6): 1,2> 0,5

NIC Girişim Kodları: 1D-1200: TPN uygulaması
3P-4720: Bilişsel uyarım
3R-5310: Ümit aşılama
3R-5230: Baş etmeyi güçlendirme
3R-5270: Emosyonel destek
3R-5340: Var olma/Yanında bulunma
1D-1120: Beslenme tedavisi
1F-1800: Öz bakım yardımı
3T-5820: Anksiyetenin azaltılması

NIC Aktiviteleri:

Hastanın sosyal destek gereksinimlerinin değerlendirilmesi.
Mevcut sosyal desteğin kalitesinin ve miktarının belirlenmesi.
Sosyal desteğin yeterliliğinin ve ulaşılabilirliğinin desteklenmesi.
Çocuklarını nelerin beklediği konusunda bilgilendirilmesi.
Depresyon veya ajitasyon durumunun oluşması ve baş edilememesinde psikiyatriye konsültasyonun sağlanması.
Hastanın hastalık sürecini nasıl algıladığının değerlendirilmesi.
Sakin, güven verici bir yaklaşım kullanılması.
Kabullenici bir ortam hazırlanması.
Kabullenici bir tutum sergilenmesi.
Güven ve pozitif saygı ortamı oluşturulması.
Sessizliğin uygun şekilde kullanılması.
Hastanın en çok ilgilendiği bilginin ne olduğunu tanımlamasına ve bu bilgiyi edinmesine yardım edilmesi.
Tanı tedavi prognozuna ilişkin gerçekçi bilgi verilmesi.
Hastanın karar verme yeterliliğinin değerlendirilmesi.
İstenirse manevi kaynaklara ulaşmasının desteklenmesi.
Hastanın ambivalan (öfke ya da depresyon) duygularıyla yüzleşmesinin sağlanması.
Öfke ve düşmanlık duygularını yapıcı bir şekilde dışa vurmasının sağlanması.
Duygularını, algılarını ve korkularını sözel olarak ifade etmesi için cesaretlendirilmesi.
Ailenin katılımı için uygun şekilde cesaretlendirilmesi.
Destekleyici ya da empatik durumların oluşturulması.
Destekleyici olarak hastaya, şefkati ifade etmek için dokunulması.
Bireyin yanında ve ulaşılabilir olduğunuz farkında olmasının sağlanması fakat bağımlı davranışların pekiştirilmemesi.
Bireyin isteği doğrultusunda diğer destek kişilerle (rahip, imam vb.) iletişime geçme imkanının sunulması.

(Johanson vd., 2012; Moorhead vd., 2023; NANDA International, 2023; Wilkinson ve Barcus, 2018)

TARTIŞMA

Akciğer kanseri yaygın görülen, ölüm oranı yüksek kronik bir hastalıktır. Akciğer kanseri teşhis edildiğinde ileri evrededir ve bireylerin hayatta kalma oranı düşüktür (Lafci vd., 2020; Polanski vd., 2016). Karmaşık bir tedavi planı ve bakım süreci gerektiren akciğer kanseri, beraberinde yaygın olarak görülen dispne, öksürük, yorgunluk, ağrı, hemoptizi ve iştahsızlık gibi semptomların ve uygulanan tedaviye bağlı yan etkilerin de yönetimini gerektirir. Semptomların şiddetlenmesi ve tedaviye bağlı yan etkilerin gelişmesi akciğer kanserli bireylerin yaşam kalitesini azaltmıştır (Akn ve Temiz, 2021; Polanski vd., 2016). Akciğer kanseri olan bireylerin yaşam kalitesi diğer kanser türlerine yakalanmış bireylere göre daha düşüktür (Polanski vd., 2016).

Akciğer kanserinin tedavisinde amaç yalnızca hayatta kalım süresinin uzatılması değildir. Kanserin tıbbi tedavisiyle birlikte, bireylerin de yaşam kalitesinin istendik düzeye getirilmesi ve bireye bütüncül bakımın sunulması hedeflenmektedir (Güngör Tolasa ve Tokem, 2022; Lewandowska vd., 2020; Polanski vd., 2016). Hemşirelerin bakım rolü; kanserli bireylerin yaşam kalitesinin artırılmasında, aile ve yakınlarının desteklenerek bakım yüklerinin azaltılmasında oldukça önemlidir (Güngör Tolasa ve Tokem, 2022; Lafci vd., 2020).

Fiziksel, psikolojik, sosyal ve bilişsel işlevleri bozulmuş, yaşam kalitesi azalmış, semptomatik ve palyatif bakım ihtiyacı olan akciğer kanseri tanılı bireylere ve ailelerine yönelik verilen bakımda profesyonel hemşirelerin rolü oldukça önemlidir. Hemşireler, akciğer kanserli bireyin bakımında kişiye özgü uygulanan ve bilimsel bir yol olan hemşirelik sürecinden yararlanabilirler. Hemşirelik sürecinin, hemşirelik sınıflama sistemleri ile kullanılması sunulan bakımın başarı

oranını artırır (Aslan ve Emiroğlu, 2012; Basit, 2020; Bebis vd., 2019; Gencbas ve Bebis, 2017; Gencbas vd., 2018; Gómez-Salgado vd., 2018; Sánchez-Almagro vd., 2022; Wang vd., 2022).

NANDA-I hemşirelik tanıları, NOC ve NIC girişimlerinin birlikte kullanımı, hastaya verilen bakımın sistematik, kolay ve doğru temele dayalı bir şekilde uygulanmasını sağlayarak hemşirelik hizmetinin kalitesini ve etkinliğini artırır (Gencbas ve Bebis, 2017; Gómez-Salgado vd., 2018; Shin vd., 2024a). Literatürde NANDA-I, NOC, NIC (NNN) bağlantıları kullanılarak yapılandırılmış hemşirelik süreci doğrultusunda sunulan hemşirelik bakımının etkinliğini vurgulayan bazı çalışmalara rastlamak mümkündür (Azzolin vd., 2013; Bebis vd., 2019; Moorhead vd., 2021; Moreira vd., 2022; Park, 2014).

Kanser tanısı almış bireylere yönelik sunulan hemşirelik bakımının etkinliğini değerlendirmede NOC sonuç kriterleri geçerli bulunmuştur (Mello vd., 2016). Aksoy ve arkadaşları (2023) çalışmasında, prostat kanseri olan bireye 7 gün süreyle NNN bağlantılı hemşirelik bakımı uygulamış ve 11 NANDA-I hemşirelik tanısı belirlemişlerdir. En yüksek NOC puan farkı 46 puanla yetişkinlerde düşme riski hemşirelik tanısı için hesaplanırken en az NOC puan farkı 2 puan ile beslenmeyi güçlendirmeye hazır oluş ve elektrolit dengesizliği riski hemşirelik tanısıdır. Her bir hemşirelik tanısı için son NOC puanlarının ilk NOC puanlarına göre yüksek olduğu bulunarak uygulanan NIC girişimlerinin başarılı olduğu saptanmıştır. Benzer bir çalışmada meme kanseri olgusunda FSÖ Modeli doğrultusunda NNN bağlantıları ile sunulan hemşirelik bakımının hasta sonuçlarını iyileştirdiği saptanmıştır (Uslu ve Hisar, 2020).

Literatürde kanser tanısının yanı sıra diğer hastalıkların da yönetiminde NNN bağlantıları oluşturularak yürütülen hemşirelik sürecinin faydalı olduğu saptanmıştır. Ulusal literatür de NNN bağlantılı hemşirelik süreci yürütülen olgu sunumları incelendiğinde çalışma sonucuyla örtüşen sonuçlar bulunmuştur (Bal ve Koç, 2020; Baran, 2023; Bebis vd., 2019; Kurt vd., 2016; Odacı ve Kalanlar, 2022; Sümer vd., 2020). Baran ve arkadaşlarının (2023) çalışmasında Guillain-Barré sendromu olan hastada, Odacı ve Kalanlar (2022) COVID-19 geçiren bir hemşirede, Eray ve Oflaz'ın (2022) bipolar bozukluğu olan hastada, Bal ve Koç'un (2020) iskemik inme geçiren hastada, Gülpak ve Oktay'ın (2020) kronik böbrek hastalığı olan hastada, Sümer ve arkadaşlarının (2020) böbrek yetmezliği olan hastada ve Kurt ve arkadaşlarının (2016) ise akut miyokart infarktüsü geçiren bir hastada, NNN bağlantıları ile oluşturulan hemşirelik sürecini kullandıklarını ve oluşturulan NNN bağlantılarının hemşirelik bakımını daha sistematik ve etkin kıldığını bulgulamışlardır. Uluslararası literatür incelendiğinde; Gençbaş ve arkadaşlarının (2018) randomize kontrollü çalışmasında 62 üriner inkontinanslı yaşlı kadın hastada, deney grubunda yer alan ve NNN bağlantılı hemşirelik bakımı alan hastaların son NOC puanlarında 0,5 puan üzerinde artış gösterdiği, yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu ve daha düşük inkontinans şiddeti/bulguları gösterdikleri saptanmıştır. Lemos ve arkadaşlarının (2020) yarı deneysel araştırmasında diyabet ve kalp yetmezliği tanılı etkisiz sağlık yönetimi olan hastaların, taburculuk planlamasında NNN'ye dayalı hemşirelik planları kullanılarak, hastaların hastalık ve tedavi bilgilerinin iyileştiği bulgulanmıştır. Silva ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada fiziksel mobilitesi bozulmuş, total kalça protezi ameliyatı geçirmiş 21 hastada, 5 NOC göstergesine yönelik, NIC girişimleri uygulanmış ve 4 gün süreyle izlenerek ikincil NOC puanları değerlendirilmiştir. Kalça protezinin kaymasını önlemeye yönelik doğru vücut pozisyonu, yatak içi ve dışında doğru mobilize olma, aktivite kısıtlamasına yönelik bilgi düzeyi ve düşme davranışının önlemesine yönelik ikincil NOC puanlarında anlamlı derecede artış olmuştur. Fiziksel mobilitesi bozulmuş olan ortopedik hastalarının hemşirelik bakımında NOC sonuçlarının kullanılması bu hastaların klinik seyrinin iyiye gitmesini görünür kılmıştır. Iannicelli ve arkadaşları (2019) ile Duan ve Ren (2023) kardiyovasküler rahatsızlığı olan hastalarda, Park ve arkadaşlarının (2014) kalp yetmezliği olan hastalarda, Song ve arkadaşlarının (2013) kemoterapi tedavisi alan onkoloji hastalarında, yaptıkları araştırma sonuçlarına göre NNN bağlantıları oluşturularak uygulanan hemşirelik sürecinin, bakımın elektronik ortamda kayıt altına alınmasını sağladığı, hemşirelik bakımı için kılavuz oluşturduğu, hastanın ihtiyacına yönelik bakım verilmesini sağlayarak

