



EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DERGİSİ
Journal of Ege University Nursing Faculty



ISSN 2147-3463
E-ISSN 2667-6648



Yıl 2021
Year 2021

Cilt 37
Volume 37

Sayı 1
Number 1



Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi

Journal of Ege University Nursing Faculty



Yıl (Year) : 2021

Cilt (Volume) : 37

Sayı (Number) : 1

Yayın Sahibi

Prof. Dr. Ayşegül DÖNMEZ Hemşirelik Fakültesi Adına

Sorumlu Müdür

Prof. Dr. Oya KAVLAK

Yayın Alt Komisyonu

Prof. Dr. Aynur UYSAL TORAMAN (Dekan Yrd.)

Prof. Dr. Leyla KHORSHID

Prof. Dr. Fatma DEMİR KORKMAZ

Dergi Yayın Kurulu

Prof. Dr. Ayşegül DÖNMEZ (Dekan) - Ege Üni. Hemşirelik Fak.

Prof. Dr. Oya KAVLAK (Baş Editör) - Ege Üni. Hemşirelik Fak.

Prof. Dr. Meryem YAVUZ van GIEERSBERGEN (Dil Editörü) - Ege Üni. Hemşirelik Fak.

Prof. Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL - Ege Üni. Hemşirelik Fak.

Prof. Dr. Ayşe OKANLI - Medeniyet Üni. Sağlık Bilimleri Fak.

Prof. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU - Erzurum Teknik Üni. Sağlık Bilimleri Fak.

Doç. Dr. Ziyafet UĞURLU - Başkent Üni. Sağlık Bilimleri Fak.

Doç. Dr. Yıldız DENAT - Aydın Adnan Menderes Üni. Hemşirelik Fak.

Dr. Öğr. Üyesi Emine KARAMAN (Editör Yardımcısı) - Ege Üni. Hemşirelik Fak.

Dr. Öğr. Üyesi Duygu GÜLEÇ ŞATIR (Editör Yardımcısı) - Ege Üni. Hemşirelik Fak.

Arş. Gör. Dr. Gizem BEYCAN EKİTLİ (Editör Yardımcısı) - Ege Üni. Hemşirelik Fak.

Online Yayın Tarihi

Nisan 2021

Yönetim Yeri

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi (EÜHF) tarafından yılda üç sayı/bir cilt hakemli dergi olarak yayınlanır.

Türkiye Atıf ve Sosyal Bilimler Atıf Dizini'nde yer almaktadır. Indexed in Türkiye Citation Index and SOBIAD.

AÇIKLAMALAR

Bu dergi 22 Ekim 1984 gün ve 18553 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan "Üniversitelerde Ders Aracı Olarak Kullanılan Kitaplar Teksirler ve Yardımcı Ders Kitapları Dışındaki Yayınlarla İlgili Yönetmelik" bağlamında yayımlanmaktadır.

Yayın Türleri

Adı geçen yönetmeliğin 2. ve 3. maddeleri uyarınca dergide eğitim ve araştırma çalışmalarına paralel olarak orijinal araştırma raporları, bilimsel tarama yazıları, yeni bir yöntem veya teknik tanımlayan kısa bildiri yazıları ve çok önemli bilimsel çeviriler yayımlanabilir.

Yayın Hakları

Yayımlanacak yazıların bilim dil bakımından sorumluluğu yazarlara aittir. Yayın Kurulu gerekli değişiklik veya kısaltmaları yazardan isteyebilir veya yazarın izni alınarak içeriği bozmayacak değişiklikler yapabilir. Basılmayacak yazılar için bir ay içinde yazara bilgi verilir.

EDİTÖR KURULU / EDITORIAL BOARD

Baş Editör / *Editor in Chief*

Oya Kavlak

Alan Editörleri / *Field Editor*

Şafak Dağhan

Esra Engin

Fatma Orgun

Türkan Özbayir

Şenay Ünsal Atan

Editör Yardımcıları / *Editor Assistants*

Emine Karaman

Gizem Beycan Ekitli

Hakem Kurulu / *Advisory Board*

Azize Atlı Özbaş (Hacettepe Üniversitesi, Ankara)

Hatice Bal Yılmaz (Ege Üniversitesi, İzmir)

Leyla Baysan Arabacı (İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir)

Eda Dolgun (Ege Üniversitesi, İzmir)

Ebru Akgün Çıtak (Başkent Üniversitesi, Ankara)

Yelda Candan Dönmez (Ege Üniversitesi, İzmir)

Nuray Egelioglu Cetişli (İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir)

Rabia Ekti Genç (Ege Üniversitesi, İzmir)

Sezer Er Güneri (Ege Üniversitesi, İzmir)

Azize Karahan (Başkent Üniversitesi, Ankara)

Gonca Karayağız Muslu (Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla)

Ayla Keçeci (Düzce Üniversitesi, Düzce)

Nazlı Kılıç Akça (Bakırçay Üniversitesi, İzmir)

Bilgin Kıray Vural (Pamukkale Üniversitesi, Denizli)

Emine Kıyak (Atatürk Üniversitesi, Erzurum)

Gülengül Mermer (Ege Üniversitesi, İzmir)

Nilay Özkütük (Ege Üniversitesi, İzmir)

Ruşen Öztürk (Ege Üniversitesi, İzmir)

Emel Taşçı Duran (Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta)

Fahriye Vatan (Ege Üniversitesi, İzmir)

Fatma Vural (Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir)

Serap Yıldırım (Ege Üniversitesi, İzmir)

Emel Yılmaz (Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Manisa)

Dil Editörü

Meryem YAVUZ van GIEERSBERGEN

İÇİNDEKİLER / CONTENTS**Araştırma Makaleleri / Research Article**

- Hemşirelik Öğrencilerinin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanıyabilme Durumları
Status of Nursing Students' Recognition of Violence Symptoms Against Women
Şeyma KİLCİ ERCİYAS, Müge SEVAL, Nuray DOĞAN 1-9
- Ameliyathane Hemşirelerinin Çalışma Ortamından Kaynaklanan Mesleki Risklerinin ve Sağlık Sorunlarının Belirlenmesi
Determining the Occupational Risks and Health Problems of Operating Room Nurses Caused by the Working Environment
Ayten AKKAYA, Mevlüde KARADAĞ..... 11-22
- Kadınların Evde Doğum Deneyimleri: Fenomenoloji Çalışması
Birth at Home Experiences of Women: Phenomenological Study
Gülşen ÇALIŞ, Süheyla ALTUĞ ÖZSOY 23-38
- The Relationship Between Exposure to Violence from Husband and Their Families and Relatives and Sexual Dysfunction in Women with Infertility
İnfertil Kadınlarda Eş ve Yakın Şiddetine Maruziyet ile Cinsel İşlev Bozukluğu Arasındaki İlişki
Hatice KAHYAĞLU SÜT, Selda OZTURK 39-46
- Ebelerin Neonatal Resüsitasyon Programı Kursu Hakkındaki Görüşleri: Tek Durumlu Örnek Olay Çalışması
Opinions of Midwives on Neonatal Resuscitation Program Course: A One-State Case Study
Ayşe ŞENOĞLU, Zekiye KARAÇAM..... 47-57
- Hemşirelik Öğrencilerinin Lisansüstü Eğitime Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi: Vakıf Üniversitesi Örneği
Determination of Nursing Students' Attitudes Towards Graduate Education: A Private University Sample
Gülsüme SATIR, Merve MURAT 59-67

Derlemeler / Reviews

- Bariatrik Cerrahide Hemşirelik Bakımı
Nursing Care in Bariatric Surgery
Çiğdem BERK ÖZCAN 69-78
- Demans Hastalarında Gözardı Edilen Bir Konu: Gün Batımı Sendromu ve Hemşirelik Yaklaşımları
An Ignored Subject in Dementia Patients: Sundowning Syndrome and Nursing Approaches
Öznur ERBAY DALLI, Ayfer KARADAKOVAN 79-86
- Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerde Mesleki Rehabilitasyon: Toplum Ruh Sağlığı Hemşiresi Neler Yapabilir?
Occupational Rehabilitation in Individuals with Chronic Mental Disorders; What Can Society Mental Health Nurse Do?
Senem ÖNOL, Ayşegül DÖNMEZ..... 87-94

Değerli okurlarımız,

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2021 yılının ilk sayısını sizlere sunmaktan gururluyuz. Dergimizin bu sayısında ilginizi çekeceğini düşündüğümüz 6 araştırma ve 3 derleme olmak üzere toplam 9 makaleye yer verdik. Bunlar, “*Hemşirelik öğrencilerinin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıyabilme durumları*”, “*Ameliyathane hemşirelerinin çalışma ortamından kaynaklanan mesleki risklerinin ve sağlık sorunlarının belirlenmesi*”, “*Kadınların evde doğum deneyimleri: Fenomenoloji çalışması*”, “*The relationship between exposure to violence from husband and their families and relatives and sexual dysfunction in women with infertility*”, “*Ebelerin neonatal resüsitasyon programı kursu hakkındaki görüşleri: Tek durumlu örnek olay çalışması*”, “*Hemşirelik öğrencilerinin lisansüstü eğitime yönelik tutumlarının belirlenmesi: Vakıf üniversitesi örneği*”, “*Bariatrik cerrahide hemşirelik bakımı*”, “*Demans hastalarında gözardı edilen bir konu: Gün batımı sendromu ve hemşirelik yaklaşımları*” ve “*Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerde mesleki rehabilitasyon: Toplum ruh sağlığı hemşiresi neler yapabilir?*” başlıkları adı altında toplanmıştır.

Bu makalelerin hemşirelik alanında hizmet veren hemşirelere ve akademisyenlere yararlı olacağını düşünüyoruz. Bilimsel süreli yayıncılıkta hakemli bir derginin bilimsel niteliğinin geliştirilmesinde, dergi hakemlerinin ve editörlerinin çok önemli sorumlulukları vardır. Bu sayının hazırlanmasında yayınları olan yazarlara, makale değerlendirmelerini titizlikle yapan hakemlerimize, hazırlık aşamasında tüm işlemlerin gerçekleştirilmesinde özveri ile çalışan dergi ekibimize ve dergi tasarımı yapan Meliha Unutmaz’a desteklerinden dolayı dergimiz adına çok teşekkür ederiz.

Siz değerli okuyucu ve yazarlarımızın da desteğiyle daha birçok sayıya imza atacağımıza olan inancımız tamdır. Dergide emeği geçen herkese yürekten sevgi, saygı ve şükranlarımızı sunar bir sonraki sayımızda görüşmek üzere sağlık ve mutluluklar dileriz.

Sevgi ve saygılarımla.

Prof. Dr. Oya KAVLAK

Baş Editör

Şeyma KİLCİ ERCİYAS¹
Orcid: 0000-0002-6282-8933

Müge SEVAL²
Orcid: 0000-0003-1917-285X

Nuray DOĞAN³
Orcid: 0000-0001-8323-9487

¹ Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum- Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Zonguldak

² Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Zonguldak

³ Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Lisans Öğrencisi

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):

Şeyma KİLCİ ERCİYAS
seymakilcisk@gmail.com

Anahtar Sözcükler:
Şiddet; kadın; hemşirelik öğrencisi.

Key Words:

Violence; woman; nursing student.

Hemşirelik Öğrencilerinin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanıyabilme Durumları

Status of Nursing Students' Recognition of Violence Symptoms Against Women

Gönderilme Tarihi: 7 Kasım 2020

Kabul tarihi: 14 Ocak 2021

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı hemşirelik öğrencilerinin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıyabilme durumlarının belirlenmesidir.

Yöntem: Araştırma 10-25 Şubat 2020 tarihlerinde bir devlet üniversitesinde 414 hemşirelik öğrencisi ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Veriler, sosyo-demografik özelliklere ilişkin bilgi formu ile "Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımlama İlişkin Ölçek" kullanılarak, IBM SPSS 3 programı ile analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik ile frekansa bakılmış ve üç bağımlı değişken olduğu için, çok değişkenli varyans analizi tekniği uygulanmıştır. Tüm varsayımlar sağlanmadığı için; normallikten sapma durumlarına karşı dayanıklı (robust) olan Pillai testi uygulanmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin %55.1'nin kadına yönelik şiddet konusunda eğitim aldığı, %19.8'inin kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaştığı, %19.0'unun da şiddetle karşılaştığında şikayette bulunduğu saptanmıştır. Öğrencilerin HEKYŞBTÖ toplam puanı 19.32±.13, duygusal şiddet belirtileri bilgi puanı ortalaması 12.16±.25, fiziksel şiddet belirtileri bilgi puanı ortalaması 7.92±.21 bulunmuştur. Cinsiyetler arasında fiziksel, genel ve duygusal şiddet belirtilerini tanıma puanları sınıf grupları arasında; yalnızca duygusal şiddet puanları için anlamlı farklılık bulunmuştur (p<.05). Buna göre erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre fiziksel, duygusal ve genel şiddet belirtilerini tanımlama, 1. sınıftaki katılımcıların 4. sınıftakilere göre duygusal şiddeti tanımlamada daha iyi olduğu saptanmıştır.

Sonuç ve Öneriler: Bu çalışmada hemşirelik öğrencilerinin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlama ilişkili bilgilerinin yeterli olduğu, ancak farkındalık ve duyarlılık düzeylerinin artırılması gerektiği belirlenmiştir. Bu bağlamda geleceğin sağlık ekibini oluşturacak hemşirelik öğrencilerinin mesleki eğitim yanısıra şiddet gibi toplumsal sorunlar karşısında da farkındalıklarının eğitim döneminde geliştirmesi önem kazanmaktadır. Hemşirelik müfredatında gerek teorik gerekse uygulamalı derslerle öğrencilerin farkındalık ve duyarlılık düzeyinin artırılmasına çalışılabilir. Bunun yanı sıra öğrencilerin antropoloji, sosyoloji ve psikoloji gibi disiplinlerden alan dışı dersler alması desteklenerek konuya daha geniş bir vizyonla bakmaları desteklenebilir.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was carried out with aim of determining status of nursing students to recognize the symptoms of violence against women.

Methods: The research was conducted in a descriptive manner with 414 nursing students at a public university on 10-25 February 2020. The data were analyzed with the IBM SPSS V23 program using the information form regarding socio-demographic characteristics and "Scale Regarding Nurses and Midwives' Recognition of Symptoms of Violence Against Women". Percentage and frequency were examined in the evaluation of the data and since there are three dependent variables, the multivariate analysis of variance technique was applied. Since all the assumptions could not be provided; Pillai test, which is resistant to deviations from normality (robust), was applied.

Results: It was found that 55.1% of the students received training on violence against women, 19.8% faced the phenomenon of violence against women, and 19.0% complained when they faced violence. The total score of the students was 19.32±.13, the emotional violence symptoms knowledge score was 12.16±.25, the physical violence symptoms knowledge score was 7.92±.21. Scores for defining physical, general and emotional symptoms of violence across genders; Significant differences were found only for emotional violence scores between class groups (p<.05). Accordingly, male students were found to be better at identifying physical, emotional, and general violence symptoms than female students, and first-grade participants were better at defining emotional violence than those in fourth grade

Conclusion: In this study, it was determined that the knowledge of nursing students about recognizing the symptoms of violence against women is sufficient, but their level of awareness and sensitivity should be increased. In this context, it is important for nursing students, who will form the health team of the future, to develop their awareness of social problems such as violence in the education period as well as vocational training. In the nursing curriculum, it can be tried to increase the awareness and sensitivity of students with both theoretical and applied courses. In addition, students can be supported to take extra-field courses from disciplines such as anthropology, sociology, and psychology, so that they can look at the subject with a broader vision.

Kaynak Gösterimi: Kilci Erciyas, Ş., Seval, M. ve Doğan, N., (2021). Hemşirelik Öğrencilerinin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanıyabilme Durumları. EGEHFD, 2021, 37(1): 1-9

How to cite: Kilci Erciyas, Ş., Seval, M. and Doğan, N., (2021). Status of Nursing Students' Recognition of Violence Symptoms Against Women. EGEHFD, 2021, 37(1): 1-9

GİRİŞ

Türk Dil Kurumu (TDK) şiddeti, “karşıt görüşte olanlara kaba kuvvet uygulamak” şeklinde tanımlamaktadır (TDK). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise “fiziksel güç veya iktidarın kasıtlı bir tehdit veya gerçeklik biçiminde bir başkasına uygulanması sonucunda maruz kalan kişide yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açması ya da açma olasılığı bulunması” durumu olarak tanımlanmaktadır (WHO 2002). İnsanlık tarihi boyunca karmaşık bir sosyal olgu olarak bireyleri yakından etkileyen şiddet günümüzün en önemli sorunlarından birisi haline gelmiştir. Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde normleştirilip önemsizleştirilirken, gelişmiş ülkelerde ciddi bir toplumsal sorun olarak sosyal ve hukuki yaptırımlarla önlenmeye çalışılmaktadır (Akkaş ve Uyanık, 2016; Bilican Gökaya, 2011). Şiddetin önlenmesi için ulusal ve uluslararası çalışmalar yapılmakta, ancak hala şiddet en önemli toplumsal sorunlardan biri olmaya devam etmektedir (Akkuş ve Yıldırım, 2018). DSÖ, dünyada kadınların yaklaşık üçte birinin (%35) yaşamları boyunca ya fiziksel ve/veya cinsel yakın partner şiddeti ya da partner dışı cinsel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Bu şiddetin çoğunluğu ise yakın partner şiddetidir (WHO, 2017). Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisinin raporuna göre ev, kadınlar için en tehlikeli yer olarak belirtilmiştir (UNODC, 2017).

Kimi toplumlar için kadın sadece neslin devamlılığı ve erkeğe hizmet eden kişi iken bazı toplumda el üzerinde tutulması gereken kıymetli bir varlıktır. Bu bağlamda kadının maruz kaldığı şiddetin oranı toplumun kadına verdiği değerin oranı ile doğru orantılı olduğu kabul edilmelidir (Doğrucan ve Yıldırım, 2020). Kadına yönelik şiddet, toplumsal cinsiyet eşitliği, sosyo-ekonomik durum, eğitim ve sağlık gibi pek çok faktörlerden de etkilenmektedir (Karal ve Aydemir, 2012).

Ülkemizde şiddetle ilgili yapılan araştırmalar vardır. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü araştırmasına göre; kadınların %35’i hayatları boyunca bir kez fiziksel şiddete maruz kalmıştır (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2015). Diğer araştırmalarda şiddet sonucunda kadınlarda fiziksel yaralanmalar, kendine güvensizlik, ilaç ve alkol kullanımı, sosyal izolasyon, depresyon, intihar, ölüm görülebildiği sonuçlarına ulaşılmıştır (Akyurt, Sarı ve Şahin, 2012; Güler, Tel ve Tuncay, 2005; Kandemirci ve Kağmıcı, 2019; Oktay, 2015). Kutkuoğlu’nun çalışmasında Türkiye’de, şiddete uğrayan kadınların %44’ü bu durumu kimseye paylaşmadığı ve %89’u herhangi bir kuruma başvurmadığı saptanmıştır. Aynı çalışmada kadınların yaşı arttıkça, eğitim düzeyleri düştükçe ve boşanmış/ayrı yaşayan kadınlarda cinsel şiddete uğrama oranlarının daha fazla olduğu belirtilmiştir (Kutluoğlu Karayel, 2019). Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Algısı Araştırması’nda (2019) ise kadının toplumda yaşadığı en büyük sorun %60 ile ‘şiddet’ olduğu belirlenmiştir. Bu oranın 2020’de %66 olarak, %6 artması, alınan tüm önlemlere rağmen şiddetin toplumsal sorun olarak hızla arttığının bir göstergesidir (Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Algısı Araştırması, 2020). Bunun yanı sıra boşanma, son günlerde başkasını öldürme ve morbiditenin en önemli nedenlerinden biri haline gelmiştir (Baysan Arabacı, 2014; Delara, 2016; Hawcroft ve diğerleri, 2019; WHO, 2017).

Kadınlar farklı şekillerde şiddete maruz kalırlar. Bunlar; fiziksel, duygusal, psikolojik, cinsel ve ekonomik şiddettir. Fiziksel şiddet; kişiye vurma, tokat, itme, aletle yaralama, sağlıksız koşullarda yaşamaya zorlama ve öldürme şeklindedir. Duygusal ve psikolojik şiddet; alay etme, hakkını gasp etme, karşılaştırma yapma, aşağılama, hakaret, kişisel gelişimine engel olma, aileyle ve arkadaşlarla konuşma hakkını elinden alma, ekonomik veya sosyo-kültürel olarak kadına üstünlük belirtme gibi davranışlardır (Akkuş ve Yıldırım, 2018; Akyön, 2008; Efe ve Ayaz, 2010). Cinsel şiddet ise kişinin cinsel bütünlüğüne yapılan bir saldırıdır ve aynı zamanda sözel cinsel tacizi de kapsamaktadır. Duygusal ve ekonomik şiddet, herhangi bir bulgu ortaya çıkarmadığı için en az ortaya çıkan ve en zor önlem alınabilen şiddettir (Akkuş ve Yıldırım, 2018; Akyön, 2008; Efe ve Ayaz, 2010).