bakımın etkinliğini ve hastaların yaşam kalitesini artırdığı, spesifik alanlara yönelik hemşirelerin bilgi birikimini artırdığı saptanmıştır.

Bu çalışmada bireye yönelik olarak 10 NANDA I Taksonomi II tanısı, 46 NOC sonuç kriteri, 44 NIC girişimi ve 168 adet aktivite planlanmıştır. FSÖ modelindeki 11 alana ait verilerin NANDA I Taksonomi II doğrultusunda değerlendirilmesi ile elde edilen hemşirelik tanıları; akut ağrı, hipertermi, yorgunluk, yetişkin basınç yaralanması, enfeksiyon riski, oral mukoz membranda bozulma, beden gereksiniminden az beslenme, düşme riski ve kırılğan yaşlı sendromudur. Bireye ait ilk ve son NOC sonuç kriterleri puanları arasında en yüksek fark 2,2 puan ile "Akut ağrı" tanısında iken, en az fark 0 puan ile "Düşme riski" tanısına yönelik girişimlerin değerlendirilmesinde bulunmuştur. Düşme riski tanısı dışındaki dokuz tanının NOC sonuç kriterleri puanının arttığı belirlenmiştir. Beklenen sonuç kriterleri puanlarındaki artış uygulanan hemşirelik girişimlerinin başarılı olduğunu ifade edilmektedir (Gencbas ve Bebis, 2017; IOWA CNC, 2024; Moorhead vd., 2023). "Düşme riski" tanısında puan değişikliğinin olmaması uygulanan girişimlerin sonucunda hastada düşme olayının gelişmediğini göstermesi sebebiyle olumlu bir durumken düşme riskinin hastanın izlem süresince devam ettiğini göstermektedir (Bebis vd., 2019; Gencbas vd., 2018; Park, 2014).

Akciğer kanserinde diğer kanserlere oranla daha fazla semptom görülmesi ağrıya neden olabilmektedir. Kanser metastazı da ağrıya neden olan faktörler arasındadır (Simmons vd., 2012). Olguda ilk ele alınan hemşirelik tanılarından biri 00132 NANDA-I kodu ile akut ağrı tanısıdır. Akciğer kanseri teşhisi alan hastalarda ağrı, hastanın konforunu ve tedaviye uyumunu etkilemesi nedeniyle giderilmesi gerekmektedir (Urgancı ve Topbaş, 2023). Bu olguda ağrı skorunun yüksek olması nedeniyle non farmakolojik yöntemlere ek olarak, istem edilen analjezi tedavisi uygulanarak hastanın ağrı şiddeti azaltılmıştır. İlk NOC göstergesi puan ortalaması 2,2'den son NOC göstergesi puan ortalaması 4,6'ya yükselmiştir. İkincil olarak ele alınan hemşirelik tanısı ise 00007 NANDA-I kodu ile hipertermidir. Vücut sıcaklığının artışı metabolik fonksiyonları olumsuz etkiler, enerji ve oksijen tüketiminin artmasına neden olur ve hızla müdahale gerektirir (Asgar Pour, 2012). Olguda kliniğe yatışının ilk günlerinde aralıklı hipertermi bulgulanmış ve NIC girişimleri ile normal vücut sıcaklığı sağlanmıştır. NOC puan ortalaması 1,5 puandan 3'e yükselmiştir. Akciğer kanserine bağlı veya ağrı nedeniyle hipertermi görülebileceği gibi enfeksiyona yönelik belirtiler bireyde rastlanmamıştır. İleri derece akciğer kanseri olan bireylerde, yaşam kalitesini düşüren yorgunluk, yaygın görülen bir semptomdur (Karadağ vd., 2012). Olguda yeterli doku oksijenizasyonunun olmaması, anemi, iştahsızlık, malnütrisyon ve ağrı gibi etkenlerle ilişkili ve halsizlik, isteksizlik, günlük yaşam ihtiyaçlarını karşılayamaması gibi bulgulara bağlı NANDA-I kodu 00093 olan yorgunluk tanısı ele alınmıştır. Oksijen tedavisi uygulanması, BIPAP uygulaması ve TPN ile beslenme gibi NIC aktivitelerinin uygulanmasına rağmen NOC gösterge puanında kısıtlı bir değişim olmuştur. Birinci ve ikinci NOC göstergesi ortalama puan farkı 0,6'dır. Aksoy ve arkadaşları (2023) çalışmasında, prostat kanseri tanılı bireye yönelik NNN bağlantılı hemşirelik bakım planında yorgunluk tanısını ele almışlar ve benzer NIC girişimlerini uygulamışlardır. Daha yüksek bir NOC puan farkı elde etmişlerdir. NIC girişimlerinin yüksek farkla başarılı olması farklı bir kanser türüne, olguların fizyolojik farklılıklarına ve yorgunluk şiddetlerinin farklı olmasına bağlı olabilir. Akciğer kanserinde temel sorunlardan ve hastaneye yatış gerektiren semptomlardan biri akut solunum yetmezliğidir. Hastalarda dispne, yardımcı solunum kaslarının kullanımı ve oksijen saturasyon düşüklüğü görülür bu nedenle ventilasyon desteğine ihtiyaç duyarlar (Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği (TÜSAD), 2024). Bu semptomlara yönelik ele alınan NANDA-I kodu 00030 olan hemşirelik tanısı gaz değişiminde bozulmadır. Tanıya yönelik 7 NIC girişimi ve 19 NIC aktivitesi planlanmıştır. İlk NOC puanı ortalaması 1,7 iken son değerlendirme de NOC puanı ortalaması 3'tür. Aydoğan (2022) ile Kurt ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında benzer şekilde gaz değişiminde bozulma hemşirelik tanısına yönelik uygulanan NIC girişimlerinin başarılı olduğu saptanmıştır. Gaz değişiminde bozulma dokulara yeterli oksijenin ulaşamamasına neden olarak deride yara oluşmasına etken olmaktadır (Bilik ve Çömez, 2017). Olguda beslenmede yetersizlik, hareketsizlik, ileri yaş, kuru

ince cilt gibi etyolojilerinin de varlığı basınç yarası oluşumuna neden olmuştur. 00312 kodlu basınç yarası hemşirelik tanısına yönelik, NIC girişimleri uygulanmış, ileri evre olmayan basınç yarasında iyileşme gözlemlenmiştir. Ancak ilk ve son NOC gösterge puan ortalamaları birbirine oldukça yakındır (1. NOC puan ortalaması: 2,3 puan, 2. NOC puan ortalaması: 3 puan). Puanlar arası farkın (0,7 puan) az olmasının nedeni bireye bağlı, derinin yapısı-elastikiyeti, kas tonusu-gücü gibi yapısal faktörlerin kısa süre içerisinde değiştirilememesi olabilir. Bu nedenle bu olguda basınç yarası riskine karşı önlemler alınmaya devam edilmelidir. Solunum sistemi hastalıkları olan bireylerin uzun süreli oksijen tedavisi alması, inhalasyon yolu ile ilaç kullanımı, oral yoldan beslenmenin olmaması ve kötü ağız hijyeni gibi nedenler oral mukoz membranda bozulmalara neden olur ve beraberinde iştahta azalma, pnömoni gibi başka semptomlara da sebep olabilir (Kısacık vd., 2023). 00045 NANDA-I kodu ile oral mukoz membranda bozulma hemşirelik tanısına yönelik Göktuna ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında da olduğu gibi planlanan NIC girişimleri ile mukozitin ilerlemesi durdurulmuştur. Ağız kurluğu giderilmiş, nemliliği sağlanmış, ağız bakımı verilmiş, dişlerini fırçalamasında yardım edilmiştir. Mukozit gradesi bakım süresince ilerlememiştir. Ele alınan bir diğer hemşirelik tanısı NANDA-I Kodu 00004 olan enfeksiyon riskidir. Hastane ortamında bulunması, hastaya bağlı invaziv ekipmanların varlığı, ileri yaş malnütrisyon gibi durumlar hastayı enfeksiyon almaya açık hale getirmiştir. Enfeksiyon riski tanısı hemşirelerin bakım planlarında yaygın olarak ele aldıkları NANDA-I hemşirelik tanılarından biridir (Korhan vd., 2015). Hastane enfeksiyonları bireylerin yatış süresini uzatmakta, hastaneye yatış probleminin yönetimini zorlaştırmakta, bakım maliyetlerini artırmaktadır. Hemşireler nozokomiyal enfeksiyonların önlenmesinde önemli role sahiptir (Yüceer ve Demir, 2009). Olgu da takip edildiği süre boyunca enfeksiyon belirti ve bulgularına rastlanmamıştır. Olgu da kansere bağlı son 6 ay içerisinde hızlı kilo kaybı vardır. Güçsüzlük, halsizlik, ağrı, isteksizlik gibi nedenlerle beden gereksiniminden az beslenmektedir. Akciğer kanserli bireylerde malnütrisyon, tedaviye uyumu ve sağ kalımı azaltmaktadır (TÜSAD, 2024). Hastanın oral alımı desteklenmiştir ancak besinlere karşı ilgisizliğin devam etmesi nedeniyle TPN ile beslenmeye geçilmiştir. TPN ile beslenmeye yönelik dikkat edilmesi gereken ilkeler NIC aktivitelerine eklenmiştir. Bireyin besin alımı bu yol ile artırılmıştır. Hastaneye yatan bireylerin %84'ü düşmeyle ilişkili bir durum yaşamakta, %32 si düşerek hafif, %4-6'sı ise ağır yaralanmaktadır. Hasta düşmelerinin önlenmesi, hemşirelerin temel sorumluluklarından biridir (Öden ve Van Giersbergen, 2021). Olgunun İtali II Düşme Riski Ölçeği ile değerlendirilmesinden elde edilen puan yüksek risk grubunda olduğunu göstermektedir. Uygulanan NIC girişimleri ile hastada düşme olayı gerçekleşmemiştir ancak düşme riski devam etmektedir. NOC göstergesi olarak, NOC kodu 1912 olan 'Düşmenin gerçekleşmesi' sonuç kriterinin seçilmesi sebebiyle ilk ve son NOC gösterge puan ortalaması farkı 0 puan hesaplanmıştır. Bu durum düşme olayının gerçekleşmediğini göstermektedir. Sendrom hemşirelik tanıları birbiriyle ilişkili birkaç farklı hemşirelik probleminin tek bir hemşirelik tanısında ele alınmasını sağlar. Bütüncül olarak verilen bakım ile diğer problemlerinde çözümü sağlanmış olur (Basit, 2020). Olgunun ileri yaşta olması, günlük ihtiyaçlarını karşılayamaması, yalnız olması, umutsuzluk, sosyal izolasyon, aktivite intoleransı gibi sorunlarının olması nedeniyle tüm bu hemşirelik problemlerini kapsayan NANDA-I kodu 00257 olan kırılğan yaşlı sendromu hemşirelik tanısı belirlenmiştir. Kırılğanlık yaşlılarda mortalite ve morbidite oranını artırmaktadır. Geriatri hekimi, geriatri hemşiresi, diyetisyen, fizyoterapist ile multidisipliner bir ekip içerisinde bakım sağlanması gerekmektedir (Kalyoncuo, 2023). Bu olguda multidisipliner bir ekip olmaması nedeniyle kırılğan yaşlı sendromu hemşirelik tanısı için planlanan baş etmeyi güçlendirme, ümit aşılama, emosyonel destek, öz bakıma yardım gibi belirlenen dokuz NIC girişim alanı hemşirenin bağımsız rolleri ile gerçekleştirebileceği aktiviteleri içermektedir. Kırılğan yaşlı sendromu hemşirelik tanısı NOC gösterge puan ortalaması farkına göre (1,2>0,5) NIC girişimleri başarılı olmuştur. Hastanın değerlendirmesinde; hastane ve hastalık sürecine ilişkin oryantasyonun arttığı, semptom yönetiminin gerçekleştirildiği, hastalık sürecini yönetmedeki problemlerin kontrol altına alınarak hastanın iyilik halinin artırıldığı saptanmıştır. Kendi öz bakımına katılmakta istekli olmaya başladığı, duygularını ve isteklerini daha rahat ifade edebildiği gözlemlenmiştir. Dolayısıyla NNN bağlantılarının kullanımının hasta bakım sürecine

olumlu katkılar sağladığı ifade edilebilir. Literatür incelendiğinde hemşireler tarafından hemşirelik sınıflama sistemleri arasında NANDA I, NOC ve NIC en bilinenleridir (Göktuna vd., 2020; Shin vd., 2021; Shin vd., 2024a) Tüm dünyada hemşirelik bakımında, hemşirelik sınıflama sistemlerinin kullanımının yaygınlaşmış olması beklenmektedir (Moorhead vd., 2023). Literatürde NNN bağlantılarının kullanım sıklığını inceleyen araştırmalar sınırlıdır (Sánchez-Almagro vd., 2022). Hemşirelik literatüründe NNN bağlantılarının hasta bakım sürecinde kullanılmasının önemini vurgulayan daha fazla çalışmanın yapılması, hemşireler tarafından sınıflama sistemlerinin kullanımının yaygınlaşmasına ve hasta bakımında daha olumlu sonuçlar elde edilmesine katkı sağlayabilir. Literatür incelendiğinde de NNN bağlantılarının hasta bakım sürecinde kullanımının, hasta bakımında elde edilen başarıyı görünür kılmaya ve sayısal verilerin oluşmasına katkı sağlayarak bakım sonuçlarının daha objektif değerlendirilmesine yarar sağladığı vurgulanmıştır (Azzolin vd., 2013; Bebis vd., 2019; Johanson vd., 2012; Moorhead vd., 2021; Moreira vd., 2022; Park, 2014; Shin vd., 2021, 2024a) NNN bağlantılarının kodlarının olması bilgisayar destekli programlarda kullanımını kolaylaştırır ve bakım maliyetlerinin hesaplanmasında yardımcı olur. NNN bağlantıları hasta çıktılarının kaydedilmesini sağlar, hastanın semptomlarını yönetmede, iyilik halini artırmaya yönelik karar vermede kritik düşünmeyi sağlar. NNN bağlantıları hemşireler ve diğer sağlık ekibi üyeleri arasında hastaya ilişkin iletişimi kolaylaştırarak tıbbi hataların önüne geçilmesini sağlar. NNN bağlantıları klinik ortamda hasta, tedavi ve bakım üçgeninin bir sistem oluşturmasına olanak sağlar ve bu sistemin elektronik ortamlara aktarılmasını kolaylaştırır (Aslan ve Emiroğlu, 2012; Cassia vd., 2018; Gencbas vd., 2018; Johanson vd., 2012).

Sınırlılıklar

Bu olgu sınırlı bir sürede izlenmiştir. Hemşirelik tanılarına yönelik belirlenen uzun vadeli hedeflerin gerçekleştirilebilmesi için planlan süre boyunca bakım ve takipte bulunulması gerekmektedir. Bireyin tedavi ve bakım süreci belirli bir uzmanlık alanından gelen sağlık profesyonellerince yürütülmüş olup bu nedenle tedavi ve bakımda sınırlı bir yaklaşım sergilenmiş olabilir. Multidisipliner bir ekip içerisinde gerçekleştirilmesi gereken girişimlerin uygulanamaması bakım sonuçlarının geçerliliğini sınırlayabilir. Bireyin klinik ortamda farklı sağlık personelinin tedavi ve bakım alması farklı yaklaşımların ve yöntemlerin uygulanmasına yol açmış olabilir ve bu durum bakım sonuçlarını etkileyebilir. Bireyin tedavi protokolünün belirli bir klinik protokole bağlı olması sunulan hemşirelik bakımını da şekillendirmiştir. Bu durum bakım sonuçlarını etkileyebilir. Bu çalışma belirli bir klinik ortamda, belirli tıbbi tanısı olan bireye yönelik bakım verilmesi nedeniyle başka klinik ortam ve popülasyonlara genellenebilirliği tartışmalıdır. Bu olgu da bireyin semptomları, bireyin sağlık öyküsü ve bireysel özellikleri dikkate alınarak bireye özgü bakım sunulmuştur. Bu nedenle farklı hastalarda karşılaştırma yapmak zor olabilir ve benzer sonuçların elde edilip edilmeyeceği belirsizdir.

SONUÇ

Kaliteli, bütüncül bir bakımın hastaya sunulabilmesi hemşirelik süreci basamaklarının uygulanması ile ilişkilidir. Hemşirelik sürecinin kolay uygulanabilmesi, bakımda ortak bir dil oluşturulması için hemşirelik sürecinde sınıflama sistemleri kullanılmalıdır. Bu çalışmada akciğer kanseri tanılı bireye FSÖ modeli doğrultusunda NNN bağlantıları kullanılarak sunulan hemşirelik bakımının değerlendirilmesinde bireye ait ilk ve son NOC sonuç kriterleri değerlendirme puanındaki artış yönündeki değişim, sunulan hemşirelik bakımının akciğer kanseri tanılı bireyin hastalık süreci ve semptom yönetiminde başarılı olduğunu göstermiştir.