Şiddetin önlenmesinde, birincil, ikincil ve üçüncül koruma basamakları kullanılarak hemşirelik girişimleri ile gerekli bakım, danışmanlık ve yönlendirme yapılmalıdır. Hemşireler, birincil koruma kapsamında şiddetin ortaya çıkmaması için önlemler almalı, eğitimler vermeli, öfke kontrolüne yönelik danışmanlık yapmalı, kriz durumunu önlemek için destek sistemlerini düzenlemeli ve bilgilendirmelidir. İkincil korumada şiddetin durdurulması için girişimlerde bulunmalı, üçüncül korumada danışmanlık yaparak rehabilitasyon sürecini hızlandırmalıdır (Pınar ve Sabancıoğulları, 2019; Sabancıoğulları ve diğerleri, 2016; Üstüner, 2020).

Sağlık profesyonelleri tarafından mağdurlara ve uygulayanlara yapılan girişimler, şiddetin oluşmasında ve etkilerinin azaltılmasında oldukça önem taşımaktadır (Akyurt, Sarı ve Şahin, 2008; Gharaibeh, Abu-Baker ve Aji, 2012; Kaplan ve diğerleri, 2014; Sabancıoğulları ve diğerleri, 2016; Tambağ ve Turan, 2015;). Hemşireler şiddet konusunda dikkatli olmalı, şiddeti gösteren/düşündüren belirtileri bilmeli ve bunları gözlemlemelidir. Hemşirelerin sorumlulukları arasında; şiddetin belirlenmesi, bakımın sağlanması, verilerin toplanması, bilgilendirme ve danışmanlık, güvenlik planının oluşturulması, gerekli kayıtların tutulması ve uygun yerlere sevk edilmesi bulunmaktadır. Bu nedenle, geleceğin meslek adayı olan hemşirelik öğrencilerinin kadına yönelik şiddeti önlemede mesleki sorumluluk hissetmeleri, bilgilendirici, danışman, destekleyici rollerini geliştirmeleri olumlu katkı sağlayacaktır (Başar ve Durmaz, 2013; Pınar ve Sabancıoğulları, 2019; Sabancıoğulları ve diğerleri, 2016; Üstüner, 2020). Geleceğin sağlık ekibini oluşturacak hemşirelik öğrencilerinin mesleki eğitim yanı sıra şiddet gibi toplumsal sorunlar karşısında da farkındalıklarının eğitim döneminde geliştirmesi önem kazanmaktadır. Bu konuda eğitimsel

girişimlerin yapılabilmesi için öncelikle hemşirelik öğrencilerinin bilgi düzeylerinin belirlenmesi gerekmektedir. Bu bağlamda araştırma hemşirelik bölümünde okuyan öğrencilerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıyabilme durumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Hemşirelik bölümünde kayıtlı toplam 1304 öğrenci araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Araştırmada evreni bilinen örnekleme yöntemine göre %5 hata ve %95 güven aralığında araştırmanın örnekleme 297 kişi olarak hesaplanmıştır. Ancak araştırmaya katılım sağlamak isteyen gönüllü öğrenci sayısı daha fazla olduğu için görme ve işitme kaybı olmayan 414 hemşirelik öğrencisi örnekleme alınmıştır. Örnekleme evrenin %32'sine ulaşmıştır.

Verilerin Toplanması

Araştırma verileri 10-25 Şubat 2020 tarihleri arasında sosyo-demografik bilgilerin yer aldığı anket formu ve 'Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek' kullanılarak elde edilmiştir. Veriler araştırmacıların katılımcılarla yaptıkları yüz yüze görüşmelerle toplanmıştır. Araştırmanın planlanması, etik izin süresi, verilerin toplanması ve raporlanması dört aylık zaman dilimini almıştır. Veri toplama süresi için örneklem kaybının önlenmesi açısından sınav dönemleri olan 15 günlük süreç kullanılmıştır. Araştırmanın amacı ve önemi sınav öncesinde açıklanmış olup, araştırmaya katılmak isteyen öğrencilerin sınav bitimine kadar beklemesi istenmiştir. Sınav bitiminde öğrencilere anket formu verilerek araştırmacıların gözetiminde formlar tekrar toplanmıştır. Öğrenci-eğitici arasındaki hassas katılımcı ilişkisi dikkate alınarak, araştırmacıların sorumlusu olduğu derslerin sınavlarında gözetmen olarak sınavda bulunan diğer öğretim elemanlarından anketör olarak destek alınmıştır. Araştırmacılar sorumlusu olduğu sınavların dışındaki derslerin sınavların da veri toplama işlemini gerçekleştirmiştir.

İstatistiksel Analiz

Veriler, IBM SPSS V23 programı ile değerlendirildi. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler ile frekansa bakılmıştır ve üç bağımlı değişken olduğu için, çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) tekniği uygulanmıştır. Tüm varsayımlar sağlanamadığı için; normallikten sapma durumlarına karşı dayanıklı (robust) olan Pillai testi uygulanmıştır (Ateş ve diğerleri, 2019).

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, anne eğitim durumu, baba eğitim durumu, ekonomik durum, sınıfı ve 15 yaşına kadar en uzun süre yaşadığı yer), kadına yönelik şiddet konusuna ilişkin düşünce ve deneyimlerini sorgulayan literatür (Kara ve Nazik, 2018; Kıyak ve Akin, 2010; Sabancıoğulları ve diğerleri, 2016) doğrultusunda hazırlanan 14 sorudan oluşan anket formu ile Baysan Arabacı ve Karadağlı tarafından geliştirilmiş 'Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek' kullanıldı (Baysan Arabacı ve Karadağlı, 2006). Ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı .76, fiziksel şiddet belirtilerini tanıma alt boyut için .62 ve duygusal şiddet belirtilerini tanıma alt boyut için .67'dir. Ölçeğin bu çalışma için cronbach alfa değeri, .86 bulunmuş olup, bu örneklem için güvenilir niteliktedir. Cronbach alfa değerleri fiziksel şiddet belirtilerini tanıma alt boyutu puanı .72 ve duygusal şiddet belirtilerini tanıma alt boyutu .79 bulunmuştur (Tablo 3). Evet-hayır şeklinde yanıtlanan ölçek iki alt boyut ve 31 maddeden oluşmaktadır. Fiziksel şiddet belirtilerini tanıma alt boyutu (13 madde): (1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 25, 27, 28) maddeler, duygusal şiddet belirtilerini tanıma alt boyutu (18 madde) (3, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 29, 30, 31) maddelerden oluşmaktadır. Ölçekte 1, 3, 4, 5, 7, 10, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, düz maddeler, 2, 6, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 19, 23, 30, 31 ters maddeler olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten elde edilecek en yüksek puan "31", en düşük puan "0" dir. Ölçekte fiziksel şiddet belirtilerini tanıma alt boyutundan elde edilecek en yüksek puan "13" en düşük puan "0" dir. Duygusal şiddet belirtilerini tanıma alt boyutundan elde edilecek en yüksek puan ise "18", en düşük puan "0" dir. Düşük puan kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma konusunda bilgi düzeyinin yetersiz olduğunu göstermektedir.

Araştırmanın Etik Boyutu ve Yönü

Araştırmacılar öğrencilerin eğitim aldığı devlet üniversitesinde görev yapmaktadır. Araştırma öncesi Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesinin İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 05.02.2020 tarihinde etik kurul izni alınmıştır (Karar no: 2014/08-13). Etik kuruldan izin alındıktan sonra kurumdan sözel izin alınmıştır. Yine araştırma öncesi katılımcılar veri toplama formları dağıtılmadan önce araştırmacılar tarafından bilgilendirilmiş, onam formu okunmuş ve gönüllü katılmayı kabul edenlerin formları doldurmaya devam etmesi sağlanmıştır.

BULGULAR

Öğrencilerin yaş ortalaması 20.64 ± 1.81 'dür (min. 18, max. 33) olup, anne ve baba eğitim düzeyleri ilkökul seviyesindedir (sırasıyla %52.7; %38.2). Öğrencilerin büyük bölümü (%46.4) ilde yaşadığını ve yarısından fazlası (%72.2) gelirin giderine eşit olduğunu belirtmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Sosyodemografik Değişkenlerin Dağılımı (n=414)

Sosyodemografik Değişkenler		n (%)
Yaş	18-23	390 (94.1)
	24-33	24 (5.9)
Cinsiyet	Erkek	104 (25.1)
	Kadın	310 (74.9)
Sınıf	1.sınıf	95 (22.9)
	2.sınıf	53 (12.8)
	3.sınıf	144 (34.8)
	4.sınıf	122 (29.5)
Anne Eğitim Durumu	Okuryazar değil	21 (5.1)
	İlkokul	218 (52.7)
	Ortaokul	74 (17.9)
	Lise	82 (19.8)
	Üniversite	19 (4.6)
Baba Eğitim Durumu	Okuryazar değil	2 (.5)
	İlkokul	158 (38.2)
	Ortaokul	65 (30.7)
	Lise	127 (15.7)
	Üniversite	62 (15.0)
Ekonomik Düzey	Gelir giderden az	61 (14.7)
	Gelir gidere denk	299 (72.2)
	Gelir giderden fazla	54 (13.0)
En Uzun Yaşanılan Yer	Köy/kasaba	72 (17.4)
	İlçe	150 (36.2)
	İl	192 (46.4)

Öğrencilerin %19.8'i daha önce hayatının bir döneminde şiddetle karşılaştığını, %19.0'u da şiddetle karşılaştığında şikâyetle bulunduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin yarısından fazlasının (%55.1) lisans eğitiminde şiddetle ilgili ders (konu) aldığını ancak tamamına yakınının (%92.2) müfredatta şiddetle ilgili konulara yer verilmesini istediği saptanmıştır. Öğrencilerinin neredeyse yarısı (%49.5) şiddetle karşılaştığında bilgilendirme yapabileceğini ve %8'inin şiddetle karşılaştığında müdahale edebileceğini ifade etmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Öğrenci Hemşirelerin Şiddete İlişkin Bilgilerin Dağılımı (n=414)

Şiddete İlişkin Bilgiler		n (%)
Daha Önce Şiddetle Karşılaşma Durumu	Evet	82 (19.8)
	Hayır	332 (80.2)
Şikayette Bulunma Durumu	Evet	38 (19.0)
	Hayır	376 (81.0)
Eğitim Sürecinde Ders Müfredatında Şiddetle İlgili Ders (Konu)	Evet	186 (44.9)
	Hayır	228 (55.1)
Müfredatta Yer Verilmesini İsteme Durumu	Evet	401 (94.2)
	Hayır	13 (5.8)
Şiddetle Karşılaştığında Danışmanlık Yapabilme	Evet	205 (49.5)
	Hayır	209 (50.5)
Şiddetle Karşılaştığında Müdahale Edebilme	Evet	33 (8.0)
	Hayır	381 (92.0)

Araştırmaya katılan öğrencilerin genel şiddet belirtilerini tanıma puanı ortalaması 19.32 ± 0.13 , fiziksel şiddet belirtilerini tanıma alt boyutu puan ortalaması 7.92 ± 0.21 ve duygusal şiddet belirtilerini tanıma alt boyutu puan ortalaması 12.16 ± 0.25 olarak saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Hemşirelik öğrencilerinin Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları (n=414)

HEKYŞBTÖ	$\bar{x} \pm SS$	Chronbach's Alfa
Genel Şiddet Puanı	$19.32 \pm .13$.86
Fiziksel Belirtiler Alt Boyut	$7.92 \pm .21$.72
Duygusal Belirtiler Alt Boyut	$12.16 \pm .25$.79

Demografik özellikler arasında şiddet puanlarına yönelik karşılaştırma amacıyla uygulanmış MANOVA analizi sonuçları verilmiştir. MANOVA testi sonuçlarına göre, yalnızca cinsiyet grupları ve sınıf grupları arasında şiddete yönelik puan ortalamaları için istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<.05$). Pillai testi sonuçlarına göre, cinsiyet grupları arasında fiziksel, genel ve duygusal şiddet puanları; sınıf grupları arasında ise yalnızca duygusal şiddet puanları için anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 4. Hemşirelik Öğrencilerinin Sosyodemografik Özellikleri ve Şiddete İlişkin Bigilerine Yönelik Manova Analizine Dair Pillai Test Sonuçları

Değişkenler	F-istatistiği	p
Yaş	2.363	.071
Cinsiyet	8.725	.001
Okuduğu sınıf	2.110	.026
Anne eğitim düzeyi	.729	.724
Baba eğitim düzeyi	.238	.996
Ekonomik düzey	.370	.898
En uzun süre yaşanan yer	.699	.651
Şiddetle karşılaşma durumu	1.493	.216
Ders müfredatına alınma durumu	.629	.597
Nasıl bilgilendirme/danışmanlık yapılacağını bilme durumu	.862	.461
Yeterli müdahale yapabilme durumu	1.003	.391

F: MANOVA; $p<.05$

Cinsiyete göre, fiziksel, genel ve duygusal şiddet bilgi puanları arasında; sınıf düzeylerine göre ise yalnızca duygusal şiddet bilgi puanları arasında anlamlı ölçüde fark bulunmuştur ($p<.05$). Cinsiyetler arasında fiziksel, duygusal ve genel şiddet puanlarına yönelik Benferroni testi sonucunda; erkeklerin kadınlara göre fiziksel, duygusal ve genel şiddet puanı anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur ($p<.05$) (Tablo5). Erkeklerin genel, fiziksel ve duygusal belirtileri daha iyi belirleyebildikleri saptanmıştır.

Tablo 5. Cinsiyet Değişkeni İçin Fiziksel, Duygusal ve Genel Şiddet Ölçek Puanlarına Yönelik Çoklu Karşılaştırma Testi Sonuçları

Skor	Cinsiyet	Ortalama Fark	p	
Fiziksel şiddet	Kadın	Erkek	-.463	.009
Duygusal şiddet	Kadın	Erkek	-1.197	.001
Genel şiddet	Kadın	Erkek	-1.661	.001

Sınıf grupları arasında duygusal şiddet belirtilerini tanıma alt boyutu puan ortalamasına yönelik yapılan çoklu karşılaştırma test sonuçlarına göre, 1. sınıftaki katılımcıların 4. sınıftaki katılımcılara göre duygusal şiddet belirtileri bilgi puan ortalaması anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur ($p<.05$) (Tablo 6).

Tablo 6. Sınıf Değişkeni İçin Duygusal Şiddet Puanlarına Yönelik Çoklu Karşılaştırma Testi

Alt Grup	Sınıf	Sınıf	Ortalama Fark	p	
Duygusal şiddet	1	2	.701	.451	
		3	.636	.332	
		4	.876	.036	
		2	1	-.701	.451
	2	3	-.065	1.000	
		4	.176	1.000	
		3	1	-.636	.332
			2	.065	1.000
	4		.241	1.000	
	4	1	-.876	.036	
		2	-.176	1.000	
		3	-.241	1.000	

TARTIŞMA

Hemşirelik öğrencilerinin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıyabilme durumlarının belirlenmesinin amaçlandığı bu çalışmada, öğrencilerin küçük bir bölümü daha önce hayatlarının bir bölümünde şiddetle

karşılaştığını ve şiddetle karşılaştığında şikâyetle bulunduğunu belirtmiştir. Literatür incelendiğinde, Sabancıoğulları ve diğerlerinin (2006) çalışmasında bu çalışmaya benzer şekilde öğrencilerin yarısının kadına yönelik şiddete tanık olduğu ve beşte birinin çevresinde rastladığı saptanmıştır. Bu çalışmalardan farklı olarak Kara ve diğerlerinin (2018) sağlık çalışanlarının %72.6'sının iş yaşamı boyunca kadına yönelik şiddet olgusu/şüphesi ile karşılaştığı saptanmıştır. Bu sonuçlar hemşirelik eğitimi sırasında öğrencilerin şiddet olguları ile fazla karşılaşmadığını dolayısıyla müdahalede bulunmadıklarını ancak mezuniyet sonrasında çalışma alanlarıyla paralel olarak şiddet olgularıyla daha fazla karşı karşıya kaldıklarını düşündürmüştür. Araştırmalarda elde edilen benzerlik ve farklılıkların, araştırmaların farklı bölgelerde yapılmış olmasından ve üniversite ortamlarının kozmopolit yapısından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yarısından fazlası ortalama doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği veya ilk yardım ve acil bakım hemşireliği gibi derslerin kapsamında şiddet ve şiddete müdahaleye yönelik konular almıştır. Bu konuların süreleri ortalama iki saat olup detaylı yaklaşımlara yer verilmektedir. Bundan dolayı öğrencileri neredeyse tamamının da müfredatta şiddetle ilgili konulara daha fazla yer verilmesini istemektedir. Benzer şekilde, Orhan ve Gölbaşı (2011) ile Akan ve diğerlerinin (2008) hemşire ve ebelerin kadına yönelik ve aile içi şiddetle ilgili yeterli eğitim almadığını, Dikmen ve Marakoğlu (2019) ise öğrencilerin çok az bir oranının (%6.5) eğitim aldığını saptamıştır. Kıyak (2010)'ın çalışmasında da kadına yönelik şiddet konusunda hemşire ve ebelerin %82.6'sının öğrenimi sırasında, %94'ünün çalışma süresi içinde kadına yönelik şiddet konusunda eğitim almadığı bulunmuştur. Bu araştırmaya benzer olarak, Üstüner (2020) çalışmasında öğrencilerin tamamına yakınının (%93.3) lisans eğitiminde kadına yönelik şiddet içerikli eğitim istedikleri belirlenmiştir. Müfredatta alınan derslerin kadına yönelik şiddete özel olmaması, cerrahi hemşireliği, halk sağlığı hemşireliği, doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği, psikiyatri hemşireliği ve çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersleri kapsamında kısaca değinilen konular şeklinde olması öğrencilerden elde edilen bu sonucu açıklar niteliktedir. Oysa kadına yönelik şiddet konusu hemşirelik, ebelik, tıp gibi meslek eğitimlerinde zorunlu ve geniş ölçüde yer almalıdır. Bunun yanı sıra Sarıbyık (2012) ile Orhan ve Gölbaşı (2011) ise sağlık profesyonellerinin mezuniyet sonrası şiddete yönelik eğitime katılma oranlarının yüksek olduğu sonucuna varmıştır. Ayrıca şiddet olgularını tanıyabilmek ve müdahale edebilmek için daha fazla bilgiye ihtiyaç duydukları düşünülmüştür.

Şiddet konusunda danışmanlık yapabilmek bilgi, beceri ve deneyim gerektirmektedir. Bu çalışmada öğrencilerin yarısına yakınının şiddetle karşılaştığında bilgilendirme (danışmanlık) yapabileceğini ve %8'inin şiddetle karşılaştığında müdahale edebileceğini belirtmiştir. Benzer şekilde; Yayla (2009)'nın çalışmasında, hemşirelerin %90.5'i, kadına yönelik şiddet olgusu/şüphesi ile karşılaştıklarında zorlandıklarını ve kendilerini yetersiz hissettiklerini belirtmişlerdir. Benzer başka bir çalışmada da ebe ve hemşirelerin %62'sinin şiddet konusunda bilgilerinin olmadığını bildirmişlerdir (Akan ve diğerleri, 2008). Arabacı ve Karadağlı'ya (2006) göre, %11.6'sının hiçbir şey yapmamasında, bilgi eksikliklerinin yanı sıra, şiddet olgularına yaklaşımda yasal ve sağlık sistemine ilişkin hizmet organizasyonlarının yetersizliğinin etkili olduğu belirtilmiştir. Kara ve diğerleri (2018), sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaştıklarında en fazla ilgili kurumlara rapor etme/yasal süreç (%51) ve öykü almada (%24.5) zorlandıkları belirtilmiştir. Hem dünyada hem de ülkemizde hemşireler, lisans eğitimleri sırasında konu ile ilgili yeterli eğitimi almadan mezun olmakta ve kendilerini kadına şiddete müdahale edecek ve soru soracak yeterlilikte bulmamaktadırlar (Doran ve Hutchinson, 2017; Sabancıoğulları ve diğerleri, 2016). Yapılan araştırmalarda şiddetle karşılaşıldığında gerekli müdahale ve danışmanlığın istenilen düzeyde yapılamadığı görülmektedir. Bunun sebebi ise şiddete ilişkin bilgi eksikliğidir. Her bilgilendirme girişiminin bir danışmanlık aktivitesi olmadığını kabul etmek gerekir. Ayrıca çalışmanın diğer bulgularında şiddet konusunda yeterli eğitim almadığını ifade eden katılımcıların bu bulguyu vermesinin, 'bilgilendirme' ile 'danışmanlık' arasındaki farklı bilmekten kaynaklandığı düşünülmüştür. Gerek okul müfredatlarında gerekse hizmet içi eğitim programlarıyla sağlık profesyonellerinin kadına ve aile içi şiddeti tanıyabilmeye yönelik bilgi düzeylerinin artırılarak farkındalıklarının geliştirilmesi gerektiği söylenebilir.