Hemşirelik sürecinde sınıflama sistemlerinin kullanılması, bireye özgü bakımın verilmesini, bireyin mevcut/olası sağlık problemlerinin öncelik sırasına göre sıralanarak müdahale edilmesini, bireyin sağlık problemlerinin hatalı veya tekrarlı olarak ele alınmasının önlenmesini sağlar. Bu bağlamda NNN bağlantılarının kullanımını yaygınlaştırma amacı ile hemşirelik

eğitim müfredatlarında hemşirelik sürecinin öğretiminde ve kullanımında sınıflama sistemlerinin kullanılmasının yaygınlaştırılmasına ilişkin olarak planlamaların ve iyileştirmelerin yapılması, klinik alandaki hemşirelerin hemşirelik sınıflama sistemlerinin kullanımı konusundaki farkındalıklarının artırılması önerilmektedir.

Araştırmanın Etik Yönü/Ethics Comittee Approval: Çalışmanın amacı hakkında araştırmacı tarafından bireye bilgi verilmiş olup, kişisel verilerinin herhangi bir kişi veya kuruluşla paylaşılmayacağı, verilerin yalnızca bilimsel amaçla kullanılacağı, isminin ve kişisel bilgilerinin gizli tutulacağı yönünde bilgilendirilmiş gönüllü sözlü ve yazılı onamı alınmıştır. Bu çalışmada etik kurul onayı alınmamıştır. Makale yazımında yayın etiği ilkelerine uyulmuştur.

Hakem/Peer-review: Dış hakem bağımsız.

Yazar Katkısı/Author Contributions: Fikir ve tasarım: AÖK, ÖGK; Veri toplama: AÖG; Veri analizi ve yorumlama: AÖK, ÖGK; Makale yazımı: AÖK, ÖGK; Eleştirel inceleme: ÖGK.

Çıkar Çatışması/Conflict of Interest: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek/Financial Disclosure: Yazarlar çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Bu çalışma 22-25 Ekim 2024 tarihleri arasında İzmir’de düzenlenen 3. Uluslararası 7. Ulusal Temel Hemşirelik Bakımı Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

KAYNAKLAR

- Akın S, Temiz G. (2021). Akciğer hastalıklarında semptom yönetimi. *Sağlık ve Toplum*, 31(2), 21–31.
- Aksoy F, Sarı E, Batmaz F, Öztürk H. (2023). Prostat kanseri tanısı olan hastaya yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik modeli doğrultusunda NANDA, NOC ve NIC sınıflama sistemleri ile verilen hemşirelik bakımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 15(3).
- Aslan GK, Emiroğlu ON. (2012). Hemşireliğin görünürlüğü artırarak için standardize ve kodlu bir sınıflama sisteminin kullanılması : Klinik bakım sınıflama sistemi. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 69–79.
- Aydoğan S. (2022). COVID-19 ARDS tanısı ile yoğun bakım ünitesinde yatan bireyin NANDA-I'e göre hemşirelik tanıları ve girişimleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 26(2), 54-64.
- Azzolin K, Mussi CM, Ruschel KB, Souza EN, de Fátima Lucena A, Rabelo-Silva ER. (2013). Effectiveness of nursing interventions in heart failure patients in home care using NANDA-I, NIC, and NOC. *Applied Nursing Research*, 26(4), 239–244. doi:10.1016/j.apnr.2013.08.003.
- Bal C, Koç Z. (2020). İskemik inme geçiren bireyin NANDA-I'ya göre hemşirelik tanıları, NIC hemşirelik girişimleri ve NOC çıktıları. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 12(3).
- Baran Z, Özden D, Gürol Arslan G. (2023). Guillain-Barre sendromlu bireyin gordon'un fonksiyonel sağlık bakım örüntüleri modeli, NANDA, NIC ve NOC sınıflandırma sistemlerine göre hemşirelik bakımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 15(2), 562–572. doi:10.5336/nurses.2022-92808.
- Basit G. (2020). Guide to care: Nursing process. *Journal of General Health Sciences*, 2(2), 77–90.
- Bebis H, Moorhead S, Gencbas D, Ozdemir S, Seven M. (2019). NOC/NIC linkages to NANDA-I for continence care of elderly people with urinary incontinence in nursing homes: A systematic review. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 27(3), 284–303. doi:10.26650/FNHN386150.
- Bilik Ö, Çömez S. (2017). Basınç yaraları ve hemşirelik bakımı. *Türkiye Klinikleri j Surg Nurs-Special Topics*, 3(3), 164-175.
- Cassia R De, Célia R, Almeida D De, Monteiro L, Ortiz D, Ortiz D, vd. (2018). Linkages of nursing diagnoses, outcomes, and interventions performed by nurses caring for medical and surgical patients using a decision support system. *International Journal of Nursing Knowledge*, 29(4), 269–275.
- Cifçi M. (2022). Derin öğrenme metodu kullanarak BT görüntülerinden akciğer kanseri teşhisi. *Deu Muhendislik Fakültesi Fen ve Muhendislik*, 24(71), 487–500. doi:10.21205/deufmd.2022247114.
- Duan X, Ding Y, Ning Y, Luo M. (2023). Application of NANDA-I nursing diagnoses, nursing interventions classification, and nursing outcomes classification in research and practice of cardiac rehabilitation nursing: A scoping review. *International Journal of Nursing Knowledge*, 1–16. doi:10.1111/2047-3095.12441.
- Duan W, Ren B. (2023, October). Application effects of NNN-link care model in patients with coronary heart disease. In *The Heart Surgery Forum*, 26(5), 592-599.

- Eray K, Oflaz F. (2023). An evaluation of the use of the NANDA NIC NOC system in psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Dernegi*, 14(3).
- Erer MT, Akbaş M, Yıldırım G. (2017). Hemşirelik sürecinin evrimsel gelişimi hemşirelik süreci. *Lokman Hekim Dergisi*, 7(August), 1–5.
- Gencbas D, Bebis H. (2017). Example of nursing care plan created by international standard system. *Baskent University Faculty of Health Sciences Journal*, 2(1), 79–96.
- Gencbas D, Bebis H, Cicek H. (2018). Evaluation of the efficiency of the nursing care plan applied using NANDA, NOC and NIC linkages to elderly women with incontinence living in a nursing home: A randomized controlled study. *International Journal of Nursing Knowledge*, 29(4), 217–226. doi:10.1111/2047-3095.12180.
- Göktuna G, Gürol Arslan G, Özden D. (2020). Care of patient undergoing hemodialysis treatment using functional health patterns model and nursing classification systems. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 12(2), 315–328. doi:10.5336/nurses.2019-66436.
- Gómez-Salgado J, Jacobsohn L, Frade F, Romero-Martin M, Ruiz-Frutos C. (2018). Applying the WHO international classification of functioning, disability and health in nursing assessment of population health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(10), 2245. doi:10.3390/ijerph15102245.
- Gordon M. (2016). *Manuel of nursing diagnosis*. (13th Edition). Burlington, Massachusetts, United States of America: Jones and Bartlett Publishers.
- Gülpaç M, Oktay AA. (2020). Kronik böbrek hastalığı olan hastada NANDA tanıları ve NIC girişimleri ile hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *KSU Medical Journal*, 15(2), 67-79.
- Güngör Tolasa A, Tokem Y. (2022). Kanser hastalarının bakım gereksinimlerinin karşılanmasında hemşirelik uygulamalarının etkinliğinin incelenmesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(2), 215–221.
- Iannicelli AM, De Matteo P, Vito D, Pellicchia E, Dodaro C, Giallauria F, vd. (2019). Use of the North American nursing diagnosis association taxonomies, nursing intervention classification, nursing outcomes classification and NANDA-NIC-NOC linkage in cardiac rehabilitation. *Monaldi Archives for Chest Disease*, 89(2).
- IOWA College of Nursing The Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness (CNC). (2024). <https://nursing.uiowa.edu/center-for-nursing-classification-and-clinical-effectiveness>.
- Karadağ F, Gülen ŞT, Ceylan E, Karul AB. (2012). İleri evre akciğer kanseri olgularında yorgunluk ve güçsüzlükle ilişkili faktörler. *Solunum Dergisi*, 14(1), 27-33. doi: 10.5505/solunum.2012.77200
- Kalyoncuo S. (2023). Yaşlılarda geriyatrik sendromlardan biri olan kırılabilirlik ve hemşirelik bakımı. *Black Sea Journal of Health Science*, 6(3), 520-526.
- Kısacık ÖG, Özdaş A, Coşğun İG. (2023). Investigation of the prevalence of oral mucositis and associated risk factors in chronic obstructive pulmonary disease patients: A prospective cross-sectional study. *Thoracic Research and Practice*, 24(3), 143.
- Korhan EA, Yönt GH, Demiray A, Akça A, Eker A. (2015). Yoğun bakım ünitesinde hemşirelik tanıların belirlenmesi ve NANDA tanılarına göre değerlendirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 16-21.
- Johanson M, Moorhead S, Buleckhec G, Butcher H, Maas M, Swanson E. (2012). *NOC and NIC Linkages to NANDA-I and clinical conditions: Supporting critical reasoning and quality care* (3. bs.). Maryland Heights: Elsevier Inc.
- Lafcı D, Yıldız E, Toru F, Derya K. (2020). Kanser hastalarında bakım yükü ve bakım verenlere etkisi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 7(2), 105–113. <http://dergipark.gov.tr/sagakaderg>.
- Lewandowska A, Rudzki G, Lewandowski T, Próchnicki M, Rudzki S, Laskowska B, vd. (2020). Quality of life of cancer patients treated with chemotherapy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 6938. doi:10.3390/ijerph17196938.
- Lemos DMP, Saldanha PF, Vieira LF, Azzolin KDO. (2020). Nursing taxonomies in hospital discharge planning: A quasi-experimental study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73, e20180896.
- Mello BS, Massutti TM, Longaray VK, Trevisan DF, Lucena A. (2016). Applicability of the nursing outcomes classification (NOC) to the evaluation of cancer patients with acute or chronic pain in palliative care. *Applied nursing research: ANR*, 29, 12–18. doi:10.1016/j.apnr.2015.04.001.
- Moorhead S, Gonçalves T, Dunn Lopez K, Monteiro Mantovani V, Swanson E, Cheryl W, vd. (2021). NANDA-I, NOC, and NIC linkages to SARS-Cov-2 (COVID-19): Part 1. community response. *International Journal of Nursing Knowledge*, 32(1), 59–67.
- Moorhead S, Swanson E, Jonhson M. (2023). *Nursing outcomes classification (NOC): Measurement of health outcomes* (7. bs.). Missouri: Elsevier. [https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=I2y1EAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Moorhead,+S.,+Swanson,+E.,+%26+Johns+on,+M.+\(Eds.\).+\(2024\).+Nursing+outcomes+classification+\(NOC\):+Measurement+of+health+outcomes+\(7th+ed.\).+Elsevier.+%5B612+outcomes%5D&ots=6aND8](https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=I2y1EAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Moorhead,+S.,+Swanson,+E.,+%26+Johns+on,+M.+(Eds.).+(2024).+Nursing+outcomes+classification+(NOC):+Measurement+of+health+outcomes+(7th+ed.).+Elsevier.+%5B612+outcomes%5D&ots=6aND8).
- Moreira RP, Guerra FVG, Ferreira G de O, Cavalcante TF, Felício JF, Ferreira LCC, vd. (2022). Effects of the nursing intervention fall prevention in older adults with arterial hypertension using NANDA-I, NIC, and NOC. *International Journal of Nursing Knowledge*, 33(2), 147–161. doi:10.1111/2047-3095.12346.

NANDA International. (2021). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2021-2023*. (T. H. Herdman, S. Kamitsuru ve C. T. Lopes, Ed.) (Twelfth.). New York, NY 10001, USA: Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York. doi:10.1055/b000000515.

Noh HK, Lee E. (2015). Relationships among NANDA-I diagnoses, nursing outcomes classification, and nursing interventions classification by nursing students for patients in medical-surgical units in Korea. *International Journal of Nursing Knowledge*, 26(1), 43–51. doi:10.1111/2047-3095.12044.

Odacı N, Kalanlar B. (2022). Bir yoğun bakım hemşiresinin COVID-19 pandemisinde yaşadığı sorunların NANDA tanıları, NIC girişimleri ve NOC çıktıları ile incelenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 26(2), 74-82.

Othman EH, Shatnawi F, Alrajabi O, Alshraideh JA. (2020). Reporting nursing interventions classification and nursing outcomes classification in nursing research: A systematic review. *International Journal of Nursing Knowledge*, 31(1), 19–36. doi:10.1111/2047-3095.12265.

Öden TN, Van Giersbergen MY. (2021). Düşme ve düşmelere bağlı yaralanmaların azaltılması için kanıt temelli uygulama önerileri. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 18(1), 17-40.

Park H. (2014). Identifying core NANDA-I nursing diagnoses, NIC interventions, NOC outcomes, and NNN linkages for heart failure. *International Journal of Nursing Knowledge*, 25(1), 30–38. doi:10.1111/2047-3095.12010.

Polanski J, Jankowska-Polańska B, Rosińczuk J, Chabowski M, Szymanska-Chabowska A. (2016). Quality of life of patients with lung cancer. *Oncotargets and Therapy*, 9, 1023–1028. doi:10.2147/OTT.S100685.

Pour HA. (2012). Ameliyat sonrası ateş ve hemşirelik bakımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(4), 309-322.

Sánchez-Almagro CP, Romero-Sánchez JM, White-Ríos M, González del Pino CA, Paloma-Castro O. (2022). NANDA International nursing diagnoses in the coping/stress tolerance domain and their linkages to nursing outcomes classification outcomes and nursing interventions classification interventions in the pre-hospital emergency care. *Journal of Advanced Nursing*, (March), 3273–3289. doi:10.1111/jan.15280.

Shin JH, Choi GY, Lee J. (2021). Identifying frequently used NANDA-I nursing diagnoses, NOC outcomes, NIC interventions, and NNN linkages for nursing home residents in Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11505. doi:10.3390/ijerph182111505.

Shin JH, Jung SO, Lee JS. (2024a). Identification of North American Nursing Diagnosis Association—Nursing Interventions Classification—Nursing Outcomes Classification of nursing home residents using on-time data by android smartphone application by registered nurses. *International Journal of Nursing Knowledge*, 35(1), 46–68. doi:10.1111/2047-3095.12419.

Shin JH, Jung SO, Lee JS. (2024b). Identification of North American Nursing Diagnosis Association—Nursing Interventions Classification—Nursing Outcomes Classification of nursing home residents using on-time data by android smartphone application by registered nurses. *International Journal of Nursing Knowledge*, 35(1), 46–68. doi:10.1111/2047-3095.12419.

Silva MBD, Almeida MDA, Panato BP, Siqueira APDO, Silva MPD, Reisdorfer L. (2015). Clinical applicability of nursing outcomes in the evolution of orthopedic patients with impaired physical mobility. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23, 51-58.

Simmons CP, MacLeod N, Laird BJ. (2012). Clinical management of pain in advanced lung cancer. *Clinical Medicine Insights: Oncology*, 6, CMO-S8360.

Song QH, Xu RM, Zhang QH, Ma M, Zhao XP. (2013). Relaxation training during chemotherapy for breast cancer improves mental health and lessens adverse events. *International journal of clinical and experimental medicine*, 6(10), 979.

Sümer S, Çakır AD, Büyükyılmaz F. (2020). Diyaliz hastalarında hemşirelik bakımının planlanması: Olgu sunumu. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 15(1), 37-44.

Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği (TÜSAD). (2024). chrome-extension://efaidnbmninnibpcjpcglclefndmkaj/https://www.solunum.org.tr/TusadData/Book/472/1762016115227-06_Bolum_05_Yogun_Bakim.pdf

Urgancı DB, Topbaş E. (2023). Akciğer kanseri tanılı olan hastaya fonksiyonel sağlık örüntülerine göre verilen hemşirelik bakımı : Olgu sunumu nursing care given to a patient with a diagnosis of lung cancer according to functional health patterns : A case report. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(2), 867–872.

Uslu A, Hisar F. (2020). Metastatik meme kanseri olan hastanın Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne göre hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 59-69.

Yüceer S, Demir SG. (2009). Yoğun bakım ünitesinde nozokomiyal enfeksiyonların önlenmesi ve hemşirelik uygulamaları. *Dicle Tıp Dergisi*, 36(3), 226-232.

Wang M, Sun Y, Zhang M, Yu R, Fu J. (2022). Effects of high-quality nursing care on quality of life, survival, and recurrence in patients with advanced nonsmall cell lung cancer. *Medicine*, 101(37), e30569. doi:10.1097/MD.00000000000030569.

S. Kapucu, İ. Akyar ve F. Korkmaz (Ed.) (2018). *Pearson Hemşirelik Tanıları El Kitabı* (11. Baskı). Ankara: Pelikan Yayınevi.

World Health Organization. (2024). Global cancer burden growing, amidst mounting need for services. <https://www.who.int/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services>.

Olgu Sunumu

Nursing Care of Patient with Rectal Cancer Based on Henderson's Need Theory Rektum Kanserli Hastanın Henderson'un İhtiyaç Teorisine Dayalı Hemşirelik Bakımı

Büşra DİŞBUDAK^a, Hülya BULUT^b

^a Arş. Gör., İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Florence Nightingale Faculty of Nursing, Department of Surgical Nursing, İstanbul, Türkiye

^b Prof. Dr., Gazi University, Faculty of Nursing, Department of Surgical Nursing, Ankara, Türkiye

Geliş tarihi/Date of receipt: 24/05/2024

Kabul tarihi/ Date of acceptance: 29/07/2024

ABSTRACT

Objective: The objective of this study is to develop nursing care plans using Henderson's Needs Theory for patients diagnosed with colorectal cancer and to evaluate their effectiveness.

Methods: This study focuses on a male patient diagnosed with rectal cancer at the age of 57. Nursing care plans were developed based on Henderson's Needs Theory to address the patient's physiological, psychosocial, and spiritual needs. The effectiveness of nursing interventions and patient satisfaction were assessed throughout the process of achieving identified goals.

Results: Nursing interventions such as pain management, wound care, and nutritional support were successfully implemented to address the patient's physiological needs. Psychosocial support increased the patient's emotional well-being and strengthened coping skills. Henderson's Needs Theory enhanced the effectiveness of nursing care by focusing on the holistic well-being of the individual.