Bu örnekte katılımcıların ortalamanın biraz üzerinde puanlar almış olması, şiddete ilişkin bilgilerinin olduğunu ancak bilgi düzeylerinin artırılması gerektiğini bize göstermektedir. Buna göre hemşirelik öğrencilerinin şiddete ilişkin bilgi düzeylerinin ve farkındalıklarının artırılması gerekmektedir. Benzer şekilde Kara ve diğerleri (2018), HEKYŞBTÖ toplam puan ortalamasını 19.06 ± 3.68 , fiziksel belirtiler alt boyut puan ortalamasını 8.07 ± 1.68 , duygusal belirtiler alt boyut puan ortalamasını 10.99 ± 2.66 olarak saptamıştır. Kahyaoğlu Süt ve Akyüz (2015)'ün çalışmasında genel şiddet puanı ortalaması 19.2 ± 2.8 , fiziksel alt ölçek puanı 7.4 ± 1.7 ve duygusal alt ölçek puanı 11.1 ± 2.1 olarak belirlenmiştir. Başar ve Durmaz (2013)'ün çalışmasında, ölçeğin "fiziksel belirtiler" alt boyutundan alınan ortalama puanı 9.04 ± 1.55 , "duygusal belirtiler" alt boyutundan alt boyutundan alınan ortalama puanı 13.04 ± 2.91 ve toplam ölçek puan ortalaması 20.73 ± 3.71 olarak bulunmuştur. Pınar ve Sabancıoğulları (2019), hemşirelik ve ebelik öğrencileri yaptığı çalışmada, genel şiddet ortalamaları 18.11 ± 3.18 , fiziksel puan ortalamaları 7.40 ± 1.68 ve duygusal puan ortalamaları ise 10.71 ± 2.29 olduğu belirlemiştir. Bu çalışmaların yanı sıra ülkemizde yapılan diğer araştırma sonuçları incelendiğinde, bu araştırmanın bulgular ile paralellik gösterdiği saptanmıştır (Baysan Arabacı ve Karadağlı, 2006; Sarıbyık, 2012; Tambağ ve Turan, 2014; Yayla, 2009). Bu çerçevede, ülkemizde hemşirelik, ebelik ve tıp eğitimi gören öğrencilerin ve çalışanların kadına yönelik şiddet belirtilerini

tanıma durumlarının istenilen düzeyde olmadığı söylenebilir. Hemşirelik müfredatında şiddete özel derslere daha fazla yer verilmesinin gerekli olduğu ya da kısa konular olarak geçilmesinin yetersiz bilgi düzeyinin sebebi olduğu söylenilebilir.

Araştırmada erkek öğrencilerin kadınlara göre fiziksel, duygusal ve genel şiddet puanı daha yüksek bulunmuştur. Bu durumda, erkeklerin fiziksel, duygusal ve genel şiddet belirtilerini tanıma konusunda bilgi düzeylerinin daha yeterli olduğu belirlenmiştir. Kara ve diğerlerinin (2018) çalışmasında da erkeklerin HEKYŞBTÖ ve alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını saptamıştır ($p>.05$). Benzer şekilde Kahyaoğlu Süt ve Akyüz (2016) hemşire ve ebelerle yaptığı çalışmada, erkek sağlık çalışanlarının HEKYŞBTÖ toplam puan ortalaması ve duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamasının daha yüksek olduğunu, ancak farkın önemli olmadığını belirtmiştir. Çatak Taşkıran (2015) da ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile cinsiyet arasında istatistiksel farklılık saptamamıştır ($p>.05$). Hemşirelik öğrencileri mesleki deneyimsizliğe bağlı olarak daha amatörce ve sempatik düşünürken, erkek sağlık çalışanlarının şiddet mağduruna bakım verebilmek için daha empatik ve profesyonel boyutta düşünüyor olması bu farkı yaratmış olabilir.

Bu araştırmada 1. sınıftaki katılımcıların 4. sınıftaki katılımcılara göre duygusal şiddet puanı daha yüksek saptandı. Anlamlı fark bulunmasa da birinci sınıfların iki ve üçüncü sınıflara göre duygusal şiddeti belirleme puanları daha yüksektir. Farklı olarak, Üstüner (2020) çalışmasında 3. sınıf öğrencilerinin duygusal şiddeti belirleme puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğunu belirtmiştir. Yapılan çalışmalarda hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımaları için bilgilerinin yetersiz olduğu vurgulanmaktadır (Kahyaoğlu Süt ve Akyüz, 2016; Sabancıoğulları ve diğerleri, 2016). Kara ve diğerleri (2018) ile Sarıbyık (2012), mezuniyet sonrası eğitim alanların HEKYŞBTÖ toplam, fiziksel ve duygusal belirtiler alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu, ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını saptamıştır ($p>.05$). Bu durum, kadına yönelik şiddet konusu kapsamındaki eğitim yetersizliğine işaret edebileceği gibi yalnızca sınıf düzeyi artışının, her zaman bilgi düzeyinin artışıyla paralel olmayacağını ve ek faktörlerin de varlığını ve etkisinin olabileceğini düşündürmektedir. Buna göre şiddete ilişkin verilen eğitimin hemşirelik eğitiminin başlangıcından itibaren olması ve meslek hayatı boyunca da devam ettirilmesi önemlidir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Şiddet günümüz toplumunun vazgeçilmez bir olgusu olmuştur. Şiddet olguları içerisinde kadına yönelik şiddet alınmaya çalışılan tüm sosyal ve yasal önlemlere rağmen artarak devam etmektedir. Bu çalışmada hemşirelik öğrencilerinin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin bilgilerinin yeterli olduğu ancak farkındalık ve duyarlılık düzeylerinin artırılması gerektiği belirlenmiştir. Bu bağlamda geleceğin sağlık ekibini oluşturacak hemşirelik öğrencilerinin mesleki eğitim yanı sıra şiddet gibi toplumsal sorunlar karşısında da farkındalıklarının eğitim döneminde geliştirmesi önem kazanmaktadır. Hemşirelik müfredatında gerek teorik gerekse uygulamalı derslerle öğrencilerin farkındalık ve duyarlılık düzeyinin artırılmasına çalışılabilir. Bunun yanı sıra öğrencilerin antropoloji, sosyoloji ve psikoloji gibi disiplinlerden alan dışı dersler alması desteklenerek konuya daha geniş bir vizyonla bakmaları desteklenebilir. Aynı zamanda hemşirelik öğrencilerin sadece klinik alanlarla sınırlı kalmaması gerektiği, şiddetin önlenmesi ve şiddetten korunmak için Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı bünyesinde Şiddet Önleme ve İzleme Merkezlerinde (ŞÖNİM) kapsamında yürütülen çalışmalar ve uygulamalarda da aktif olarak yer alabileceği söylenilebilir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Ayrıca sorumlu olduğumuz araştırmada herhangi bir firma ile çıkar ilişkisi bulunmamaktadır. Araştırma ile ilgili herhangi bir projeden ya da firmadan destek alınmamıştır.

Bilgilendirme

Yazarların araştırmadaki katkıları: fikir Ş.K.E., M.S.; tasarım Ş.K.E., M.S.; verilerin toplanması: Ş.K.E., M.S., N.D.; verilerin analizi M.S.; literatür tarama ve makale yazımı Ş.K.E., M.S., N.D.; eleştirel değerlendirme Ş.K.E., M.S. tarafından yapılmıştır.

KAYNAKLAR

- Akan, N., Findıklı, M. Y., Alasya, E., Gökçakıroğlu, H. (2008). *Mersin’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde ve polikliniklerde çalışan hemşire ve ebelerin şiddete maruz kalan kadınlara yaklaşımları*. 1. Kadın Sağlığı Kongresi “kadına yönelik şiddet“, p. 213.
- Akkaş, İ., Uyanık, Z. (2016). Kadına yönelik şiddet. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6(1), 32-42.

- Akkuş, S., Yıldırım, Ş. (2018). Erkeklerin kadına yönelik fiziksel şiddet uygulamasına etki eden faktörlerin incelenmesi. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 17(4), 1368-1388.
- Akyön, F. V. (2008). *İşyerinde Şiddete Karşı Çalışanların Bireysel Çatışma Yönetimi Yaklaşımları; Sağlık Sektöründe Bir Araştırma*. Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
- Akyurt, Ö., Sarı, Ö. N., Şahin, N. (2008). *Aile içi şiddette sağlık çalışanlarının rolü*. I. Kadın Sağlığı Kongresi Kitabı, Ankara.
- Başar, F., Durmaz, A. (2013). Kadına yönelik şiddet konusunda hemşirelerin ve ebelerin bilgi durumları. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 6, 6-15.
- Baysan Arabacı, L., Karadağlı, A. (2016). Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin ölçek geliştirme. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 16(2), 101-12.
- Baysan Arabacı, L. (2014). Ruh sağlığı için tehdit: Şiddet. (Ed. O. Çam, E. Engin) *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı* içinde (s. 803-824), İstanbul Tıp Kitapevi.
- Bilican Gökkaya, V. (2011). Kadına yönelik ekonomik şiddet: Sivas ili (Cumhuriyet Üniversitesi) örneği. *Journal of World of Turks*, 3(3), 129-145
- Çatak Taşkiran, A. (2015). *Birinci basamakta çalışan hekim, ebe ve hemşirelerin kadına yönelik aile içi şiddeti tanıma ve bildirim konusundaki tutum ve davranışları*. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Denizli.
- Delara, M. (2016). Mental health consequences and risk factors of physical intimate partner violence. *Mental Health Fam Med.*, 12, 119-125.
- Dikmen, H., Marakoğlu, K. (2019). Hemşirelik öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rolleri ile kadına yönelik şiddete ilişkin tutumlarının incelenmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 29(2), 73-79.
- Doğrucan, A., Yıldırım, Z. (2020). Kadına yönelik aile içi şiddet üzerine bir inceleme. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(2), 122-138.
- Doran, F., Hutchinson, M. (2017). Student nurses' knowledge and attitudes towards domestic violence: results of survey highlight need for continued attention to undergraduate curriculum. *J Clin Nurs.*, 26 (15-16), 2286-2296.
- Efe, Ş. Y., Ayaz, S. (2010). Kadına yönelik aile içi şiddet ve kadınların aile içi şiddete bakışı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11 (1), 23-29.
- Gharaibeh, M. K., Abu-Baker, N. N., Aji, S. (2012). Attitudes toward and justification for wife abuse among Syrian medical and nursing students. *J Transcult Nurs*, 23 (3), 297-305.
- Güler, N., Tel, H., Tuncay, Ö. F. (2005). Kadının aile içinde yaşanan şiddete bakışı. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 27, 51-6.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2015). Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması, Ankara. Erişim adresi: <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/KKSA-TR Ana Rapor Kitap 26 Mart.pdf>.
- Hawcroft, C., Hughes, R., Shaheen, A., Usta, J., Elkadi, H., Dalton, T., Ginwalla, K., ve Feder, G. (2019). Prevalence and health outcomes of domestic violence amongst clinical populations in Arab countries: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 19(1), 315.
- Kahyaoğlu Süt, H., Akyüz, P. (2016). Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımaya ilişkin bilgi düzeyleri. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 6, 1-15.
- Kandemirci, D., Kağnıcı, D. Y. (2014). Kadına yönelik aile içi şiddetle baş etme: çok boyutlu bir inceleme. *Türk Psikoloji Yazıları*, 17, 1-12. Erişim adresi: <https://www.psikolog.org.tr/tr/yayinlar/dergiler/1031828/tpy1301996120140000m000079.pdf>
- Kara, P., Akçayızlı, Ö., Gür, A., Nazik, E. (2018). Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet tanımlarına ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(3), 115-122.
- Kara, P., Nazik, E. (2018). Göçün kadın ve çocuk sağlığına etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 58-69.
- Karal, D., Aydemir, E. (2012). *Türkiye'de kadına yönelik şiddet*. Ankara: Usak Yayınları.
- Kaplan, S., Akalın, A., Pınar, G., Yılmaz, T. (2014). Hemşirelik öğrencilerinin kadına yönelik aile içi şiddet ve mesleki rollerine yönelik tutumları. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 26- 35.

- Kıyak, S., Akın, B. (2010). Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet konusunda bilgi ve tutumları. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 12(2), 5-16.
- Kıyak, S. (2010). *Sağlık Ocağında Çalışan Hemşire ve Ebelerin Ailede Kadına Yönelik Şiddet Konusunda Bilgi ve Tutumları*. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya.
- Kutluoğlu Karayel, A. H. (2019). Kadına yönelik şiddet. Araştırma 93, *İNSAMER*. Erişim adresi: https://insamer.com/rsm/icerik/dosya/dosya_1996.pdf
- Oktay, E. Y. (2015). Türkiye'nin ve dünyanın ortak sorunu: kadına şiddet. *Akademik Araştırmalar Dergisi*, 64, 57-118.
- Orhan, A. S., Gölbaşı, Z. (2011). Birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık personelinin kadına yönelik aile içi şiddet konusundaki görüş ve uygulamaları. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 13(2), 21-32.
- Pınar, Ş., Sabancıoğulları, S. (2019). Nursing and midwifery students' attitudes towards violence against women and recognizing signs of violence against women. *International Journal of Caring Sciences*, 12 (3), 1520.
- Sabancıoğulları, S., Taşkın Yılmaz, F., Ar, E., Çakmaktepe, G. (2016). Hemşirelik öğrencilerinin kadına yönelik şiddete ve şiddette mesleki role ilişkin tutumları, benlik saygıları ve etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13(1), 35-43.
- Sarıbıyık, M. (2012). *Malatya Merkez Sağlık Ocaklarında Çalışan Hekim, Hemşire ve Ebelerin Şiddet Deneyimleri ve Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Tutum ve Davranış Düzeyleri*. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Malatya.
- Tambağ, H. ve Turan, Z. (2014). Ability of nursing students to recognize signs of violence against women. *International Journal of Nursing Knowledge*, 26(3), 1-6.
- Türk Dil Kurumu, Türkçe Sözlük. Erişim tarihi: 13.01.2020. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/>.
- Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Algısı Araştırması (2020). Erişim adresi: <https://gender.khas.edu.tr/sites/gender.khas.edu.tr/files/inline-files/TTCKAA2020.pdf>.
- United Nations Office on Drugs and Crime-UNODC. (2019). Global Study on Homicide, Vienna.
- Yayla, İ. D. (2009). *Hekim ve Hemşirelerin Kadına Yönelik Şiddet İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranış Düzeyleri*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- World Health Organization. (2002). World report on violence and health. Erişim adresi: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1.
- World Health Organization. (2017). Violence against women. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.

Ayten AKKAYA¹
Orcid: 0000-0002-5182-2026

Mevlûde KARADAĞ²
Orcid: 0000-0003-3258-6459

¹ Ankara Medipol Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri
Meslek Yüksekokulu, Ankara

² Yüksek İhtisas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):

Ayten AKKAYA
ayten.akkaya@ankamedipol.edu.tr

Anahtar Sözcükler:
Ameliyathane; hemşire; risk faktörü;
sağlık sorunları.

Key Words:
Operating room; nurse; risk factor;
health problems.

Ameliyathane Hemşirelerinin Çalışma Ortamından Kaynaklanan Mesleki Risklerinin ve Sağlık Sorunlarının Belirlenmesi*

Determining the Occupational Risks and Health Problems of Operating Room Nurses Caused by the Working Environment

* Bu çalışma Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde 2017 yılında yüksek lisans tez çalışması olarak yapılmıştır. Çalışmanın bazı sonuçları 02-05 Kasım 2017 tarihleri arasında yapılmış olan 2. Uluslararası 10. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresinde poster bildiri; 21-22 Ekim 2017 tarihleri arasında yapılmış olan Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 6. Ulusal Kongresinde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

Gönderilme Tarihi: 15 Eylül 2020

Kabul tarihi: 3 Mart 2021

ÖZ

Amaç: Bu araştırma, ameliyathanede çalışan hemşirelerin çalışma ortamından kaynaklanan mesleki risklerinin ve sağlık sorunlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

Yöntem: Araştırma Kasım 2014-Şubat 2015 tarihleri arasında, bir Büyükşehir Belediyesi sınırları içerisinde yer alan, kamu, özel ve üniversite hastanelerinde yapıldı. Çalışmanın örneklemini, kurum izni alınan hastanelerin ameliyathanelerinde 6 ay ve daha uzun süre çalışan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 133 hemşire oluşturdu. Veriler, hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerini, kurum ve mesleki özelliklerine yönelik soruları, hemşirelerin ameliyathanede karşılaştıkları mesleki risk ve sağlık sorunlarını içeren soru kağıdı kullanılarak toplandı.

Bulgular: Hemşirelerin %63.2'si fiziksel risk faktörü olarak gün ışığının olmamasını, %60.2'si biyolojik risk faktörü olarak kesici, delici ve batıcı aletlerle yaralanmayı, %69.9'u kimyasal risk faktörü olarak anestezi gazlarını, %57.1'i dezenfektanların toksik etkilerini, %72.2'si ergonomik risk faktörü olarak, uzun süre ayakta ya da aynı pozisyonda kalma ve hareketin kısıtlanmasını, %68.4'ü psikososyal risk faktörü olarak ameliyathanenin çok stresli ve izole bir ortam olmasını belirttiği saptandı. Hemşirelerin %85.7'si halsizlik ve yorgunluk şikayetlerinin olduğu ve %9.0'unun çalışma koşullarının mesleki riskleri önleyecek şekilde düzenlenmesini önerdiği belirlendi.

Sonuç: Ameliyathane hemşirelerinin fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal risklere maruz kaldıkları ve bunların sonucunda halsizlik, yorgunluk ve kas-eklem ağrıları yaşadıkları, en fazla lumbal/servikal herni/lumbalji ve ayakta kalmaya bağlı rahatsızlıklar (varis vb.) nedeniyle rapor aldığı belirlendi. Araştırmanın sonuçları doğrultusunda ameliyathanelerin fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal koşullarının iyileştirilmesi, hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi ve çalışma koşullarının düzenlenmesi önerilmektedir.

ABSTRACT

Objective: This study was conducted as a descriptive to determine the occupational risks and health problems of nurses working in the operating room caused by the working environment.

Methods: The research was conducted between November 2014 and February 2015 in public, private and university hospitals located within the borders of a Metropolitan Municipality. The sample of the study consisted of 133 nurses who worked in the operating rooms of the hospitals that allowed the study to be conducted for 6 months or longer and volunteered to participate in the study. The data were collected by using a questionnaire containing the descriptive characteristics of nurses, their institutional and professional characteristics, and the occupational risks and health problems faced by nurses in the operating room.

Results: The absence of daylight was stated as a physical risk factor by 63.2% of the nurses while 60.2% of them considered injuries with cutting, piercing, and sharp tools as biological risk factors. On the other hand, 69.9% of the nurses asserted toxic effects of anesthetic gases and 57.1% of the toxic effects of disinfectants as chemical risk factors. Furthermore, 72.2% the nurses pointed out long-term standing or restraint in the same position and movement as an ergonomic risk factor while 68.4% of them expressed the operation room being a very stressful and isolated environment as a psychosocial risk factor. It was determined that 85.7% of the nurses had complaints of fatigue, and 9.0% suggested working conditions to be arranged in a way to prevent occupational risks.

Conclusion: It was determined that the operating room nurses were exposed to physical, chemical, biological, ergonomic and psychosocial risks, and as a result, experienced weakness, fatigue and muscle-joint pain, mostly reported due to lumbar / cervical hernia / lumbargia and standing disorders (varicose veins, etc.) determined. In line with the results of the research, it is recommended to improve the physical, chemical, biological, ergonomic, and psychosocial conditions of the operating rooms, to organize in-service training programs and to regulate the working conditions.

Kaynak Gösterimi: Akkaya, A. ve Karadağ, M., (2021). Ameliyathane Hemşirelerinin Çalışma Ortamından Kaynaklanan Mesleki Risklerinin ve Sağlık Sorunlarının Belirlenmesi. EGEHFD, 2021, 37(1): 11-22

How to cite: Akkaya, A. and Karadağ, M., (2021). Determining the Occupational Risks and Health Problems of Operating Room Nurses Caused by the Working Environment. EGEHFD, 2021, 37(1): 11-22

GİRİŞ

Çalışma ortamı bireyin sağlığını doğrudan etkileyebilecek iş kazaları ve meslek hastalıkları yönünden birçok risk içermektedir. Mevcut riskler dünya genelinde önemli sağlık sorunları arasında yer almakla birlikte, tüm işyerlerinde mesleki risklere bağlı olarak kazalar meydana gelmektedir. İş sağlığı ve güvenliği bakımından önemli riskler taşıyan çalışma alanlarından biri de sağlık hizmet alanıdır. Sağlık hizmeti sunumunun en önemli merkezi olan hastaneler, birçok risk içeren çalışma alanları arasında yer almaktadır. Hastaneler, İş Sağlığı ve Güvenliği'ne İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği'ne göre "Çok tehlikeli işyeri" sınıfında değerlendirilmektedir. Başta hastaneler olmak üzere sağlık hizmetlerinin birçok alanında sağlık çalışanları fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal riskler dahil olmak üzere birçok tehlikelere maruz kalmaktadır (Che Huei ve diğerleri, 2020; Kilic ve diğerleri, 2016; Lebni ve diğerleri, 2020; Resmi Gazete, 2012; Saygun, 2012; Solmaz ve Solmaz, 2017; Vural ve diğerleri, 2012). Bu tehlikeler sağlık çalışanlarında iş performansının azalmasına, iş kazalarının ve meslek hastalıklarının artmasına buna bağlı olarak da sağlık çalışanları ve hastaların güvenliğinin olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır (Solmaz ve Solmaz, 2017).

Hasta bakımından sorumlu olmaları ve doğrudan temas ile hastalarla daha fazla zaman geçirmeleri nedeniyle hemşireler mesleki risklerle daha sık karşılaşmaktadır (Kilic ve diğerleri, 2016). Hemşireler; iş yükünün fazla, çalışma saatlerinin uzun olması, ilaç, anestezi madde, iyonize radyasyon, kimyasallar ve enfeksiyon ajanlarına maruz kalması, malzeme ve koruyucu ekipman yetersizliği, hemşire sayısının az-hasta sayısının fazla olması, ekip içi iletişim sorunları ile rol karmaşasının yaşanması, yöneticiler tarafından destek görmeme, çalışma ortamlarının ergonomik olmaması, çalışma koşullarının ağır olması ve iş yerinde şiddet gibi nedenlere bağlı olarak mesleki kaynaklı sağlık sorunları yaşamaktadırlar (Altun Uğraş ve diğerleri, 2018; Erdağı ve Özer, 2015; Kilic ve diğerleri, 2016).

Sağlık çalışanlarının mesleki riskler ile karşılaşma olasılığı mesleğine, yaptığı işe ve çalıştığı birime göre farklılık göstermektedir (Altun Uğraş ve diğerleri, 2018; Kilic ve diğerleri, 2016; Saygun, 2012). Ameliyathaneler çalışma ortamı açısından birçok sağlık ve güvenlik riski taşımaktadır (Vural ve diğerleri, 2012). Ameliyathaneler ileri teknolojilerin kullanıldığı, gelişmiş bilgilerin ışığında çeşitli cerrahi teknik ve yöntemlerin uygulandığı, ekip çalışmasının ön planda olduğu, doğru ve önemli kararların hızla alınıp uygulanmasını gerektiren, uzun çalışma saatlerinin olduğu, gürültülü, stresli, izole ve dinamik yerler olmasından dolayı çalışanlar yönünden bazı riskleri barındırmaktadır (Aslan ve Öntürk, 2011; Erdağı ve Özer, 2015; Kasatpibal ve diğerleri, 2016; Özbayır ve diğerleri, 2016; Vinagre ve Marques, 2018; Vural ve diğerleri, 2012). Teknolojinin gelişmesine bağlı olarak ameliyathanede çalışan hemşireler, mesleki kapsamlarının oldukça geniş olması aynı zamanda mühendislik ve teknik becerileri içermesi, hasta sirkülasyonunun hızlı olması nedeniyle yakın gözlem ve dikkat gerektiren, çok yönlü, dinamik bir hemşirelik bakımı vermektedirler. Bu koşullar hemşireleri etkilemekle ve çok yönlü sorunlarla karşılaşmalarına neden olmaktadır (Danjuma ve diğerleri, 2016; Özbayır ve diğerleri, 2016).

Hemşireler, diğer kliniklere oranla ameliyathanelerde; radyasyona maruz kalma, antimikrobiyal temizlik ürünleri, sterilizasyon ve anestezi gazları gibi kimyasallara maruz kalma, kan ve kan ürünleri ile temas, cerrahi duman, delici kesici alet yaralanmaları, uzun süre ayakta kalma, ağır araç-gereçleri kullanma, sedyeden masaya ya da masadan sedyeye hastayı alma, pozisyon verme, ameliyat masalarının vücut mekaniğine uygun olmaması gibi nedenlerle daha fazla risklere maruz kalmaktadır (Altun Uğraş ve diğerleri, 2018; Danjuma ve diğerleri, 2016; Özbayır, 2020; Vural ve diğerleri, 2012). Altun Uğraş ve diğerlerinin (2018) yapmış olduğu bir araştırmada, ameliyathane hemşirelerinin diğer kliniklerde çalışan hemşirelere oranla iş güvenliklerinin özellikle "malzeme araç ve gereç denetimi", "koruyucu önlemler ve kurallar", "fiziki ortam uygunluk" gibi alt boyutlarda daha yetersiz olduğu belirtilmiştir. Danjuma ve diğerlerinin (2016) yapmış olduğu araştırmada ameliyathane hemşirelerinin %72.0'sinin bazen işyerindeki faktörler nedeniyle farklı tipte tehlikeler yaşadığı belirlenmiştir. Kasatpibal ve diğerlerinin (2016) ameliyat hemşireleri ile yapmış olduğu araştırmada hemşirelerin %62.5'inin kan ve vücut sıvılarına maruz kaldığı, mevcut risklerin çalışma saatlerinin uzun olması, koruyucu ekipman giyilmemesi, hızlı hareket edilmesi, hemşirelerin pratik eğitiminin, risklere yönelik farkındalıklarının ve hemşire sayısının yetersiz olması ile arttığı belirtilmektedir. İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi'ne (Occupational Safety and Health Agency, OSHA) göre, yılda en az 500.000 sağlık çalışanı cerrahi dumana maruz kalmaktadır (Tagle, 2020). Usta ve diğerlerinin (2019) çalışmasında, hemşirelerin ameliyathane ortamında cerrahi dumana maruz kalmaya bağlı baş ağrısı, baş dönmesi, gözlerde sulanma, boğazda yanma, öksürük gibi sorunlar yaşadıkları belirtilmektedir.

Güvensiz/sağlıksız çalışma ortamlarında çalışanların motivasyonu ve dolayısıyla da çalışma performansı olumsuz yönde etkilenebileceğinden ameliyathanelerde beklenen/bilinen risklerin önlenmesi gerekmektedir. Bu nedenle ameliyathane gibi risk oranı yüksek birimlerde çalışanların motivasyonunu ve iş performansını arttırmanın temel adımı, sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamının sağlanmasıdır (Özbayır ve diğerleri, 2016).

Bu çalışmada, ameliyathanede çalışan hemşirelerin çalışma ortamından kaynaklanan mesleki risklerinin ve sağlık sorunlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt bulunmaya çalışılmıştır:

- Ameliyathane hemşirelerinin maruz kaldığı mesleki riskler nelerdir?
- Ameliyathane hemşirelerinin sağlık sorunları nelerdir?
- Ameliyathane hemşirelerinin risklere karşı aldıkları bireysel önlemler nelerdir?
- Ameliyathane hemşirelerinin mesleki risk ve sağlık sorunlarının önlenmesine yönelik önerileri nelerdir?

YÖNTEM

Araştırmanın tipi ve yapıldığı yer

Kesitsel tipte tanımlayıcı özellikteki araştırma, Kasım 2014-Şubat 2015 tarihleri arasında, bir Büyükşehir Belediyesi sınırları içerisinde yer alan, beş eğitim ve araştırma hastanesi, üç üniversite hastanesi, iki özel hastane ile bir devlet hastanesinin ameliyathanesinde yürütüldü.

Evren ve örneklem

Araştırmanın evrenini, Kasım 2014-Şubat 2015 tarihleri arasında, bir Büyükşehir Belediyesi sınırları içerisinde yer alan kamu, özel ve üniversite hastanesi olmak üzere toplam 11 hastanenin ameliyathanesinde 6 ay ve daha uzun süre çalışan toplam 289 hemşire; örneklemini ise; çalışmanın yapılmasına izin veren, beş eğitim ve araştırma hastanesi, üç üniversite hastanesi, iki özel hastane ile bir devlet hastanesinin ameliyathanelerinde 6 ay ve daha uzun süredir çalışan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan toplam 133 hemşire oluşturdu. Örneklem sayısı için güven seviyesi %95, hata payı ise %6.25 olarak bulundu.

Örneklem sayısı için güven seviyesi ve hata payı ($Z_{\alpha/2} \cdot \sigma$ anlamlılık düzeyi için standart normal dağılım değeri; P :Evren (pilot çalışma yoksa 0.50 kabul edilir); q : $1-P$; e :Araştırmacının tolere ettiği hata oranı) formülü ile hesaplandı (Serper, 2004).

Veri toplama tekniği ve araçları

Araştırma verileri araştırmacı tarafından literatürden (Canbolat, 2011; Karadağ ve Kabasakal, 2013; Kutlu, 2007) yararlanılarak hazırlanan, dört bölümden oluşan "Soru Kağıdı" kullanılarak toplandı. Birinci bölümde hemşirelerin demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 8 soru, ikinci bölümde görev yapılan kurum ile ilgili verilere yönelik 5 soru, üçüncü bölümde mesleki özelliklere yönelik 14 soru ve son olarak dördüncü bölümde hemşirelerin ameliyathanede karşılaştıkları düşündükleri mesleki risk ve sağlık sorunlarını belirlemeye yönelik 12 soru olmak üzere toplam 39 soru yer almaktadır.

Veri toplama aracı Kasım 2014-Şubat 2015 tarihleri arasında araştırmanın yapılmasına izin veren hastanelerin ameliyathanelerinde çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelere ameliyathanelerin sorumlu hemşireleri aracılığıyla dağıtılarak yanıtlamaları istendi. Soru kağıtları yine sorumlu hemşireler aracılığıyla araştırmacı tarafından geri toplandı. Bir soru kağıdının doldurulma süresi ortalama 10 dakikadır.

Veri toplama araçlarının ön uygulaması

Soru kağıdı farklı hemşirelik anabilim dalları ve Tıp Fakültesi olmak üzere beş kişilik uzman görüşüne sunuldu. Uzmanlar görüşlerini bildirmek için araştırmacıların hazırladığı her maddenin ölçüm değeri için geliştirilen derecelendirme ölçütünü kullanmışlardır. Derecelendirme ölçütünde, soru kağıdının her maddesinin değerlendirilmesi için puanlar verilmiştir (1=Hiç uygun değil, 2=Uygun değil, 3=Uygun ancak ifadede küçük değişiklikler gerekli, 4=Oldukça uygun, 5=Tümüyle uygun). Uzman görüşlerinin önerileri doğrultusunda 1 ve 2 değeri alan soru kağıdındaki maddeler üzerinde gerekli düzeltmeler yapıldı.

Soru kağıdının anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliğini test etmek için ön uygulama, araştırma kapsamına alınmayan Ankara il sınırları içindeki bir hastanenin ameliyathanesinde çalışan toplam 20 hemşireye yapıldı. Ön uygulama formları araştırmaya dahil edilmedi.

Verilerin değerlendirilmesi

Soru kağıdı yoluyla elde edilen tüm veriler SPSS (Statistical Package for Soacial Sciences) 22.0 programı ile değerlendirildi. Çalışmada kullanılan soru kağıdının Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk analizi yapıldıktan sonra çarpıklık ve basıklık değerlerine bakılarak soru kağıdının normal dağıldığına karar verildi. Tabachnick ve Fidell'e (2013) göre; çarpıklık ve basıklık değerleri +1.5 ile -1.5 arasında olursa George ve Mallery'a (2010) göre; +2.0 ile -2.0 arasında olursa soru formunun normal dağıldığını ve parametrik testlerin daha geçerli ve güvenilir sonuçlar vereceğini ifade etmişlerdir. Buradan hareketle mesleki risk faktörleri soru formunun çarpıklık ve basıklık değerleri bu sınırlar içerisinde olduğu için çalışmada parametrik testler olan bağımsız iki grup T-testi ve One-way Anova varyans testi kullanıldı. Araştırmada bununla birlikte mesleki risk faktörleri ve sosyo-demografik sorular ile ilgili tanımlayıcı istatistiklere yer verildi.

Çalışmada, hemşirelerin ameliyathanede karşılaştıklarını düşündükleri mesleki risk faktörlerinin ortalama puanları oluşturuldu. Mesleki risklerle karşılaşma durumu hiç (0 puan), bazen (1 puan) ve daima (2 puan) olarak değerlendirildi. Buna göre hemşirelerin ameliyathanede karşılaştıkları mesleki risk faktörlerinin ortalama puanları belirlendi.

Araştırmanın etik yönü

Çalışmaya başlamadan önce bir üniversitenin Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Tarih: 10.11.2014, Karar No: 511) ve araştırmanın yapıldığı hastanelerden yazılı izinler alındı. Çalışmaya katılmada gönüllülük esas alındı. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelerden yazılı bilgilendirilmiş onam alındı. Araştırmanın planlanmasından yazımına kadar ki süreçte bilimsel yayın etiğine uyuldu.

BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 37.53 ± 7.445 'dir. Hemşirelerin %40.6'sının 30-39 yaş aralığında, %91.7'sinin kadın, %58.6'sının lisans mezunu, %71.4'ünün evli, %75.9'unun ise çocuk sahibi olduğu belirlendi. Kronik hastalığı olanların oranı %24.8 olup, kronik hastalığı olan hemşirelerde en fazla (%5.3) lumbal/servikal disk hernisi ve tiroid hastalıkları (hipotiroidi, hashimoto, tiroidit) görülmektedir. Hemşirelerin %55.6'sı sağlık kontrollerini ara sıra yaptırmakta ve %82.0'si şu andaki sağlık durumunu iyi olarak nitelendirmektedir.

Hemşirelerin meslekteki toplam çalışma süreleri incelendiğinde %37.6'sının 10-19 yıl arası çalışmakta olduğu, %54.1'inin 1-9 yıldır ameliyathanede çalıştığı, %74.4'ünün ameliyathanede çalışmayı kendi isteğiyle tercih ettiği, %94.0'ünün ameliyathanede çalışmaktan memnun olduğu, %62.4'ünün vardiyalar arası dinlenme süresinin 16 saat ve üzeri olduğu, %65.4'ünün ara sıra fazla mesai yaptığı, %63.9'unun ise ayda 1-5 arası nöbet tuttuğu saptandı. Araştırmaya katılan hemşirelerin %48.1'i genel cerrahi ameliyathanesinde çalışmakta, %51.1'i kamu hastanelerinde görev yapmaktadır.

Ameliyathanede fiziksel risk faktörü olarak hemşirelerin %63.2'si gün ışığının uygun olmaması, %59.4'ü iklimlendirme (aşırı sıcak/soğuk), %51.1'i mimari yapının uygun olmaması, %45.1'i ise gürültü ile daima karşılaştığını ifade etmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %55.6'sı biyolojik risk faktörü olarak iğne batması, %53.4'ü ise bistüri kesisi riskiyle daima karşılaştığını, %41.4'ü portegüye iğneli dikiş materyali yerleştirirken, %39.8'i ise delici-kesici alet transferi esnasında bazen yaralandığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin %69.9'u daima maruz kaldığı kimyasal risk faktörü olarak anestezi gazlarını, %57.1'i dezenfektanların toksik etkilerini, %52.6'sı ise sterilizasyon amaçlı kullanılan maddeleri/işlemleri ve radyasyonu belirtmiştir. Ameliyathane hemşirelerinin %79.7'si daima maruz kaldığı ergonomik risk faktörü olarak, uzun süre ayakta kalmayı, %72.2'si aynı pozisyonda uzun süre kalma ya da hareketin kısıtlanmasını, %66.2'si ise vücudun bazı bölümlerinin aşırı zorlanmasını/yük binmesini belirtmiştir. Psikososyal risk faktörü olarak hemşirelerin %68.4'ü çok stresli ve izole bir ortam olması, %60.2'si aşırı dikkat gerektiren ağır çalışma koşulları, %59.4'ü uzun çalışma saatleri, %54.1'i uygunsuz beslenme ve dinlenme ortamları, %26.3'ü mobbing, %15.8'i ise fiziksel şiddet ile daima karşılaştığını ifade etmiştir (Tablo 1).

Hemşirelerin mesleki risklerle karşılaşma düzeyleri (hiçbir zaman: 0 puan, bazen: 1 puan, daima: 2 puan) hesaplanarak mesleki risk faktörlerinin ortalama puanları oluşturulmuştur. Buna göre ameliyathane hemşirelerinin en fazla ergonomik, daha sonra ise biyolojik risk faktörlerine maruz kaldığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Hemşirelerin %94.0'ü ameliyathanede risklere karşı almış olduğu bireysel önlem olarak daima maske taktığını, %91.0'i daima eldiven giydiğini, %42.1'i daima aşı yaptırdığını, %51.9'u bazen çift eldiven giydiğini, %54.9'u ise bazen gözlük taktığını ifade etmiştir (Tablo 3).

Ameliyathane hemşireleri yaralanmalardan korunmada standart önlemleri uygulayamama nedeni olarak malzeme yetersizliğini (%32.3), rahat hareket edememeyi (%30.8), zaman yetersizliğini (%30.0), aşılı olmayı (%16.5), kullanılan malzemeye karşı alerjisinin olmasını (%12.8), hastada bulaşıcı enfeksiyon olmadığının bilinmesini (%7.5) belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %85.7'si halsizlik ve yorgunluk şikâyetlerinin olduğunu, %75.2'si alt ekstremitelerde ağrı sorunu yaşadığını, %74.4'ü kas ve eklem ağrısı yaşadığını, önemli bir bölümü bel, sırt ve baş ağrısı gibi sağlık sorunları yaşadığını belirtmiştir (Tablo 4).

Tablo 1. Ameliyathane Hemşirelerinin Karşılaştıkları Mesleki Risk Faktörleri ve Risklerle Karşılaşma Sıklığına Göre Dağılımı* (n=133)

Risk Faktörleri	Hic (0 puan)		Bazen (1 Puan)		Daima (2 puan)		Toplam Puan
	n	%	n	%	n	%	Ortalama
Fiziksel Risk Faktörleri							
Gün ışığının uygun olmaması	40	30.1	9	6.8	84	63.2	1.33
İklimlendirme (Aşırı sıcak/soğuk)	18	13.5	36	27.1	79	59.4	1.46
Mimari yapının uygun olmaması	39	29.3	26	19.5	68	51.1	1.22
Aydınlatma	33	24.8	34	25.6	66	49.6	1.25
Gürültü	26	19.5	47	35.3	60	45.1	1.26
Kötü havalandırma	37	27.8	37	27.8	59	44.4	1.17
Elektrik ve elektrikli aletler	47	35.3	36	27.1	50	37.6	1.02
Biyolojik Risk Faktörleri							
İğne batması	6	4.5	53	39.8	74	55.6	1.51
Bistüri kesileri	16	12.0	46	34.6	71	53.4	1.41
Eldiven yırtılması sonucu meydana gelen riskler	15	11.3	53	39.8	65	48.9	1.38
Kan ve vücut sıvıları ile temas riski	17	12.8	52	39.1	64	48.1	1.35
Enfekte ve biyolojik atıklar ile meydana gelen riskler	24	18.0	48	36.1	61	45.9	1.28
Enfeksiyon bulaşma riski	29	21.8	48	36.1	56	42.1	1.20
Portegüye iğneli dikiş materyali yerleştirirken meydana gelen batmalar	27	20.3	55	41.4	51	38.3	1.18
Delici-kesici alet transferi esnasında meydana gelen yaralanmalar	30	22.6	53	39.8	50	37.6	1.15
Bistüri sapına uç yerleştirirken veya çıkartırken meydana gelen kesiler	33	24.8	52	39.1	48	36.1	1.11
Kimyasal Risk Faktörleri							
Anestezi gazları	11	8.3	29	21.8	93	69.9	1.62
Dezenfektanlar	17	12.8	40	30.1	76	57.1	1.44
Sterilizasyon amaçlı kullanılan maddeler/işlemler	26	19.5	37	27.8	70	52.6	1.33
Radyasyon	14	10.5	49	36.8	70	52.6	1.42
Antiseptikler	22	16.5	43	32.3	68	51.1	1.35
Sabun-deterjan	35	26.3	34	25.6	64	48.1	1.22
Cerrahi duman	32	24.1	38	28.6	63	47.4	1.23
Lateks	51	38.3	28	21.1	54	40.6	1.02
Tehlikeli atıklar	29	21.8	55	41.4	49	36.8	1.15
Lazer	62	46.6	30	22.6	41	30.8	0.84
İlaçlar	47	35.3	48	36.1	38	28.6	0.93
Sitotoksik maddeler	54	40.6	46	34.6	33	24.8	0.84
Ergonomik Risk Faktörleri							
Uzun süre ayakta kalma	10	7.5	17	12.8	106	79.7	1.72
Aynı pozisyonda uzun süre kalma ya da hareketin kısıtlanması	9	6.8	28	21.1	96	72.2	1.65
Vücudun bazı bölümlerinin aşırı zorlanması/yük binmesi	18	1.5	27	20.3	88	66.2	1.72
Hareketler arasında kas, eklem ve tendonların yeterince dinlenememesi	20	15.0	33	24.8	80	60.2	1.45
Vücut mekaniğini zorlayıcı durumlar	2	1.5	29	21.8	78	58.6	1.39
Aletlerin kaldırılması/taşınması veya çekilip/itilmesi	1	0.8	40	30.1	76	57.1	1.45
Belirli vücut hareketlerinin tekrarlanması	1	0.8	38	28.6	67	50.4	1.30
Ameliyat masasında hastaya pozisyon verilmesi	46	34.6	48	36.1	39	29.3	0.95
Deri hazırlığı için baş, kol, bacakların kaldırılması ve tutulması	39	29.3	56	42.1	38	28.6	0.99
Psikososyal Risk Faktörleri							
Çok stresli ve izole bir ortam olması	15	11.3	27	20.3	91	68.4	1.57
Aşırı dikkat gerektiren ağır çalışma koşulları	25	18.8	28	21.1	80	60.2	1.41
Uzun çalışma saatleri	19	14.3	35	26.3	79	59.4	1.45
Uyumsuz beslenme ve dinlenme ortamları	18	13.5	43	32.3	72	54.1	1.41
Vardiya sistemi	60	45.1	35	26.3	38	28.6	0.83
Mobbing	57	42.9	41	30.8	35	26.3	0.83
Fiziksel Şiddet	88	66.2	24	18.0	21	15.8	0.50