Conclusion: This study highlights the applicability and effectiveness of Henderson's Needs Theory in patients diagnosed with colorectal cancer. Nursing care, by addressing the physiological, psychosocial, and spiritual needs of patients holistically, has the potential to improve their quality of life. These findings may contribute to the enhancement of nursing practices for patients with colorectal cancer.

Keywords: Case Report, Nursing Care, Nursing Theories, Rectum Cancer

ÖZ

Amaç: Kolorektal kanserlerin, diğer kanser türlerine kıyasla yüksek morbidite ve mortaliteye sahip olduğu bilinmektedir. Bu çalışmanın amacı, kolorektal kanser tanısı alan hastalarda Henderson'un İhtiyaçlar Teorisi'ni kullanarak hemşirelik bakım planlarının oluşturulması ve etkinliğinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Bu çalışma, 57 yaşında rektum kanseri tanısı alan bir erkek hastaya odaklanmaktadır. Henderson'un İhtiyaçlar Teorisi'ni temel alarak, hastanın fizyolojik, psikososyal ve ruhsal ihtiyaçlarını karşılamak için hemşirelik bakım planları geliştirilmiştir. Hemşirelik müdahalelerinin etkinliği ve hasta memnuniyeti, belirlenen hedeflere ulaşma sürecinde değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastanın fizyolojik ihtiyaçlarına yönelik olarak ağrı yönetimi, yara bakımı ve beslenme desteği gibi hemşirelik müdahaleleri başarıyla uygulanmıştır. Psikososyal destek, hastanın duygusal iyilik halini artırmış ve baş etme becerilerini güçlendirmiştir. Henderson'un İhtiyaçlar Teorisi'nin, bireyin bütünsel iyilik haline odaklanarak hemşirelik bakımının etkinliğini artırdığı görülmüştür.

Sonuç: Bu çalışma, kolorektal kanser tanısı alan hastalarda Henderson'un İhtiyaçlar Teorisi'nin kullanılabilirliğini ve etkinliğini vurgulamaktadır. Hemşirelik bakımının, hastaların fizyolojik, psikososyal ve ruhsal ihtiyaçlarını bütünsel olarak ele alarak, hastaların yaşam kalitesini artırma potansiyeline sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Bu bulgular, kolorektal kanser hastalarına yönelik hemşirelik uygulamalarının geliştirilmesine katkıda bulunabilir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik Bakımı, Hemşirelik Teorileri, Olgu Sunumu, Rektum Kanseri

ORCID IDs: BD: 0000-0002-5696-9158; HB: 0000-0001-8241-989X

Sorumlu yazar/Corresponding author: Arş. Gör., Büşra Dişbudak, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Florence Nightingale Faculty of Nursing, İstanbul, Türkiye.

e-posta/ e-mail: busra.disbudak@iuc.edu.tr

Atıf/Citation: Dişbudak B, Bulut H. (2024). Nursing care of patient with rectal cancer based on Henderson's Need Theory. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 7 (3), 432-441. doi: 10.54189/hbd.1487690

INTRODUCTION

Colorectal cancer represents colon and rectal cancer. It is one of the leading causes of death and morbidity worldwide, it is the third most common cancer in men and women (Favoriti et al., 2016; World Cancer Research Fund [WCRF], 2023). According to the 2022 data of the World Health Organization International Cancer Research Center, in all cancer cases reported in 2022, 1 926 425 (9,6%) individuals were diagnosed with colorectal cancer, and in all cancer-related deaths, 904, 019 (9.3%) individuals with colorectal cancer died. Rectal cancer, one of the colorectal cancers, is the 8th most common cancer worldwide. According to the 2022 data of the World Health Organization International Cancer Research Center in Turkey, the incidence of colorectal cancer in all ages and genders is in the 3rd rank. In Turkey, reported all cancer cases reported in 2022, 21 718 (9.0%) individuals were diagnosed with colorectal cancer, and in all cancer-related deaths, 11 698 (9.0%) individuals with colorectal cancer died. The morbidity rate is the 2nd in the world and Turkey (World Health Organization International Agency for Research on Cancer [IARC], 2023).

There are many risk factors such as advanced age, family history, history of polyps or inflammatory bowel diseases, obesity, smoking and alcohol use, a diet low in fiber, and radiation exposure. The risk of colorectal cancer increases with age and usually occurs in people aged 50 years or older. However, in recent years, while the frequency of diagnoses over 50 years of age has decreased, it has been observed that the incidence of colorectal cancer has increased in people aged 20-49 years. This increase is thought to be associated with dietary habits, decreased physical activity, and increased obesity (Ventura, 2019). The risk factors of the patient in this case report are advanced age, gender, and non-insulin-dependent diabetes.

The most common signs and symptoms in colorectal cancers are altered bowel habits, rectal bleeding, blood in the stool, abdominal pain, loss of appetite, lameness, indigestion, and unexplained weight loss (Karadağ & Bulut, 2021; Lemone & Burke, 2017). The patient in this case reported impaired bowel movements, rectal bleeding, blood in the stool, abdominal tenderness/pain, and indigestion. Intestinal obstruction is the most significant complication of colorectal cancer with progressive symptoms. The spread of the tumor can cause ulceration of the surrounding blood vessels and bleed. Colorectal cancer can also cause perforation, abscess, peritonitis, sepsis, and shock (Karadağ & Bulut, 2021; Ventura, 2019).

It is recommended that individuals with colorectal cancer risk have regular screening, especially sigmoidoscopy every five years, and colonoscopy every ten years recommended for every risky individual between the ages of 45-75 who has a family history of colorectal cancer. Also diagnosis; detailed anamnesis, physical examination, abdominal ultrasonography, computed tomography or magnetic resonance, biopsy colonoscopy, stool occult blood test, barium enema, proctosigmoidoscopy, total blood count, liver function test, Carcinoembryonic antigen test, and digital rectal examination (Ventura, 2019). In this case, cancer was diagnosed and staged by stool occult blood test, biopsy colonoscopy, lower abdomen and diffusion magnetic resonance and flexible sigmoidoscopy.

Although the treatment of colorectal cancer depends on the location, size, and stage of the tumor, chemotherapy, radiotherapy, immunotherapy, multimodal therapies and surgical treatment are available. Surgical resection of the tumor, adjacent colon, and regional lymph nodes is the treatment of choice for colorectal cancer. A permanent or temporary stoma is opened to patients following surgical resection (Lemone & Burke, 2017).

The effects, prognosis, treatment process and ostomy opening of colorectal cancers are very challenging for both the patient and the family members who care for the patient. This difficult process negatively affects the quality of life of the patient and family members. Therefore, while planning the care practices of patients with colorectal cancer, a holistic approach should be adopted, family members should be included in the care, and practices should be planned that will enable the patient

to increase the quality of life and perform daily life activities with minimum energy and maximum function (Rawla et al., 2019).

Virginia Henderson saw the patient as an individual who needed help to achieve independence and integrity, or integrity of mind and body. She focuses on 14 basic needs, emphasizing the art of nursing. Henderson's Nursing Theory; While defining the missions of nurses, it also focused on independence goals and self-care concepts for patients. In this context, the use of Henderson's Nursing Theory increases the possibility of receiving care for the needs of the patients with its symptom management, self-care features, and independence goals, while also improving the patient's independent behaviors by participating in self-care (Alligood, 2014; Karadağ et al., 2017).

In this case, it aimed to evaluate the importance of nursing care and the effectiveness of the patient's adaptation to the process in the surgical treatment of a patient with rectum cancer, which is one of the colorectal cancers, in line with the Henderson Nursing Theory.

CASE PRESENTATION

A.Y. is a 57-year-old male patient. He is 170 cm tall, weighs 85 kg, Body Mass Index: 24. 56 kg/m² (normal) and has a healthy body appearance. The patient, who was admitted to the hospital with indigestion, recurrent pain, and discomfort in the upper abdomen, was hospitalized in a training and research hospital as a result of positive stool occult blood test and rectal bleeding. Colonoscopic polypectomy was performed on 15.09.2020. According to the endoscopic biopsy pathology report; Colon cancer, internal hemorrhoids and colon polyps were diagnosed.

The patient was referred to a university hospital on 13.10.2020. Rectoscopy has performed a diagnosis of malignant neoplasm of the rectum. Tumor Fluorodeoxy Glucose Positron Emission Tomography-Computed Tomography applied to stage adenocarcinoma on 16.10.2020. Pathological involvement was observed in the rectum and pelvic lymph nodes. The patient started chemotherapy. On 25.01.2021, Lower Abdomen and Diffusion MRI was taken to evaluate the response to neoadjuvant chemotherapy. As a result of the MRI, a left posterolateral mass encompassing a 5 cm segment, approximately 5 cm proximal to the lower rectum anal incision, was observed. As a result of flexible sigmoidoscopy performed on 05.02.2021, a scar-shaped tumor area was sighted 6-7 cm posterior from the arteries and veins. The doctor decided to apply Low Anterior Resection and Terminal Ileum Loop Ileostomy to the patient. The tumor part was cut at least 2 cm below and 10 cm above, removed with the surrounding lymph nodes, and the terminal ileum loop mouthed to the skin in the form of an ileostomy. In the last meeting with the patient on December 2, 2023, he stated that he did not have any colorectal problems.