*Birden fazla yanıt vardır

Tablo 2. Hemşirelerin Ameliyathanede Karşılaştıkları Mesleki Risk Faktörlerinin Ortalama Puanları (n=133)

Mesleki Riskler	Ortalama	Medyan	Std.Sapma
Ergonomik Risk Faktörü	1.383	1.560	.558
Biyolojik Risk Faktörü	1.315	1.300	.547
Fiziksel Risk Faktörü	1.242	1.290	.548
Kimyasal Risk Faktörü	1.199	1.170	.493
Psikososyal Risk Faktörü	1.143	1.290	.537

Tablo 3. Hemşirelerin Standart Önlemleri Uygulama Durumlarına Göre Dağılımı (n=133)

Standart önlemler	Hiç		Bazen		Daima	
	n	%	n	%	n	%
Maske takma	-	-	4	3.0	125	94.0
Eldiven giyme	-	-	6	4.5	121	91.0
Kişisel hijyen kurallarına uyma	1	0.8	2	1.5	121	91.0
Önlük giyme	1	0.8	8	6.0	115	86.5
Aşı yaptıрма	12	9.0	36	27.1	56	42.1
Gözlük takma	6	4.5	73	54.9	35	26.3
Çift eldiven giyme	4	3.0	69	51.9	30	22.6

*Birden fazla yanıt vardır

Tablo 4. Ameliyathane Hemşirelerinin Son Bir Yılda Yaşadığı Sağlık Sorunlarına Göre Dağılımı (n=133)

Ameliyathane hemşirelerinin sağlık sorunları*	n	%
Halsizlik, yorgunluk	114	85.7
Alt ekstremitelerde ağrı	100	75.2
Kas-eklem ağrıları	99	74.4
Bel ağrısı	97	72.9
Sırt ağrısı	91	68.4
Baş ağrısı	91	68.4
Boyun ağrısı	88	66.2
Varis	78	58.6
Çabuk sinirlenme	77	57.9
Anksiyete, stres	75	56.4
Uyku sorunları	74	55.6
Dermatit, alerji	56	42.1
Konsantrasyon bozukluğu	52	39.1
Mide bağırsak sistemine yönelik yakınmalar	50	37.6
Boşaltım düzensizlikleri	38	28.6
Egzama	33	24.8
Solunum yolu rahatsızlıkları	32	24.1
Hemoroid	28	21.1
İşitme kaybı	21	15.8
Alerjik astım	16	12.0
Hipertansiyon	14	10.5
Hepatit B/C	7	5.3
Abortus	5	3.8

*Birden fazla yanıt vardır

Son bir yılda hemşirelerin %13.5'inin rapor aldığı, yıllık rapor süresinin ortalama 17.75/gün olduğu, en fazla lumbal/servikal herni/lumbalji ve ayakta kalmaya bağlı rahatsızlıklar (varis vb.) nedeniyle rapor aldığı belirlenmiştir.

Ameliyathanede biyolojik risk faktörleri ile hemşirelerin girmiş olduğu vaka sayısı arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Buna karşılık diğer risk faktörleri ile hemşirelerin bir günde girmiş oldukları ameliyat sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık söz konusudur ($p<0,05$). On ve üzeri sayıda ameliyata giren hemşirelerin fiziksel, kimyasal, ergonomik ve psikososyal risk puanının, ameliyat sayısı onun altında olan hemşirelere göre yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 5).

Mesleki risk faktörleri ile hemşirelerin çalışma saatleri arasında yapılan One-way Anova varyans testinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Göz ameliyathanesinde çalışan hemşireler bütün risk gruplarında, diğer bölümlerde çalışan hemşirelere göre daha fazla riske maruz kaldığını düşünmektedir. Mesleki risk faktörlerinin tamamı ile hemşirelerin dinlenme arasını kullanabilme durumu arasında yapılan t-testinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$).

Tablo 5. Mesleki Risk Faktörlerinin Bir Günde Girilen Ameliyat Sayısına Göre Dağılımı (n=133)

Mesleki Riskler	Ameliyat Sayısı	Sayı	Ort.	Std. Sapma	ANOVA Anlamlılık
Fiziksel Risk Faktörü	3 ve altı	33	1.082	.561	0.046
	4-6	75	1.251	.543	
	7-9	15	1.295	.579	
	10 ve üzeri	10	1.628	.262	
Biyolojik Risk Faktörü	3 ve altı	33	1.178	.588	0.125
	4-6	75	1.381	.550	
	7-9	15	1.153	.364	
	10 ve üzeri	10	1.510	.530	
Kimyasal Risk Faktörü	3 ve altı	33	.954	.519	0.009
	4-6	75	1.275	.471	
	7-9	15	1.249	.486	
	10 ve üzeri	10	1.366	.343	
Ergonomik Risk Faktörü	3 ve altı	33	1.111	.628	0.003
	4-6	75	1.500	.485	
	7-9	15	1.244	.614	
	10 ve üzeri	10	1.612	.399	
Psikososyal Risk Faktörü	3 ve altı	33	.890	.587	0.009
	4-6	75	1.208	.516	
	7-9	15	1.182	.475	
	10 ve üzeri	10	1.430	.329	

Araştırmaya katılan hemşirelerin sadece %30.0'u mesleki risk ve sağlık sorunlarının önlenmesine yönelik önerilerde bulunmuştur. Hemşirelerin %9.0'u çalışma koşullarının düzenlenmesine, %4.5'i, kurum ve yönetim ile ilgili düzenlemeler yapılmasına, %3.8'i ise yasal düzenlemelerin yapılmasına, güvenliğin sağlanmasına ve koruyucu önlemlerin alınmasına yönelik önerilerde bulunmuştur.

TARTIŞMA

Sağlık çalışanları için risk oluşturacak faktörlerin yoğun olduğu hastanelerde özellikle ameliyathaneler riskli ortamların başında gelmektedir (Altun Uğraş ve diğerleri, 2018; Handayani ve diğerleri, 2018; Karadağ ve Kabasakal, 2013; Kasatpibal ve diğerleri, 2016; Saygun, 2012; Wong ve diğerleri, 2019; Yu, 2017). Son yıllarda ameliyathane hemşirelerinin mesleki riskleri ve iş güvenliği konuları küresel halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (Danjuma ve diğerleri, 2016).

Uzun çalışma saatleri tehlikelere maruz kalma süresinin artmasına, dinlenme süresini kısaltarak yorgunluğa ve bir sonraki iş gününe taşınan fizyolojik sorunların artmasına neden olmaktadır (Kumar ve Panigrahi, 2019). Uzun çalışma saatlerinin çalışanlar üzerindeki kısa süreli etkileri arasında anksiyete, stres, yorgunluk, uykusuzluk, sigara ve alkol kullanımı, hareketsizlik, mesleki memnuniyetsizlik ve mesleği bırakmaya eğilim yer alırken, uzun süreli etkileri arasında kardiyovasküler sistem, genital sistem, sindirim ve kas-iskelet sistemi hastalıkları, mental hastalıklar, tükenmişlik, çalışma süresince kaza ve yaralanma riskinin artması yer almaktadır (Banakhar, 2017; Danjuma ve diğerleri, 2016; Kroenke ve diğerleri, 2007; Kumar ve Panigrahi, 2019; Wong ve diğerleri, 2019; Yu, 2017). Çalışmada hemşirelerin %65.4'ünün ara sıra fazla mesai yaptığı, %63.9'unun ayda 1-5 arası nöbet tuttuğu belirlenmiştir. Mesleki risk faktörleri ile hemşirelerin çalışma saatleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Kumar ve Panigrahi'nin (2019) yapmış olduğu çalışmada, fazla mesai yapan sağlık çalışanlarının, yapmayanlara oranla üç kat daha fazla biyolojik tehlike riskiyle karşı karşıya olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin çoğunluğunun haftalık çalışma saatinin 40 saat üzeri olduğu (Danjuma ve diğerleri, 2016; Komşuk, 2013; Kroenke ve diğerleri, 2007; Kumar ve Panigrahi, 2019), 12 saat ve üzeri süre fazla mesai yapan çalışanlarda kronik hastalık, kaza ve hata yapma oranının daha fazla olduğu belirtilmektedir (Wong ve diğerleri, 2019; Yu, 2017; Banakhar, 2017). Çalışmada ameliyat sayısına göre dağılımlar incelendiğinde 10 ve üzeri sayıda ameliyata giren hemşireler, daha az sayıda ameliyata giren hemşirelere göre fiziksel, kimyasal, ergonomik ve psikososyal risk faktörlerine maruziyetlerinin fazla olduğunu düşünmektedir. Çalışmada dinlenme süresini kullanamayan hemşireler, kullanabilen hemşirelere göre daha fazla fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal risk faktörüne maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir ($p<0,05$). Çalışma saatlerinin uzun olması, fazla sayıda ameliyata girilmesi ve dinlenme aralarının kullanılamaması hemşirelerin yorgunluk, dikkatsizlik, uykusuzluk ve stres yaşamasına yol açarak mesleki risklere maruziyetini artırabilmektedir. Ameliyatların süresine ve zorluk derecesine göre sayı sınırlaması getirilmeli ve çalışanların dinlenme aralarını kullanması sağlanmalıdır.

Ameliyathanelerin planlama ve tasarımının uygun yapılması; ameliyatların başarısının artmasına, gereksiz maliyetlerin önlenmesine ve yaralanmaların azaltılmasına katkı sağlamaktadır (Aslan ve Öntürk, 2011). Çalışmada fiziksel risk faktörü olarak hemşirelerin %63.2'si gün ışığının uygun olmamasına bağlı sorunlar, %59.4'ü iklimlendirme sorunları (aşırı sıcak/soğuk), %51.1'i mimari yapının uygun olmamasına bağlı sorunlar, %45.1'i ise gürültü ile daima karşılaştığını ifade etmiştir. Yapılan çalışmalarda ameliyathanelerin mimari donanım ve yerleşiminde yetersizlikler olduğu (Gümüşkaya, 2010), ameliyathanede iklimlendirmeye bağlı sorunlar yaşandığı (Karayemişoğlu, 2010; Kutlu, 2007) ve hemşirelerin gürültüye maruz kaldığı belirlenmiştir (Che Huei ve diğerleri, 2020; Findik, 2015; Karayemişoğlu, 2010; Kasatpibal ve diğerleri, 2016; Önder ve diğerleri, 2011). Gürültü ve mekanik tehlikeler, işitme bozuklukları, dikkatsizlik ve hastalarla yetersiz iş birliği nedeniyle kazalara neden olabilmektedir. Bu nedenle gürültü kontrol önlemleri gibi çeşitli kontrol stratejilerinin uygulanması gerekmektedir (Che Huei ve diğerleri, 2020; Kasatpibal ve diğerleri, 2016). Hemşirelerin fiziksel risk faktörlerine maruz kalması sağlık sorunları yaşamalarına neden olduğundan dolayı çalışan güvenliği yönünden risk oluşturabilmektedir.

Ameliyathanelerde en sık eldiven yırtılması ve yaralanma nedenleri arasında iğne batması ile bistüri kesileri yer almakla birlikte vida, matkap, rehber tel, torakar, kateter uçları, çamaşır pensleri ve ilaç şişeleri de yaralanmalara neden olmaktadır (Özbayır, 2020). Çalışmamızda biyolojik risk faktörü olarak hemşirelerin %55.6'sı iğne batması, %53.4'ü ise bistüri kesisi riskiyle daima karşılaştığını belirtirken, %41.4'ü portegüye iğneli dikiş materyali yerleştirme, %39.8'i ise delici-kesici alet transferi esnasında bazen yaralandığını ifade etmiştir. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin önemli bir bölümünün ameliyathanede en az bir kez yaralanma yaşadığı, bu yaralanmaların ise çoğunlukla cerrahi girişim esnasında meydana geldiği belirlenmiştir (Kutlu, 2007; Kürtünlü, 2013; Omaç, 2010). Literatürde cerrahi girişim esnasında kesici, delici ve batıcı aletlerin transferinde yaralanmaları önlemek amacıyla nötral alan oluşturulması, elsiz tekniğin kullanılması ve künt uçlu dikiş iğnelerinin kullanılması önerilmektedir (Linzer ve Clarke, 2017; The American College of Surgeons [ACS], 2016). Ancak mevcut önerilerin çalışma hayatına yansımadağı görülmektedir. Yaralanmaların steril hemşirelerin yorgunluk, dalgınlık ve ameliyat stresi gibi nedenlerden dolayı dikkatsiz davranması, ameliyathanelerdeki hemşire sayısının yetersiz olması, düzenli hizmet içi eğitim programlarının ve denetimlerin yetersizliği, koruyucu malzeme temininin yetersiz olması, çift kat eldiven giyme oranının düşük olması, elsiz tekniğin kullanılmaması, ameliyatların uzun sürmesi ve aydınlatmaların yetersiz olması gibi nedenlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Günde sekiz saatten fazla kimyasal risk faktörlerine maruz kalınması kanser, infertilite, spontan düşükler ve konjenital anomaliler gibi kronik etkilere neden olmaktadır. İnhalasyon anesteziikleri zararlı kimyasallar olup, sağlık çalışanları tarafından bulunduğu uzun vadede, böbrek, karaciğer ve nörolojik hastalıklar dahil olmak üzere bir dizi sağlık sorununa yol açmaktadır (Handayani ve diğerleri, 2018). Çalışmada hemşirelerin %69.9'u daima maruz kaldığı kimyasal risk faktörü olarak anestezi gazlarını, %52.6'sı ise sterilizasyon amaçlı kullanılan maddeleri/işlemleri ve radyasyonu belirtmiştir. Ge ve diğerlerinin (2018) çalışmasında anestezi gazlarına maruz kalan hemşirelerin tamamına yakınında baş ağrısı ve baş dönmesi şikayetlerinin yaşandığı belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin sağlığını en çok anestezi gazlarına, dezenfektanlara, radyasyona, antiseptiklere ve latekse maruziyetin etkilediği belirlenmiştir (Altun Uğraş ve diğerleri, 2018; Karayemişoğlu, 2010; Önder ve diğerleri, 2011). Ameliyathane hemşirelerinde kimyasal risklere maruziyetin fazla olmasının nedenleri arasında ameliyathanelerde radyoaktif içeriği olan çok sayıda tanı ve tedavi işlemlerinin yapılması, sterilizasyon ve dezenfeksiyon işlemleri, kullanılan malzemeler ve anestezi süreci yer almaktadır.

Mesleki riskler bakımından yüksek riskli alan olarak nitelendirilen ameliyathaneler çalışma şartları, ortam ve koşulları nedeniyle hemşirelerde stres ve tükenmişliğe neden olmaktadır. Ameliyathane ortamından kaynaklanan riskler hemşirelerin mesleki yaşamlarını, fiziksel ve psikolojik durumlarını, motivasyon ve performanslarını olumsuz yönde etkilemektedir (Findik, 2015). Çalışmada psikososyal risk faktörü olarak hemşirelerin %68.4'ü çok stresli ve izole bir ortam olması, %60.2'si aşırı dikkat gerektiren ağır çalışma koşulları ile daima, %30.8'i ise mobbing ile bazen karşılaştığını ifade etmiştir. Akyol Aydın'ın (2018) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin %42.85'inin iş yerinde mobbing davranışlarına (yaptıkları işin değersiz ve önemsiz görülmesi (%71.4), karar ve önerilerinin eleştirilerek reddedilmesi (%65.2) ve sorumlu olmadıkları konularda suçlanmaları (%61.6) vb.) maruz kaldığı belirlenmiştir. Çam ve diğerlerinin (2020) çalışmasında hemşirelerin %28.0'i ameliyathane ortamında her zaman maruz kaldıkları stres kaynağı olarak uzun süre kapalı ortamda kalınmasını belirtmiştir. Ameliyathanelerde olası psikososyal risklerin belirlenmesi, etkilerinin farkına varılması, elde edilen sonuçlara göre çalışma ortam ve koşullarının düzenlenmesi ve hemşirelere yönelik stresle baş etme tekniklerini içeren programların hazırlanması gerekmektedir.

Ergonomik risk faktörlerine bağlı yaralanmalar hastanın taşınması, kaldırılması, kaydırılması, ağır ekipmanın kaldırılması ve statik duruşlardan kaynaklanabilmektedir (Chhabra, 2016). Ameliyathanelerde ergonomi koşullarının göz ardı edilmesine bağlı yaşanan sorunlar hemşirelerin yaralanmasına, kas-iskelet sistemi hastalıklarına ve iş gücü kayıplarına neden olmaktadır (Vural ve Sutsunbuloglu, 2016). Çalışmada daima maruz kaldığı ergonomik risk faktörü olarak hemşirelerin %79.7'si uzun süre ayakta kalmayı, %72.2'si aynı pozisyonda uzun süre kalma ya da hareketin kısıtlanmasını belirtmiştir. Karayemişoğlu (2010) ve Canbolat'ın (2011) yapmış

oldukları çalışmada hemşireler; uzun süreli, aynı pozisyonda ve ayakta çalışma, çalışma sürelerinin uzun olması, personel yetersizliği nedeni ile hasta kaldırma ve taşıma, ameliyat masalarının ergonomik olmaması, dinlenme ortamlarının olmaması veya yetersiz olması, vücut mekaniği ilkelerine uyulmaması, iş yükünün ve hasta sirkülasyonunun fazla olması sonucu sağlık sorunları yaşadıklarını belirtmiştir. Ameliyathane hemşirelerinde mesleki yaralanmaların artmasında ergonomik tehlikelerin rolü ve önemi göz önüne alındığında, bakım yöntemlerinin değiştirilmesi veya tesislerin uygun şekilde donatılmasıyla bu sorunun ele alınması gerekmektedir. Bu nedenle, gerekli ekipmanların sağlanması ve ergonomik ilkelerin gözetilmesi için yöneticilerin ve ameliyathane çalışanlarının rolleri önem taşımaktadır. Araştırmada son bir yılda hemşirelerin %85.7'si halsizlik ve yorgunluk, %75.2'si alt ekstremitelerde ağrı, %74.4'ü ise kas ve eklem ağrısı yaşadığını belirtmiştir. Hemşirelerin önemli bir bölümü bel, sırt ve baş ağrısı gibi sağlık sorunları yaşadığını ifade etmiştir. Benzer şekilde yapılan çalışmalarda hemşirelerin yaşamış oldukları sağlık sorunları alt ekstremitelerde ağrı, bel ağrısı, sırt-boyun ağrısı ve üst ekstremitelerde ağrı ve yorgunluk olarak belirlenmiştir (Chhabra, 2016; Danjuma ve diğerleri, 2016; Güler ve diğerleri, 2015; Vural ve Sutsunbuloglu, 2016). Çalışmada; hemşirelerin %24.8'inin kronik bir hastalığı bulunmakla birlikte, en fazla lumbal/servikal disk hernisi (%5.3) ve tiroid hastalıkları (hipotiroidi, hashimoto, tiroidit) (%5.3) görülmektedir. Benzer şekilde yapılan çalışmalarda da hemşirelerin kronik hastalık olarak benzer tanılar aldığı belirtilmiştir (Altun Uğraş ve diğerleri, 2018; Önder ve diğerleri, 2011). Mevcut şikayetlerin nedeni olarak ergonomik olmayan koşullarda, uzun süreli ayakta, aynı pozisyonda, öne eğilerek çalışılması, çok sayıda ve uzun süreli ameliyata girilmesi düşünülebilir. Literatürde kas-iskelet sistemine bağlı sağlık sorunlarının önlenmesine yönelik ameliyat esnasında destekleyici ayakkabı, yorgunluk giderici paspas, oturma ve ayak taburesi kullanımı önerilmektedir (AORN, 2007; CCOHS, 2016; Hughes ve diğerleri, 2011).