- Patient's Family History: There is no disease history in the patient's family history.
- Patient's History: The patient was diagnosed with non-insulin-dependent DM. He does not use any medication other than Supradyn Vitamin. No previous surgery. She has no allergies.
- Habits: The patient quit smoking after being diagnosed with cancer. Previously, he had a smoking history of 1 pack/week for about 35 years. No alcohol use.
- General Situation: The patient's clothes are clean, and individual care is independent. His posture and movements are normal. The patient's pain is 1/5. Fall risk score is 0. He has little relationship with the environment and verbal communication. His skin is moist and his turgor is normal.
- Respiratory System: The patient does not have cough, dyspnea or secretions.
- Cardiovascular System: The patient's heart rate is 78/min. The patient has sinus bradycardia. His blood pressure is 120/70 mmHg.

- **Gastrointestinal System:** The patient's mouth is open, and his appetite is low. There are plaques on the tongue and palate. No weight loss in the last 6 months. Regime 2 is being applied. There is stool output with ileostomy.
- **Genitourinary System:** The patient has no signs of infection in the perineum. The patient stated that he could urinate 3-4 times a day without pain.
- **Musculoskeletal System:** The patient can walk without assistance and is independent in toilet/bath needs. No loss of strength in hands and feet.
- **Neurological System:** The patient is conscious, cooperative and oriented, but has anxiety. No signs of hemiplegia were detected.
- **Vital Signs:** The patient's eight-day vital signs values are as follows. Since the patient was diagnosed with non-insulin-dependent diabetes in his last hospitalization, his blood sugar was checked regularly. The patient was operated on 10.03.2021.

Table 1. Patient's Vital Signs

Date	Pulse	Respiration	Blood Pressure	Body Temperature (°C)	Pain (0-5)	Blood Sugar
08.03.2020	78/min	22/min	120/70 mmHg	36.2	0	121 mg/dL
09.03.2020	70/min	22/min	120/80 mmHg	36.3	0	116 mg/dL
10.03.2020	74/min	22/min	140/90 mmHg	36.5	2	97 mg/dL
11.03.2020	85/min	22/min	130/80 mmHg	36.5	1	166 mg/dL
12.03.2020	82/min	24/min	150/110 mmHg	36,7	1	137 mg/dL
13.03.2020	88/min	24/min	120/80 mmHg	36.6	1	172 mg/dL
14.03.2020	78/min	22/min	120/70 mmHg	36.6	0	157 mg/dL
15.03.2020	74/min	20/min	120/80 mmHg	36.4	0	123 mg/dL

Table 2. Medications Used by the Patient

Drug name	Drug frequency
Ampoule containing Calciosel solution for injection 10%	1x1
Enox 4000 anti-XA IU/0.4 ML	1x1
Capril 25 mg 48 tb.	1x1
Magnesium sulfate 15% amp.	1x1
Pandev 40mg.	1x1
Parol 10 mg/ml inf.	2x1
Potassium chloride 7.5% amp.	1x6
Tilcotil 20 mg vial	2x1
Tramosel 100 mg/2ml amp.	1x1
Vomepram 10mg/22ml amp.	3x1

Table 3. Problems Identified According to the Henderson's Nursing Model

Fundamental needs	Existing problems
Normal breathing	The patient's respiration is 22-24/min. No cough, secretion or dyspnea was observed in the patient.
Adequate nutrition	The patient's mouth is open, but his appetite has decreased. No weight loss in the last 6 months. Regime 2 is being implemented. Oral mucositis due to chemotherapy was not observed in the patient.
Excretion	The patient urinates 4-5 times a day. The patient, who has a decrease in bowel habit due to rectal cancer, is currently evacuating by ileostomy.
Movement/stance	The patient is mobile from the first postoperative day. It observed that he was independent in his own care.
Sleep and rest	The patient stated that he slept uneasy because of the ileostomy bag. He stated that he slept more comfortably after his pain decreased and he received information about stoma care.
Dressing/undressing	She was nervous when her stoma bag changed. However, this behavior has been observed to decrease as he participates in his own care. The patient was independent while dressing and undressing.
Thermoregulation	The patient dressed appropriately for the environment. The patient's body temperature was around 36.5 C.
Maintaining hygiene and skin integrity	Infection or pressure ulcer was not observed in the patient. He participated in stoma care but did not pay attention to hygiene rules.
Security	The patient has no history of falling. When the İtaki Fall risk score was evaluated, 1 point was found to be low risk.
Communication	The patient understands what is being said, is talkative and adaptable. He has no difficulty in asking questions and expressing his feelings.
Belief/values	Although the patient did not have any other disease, he said that 'This disease came from Allah, we will endure it'. But he stated that he thought it was fate, not punishment.
Sense of achievement	The patient stated that he is retired and has worked enough throughout his life.
Recreation	He stated that he loves living, traveling, and spending time with his family, especially his grandchildren. He said, he wanted to be discharged as soon as possible and return to his old life.
The personal sense of curiosity, learning, and discovery	The patient had general knowledge about his disease but lacked information about current stoma care and the progression process.

Real and potential problems were determined according to the phenomenon described above, and these problems were classified according to the Henderson Nursing Model.

Table 4. Nursing Interventions Regarding the Problems Identified According to the Henderson's Nursing Model and Their Effects on the Patient

Fundamental needs	Etiology	Nursing diagnosis	Interventions	Evaluation
Normal breathing	The patient's respiratory sounds were normal, cough, secretion and dyspnea were not observed.	-	-	-
Adequate nutrition	The patient expresses that he has difficulty complying with the changed regime due to the stoma and that his appetite has decreased.	Impairment of the functioning of the gastrointestinal tract and absorption of nutrients, due to surgical treatment and ileostomy: Nutritional Imbalance: Nutrition Less Than Body Requirements	Nutrition status was monitored, and the patient was weighed daily. When bowel sounds returned, oral fluids were started. The individual was informed that he or she could tolerate a normal diet but should avoid certain foods. Painkillers were administered before the meal to reduce pain. He was encouraged to eat little and often regularly.	The patient stated that he complied with the regimen. He was fed in accordance with his daily nutritional needs. There was no weight loss in the patient.
Excretion	With the opening of ileostomy, the bowel habit changes, and the patient is in the process of adaptation.	Due to altered intestinal elimination: Change in intestinal excretion	The patient's previous bowel habits and lifestyle were evaluated. Changes that may occur in discharge due to ileostomy (constipation, diarrhea, etc.) are explained. Information was given about the amount of stool that can be during the day. Ileostomy irrigation and care were taught. He was taught to avoid gas-producing foods such as broccoli, cabbage, leek, dry beans, cauliflower and leek. Information was given about slow eating, good chewing and feeding at regular intervals. Bowel sounds have listened to every 8 hours. The patient and his family were informed about the signs and symptoms of obstruction and contraction such as decreased drainage, constipation, cramps, abdominal distension, nausea and vomiting.	He stated that the individual understood how to empty with ileostomy and participated in stoma care.
	Presence of ileostomy in the patient and feeding less than body requirement with changing regimen	Due to changes in intestinal elimination and post-operative diet: Diarrhea/constipation risk	The color, consistency and odor of the stool coming into the stoma bag were evaluated. Defecation times were recorded. The patient, who switched to an oral watery and soft-consistency diet, was encouraged to take plenty of fluids and its importance was explained. Foods and drugs that can cause diarrhea were identified and it was explained that they should be avoided and fed at regular intervals. The importance of food hygiene was explained.	No diarrhea/constipation development was observed in the patient.

Table 4. Nursing Interventions Regarding The Problems Identified According to the Henderson's Nursing Model and Their Effects on the Patient (Continued)

Movement/stance	The patient was willing to act. He was independent in activities of daily living.	-	-	-
Sleep and rest	The patient states that he sleeps uneasy because of the ileostomy bag and that he is afraid of the bag coming out.	Fear of stoma leakage due to fear of damaging the stoma: Sleep pattern disturbance	Stoma care was performed before the patient went to sleep. It was explained to the patient that the stoma would not be damaged while sleeping. He was told to stay away from foods and drinks containing caffeine. The general sleep habits of the patient were maintained.	The patient stated that his anxiety about stoma decreased, he was able to sleep and had adequate rest.
	The patient states that he or she has pain	Due to surgical intervention, changing bowel habits and presence of ileostomy: Pain	The location and severity of the patient's pain were determined. Demanded analgesics were administered to prevent postoperative pain. Hourly deep breathing/coughing exercises were done. Ambulation was provided approximately one hour out of bed during the day and the patient was encouraged. The patient was provided with a position that would relieve his pain in accordance with his current situation. Conditions that may cause tension in the ostomy region were evaluated.	The patient's saturation was around 97% without Oxygen. The patient stated that his pain decreased.
Dressing/undressing	It has been observed that during the stoma bag change, she gets nervous and wants to change clothes, but this behavior decreases as she participates in her own care. The patient was independent while dressing and undressing.	-	-	-
Thermoregulation	It was observed that the patient was dressed appropriately for the environment. The patient's body temperature is around 36.5 °C.	-	-	-
Maintaining hygiene and skin integrity	Contact between the intestinal contents and the skin around the stoma	Due to epidural catheter, IV interventions, drain and colostomy: Skin integrity risk of deterioration	Postoperatively, the area around the stoma was evaluated for erythema, inflammation, pain, burning, itching, inadequate skin care, and misplacement of the colostomy bag. The skin was examined for integrity during a bag change. The patient was taught to clean the ileostomy area with mild soapy water. A protective barrier was applied to the skin and patient participation was encouraged. The patient and his family were taught proper stoma care.	The patients and their relatives stated that they learned about stoma care and possible abnormal findings.

Table 4. Nursing Interventions Regarding the Problems Identified According to the Henderson's Nursing Model and Their Effects on the Patient (Continued)

Maintaining hygiene and skin integrity (Continued)	Presence of epidural catheter, drain and ileostomy in the patient, risk of failure to fulfill the hygiene rules during stoma care	Due to epidural catheter, incision site, IV interventions, drain and colostomy: Infection risk	Infection signs and symptoms were monitored and taught to the patient. Laboratory test results were monitored. Local infection signs and symptoms were followed up at the invasive intervention sites. Detection of drainage tubes was made. The liquid was observed. Aseptic rules were followed in the general and stoma care of the patient. Epidural catheter was observed and signs and symptoms of infection were observed. Infection findings such as redness and temperature increase in the stoma were followed up.	No signs and symptoms of infection were observed in the patient. It was observed that the patient and his family complied with the hygiene rules in stoma care.
Security	The patient has no history of falling. When the İtaki Fall risk score is evaluated One point calculated as low risk for patient.	-	-	-
Communication	The patient understands what is being said, is talkative and adaptable. He has no difficulty in asking questions and expressing his feelings.	-	-	-
Belief/values	Although the patient did not have any other disease, he said that 'This disease came from Allah, we will endure it'. But he stated that he thought it was fate, not punishment.	-	-	-
Sense of achievement	Presence of stoma, lack of control in intestinal elimination, altered body structure	Opening an ileostomy is due to disruption of normal body integrity and alteration of the normal physiological process of defecation: Risk of distortion in body image	He was allowed to express his feelings about powerlessness, anxiety, hopelessness, self-esteem, addiction, being a burden and fears. Effective coping methods were evaluated. The patient was encouraged to express his loss, feelings such as grief and anger. Effective communication was established with the patient. The meaning of the main cause of body image deterioration for the patient, the individual's coping mechanisms and social support were evaluated. The patient was given the opportunity to deal with the ileostomy by participating in self-care.	He stated that the patient's self-esteem increased. Attended stoma care.

Table 4. Nursing Interventions Regarding the Problems Identified According to the Henderson's Nursing Model and Their Effects on the Patient (Continued)

Recreation	The patient states that he likes to live, travel and spend time with his family, especially his grandchildren. He said that he wanted to be discharged as soon as possible and return to his old life.	-	-	-
The personal sense of curiosity, learning, and discovery	The patient statement that he does not have enough knowledge about stoma care, that he does not know what to do if there is a leak, and that he will have difficulty in his care after discharge.	Related to the patient's age and concerns about the stoma: Lack of information	Stoma care for the patient, how to replace and care products; explained with visual and written materials. Possible stoma complications, signs and symptoms were explained. They were taught that when any of these signs and symptoms develop, they should immediately apply to the hospital. The patient and his family were encouraged to ask questions. The patient was allowed to express his feelings and thoughts. Encouraged and applied the patient's stoma care to his practice. Suggestions were made to minimize gas formation. The importance of choosing the hours when the stoma is least active for taking a bath and the ability to take a shower with or without a bag were taught.	He stated that he understood the patient's stoma care and he did the stoma care himself. He described the signs and symptoms of possible complications.

Nursing interventions and patient results regarding the problems determined according to the Henderson Nursing Model are given in Table 4.

The patient was hospitalized again on 06.05.2021 due to the closure of the ileostomy when two months after he was discharged with a temporary ileostomy. No anastomotic leakage was observed in the patient, he was kept under observation for 4 days after the temporary ileostomy was closed. The patient, whose vital signs were stable, was discharged on 10.05.2021.

DISCUSSION

Colorectal cancers are that affects individuals psychologically and physiologically due to the poor prognosis of colorectal cancers, the difficulty of the treatment process, and the fact that it causes an intestinal ostomy that requires lifelong adaptation, physical, cognitive and financial resources with the surgical treatment applied. The main treatment for colorectal cancers is surgery and stoma is usually open after surgery (Akçal & Ertürk, 2010; Kuzu & Aşlar, 2010).

Each individual is affected differently by the opening of a stoma, and those effects are generally associated with changes in lifestyle and body image perception (Danielsen et al., 2013). In this direction, especially in cancer patients, it has been shown that the holistic care given to the patient both meets the expectations of the patients and increases the effectiveness of the treatment, with the help of the patients' lack of knowledge about prognosis, treatment process, side effects of the treatment, ensuring their participation in their self-care, the continuity of social support, the positive attitude and professional approach of the nurses seen (Tuominen et al., 2020).

As in this case, patients diagnosed with rectal cancer should be evaluated as a whole, and continuity in care should be ensured. In this context, the use of the Henderson Nursing Model improves the patient's independent behavior by

participating in self-care, while increasing the possibility of receiving care following the needs of the patients with its symptom management, self-care features and independence goals (Karadağ et al., 2017; Kuzu & Aşlar, 2010).

As a result, it is thought that this model, which provides individualized care for the patient's symptoms and aims to provide the patient with self-care and independence, can be used in the care of other cancer patients its use recommended. However, the high patient load, long working hours, and institutional incompetence and colleague support make it impossible to provide individualized care and plan care by a model. In this direction, providing the necessary support for nurses to plan care is essential for both nurses to achieve professional satisfaction and for patients to receive holistic care.

Araştırmanın Etik Yönü/Ethics Comittee Approval: Informed consent was obtained from the patient in the case report.

Hakem/Peer-review: The external referee is independent.

Yazar Katkıları/Author Contributions: Idea and design: BD, HB; Data collecting: BD; Data analysis and interpretation: BD; Article writing: BD; Critical review: BD, HB.

Çıkar Çatışması/Conflict of Interest: The authors declare no conflict of interest. Finansal Destek/Financial Disclosure: The authors declared that they did not receive financial support for the study.

Finansal Destek/Financial Disclosure: The authors declared that they did not receive financial support for the study.

REFERENCES

- Akçal T, Ertürk S. (2010). Surgery of colon cancer: operation techniques. A. Baykan, A. Zorluoğlu, E. Geçim, & C. Terzi (Eds.), In *Kolon ve rektum kanserleri* (1st ed, page 235-245). İstanbul: Seçil Ofset Matbaacılık.
- Danielsen AK, Burcharth J, Rosenberg, J. (2013). Spouses of patients with a stoma lack information and support and are restricted in their social and sexual life: A systematic review. *International Journal of Colorectal Disease*, 28(12), 1603-1612. doi:10.1007/s00384-013-1741-5
- Favoriti P, Carbone G, Greco M, Pirozzi F, Pirozzi RE, Corcione F. (2016). Worldwide burden of colorectal cancer: a review. *Updates in Surgery*. 68(1):7-11. doi: 10.1007/s13304-016-0359-y
- International Agency for Research on Cancer (IARC). (2022). World cancer report. (Retrieved December 21, 2023), <https://gco.iarc.fr/today/home>
- Karadağ A, Çalışkan N. (Ed.). (2017). *Hemşirelik teorileri ve modelleri*. Ankara: Akademi Basım.
- Karadağ M. (2021). Sindirim Sistemi Cerrahisinde Bakım. M. Karadağ, H. Bulut (Eds.), In *Cerrahi hemşireliği kavram haritası ve akış şemalı 1-2* (2nd ed, page 883-966). Ankara: Vize Yayın Basım.
- Kuzu MA, Aşlar AK. (2010). Rectum cancer: principles of radical surgery. A. Baykan, A. Zorluoğlu, E. Geçim, & C. Terzi (Eds.), In *Kolon ve rektum kanserleri* (1st ed, page 399-434). İstanbul: Seçil Ofset Matbaacılık.
- Lemone P, Burke K. (Ed.). (2017). *Medical-surgical nursing: Critical thinking for person-centred care* (3rd ed.). Australia: Pearson Education.
- Lewis SL. (2019). Problems of ingestion, digestion, absorption, and elimination. J. Kwong, D. Roberts, D. Hagler, C. Reinisch (Eds.), In *Lewis's medical-surgical nursing assessment and management of clinical problems* (11th ed, page 828-1006). USA: Mosby.
- Pokomy ME. (2014). Nursing theorists of historical significance. MR Alligood (Eds.), In *Nursing theorists and their work* (8th ed, page 14-25). USA: Mosby.
- Rawla P, Sunkara T, Barsouk A (2019). Epidemiology of colorectal cancer: incidence, mortality, survival, and risk factors. *Przeгляд Gastroenterologiczny*, 14(2):89-103. doi: 10.5114/pg.2018.81072
- Tuominen L, Leino-Kilpi H, Meretoja R. (2020). Expectations of patients with colorectal cancer towards nursing care- a thematic analysis. *European Journal of Oncology Nursing*, 44:101699. doi: 10.1016/j.ejon.2019.101699
- World Cancer Research Fund International (WCRF). (2022). Colorectal cancer statistics. (Retrieved December 21, 2023) <https://www.wcrf.org>