Ulusal Güvenlik Konseyi (National Security Council, (NSC), hastane çalışanlarının iş yerinde meydana gelen yaralanma veya hastalık nedeniyle iş gücü kaybının diğer alanlardaki çalışanlardan %41.0 daha fazla olduğunu belirtmektedir (Danjuma ve diğerleri, 2016). Hastanelerde güvenli olmayan çalışma ortamları sağlık çalışanlarının meslek hastalıklarını, iş kazalarını, işe bağlı sağlık sorunlarını, sakatlık ve iş görmezlik durumlarını arttırmakta, yenilerini oluşturmakta ve çeşitliliğini çoğaltmaktadır (Çelikkalp ve diğerleri, 2016). Çalışmada hemşirelerin %13.5'i son bir yılda meslek hastalığı/rahatsızlığı nedeniyle rapor aldığını ifade etmiştir. Yıllık rapor alma ortalaması 17.75/gün olarak belirlenmiştir. Kas-iskelet sistemi hastalıkları kayıp iş günü, yaralanma ve hastalığın önde gelen nedenlerinden biridir (Vural ve Sutsunbuloglu, 2016). Rapor alan hemşirelerin %38.9'u lumbal/servikal herni ve lumbalji, %16.7'si ise ayakta kalmaya bağlı rahatsızlıklar nedeniyle rapor aldığını belirtmiştir. Rapor sürelerine bakıldığında hemşirelerin %61.0'i 1-10 gün arası, %25.0'i ise 21 gün ve üzeri rapor aldığını belirtmiştir. Karadağ ve Kabasakal'ın (2013) çalışmasında da benzer oranda hemşirelerin %13.0'ünün son bir yılda herhangi bir nedenle rapor aldığı belirtilmektedir.

Koruyucu ekipman kullanımı çalışanlarda risk faktörlerine maruziyeti azaltmaktadır (Kumar ve Panigrahi, 2019). Çalışmada hemşirelerin %94.0'ü ameliyathanede risklere karşı almış olduğu bireysel önlem olarak daima maske taktığını, %91.0'i eldiven giydiğini, %42.1'i aşı yaptırdığını, %22.6'sı çift kat eldiven giydiğini, %54.9'u ise bazen gözlük taktığını belirtmiştir. Kutlu'nun (2007) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin çoğunluğunun koruyucu gözlük takmadığı, Usta ve diğerlerinin (2019) çalışmasında cerrahi dumandan korunmak için hemşirelerin %85.7'sinin cerrahi maske kullandıkları belirlenmiştir. Kutlu'nun (2007) yapmış olduğu çalışmada daima çift kat eldiven giyme oranları çalışmamızla benzer düzeydedir. Kürtünlü'nün (2013) çalışmasında, hemşirelerin %58.7'si çift eldiveni sadece bulaşıcı hastalık riski taşıyan hastaların ameliyatlarında giydiklerini belirtmiştir. Literatürde çift kat eldiven giyilmesi durumunda dıştaki eldiven delindiğinde hasta kanına maruz kalma riskinin %87.0 oranında azaldığı belirtilerek cerrahi ekip üyelerinin tüm cerrahi işlemlerde çift kat eldiven giymesi ve dıştaki eldivenlerin iki saat arayla değiştirilmesi, eldiven perfore olduğunda görülebilmesi için dıştaki eldivenin nötr bir renk (örn. beyaz), içteki eldivenin ise renkli (örn. yeşil) olması önerilmektedir (American Academy of Orthopaedic Surgeons [AAOS], 2012; American College of Surgeons [ACS], 2016; Association of Surgical Technologists, [AST], 2017). Çalışmada standart önlemleri uygulamama nedeni olarak ameliyathane hemşirelerinin %32.3'ü malzeme yetersizliğini, %30.8'i rahat hareket edememesini, %30.0'u ise zaman yetersizliğini cevap olarak vermiştir. Kumar ve Panigrahi'nin (2019) yapmış olduğu çalışmada sağlık çalışanlarının %62.9'unun biyolojik risklere yönelik koruyucu ekipman kullanmadığı saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda ameliyathanede standart önlemlerin uygulanamama nedeni olarak en sık karşılaşılan sorunun malzeme yetersizliği olduğu tespit edilmiştir (Altun Uğraş ve diğerleri, 2018; Kutlu, 2007; Vural ve diğerleri, 2012). Malzeme yetersizliği kurumsal bir engel olup, çalışanların standart önlemleri uygulamamasına neden olmaktadır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %30.0'u mesleki risk ve sağlık sorunlarının önlenmesine yönelik önerilerde bulunmuştur. Öneride bulunan hemşirelerin %9.0'u çalışma koşullarının düzenlenmesine, %4.5'i ise kurum ve yönetim ile ilgili düzenlemeler yapılmasına yönelik önerilerde bulunmuştur. Gümüşkaya'nın (2010) çalışmasında hemşirelerin, personel eksikliği ve iş yükünün fazla olması, malzeme eksikliği, ameliyathanenin yetersiz fiziki koşulları nedeniyle ameliyathanede sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Hemşireler mevcut sorunların giderilmesini ve kurumsal sorunlara yönelik tedbirler alınmasını önermişlerdir.

SONUÇ

Ameliyathane hemşirelerinin fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal risklere maruz kaldıkları ve en sık halsizlik, yorgunluk ve kas-eklem ağrıları yaşadıkları, lumbal/servikal herni, lumbalji ve ayakta kalmaya bağlı rahatsızlıklar (varis vb.) nedeniyle rapor aldıkları, malzeme yetersizliği nedeniyle risklerden korunmada standart önlemleri uygulayamadıkları belirlenmiştir.

Ameliyathane ortamında belirlenen risk faktörlerinin önlenmesine yönelik gerekli yasal ve koruyucu önlemlerin alınması, gerekli düzenlemelerin yapılması, güvenli malzeme kullanımının yaygınlaştırılması, koruyucu ekipmanların (gözlük, önlük, eldiven vb.) yeterli miktarda temin edilmesi, haftalık/aylık çalışma saatlerinin uygun hale getirilerek çalışma koşullarının düzenlenmesi, psikolojik danışmanlık ve rehberlik hizmetlerinin verilmesi, hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi, daha geniş örneklem gruplarıyla araştırmaların yapılması ve ameliyathanelerde çalışanlarla birlikte risk analizlerinin yapılması önerilmektedir.

Yazarların katkı payları: AA: Literatür taraması, verilerin toplanması, analizi ve yorumlanması, metnin yazımı ve kaynakların derlenmesi aşamalarında gerekli uygulamaları gerçekleştirmiş olup, yayına katkı oranı %60'dır.

MK: Fikir, tasarım, eleştirel inceleme ve yayına hazırlık basamaklarında makaleye katkılarını sunmuş olup, yayına katkı oranı %40'dır.

KAYNAKLAR

- Akyol Aydın, F. (2018). *Ameliyathane hemşirelerinde mobbing ve tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 56-70. Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>.
- Altun Uğraş, G., Akyolcu, N., Kanat, C., Yüksel, S., Ayoğlu, T., Sayın, Y., Kanan, N. (2018). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin iş güvenliği. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(2), 93-101. doi: 10.26650/FNJN380923.
- American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS). (2012). Preventing the Transmission of Bloodborne Pathogens. 5-7. Erişim Adresi: <https://aaos.org/globalassets/about/bylaws-library/information-statements/1018-preventing-the-transmission-of-bloodborne-pathogens.pdf>.
- AORN guidance statement: Safe patient handling and movement in the perioperative setting. Ergonomic Tool 4: Prolonged standing. AORN. (2007). 19-20. Erişim adresi: <https://professionals.wrha.mb.ca/old/professionals/safety/files/SafePatientHandling/AORNGuidanceStatement.pdf>.
- Aslan, FE., Öntürk, Z.K. (2011). Güvenli ameliyathane ortamı; biyolojik, kimyasal, fiziksel ve psikososyal riskler, etkileri ve önlemler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1), 133-139. Erişim adresi: <https://docplayer.biz.tr/4047787-Guvenli-ameliyathane-ortami-biyolojik-kimyasal-fiziksel-ve-psikososyal-riskler-etkileri-ve-onlemler.html>.
- Association of Surgical Technologists, (AST), (2017). Recommended standards of practice for sharps safety and use of the neutral zone. Erişim adresi: https://www.ast.org/uploadedFiles/Main_Site/Content/About_Us/Standard_Sharps_Safety_Use_of_the_Neutral_Zone.pdf.
- Banakhar, M. (2017). The impact of 12-hour shifts on nurses' health, wellbeing, and job satisfaction: A systematic review. *Journal of Nursing Education and Practice*, 7(11), 69-83. doi: 10.5430/jnep.v7n11p69.
- Canbolat, Ç. (2011). *Ameliyathane hemşirelerinin ameliyathanede hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin görüşleri*. (Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara. Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>.
- Che Huei, L., Ya-Wen, L., Chiu Ming, Y., Li Chen, H., Jong Yi, W., Ming Hung, L. (2020). Occupational health and safety hazards faced by healthcare professionals in Taiwan: A systematic review of risk factors and control strategies. *SAGE Open Medicine*, 8, 2050312120918999. doi: 10.1177/2050312120918999.
- Chhabra, S. A. (2016). Health hazards among health care personnel. *Journal of Mahatma Gandhi Institute of Medical Sciences*, 21(1),19-24. doi: 10.4103/0971-9903.178074.
- Çam, R., Gezer, N., Boyacıoğlu, N., Öztürk, M.H. (2020). Ameliyathane Hemşirelerinin Stres Kaynaklarının Belirlenmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 3(3), 14-21. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1268849>.

- Çelikkalp, Ü., Varol Saraçoğlu, G., Keloğlu, G., Bilgiç, Ş. (2016). Hemşirelerin çalışma ortamlarında iş güvenliği uygulamalarını değerlendirmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15, 1-6. doi: 10.5455/pmb.1-1456393602.
- Danjuma, A., Adeyeni, A.B., Taiwo, O. A., Micheal, S. N. (2016). Rates and patterns of operating room hazards among Nigerian perioperative nurses. *Journal of Perioperative & Critical Intensive Care Nursing*, 2(1), 2-7. doi: 10.4172/2471-9870.1000106.
- Erdağı, S., Özer, N. (2015). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarının, hasta güvenliği kültürü algılarının ve tükenmişlik durumlarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(2), 94-106. Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>.
- Findik, U., Y. (2015). Operating room nurses' burnout and safety applications. *International Journal of Caring Sciences*, 8(3), 610-616. Erişim adresi: http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/11_Findik_original_8_3.pdf.
- Ge, B., Sa, A., E.M., Ss, E.G., Am, E.N., Ma, H. (2018). Occupational genotoxic effects among a group of nurses exposed to anesthetic gases in operating rooms at Zagazig University Hospitals. *Egyptian Journal of Occupational Medicine*, 42(1), 105-122. doi: 10.21608/ejom.2018.4942.
- George, D., Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson.
- Güler, T., Yıldız, T., Önler, E., Yıldız, B., Gülcivan, G. (2015). Hastane ergonomik koşullarının hemşirelerin mesleki kas iskelet sistemi rahatsızlıkları üzerine etkisi. *International Anatolia Academic Online Journal, Scientific Science*, 3(1), 1-7. Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/312293371_HASTANE_ERGONOMIK_KOSULLARININ_HEM_SIRELERIN_MESLEKI_KAS_ISKELET_SISTEMI_RAHATSIZLIKLARI_UZERINE_ETKISI/link/5878ae8b08ae8fce493251b3/download.
- Gümüşkaya, O. (2010). *Ameliyathane hemşirelerinin eğitim gereksinimi*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 25-47. Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>.
- Handayani, R., Abdullah, T., Naeim, F., Mallongi, A., Saeni, R. H., Ahmad, E. H., Prihantono, P. (2018). Effects of isoflurane exposure to fertility through estrogen gene expression in operating room nurses. *American Journal of Public Health*, 6, 11-17. Erişim adresi: doi: 10.12691/ajphr-6-1-3.
- Hughes, N.L., Nelson, A., Matz, M.W., Lloyd, J. (2011). AORN ergonomic tool 4: solutions for prolonged standing in perioperative settings. *AORN Journal*, 93(6), 767-774. doi: 10.1016/j.aorn.2010.08.029.
- İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği. (2012). Resmi Gazete, 26 Aralık 2012, Çarşamba, Sayı: 28509 Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/12/20121226-11.htm>.
- Karadağ, M., Kabasakal, E. (2013, Kasım). *Hemşirelerin çalışma ortamlarında karşılaştıkları risklerin ve maruziyet sıklıklarının belirlenmesi*. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 4. Ulusal Kongresi'nde sunulan bildiri, 58-67. Ankara. Erişim adresi: <file:///C:/Users/ayten/Desktop/makale%20d%C3%BCzenleme/salkalanlarnnsal.pdf>.
- Karayemişoğlu, A.K. (2010). *Çalışan güvenliği açısından hemşirelerin çalışma koşullarının değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 21-51. Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>.
- Kasatpibal, N., Whitney, J. D., Katechanok, S., Ngamsakulrat, S., Malairungsakul, B., Sirikulsathean, P., ... Muangnart, T. (2016). Practices and impacts post-exposure to blood and body fluid in operating room nurses: A cross-sectional study. *International Journal Of Nursing Studies*, 57, 39-47. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.01.010.
- Kilic, S.P., Aytac, S.O., Korkmaz, M., Ozer, S. (2016). Occupational health problems of nurses working at emergency. *International Journal of Caring Sciences*, 9(3), 1008. Erişim adresi: http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/30_parlar_originial_9_3%20%281%29.pdf.
- Komşuk, D. (2013). *Ameliyathanede çalışan hemşirelerde, uyku sorunlarının tükenmişlik düzeyine etkisinin incelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir, 10-57. Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>.
- Kroenke, C.H., Spiegelman, D., Manson, J., Schernhammer, E.S. Colditz, G.A. (2007). Work characteristics and incidence of type 2 diabetes in women. *American Journal of Epidemiology*, 165(2), 175e83. doi: 10.1093/aje/kwj355.
- Kumar, A., Panigrahi, A. (2019). Occupational health hazards among health care personnel working in public health facilities in Bhubaneswar, India. *Journal of Public Health*, 1-7. doi: 10.1007/s10389-019-01167-0.

- Kutlu, D. (2007). *Ameliyathane çalışanlarının cerrahi aletlerle yaralanma riski ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon, 13-56. Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>.
- Kürtünlü, Ş., (2013). *Ameliyathane çalışanlarında delici-kesici aletle yaralanma durumu*. (Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 5-52. Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>.
- Lebni, J.Y., Azar, F.E., Sharma, M., Zangeneh, A., Kianipour, N., Azizi, S.A., Ziapour, A. (2020). Factors affecting occupational hazards among operating room personnel at hospitals affiliated in western Iran: A cross-sectional study. *Journal of Public Health*, 1-8. doi: 10.1007/s10389-019-01169-y.
- Linzer, P.B., Clarke, S.P. (2017). An integrative review of the hands-free technique in the OR. *AORN Journal*, 106(3), 211-218. doi: 10.1016/j.aorn.2017.07.004.
- Omaç, M., Eğri, M., Karaoğlu, L. (2010). Malatya merkez hastanelerinde çalışmakta olan hemşirelerde mesleki kesici delici yaralanma ve Hepatit B bulaşıklanma durumları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 1(1), 19-25. Erişim adresi: http://abakus.inonu.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11616/754/2010_17_1_4.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Önder, Ö.R., Ağırbaş, İ., Yenimahalleli, G., Aksoy, A. (2011). Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hekim ve hemşirelerin geçirdikleri iş kazaları ve meslek hastalıkları yönünden değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 10, 31-44. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/572974>.
- Özbayır, T. (2020). Ameliyat dönemi bakım. A. Karadakovan ve F.E. Aslan (Ed.), *Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım kitabı* içinde (s. 259–299). (Güncellenmiş 5. Baskı) Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi.
- Özbayır, T., Hergül, F.K., Fadime, G.Ö.K. (2016). Ameliyathanede çevre güvenliği: Sistemik derleme. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32(3), 146-157. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/825045>.
- Saygun, M. (2012). Sağlık Çalışanlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Sorunları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(4). Erişim adresi: <https://www.bibliomed.org/mnsfulltext/1/1-1319955395.pdf?1612881547>.
- Serper, Ö. (2004). *Uygulamalı İstatistik 2* (s.33). (5. Baskı). Bursa: Ezgi Kitabevi.
- Solmaz, M., Solmaz, T. (2017). Hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 147-156. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/385758>.
- Tabachnick, B.G., Fidell, L.S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.), Boston: Allyn and Bacon.
- Tagle, M. (2020). Reduction of surgical smoke in the operating room: Application of the evidence. *Journal of Pediatric Surgical Nursing*, 9(2), 49-51. doi: 10.1097/JPS.0000000000000244.
- The American College of Surgeons, (ACS). (2016). Revised Statement on Sharps Safety. Erişim adresi: <https://www.facs.org/about-acs/statements/94-sharps-safety>. Erişim tarihi: 08.06.2020.
- Usta, E., Aygün, D., Bozdemir, H., Uçar, N. (2019). Ameliyathanelerde cerrahi dumanın etkileri ve korunmaya yönelik alınan önlemler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1), 17-24. Erişim adresi: <https://archhealthscires.org/tr/ameliyathanelerde-cerrahi-dumanin-etkileri-ve-korunmaya-yonelik-alinan-onlemler-1684>.
- Vinagre, T., Marques, R. (2018). Safety culture in the context of operating room: nurses' perception regarding notification of errors/adverse events. *Journal of Nursing Education and Practice*, 9, 40-46. doi: 10.5430/jnep.v9n3p40.
- Vural, F., Fil, Ş., Çiftçi, S., Dura, A. A., Yıldırım, F. Patan, R. (2012). Ameliyathanelerde radyasyon güvenliği; Çalışan personelin bilgi, tutum ve davranışları. *Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 131–136. Erişim adresi: https://www.journalagent.com/bsbd/pdfs/BSBD-22931-RESEARCH_ARTICLE-VURAL.pdf.
- Vural, F., Sutsunbuloglu, E. (2016). Ergonomics: an important factor in the operating room. *Journal of perioperative practice*, 26 (7-8), 174-178. Erişim adresi: doi: 10.1177/1750458916026007-804.
- Wong, K., Chan, A.H., Ngan, S.C. (2019). The effect of long working hours and overtime on occupational health: a meta-analysis of evidence from 1998 to 2018. *International journal of environmental research and public health*, 16(12), 2102. doi: 10.3390/ijerph16122102.
- Working in a standing position— basic information. (2016). Canadian Centre for Occupational Health & Safety (CCOHS). Erişim adresi: www.ccohs.ca/oshanswers/ergonomics/standing/standing_basic.html.
- Yu, J. (2017). Relationship between long working hours and metabolic syndrome among korean workers. *Asian Nursing Research*, 11, 36–41. doi: 10.1016/j.anr.2017.02.003.

Gülşen ÇALIŞ¹
Orcid: 0000-0002-6538-9585

Süheyla ALTUĞ ÖZSOY²
Orcid: 0000-0001-5615-1893

¹ Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Ordu

² Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk
Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):

Gülşen ÇALIŞ
gulsencales81@gmail.com

Anahtar Sözcükler:
Doğum; evde doğum, olgu bilim;
deneyim.

Key Words:
Birth; home birth; phenomenology;
experience.

Kadınların Evde Doğum Deneyimleri: Fenomenoloji Çalışması*

Birth at Home Experiences of Women: Phenomenological Study

* Bu çalışma Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek lisans tezi kapsamında yapılmıştır.

Gönderilme Tarihi: 2 Eylül 2019

Kabul tarihi: 8 Mart 2021

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı; kadınların, öznel evde doğum deneyimlerini nasıl gerçekleştirdiğini doğum öncesi deneyimler, doğum deneyimleri ve doğum sonrası deneyimler olarak süreç temelli ortaya çıkarmaktır.

Yöntem: Bu çalışmada nitel araştırma yöntemi ile fenomenoloji deseni kullanılmıştır. Bu çalışmanın örnekleme seçiminde, amaçlı örnekleme yönteminden ölçüt örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Veriler içerik analizi ile değerlendirilmiştir. Veriler 'Evde Doğum Yapan Kadınları Tanıtıcı Bilgi Formu' ve yarı yapılandırılmış 'Derinlemesine Bireysel Görüşme Formu' olarak iki form ile toplanmıştır. Soruların tamamı açık uçludur. Her bir sorunun sondaj sorusu hazırlanmıştır. Görüşmeler bireylerin kendi evlerinde, yüz yüze görüşme yöntemi ile yapılmıştır. Görüşmelerin tamamı katılımcılardan izin alınarak ses kayıt cihazına kaydedilmiştir. Derinlemesine görüşmeye "Evde doğumunuzu anlatır mısınız, lütfen?" sorusu ile başlanılmıştır.

Bulgular: Bu çalışmada kadınların (n=20) yaşları 21 ile 47 arasında değişmektedir. Kadınların evde doğum sayıları en az bir en fazla 13'tür. Evde doğum yapmadan önce kadınların %55' i evde doğum yapmayı planlamış, %45'i ise evde doğum yapmayı planlamadığı halde çeşitli nedenlerle evde doğum yapmıştır. Evde doğum deneyimi, birbirini tamamlayan üç süreç ile beş ana tema, 14 tema ve 37 alt temalardan oluşmaktadır. Evde doğuma hazırlık birinci süreç olup; ana teması evde doğum algısıdır. Bu ana temayı oluşturan temalar, ev algısı, içsel oluşumlar ve konfor algısıdır. Evde doğum deneyiminin eylemsel boyutunu yansıtan ikinci sürecin ana teması ise doğum yaptıran kadınlardır. Bu ana temayı oluşturan temalar ise doğum pozisyonlarının etkisi, doğumda duygusal yaşam deneyimleridir. Doğum eyleminin son süreci üçüncü süreç ve ana teması doğum eylemi sonrası kazanımlardır. Bu kazanımlar, duygusal kazanımlar, davranışsal kazanımlar ve bilişsel kazanımlar temalarından oluşmaktadır.

Sonuç: Kadınların evde doğum deneyimleri değerlendirildiğinde beş ana tema çatısı altında örgütlendiği görülmektedir. Bunlar, evde doğum algısı, evde doğum kararı vermeyi etkileyen faktörler, doğuma hazırlık, doğum sırasında kadınların içsel dünyaları ve çevreleri ile olan etkileşimleri ve doğum sonrası duygusal, davranışsal ve bilişsel kazanımlarından oluşmaktadır. Evde doğumun nesiller boyu sürmemesi için kadınları eve götüren faktörler sağlık tesislerine entegre edilmelidir.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to reveal how women perform subjective home birth experiences based on process as prenatal experiences, birth experiences and postpartum experiences.

Method: In this study, phenomenology pattern was used with qualitative research method. In the sample selection of this study, the criteria sampling method from the purpose sampling method was used. The data was evaluated by content analysis. Data was collected in two forms as 'Information Form identifying women giving birth at home and semi-structured in-depth 'Individual Interview Form'. All questions are open-ended. The drilling question of each question has been prepared. The interviews were conducted at the individuals' own homes using the face-to-face interview method. All interviews were recorded on a voice recorder with the permission of the participants. The in-depth interview started with the question "Could you tell me about your birth at home, please?".

Results: In this study, the ages of women (n=20) ranged from 21 to 47. The number of home births for women was at least one and at most 13. Before giving birth at home, 55% of women planned to have a home birth, and 45% of them had a home birth for various reasons although they did not plan to give birth at home. Home birth experience consists of three complementary processes and 5 main themes, 14 themes and 37 sub-themes. Home birth preparation was the first process; its main theme had perceived of birth at home. The themes that make up this main theme are the perception of home, internal formations and the perception of comfort. The main theme of the second process, which reflects the operational dimension of the home birth experience, is women who give birth. The themes that formed this main theme were the influence of birth positions, emotional life experiences at birth. The main theme of the process was the effected of birth positions, emotional life experiences at birth. The main theme of the third process, which is the last process of labor, is postpartum gains which consist of emotional gains, behavioral acquisitions, and cognitive acquisition's themes. The gains after the act of birth consists of themes of emotional gains, behavioral gains, and cognitive gains.

Conclusion: When the home birth experiences of women are evaluated, it is seen that they are organized under 5 main themes. These include perception of home birth, factors affecting home birth decision making, preparation for birth, interactions with women's inner worlds and environments during childbirth, and postpartum emotional, behavioural and cognitive gains. The factors that take women home should be integrated into healthcare facilities so that the home birth is not sustained for generations.

Kaynak Gösterimi: Çalış, G. ve Özsoy, S.A., (2021). Kadınların Evde Doğum Deneyimleri: Fenomenoloji Çalışması. EGEHFD, 2021, 37(1): 23-38

How to cite: Çalış, G. ve Özsoy, S.A., (2021). Birth at Home Experiences of Women: Phenomenological Study. EGEHFD, 2021, 37(1): 23-38

GİRİŞ

Doğum, sağlıklı koşullarda sosyal ve fizyolojik bir süreç olarak aile yaşamında büyük önem taşıyan, içinde bireyin kendi ritmini yakalığı bir olgudur (ACOG, 2016; Springer ve Van Weel, 1996). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), doğum eyleminin kendi normal akışında ve doğal fizyolojisi korunarak desteklenmesini, gerekmedikçe de herhangi bir girişimde bulunulmamasını önermektedir (DSÖ, 1999).

Alanyazına bakıldığında ‘evde doğum’ planlı ve plansız evde doğumlar şeklinde ifade edilmektedir (Springer ve Van Weel, 1996). Planlı olarak yapılan evde doğumlar, anne sağlığı ve doğum hizmetlerinin yeniden yapılandırılması ile doğumda düşük risk taşıyan kadınları sağlık kuruluşları ortamından, toplum içinde kendi alanlarına, mekânlarına ve özerk hissettikleri yere taşıyan bir hizmettir (NICE,2014). Plansız evde doğumlar ise, geleneksel ebeler yardımı ile evrensel bir olgu olarak süren, anne ve çocuk sağlığı açısından risk taşıyan bir durumdur. Plansız olarak evde yapılan doğumlarda anne ve çocuk sağlığı farklı epidemiyolojik ve bakım özelliklerine sahip popülasyon olmasından dolayı halk sağlığı için de ayrıca önemlidir (Diana, Glaucia, Adriana ve Israel, 2018).

Dünyada planlı evde doğum, Kanada, İngiltere, Hollanda ve Yeni Zelanda dâhil olmak üzere birçok ülkede açıkça onaylanmıştır (Catling-Paul, Coddington, Foureur ve Homer, 2013). Batı ülkelerinde evde doğum oranlarının İsveç’te %0.1 ile Hollanda’da %20’ye kadar değiştiği belirtilmektedir (Zielinski, Ackerson ve Low, 2015). Kanada’da evde doğum güvenli olup olmadığına dair tartışmalar olmasına rağmen, az sayıda da olsa evi doğum yeri olarak seçen kadınlar vardır. Bu doğumlar profesyonel ebeler tarafından yapılmaktadır (Sluijs, Cleiren Scherjon ve Wijma, 2015; Van Haaren-Ten Haken ve diğerleri, 2012). Ancak Bangladeş, Zambiya’da kadınların yarısından fazlası genellikle vasıflı bir doğum görevlisinin desteği olmadan, geleneksel doğum görevlileri yardımı ile evde doğum yapmaktadır (Sialubanje, Massar, Hamer ve Ruiter, 2015). Ülkemizde, 1993 yılında yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)’nda evde doğum oranı %40, 1998’de %27, 2003’te %21, 2008’de %10, 2013’te %2 olarak belirtilmiştir. Türkiye’de 2013-2018 arasında doğumların %99’u sağlık kuruluşunda, %1’inden daha azı evde gerçekleşmiştir. Araştırma bulguları karşılaştırıldığında ilerleyen yıllarda evde doğum davranışının sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesi yönünde davranış değişikliği olduğu söylenebilir. Doğumları kimlerin yaptığına baktığımızda ise TNSA 2018’de, araştırmanın yapıldığı tarihten önceki 5 yıl içinde doğuma yardım eden kişi olarak %83 hekim, %8 hemşire, %8 ebe, %1 diğer ve %0.2 hiç kimse olarak belirtilmektedir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2019). Tüm bu veriler ışığında evde doğumu sağlık sistemi içinde tüm riskler değerlendirildikten sonra profesyonel ebeler tarafından gerçekleştirilen kadınlar ve sağlık riskleri geleneksel ebelerin tecrübelerine bırakılmış olarak evde gerçekleştirilen kadınlar olduğu görülmektedir.

Doğumun sağlıklı bir ortamda, nitelikli sağlık personelleri eşliğinde gerçekleşmesi gerektiği genel bir kabuldür. Amerikan Pediatri Akademisi (2018) hastanelerin veya doğum merkezlerinin en güvenli yer olduğunu belirtmekte ve risk durumuna bakılmaksızın kadınların evde doğum yapmasını önermemektedir. Ancak, ‘Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG)’, ‘Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (FIGO)’, ‘İngiltere Ulusal Sağlık ve Bakımda Mükemmellik Enstitüsü (NICE)’, gibi dernekler, hastanelerin ve doğum merkezlerinin doğum için en güvenli yerler olduğuna inanmasına rağmen, kadının tıbben bilgilendirilmiş olarak, doğum yapacağı yer ile ilgili karar verme hakkı olduğuna saygı duyulması gerektiğini belirten ortak bir görüş bildirmektedirler. Özellikle ‘FIGO’, ‘hamile kadına bilinçli karar vermesi için ihtiyaç duyduğu klinik bilgilerle yetki vererek ‘özerkliğe saygı’ etik ilkesinin uygulanmasını önermektedir.

DSÖ ve ortakları ‘Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri’ (SDG)’nin 3. maddesinde ‘Sağlıklı ve kaliteli yaşamı her yaşta güvence altına alma’ boyutlarından hedef 3.1’de 2030 yılına kadar küresel Maternal Mortalite Oranını (MMR) 100.000 canlı doğumda 70’in altına düşürmek olarak belirtmektedir (World Health Statistics, 2020). Dolayısı ile sağlık kuruluşunda, yapılan doğumlarda anne, bebek mortalitesini azalttığı gerçeği ile ‘Sağlıklı ve kaliteli yaşamı her yaşta güvence altına alma’ hedefi doğrultusunda doğumların sağlık personeli (hekim, hemşire, ebe) tarafından gerçekleştirilmesi önemlidir (Almeida ve diğerleri, 2005). Bununla beraber Dünya’da ve Türkiye’de ‘geleneksel ebeler, ara ebeler, ebe ana vb.’ tarafından da doğumların gerçekleştirildiği bilinmektedir. DSÖ’ye göre geleneksel doğum ebeleri, “Doğum sırasında bir anneye yardımcı olan ve doğumu, bebekleri kendisi doğurarak veya diğer geleneksel doğum görevlilerine çıraklık ederek öğrenmiş kişidir.” (DSÖ, 1992).

Doğumu gerçekleştirenlerin kim olduğu kadar doğumun yapıldığı yer de, doğum açısından önemlidir. Doğumun gerçekleştiği yer, doğum sürecini etkileyen önemli bir etken olarak doğumu destekleyici olabileceği gibi engelleyicide olabilir. Dolayısı ile doğumun nerede yapılacağı önemli bir karardır (Dunn, 2004). Kadının nerede doğum yapacağına dair kararını birçok faktör etkilemektedir. Kritik öneme sahip olan ise, ortamın kadın ve yenidoğan için güvenli olup olmadığı ve kadının ortamda kendini güvende hissedip hissetmediğidir (Foureur ve diğerleri, 2010). Kadınların evde doğumu tercih etme nedenleri; ailenin ve arkadaşların olduğu tanıdık bir çevrede kalma isteği, güvenli yerde olma isteği, kişisel özerklik ihtiyacı, rutin haline gelmiş aşırı tıbbi müdahalenin (sezaryen, epizyotomi) olması, sağlık personelinin yaklaşımı, doğum odasının fiziksel koşulları, kadınların duyguları, doğum süresi, aile ve arkadaşların anlatılan doğum deneyimleri, kişisel beklentiler, bakım verenlerin desteği, bakım

verenin iletişim kalitesi, karar verme sürecine kadının katılımı, biyolojik, sosyoekonomik faktörler, içgüdüsel olarak kadının güç ve kontrol algısı, ulaşım sorunu, eşin evde olmaması aile ve arkadaşlar ve kültürel veya dini kaygılarla çevrili tanıdık bir çevrede düşük müdahaleli bir doğum isteği ile gibi birçok neden sayılabilir (Hodnett, Gates, Hofmeyr ve Sakala, 2007; MacDorman, Menacker ve Declercq, 2010; Murray-Davis ve diğerleri, 2012; Sluijs ve diğerleri, 2015; Thaddeus ve Maine, 1994; Victora ve diğerleri, 2011; Van Haaren-Ten Haken ve diğerleri, 2012) Fakat kadınların evde doğumu nasıl deneyimledikleri konusunda bilgi oldukça azdır (Sjöblom, Edberg ve Nordström, 2006).

Çalışmanın yapıldığı Ağrı ili kültürel motiflerin olduğu, ataerkil aile yapısının görüldüğü bir yerleşim yeridir. Türkiye'nin doğusunda yer alan bu bölgede evde doğumlar TNSA (2018) sonuçlarına göre %1'dir. Ancak bu çalışmanın yapıldığı dönemde %10 olarak belirtilmiştir. Bu bölgede doğuma yardım eden kişi olarak uzman sağlık personelinin oranının % 98.1 olduğu bilinmekte olup; doğumların %32'si ebe ve hemşire tarafından yapılmaktadır. Ancak geleneksel ebe, akraba ve hiç yardımsız doğum yapan kadınların da olduğu bilinmektedir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2019).

Doğum yeri ile mortalite ve morbidite üzerine odaklanmış araştırmaların çoğu nicel araştırmalar olmakla beraber doğum deneyimleri ile doğum yeri ilişkisi üzerine nitel araştırmalar da önemlidir. Yeterince araştırılmamış olsa da mekânların doğum deneyimlerini etkilediği ve kadınların doğum için bir alan yaratma ihtiyacının olduğu bilinmektedir (Carlsson, Larsson ve Jormfeldt 2020).

Amaç

Kadınların, öznel evde doğum deneyimlerini nasıl gerçekleştirdiğini doğum öncesi deneyimler, doğum deneyimleri ve doğum sonrası deneyimler olarak süreç temelli ortaya çıkarmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Deseni

Bu çalışmada nitel araştırma yöntemi ve fenomenoloji (olgu bilimi) deseni kullanılmıştır. Fenomenoloji çalışmalarının temel amacı, kişisel deneyimleri, daha genel bir düzeye çekmektir (Creswell, 2013). Fenomenoloji deseni kişinin öznel deneyimi ile ilgilidir (Patton, 2014). Bu çalışmada kadınların 'evde doğum deneyimi' olgusunun, öznel tarafı, derinlemesine ve detaylı bütüncül olarak süreç temelli ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır.

Örnekleme

Bu çalışmanın örnekleme seçiminde, amaçlı örnekleme yönteminden ölçüt örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bu örnekleme yöntemine göre; önceden belirlenen bir dizi ölçütü karşılayan bütün durumlar çalışılır (Creswell, 2013). Çalışma grubuna alınma ölçütleri; Ağrı ili merkezinde yer alan birinci basamak sağlık kuruluşlarına Nisan, Mayıs, Haziran aylarında başvuran, görüşmeyi kabul eden, son 10 yıl içinde en az bir kez evde canlı doğum yapan, Türkçe konuşabilen ve anlayabilen kadınlar oluşturmuştur. Bu ölçütlere uyan kadınlar ile derinlemesine görüşme yapılmıştır. Görüşmelerde veriler tekrarlanmaya başladığında ve verilerde doygunluk sağlandığında görüşmelere son verilmiş, çalışma grubu 20 kadın olarak belirlenmiştir.

Veri Toplama Araçları

Veriler 'Evde Doğum Yapan Kadınları Tanıtıcı Bilgi Formu (EDKTBF)' ve yarı yapılandırılmış 'Derinlemesine Bireysel Görüşme Formu (DBGF)' olarak 2 form ile toplanmıştır. EDKTBF; Evde doğum yapan kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini kapsayan 11 sorudan oluşmaktadır. DBGF soruları ise; alanyazın ile örtüşen 21 sorudan oluşmaktadır (Dahlen, Barclay, Homer, 2008; Davis-Floyd, Davis, 1996; Karaçam, 2001; Sjöblom, Nordström, Edberg, 2006; Springer, Van Weel, 1996). Bu sorular kadınların evde doğum deneyimlerindeki algısal, bilişsel, duygusal, davranışsal olguları ortaya çıkarmaya yönelik, alanyazındaki yeni bakış kuramı, sosyal etki kuramı, atıf kuramı, planlı davranış kuramları ile doğum eyleminin evreleri göz önünde bulunarak hazırlanmıştır. Soruların tamamı açık uçludur. Her bir sorunun sondaj sorusu hazırlanmıştır. Tümevarımcı bir yol izlenerek 31 soru oluşturulmuş, soruların uygulanabilirliği ön çalışma ile Ağrı ili Doğubeyazıt ilçesinde araştırmacının çalıştığı sağlık birimine başvuran kadınlar ile deneyimlenmiştir. Bu deneyim sonrasında soru sayısı 21'e indirgenmiştir. Soruların yapısına yönelik uzman görüşü alınmıştır.

Veri Toplama Süreci

Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran, çalışmayı kabul eden kadınların iletişim adres ve numaraları alınmıştır. Telefonla arama yapılmış ve birinci randevu alınmıştır. Birinci randevuya binayen ev ziyaretleri gerçekleştirilmiştir. Bu ziyaret sırasında, araştırmacı tekrar araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Derinlemesine görüşmeyi kabul eden kadınlar ile ikinci randevu planlanmıştır. Planlanan randevu, bireylerin kendi evlerinde, yüz yüze görüşme yöntemi ile yapılmıştır. Kadınların kendi evlerinde, kendi seçtikleri alanda, kadınların tüm gereksinimlerini giderdiği ve görüşmeye hazır olduğu kadınlarca belirtildikten sonra görüşmeye başlanmıştır.

Görüşmelerin tamamı katılımcılardan izin alınarak ses kayıt cihazına kaydedilmiştir. Derinlemesine görüşmeye "Evde doğumunuzu anlatır mısınız, lütfen?" sorusu ile başlanılmıştır. Görüşmenin akışı içinde soruların sırasında meydana gelen değişikliklere müdahale edilmemiştir. Derinlemesine görüşme sırasında kadınların farklı deneyimleri anlatmasına, konu ile ilgili olduğu sürece izin verilmiştir. Kadınların evde doğum deneyimlerine ilişkin duygusal yaşantıları kesintiye uğratılmamış, sessizce paylaşılmıştır. En kısa görüşme 16 dakika 21 saniye, en uzun görüşme 42 dakika 35 saniye sürmüştür.

Kadınların deneyimlerine dair paylaşımları, bulgular ve tartışma bölümünde; aynen ifade edildiği gibi tırnak işareti içerisinde ve italik yazı tipiyle belirtilmiştir. Köşeli parantez ile kelimelerin doğru okunuşları yazılmıştır. İfadelerinin sonunda belirtilen 'G' görüşmeciyi, numara ise görüşmeci numarasını belirtmektedir.

Verilerin Çözümlemesi

Veriler içerik analizi yöntemi ile değerlendirilmiştir. İçerik analizinde yapılan temel işlem, birbirine benzeyen verileri belirli kavramlar ve temalar çerçevesinde bir araya getirmek ve bunları okuyucunun anlayabileceği şekilde düzenleyerek yorumlamaktır (Patton, 2014; Yıldırım ve Şimşek, 2016). Bu çalışmada verilerin analizinde, sırasıyla şu adımlar izlenmiştir. Öncelikle kadınlarla derinlemesine görüşmeler yapılmış, bu görüşmeler ses kayıt cihazına kayıt edilmiş, görüşmeler bittikten sonra ses kayıtlarının ham dökümleri bilgisayar ortamına aktarılmış, kadınların ses kayıtları tekrar tekrar dinlenerek Microsoft Word programında yazıya geçirilmiştir. Bu süreçte ses kayıtları tekrar tekrar dinlenerek, yazılan word belgesindeki veriler ile doğruluğu kontrol edilmiştir. Daha sonra word halinde yazılı veriler, defalarca okunmuştur (ön okuma). Okuma, ikinci olarak ikinci araştırmacı tarafından da yapılmıştır (ikinci okuma). Sonra, bilgisayardaki Excell programına tüm görüşme soruları yazılmış ve açıklama bölümleri kullanılarak kadınların verdiği yanıtlar yerleştirilmiştir. Benzer özellikteki yanıtlar, veri setlerinin yanında kodlanmıştır (ilk kodlama). Araştırmacının oluşturduğu 'Veri Değerlendirme Kriterleri' listesine göre verinin konu ile ilişkisi, bireyin bilişsel, duygusal, davranışsal bileşenlerini yansıtması, verinin tekrarına göre değerlendirilmiştir. 'Veri değerlendirme Kriterleri'nin belirlenmesi ile en az üç kriteri sağlayan içerik veri olarak değerlendirilmeye alınmıştır. Bu şekilde verilerin seçim kriterleri somut zeminde yansıtılmış ve veri güvenilirliği sağlanmıştır. Tüm katılımcıların aynı sorudaki yanıtları ve buna göre yapılan kodlamalar 'Veri değerlendirme Kriterleri' de göz önünde bulundurularak tekrar tekrar kontrol edilmiştir. Araştırma 'kod listeleri' oluşturulmuş, kodlar arasında ilişkilendirme ile alt temalara sonra da temalara ulaşılmıştır. Temaların organizasyonu ile ana temaya ulaşılmıştır. Bu aşama doğumun alanyazın yer alan doğum öncesi (süreç 1), doğum eylemi (süreç 2) ve doğum sonu (süreç 3) aşamaları göz önünde bulundurularak yapılmıştır. Ana tema sonrası bulgular yalın olarak verilmiş, alanyazın ile desteklenerek yorumlanmış ve rapor haline getirilmiştir. Bu çalışmada analiz edilen veriler 5 ana tema ve bu ana temaları oluşturan 14 tema ile alt temalardan oluşmuştur.

Araştırma Etiği

Araştırmanın yapılması için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Bilimsel Etik Kurulu'ndan ve Ağrı Valiliği'nden gerekli kurumsal izinler ve çalışma grubunda yer alan kadınların deneyimlerini ses kaydına almak üzere araştırma etiği olarak görüşme öncesi kadınlardan sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Okur-yazar olmamaları nedeniyle yazılı onamlarını alamayan kadınların sözlü onamları ses kaydı ile kayıt altına alınmıştır.

Geçerlik ve Güvenirlik

Bu çalışmada katılımcılar ile iki görüşme yapılmıştır. Araştırmacı ve katılımcı arasında güven oluşturulmuştur. Katılımcıların kendi evlerinde rahat oldukları ortamda görüşme sağlanmıştır. Kadınların farklı doğum deneyimlerini anlatmalarına izin verilmiştir. Görüşmelerden sonra kayıtlar kadınlara dinletilmiş ve onayları alınmıştır. Görüşme dokümana aktarıldıktan sonra araştırmacı ve uzman tarafından iki kez okunmuştur. Geçerlilik için, çalışma uzman iki kişi tarafından okunmuş ve okuma sonuçları karşılaştırılmıştır. Görüşmeye başlamadan önce kadınlardan yazılı ve okuma yazması olmayanlardan sözlü onam alınmıştır. Sözlü onamlar ses kaydına alınmıştır. Nitel araştırmalarda araştırmacının araştırma sürecinde bulunduğu rol araştırma güvenilirliği için önemlidir. Araştırmacı çalışmanın yapıldığı Ağrı ilinde yaşamaktadır. Bölgenin kültürel özellikleri, iletişim dinamiklerini bilmekle beraber, bu durumun görüşmelere doğal bir ortam sağlaması açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Nitel araştırmalarda araştırmacının deneyimlerdeki öze, katılımcının kapı komşusu rolüne bürünmeden ulaşılması oldukça güçtür. Ayrıca, araştırmacı evde yapılan bir doğum eylemine gözlemci olarak katılmış, evde gerçekleştirilen doğuma ilişkin deneyim edinmiştir.

BULGULAR

Kadınlara Ait Tanımlayıcı Bilgiler

Çalışmaya katılan kadınlara ait sosyo-demografik özellikler Tablo 1'de ve evde doğum yapan kadınlara ait obstetrik bilgiler Tablo 2'de verilmiştir. Çalışma kapsamına alınan kadınların (n=20) yaşları 21 ile 47 arasında değişmektedir. Kadınların ve eşlerinin eğitim durumu okuryazar olmayan ve üniversite mezunu şeklinde geniş bir aralıkta bulunmaktadır. Kadınların %60'ının gelir-gider durumu birbirine denktir (Tablo 1).

Tablo 1. Evde Doğum Yapan Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri

Kadınların Özellikleri	Sayı	%	Kadınların Eşlerinin Özellikleri	Sayı	%
Yaş			Eşlerin eğitim durumu		
25-35	9	45	Okuryazar değil	2	10
36-40	4	20	Okuryazar	3	15
41-50	7	35	İlkokul	11	55
Eğitim durumu			Ortaokul	2	10
Okuryazar değil	5	25	Lise	1	5
Okuryazar	7	35	Üniversite	1	5
İlkokul	7	35	Eşlerin Mesleği		
Üniversite	1	5	Esnaf	7	35
Çalışma Durumu			Serbest Meslek	12	60
Çalışmıyor	20	100	Sağlık Memuru	1	5
Gelir Gider Durumu					
Gelir giderden az	7	35			
Gelir gidere denk	12	60			
Gelir giderden fazla	1	5			
Resmi Nikah Durum					
Resmi Nikah var	19	95			
Resmi Nikah yok	1	5			
Sağlık Güvencesi					
Var	19	95			
Yok	1	5			
Toplam	20	100			

Kadınların evde doğum sayıları en az 1 en fazla 13'tür. Evde doğum yapmadan önce kadınların %55'i evde doğum yapmayı planlamış, %45'i ise evde doğum yapmayı planlamadığı halde çeşitli nedenlerle evde doğum yapmıştır. Kadınların hepsi araştırmadan önce sadece evde doğum deneyiminde bulunmuş olup %15'i araştırmaya konu olan evde doğum deneyiminden önce hastane doğumu da deneyimlemiştir. Kadınların evde doğum kararı vermelerinde etkili olan kaynak kişiler %25 kendileri, %15 eşleri, %25 aile üyeleri, %20 kayınvalideleri ve %15 doğum yapan çevredeki arkadaşlarıdır (Tablo 2.)

Tablo 2. Evde Doğum Yapan Kadınlara Ait Obstetrik Bilgiler

Kadınların toplam doğum sayıları	Sayı	%
1-5 arası	6	30
5-10 arası	9	45
10 ve üzeri	5	25
Kadınların evde doğum planı		
Gebelik döneminde planlanan	11	55
Gebelik döneminde planlanmayan	9	45
Evde doğumda yaşanan sağlık problemleri		
Mekonyum Aspirasyonu	1	5
Kordon Dolanması	1	5
Fetal Geliş Anomalisi	1	5
Vajinal kanama	1	5
Herhangi bir sağlık sorunu yaşamayan	16	80
Kadınların doğum yaptıkları yerler		
Sadece Evde Doğum	11	55
Sadece Hastanede doğum	3	15
Evde ve hastanede karışık sırada yapılan doğum	6	30
Kadınların evde doğum kararını etkileyen kaynak kişiler		
Kendi kararı	5	25
Eşi	3	15
Ailesi, anne, abla, kardeş, hale, teyze	5	25
Kayınvalide	4	20
Doğum yapan arkadaş	3	15
Toplam	20	100

Kadınların Evde Doğum Sürecine Ait Bilgiler

Kadınların evde doğum deneyimi;

Süreç 1. Kadınların Evde Doğuma Hazırlık Deneyimleri

Süreç 2. Kadınların Evde Doğum Eylemine İlişkin Deneyimleri

Süreç 3. Kadınların Evde Doğum Eylemi Sonrası Deneyimleri olarak belirlenmiştir. Her bir süreç başlığı altında içerik analizi sonucu ulaşılan ana temalar, temalar ve alt temalar Tablo 3-4-5'te verilmiştir.

Tablo 3. Kadınların Evde Doğuma Hazırlık Deneyimleri

SÜREÇ 1	ANA TEMALAR	TEMALAR	ALT TEMALAR
SÜREÇ 1. EVD E DOĞUMA HAZIRLIK	ANA TEMA 1: EVDE DOĞUM ALGISI	Tema 1: Ev algısı	Birleştirici alan Güven verici alan Mahrem alan
		Tema 2: İçsel oluşumlar	Cesur, Cesaretli Kendine güven İnancından güç alma Kaderci yaklaşım
		Tema 3: Konfor algısı	Rahatlık Rahatsızlık Kişisel beklentiler
	ANA TEMA 2: EVDE DOĞUM KARARI	Tema 4: Sağlık hizmetine erişememe	Doğum eyleminin başlaması Eşin evde olmaması Ulaşım engelleri
		Tema 5: Benzer deneyimlerin etkileşimi	Yapmıştım, yine yaparım, Onlar yaptı bende yaparım, Ben yaptım sende yaparsın
		Tema 6:Hastane algısı	Hastane korkusu, Sağlık personeli yaklaşımı, Hastanenin fiziki durumu
	ANA TEMA 3: HAZIRLIK YAPMA	Tema 7: Doğum alanı ve bebek hazırlığı	Doğum alanı malzemeleri Bebek için kullanılacak malzemeler
		Tema 8: Doğum anında yalnız kalmama hazırlığı	İletişim kurma Manevi değer

Tablo 4. Süreç 2. Evde Doğum Eylemi

SÜREÇ 2	ANA TEMALAR	TEMALAR	ALT TEMALAR
SÜREÇ 2. EVDE DOĞUM EYLEMİ	ANA TEMA 4: DOĞUM EYLEMİNDE ETKİLEŞİMLER	Tema 9: Doğum yaptıran kadınlar	Doğum yaptıran kadınların nitelikleri Doğum yaptıran kadınların Sürece Katkıları
		Tema 10: Doğum pozisyonlarının etkisi	Doğum Pozisyonlarının çeşitliliği Doğum pozisyonuna karar verme
		Tema 11: Duygusal yaşam deneyimleri	Doğum sürecine odaklanma Doğum sürecinde çevre

Tablo 5. Süreç 3. Evde Doğum Eylemi Sonrası

SÜREÇ 3	ANA TEMALAR	TEMALAR	ALT TEMALAR
SÜREÇ 3. EVDE DOĞUM EYLEMİ SONRASI	ANATEMA 5: DOĞUM EYLEMİ SONRASI KAZANIMLAR	Tema 12:Duygusal Kazanımlar	Kurtuluş Mutluluk Ödüllendirilme duygusu
		Tema 13:Davranışsal kazanımlar	Davranışı gelecek kuşaklara aktarma isteği Davranışı gelecek kuşaklara aktarmama isteği
		Tema 14:Bilişsel Kazanımlar	Tekrar evde doğum yapma düşüncesi Bazı şartlar olursa yine evde doğum yapma düşüncesi Hastanede doğum yapma düşüncesi

Süreç 1. Kadınların Evde Doğuma Hazırlık Deneyimleri

Süreç 1. Kadınların Evde Doğuma Hazırlık Deneyimleri'nin yer aldığı 3 ana tema, 8 tema ve 23 alt temadan oluştuğu Tablo.3'de gösterilmektedir. Ana tema 1; evde doğum algısıdır. Bu ana temayı tema 1, tema 2, tema 3 oluşturmaktadır. Bunlar ev algısı, içsel oluşumlar ve konfor algısı temalarıdır. Ana tema 2; tema 4, tema 5, tema 6'dan oluşmaktadır. Bu ana temayı oluşturan temalar sağlık hizmetine erişememe, benzer deneyimlerin etkileşimi, hastane algısı temalarından oluşmaktadır. Ana tema 3; tema 7 ve tema 8'den oluşmaktadır. Ana tema 3 doğuma hazırlık yapma olarak ortaya çıkmıştır. Bu ana temayı oluşturan temalar doğum alanı ve bebek hazırlığı, doğum anında yalnız kalmama hazırlığıdır.

Tema 1: Ev algısı; birleştirici alan, güven verici alan ve mahrem alan alt temalarını içermektedir.

'Yuva yani o sıcaklık var insan kendini huzurlu hissediyor evinde, sevdiklerin var yanında Yanımda tanıdık kişiler var...' (G10)

'Ev benim için mutluluktur huzurdur yuvadır evlatlarımla birlikte' (G11)

'İnsanın evi daha bi[r] güvenli oluyo[r] ...' (G12)

'Valla benim evimdir....çocuklarımla yanındayım, annem, ablam, eşim yanımda....çocuklarımla yanındayım evimdeyim yani...' (G13)

Tema 2: İçsel oluşumlar; cesur, cesaretli, kendine güven, inancından güç alma ve kadercilik yaklaşım alt temalarından oluşmaktadır.

'...benim için ev rahat, ama kimisi yapmayabilir, cesaret olmi[u]yo[r], cesaret istiy[o] tabi biraz cesaretli olmak lazım o kadar...' (G4)

'Kendimden emindim...insan [kendine] güveni varsa daha iyi olur. Valla cesaret olsa[un] olmazsa[ın] işte her şeyi göze alıyo[ru]z bur[a]da doğuruyo[ru]z' (G14)

'...insan kendinden eminse yapabilir...insana bağlı ben o zaman kendimden emindim. Kendimden emin olmasam hastaneye giderdim...bu gerçekten cesur bi[r] iş cesurca bişey[bir şey]' (G19)

Tema 3: Konfor algısı; rahatlık, rahatsızlık, kişisel beklentiler alt temalarından oluşmaktadır.

'Daha rahat evde, hastanede masanın üstünde yatırıyo[r]lar sonra basıyo[r]lar karnına az bişi[bir şey] açılma olursa dikiş veriy[o]r, ölmeyi evde tercih ettim, ölsem hastaneye gitmezdim. (G1)

'...kimse yardımcı olmuyor sana evde Kendi kendine doğum yapıyorsun...Doktor yok, hemşire yok...yani hiç iğne vurmadılar mesela ilaç yoktu, sancılarımla çoktu, üle[öyle] ağlamışım çok acı çektim' (G2)

'Orda mikroplar oluyo[r]. Pis tuvaletler mesela pis, doğumyeri bile pis. Gidiyo[ru]m doğum edece[ğ]im, midem bulantıyo[r]. Mesela evde temiz bir doğumdu (G3)

'Buradakiler kendisi doğuruyor...Bir sorun çıkar ne olur ne olmaz. Ondan korktum ben...Hastane daha iyidir. Doktor varlar var hemşireler var serumlar var hepsi daha iyi yani insana yardımcı oluyo[r]lar...' (G6)

Tema 4: Sağlık hizmetine erişememe; doğum eyleminin başlaması, eşin evde olmaması, ulaşım engelleri alt temalarından oluşmaktadır.

'Kocam yanımda dildi[değildi], kocam yanımda olsaydı mesela söylerdim ne olursa olsun hastaneye gid[e]cektim'(G2)

'Kimse karar vermedi çünkü evde erkek yoktu. Araba yoktu akşamı'(G3)

'Hazırlanmışım hastaneye gitmek için. Daha bir hafta var dediler. Aniden oldu evde doğum ettim....'(G6)

'Ben kendim istemiyo[r]dum evde yapmayı, eşim iştededi ki maddi gücümüz yok dedi...(G8)

Tema 5: Benzer deneyimlerin etkileşimi; yapmışım yine yaparım, onlar yaptı bende yaparım, ben yaptım sende yaparsın önermelerin oluşturduğu alt temalarından oluşmaktadır.

'Kaynanam, biz evde yapmışız[yaptık] benim zamanımda hastane yoktur[yoktu].Biz evde yaptık, sanki biz canlar değimliyiz[sanki biz can değilmiyiz] öyle şeyler söyledi'(G2)

'İlk olsaydı belki koşa koşa giderdim artık deneyimli olduğum için burayı tercih ettim'(G7)

'Teyzelerimin yarısı doğum yaptı, annem doğum yaptı...onlar evde doğum yaptı kesin bende doğururum n'olucak niye benim canım onlarınkinden üstündür[üstünmüdür] bende doğururum diydim[diyordum] hakkaten de öyle oldu'(G8)

'...benim eltilerimde evde doğum yapmıştı aynı kadına yaptırmışlardı onlarda memnundular'(G10)

'Annem böyle yapmışsa illaki benim kanımda da var, bende yaparım dedim...'(G19)

Tema 6: Hastane algısı; hastane korkusu, sağlık personeli yaklaşımı, hastanenin fiziki durumu alt temalarından oluşmaktadır.

'dikiş yememek için gitmedim...kız kardeşimi gözümün önünde diktiler nasıl bi[r] elbiseyi dikerler dikiyo[r]lardı,'(G1).

'...ben orda hastaneden korktum...ondan evi tercih ediyorum(G7).

'... basıyo[r]lar karnımıza...hadi niye gidip şişirdiniz[anlam:neden hamile kaldınız] diye bağıyorlar, o yüzden gitmek istemedim'(G11)

'Bi[r] arkadaşı doktora götürdüm Karnına basıyo[r]lar, çocuğu çekiyo[r]lar...ben hamileydim o zaman yemin ederim bu hastaneye gelirim...hiç yardımcı falan olmadılar (G19).

Tema 7: Doğum alanı ve bebek hazırlığı teması; doğum alanı malzemeleri, bebek için kullanılacak malzemeler alt temalarından oluşmaktadır.

'...Bişi[bir şey] hazırlamadım ben sadece çocuğun bezlerini hazırladım...yere falan şey dökülmesin, naylon serdim'(G9)

'İşte alta şey serildi böyle yorgan falan serildi, üzerine naylon eski elbiseler ama temiz yıkanmış elbiseler onları falan serdik öyle yerde yaptım doğumu'(G10).

'Naylon poşet falan onun üzerine battaniye falan temiz olacak, temiz bir şey arkasına yastık böyle...ebe kendi getiriyo[r]'(G12)'

'göbeği için jilet falan hazırladık ip, ablam ipi hazırlamıştı, kendi evinden getirmişti jilette kendi evinden getirmişti'(G13),

Tema 8: Doğum anında yalnız kalmama hazırlığı teması; iletişim kurma, manevi değer alt temalarından oluşmaktadır.

'Valla bi[r] valizim vardı hazırladım babamlara gidecektim doğum için, orda bana bakarlar... bizim bi[r] çiçek vardı şey diyo[ru]z Mekke Medine'den gelmiş. O doğum sırasında suya giri[yor], suya girdiki[ği] zaman kadının rahmi açılı[lı]yor, ana rahmi açılı[yor] yani yardım[ci] oluyo[r] çocuk doğ[ur]maya, dog[ğ]uma ...Gerçek çiçektir böyle 5 parmak gibi aynen doğum olduğunda açılıyo[r] şöyle bi[r] içindeki güller çikiyo[r]bittik[ten] sonra birbirine giri[yor] onu da koydum...'(G8)

'...ebe genelde hep çağırıyor Allah'ı doğuma başlamadan önce gidip abdest alır, namaz kılar abdestli gelir doğuma....'(G12)

'Sancım çok vardı şu bacaklarım ağrıyo[r]du...bu gece rahatsızım ben bu gece bekleyin yanımda dedim, abla bu gün benim yanıma gelin...annemde yanımdaydı...'(G13)

Süreç 2. Kadınların Evde Doğum Eylemine İlişkin Deneyimleri

Süreç 2. Kadınların Evde Doğum Eylemine İlişkin Deneyimleri'nin yer aldığı ana tema 4, tema 9, tema 10 ve tema 11 ve alt temalar Tablo. 4'de gösterilmektedir. Ana tema 4, doğum eyleminde etkileşimlerdir. Bu ana temayı oluşturan temalar sırası ile doğum yaptıran kadınlar, doğum pozisyonlarının etkisi, doğumda duygusal yaşam deneyimleri temalarıdır.

Tema 9: Doğum yaptıran kadınlar; doğum yaptıran kadınların nitelikleri, doğum yaptıran kadınların sürece katkıları alt temalarından oluşmaktadır.

'Doğumu ben kendim yaptım, annemde göbeğini kesti, anamdır. İlgileniy[o]r[du], birinin seninle ilgilenmesi insanın hoşuna gidiyo[r]'(G1).

'Güzel sözler söylemiş, kötü söz söylememiş, iyi bir kadın. ...'(G2)

'Komşum bi[r] karı. İyiydi. İyi davrandı. Valla ben sevindim''(G3)

'Ebe dedim ya insana daha bi[r] yardımcı daha bi[r] güven verici, ebe hep senin yanındadır, bırakıp gitmiyor'(G12)

'Annem yanımdaydı, ablam yanımdaydı, onlar yardımcı oluyo[r]lar, sağolsunlar yardım ettiler(G13)

'Yaşlı biriydi ne bilim işte çok iyi biriydi, ellemiyo[r]du fazla hiç bişi[bişi] yapmıyo[r]du çocuğun başı göründü sonra yardım etti o da cesaret verdi bana'(G14)

Tema 10: Doğum pozisyonlarının etkisi; doğum pozisyonlarının çeşitliliği, doğum pozisyonuna karar verme alt temalarından oluşmaktadır.

'...diz üstü uzanmıştım, sonrada sırt üstü doğum yaptım. Ben o zaman çekyattan tutunarak doğum yaptım'(G1)

'...oturdum büle[böyle], böyle oturmuşum(dizlerinin üzerine çömelerek gösteriyor)(G2)

'Diz üstüne çöküyo[r]um, arkadan makata gel[e]cek şekilde ayaklarımı koyuyo[r]um, ayaklarım makatıma geldiği zaman daha rahat doğum oluyo[r] (G4).

'Dik böyle (yarı oturur pozisyon gösteriyor) ondan sonra, yatarak sırt üstü.'(G11)

'Oturarak böyle diz üstü (G13)

Tema 11: Duygusal yaşam deneyimleri; doğum sürecine odaklanma ve doğum sürecinde çevre alt temalarından oluşmaktadır.

'...doğumdan sonra eşin olması iyi biş[bir şey] en azından derdini söylersin, en azından paylaşırdın, onun olmasını isterdim (G1)

'...eşimin bu dar günümde yanımda olmasını ve neler çektiğimi görmesini isterdim'(G8)

'...korkuyo[r]dum yani dedim iki tane çocuğum öldü ya bunun başına da bişi[bir şey] gelse çok korkuyo[r]dum'(G9)

'...ablam yanımdaydı annem yanımdaydı korku yani içime girmiy[o]r[du]...Yalnız başına olmıyo[r] ki'(G13)

Süreç 3. Kadınların Evde Doğum Eylemi Sonrası Deneyimleri

Süreç 3. Kadınların Evde Doğum Eylemi Sonrası deneyimleri'nin yer aldığı ana tema 5, tema 12, tema 13, tema 14 ve alt temalar Tablo. 5'de gösterilmektedir. Ana tema 5, doğum eylemi sonrası kazanımlardır. Bu ana temayı oluşturan temalar sırası ile duygusal kazanımlar, davranışsal kazanımlar, bilişsel kazanımlar temalarıdır.

Tema 12: Duygusal kazanımlar; kurtuluş, mutluluk, ödüllendirilme duygusu alt temalarından oluşmaktadır.

'...doğumda çok yorulduğum, kuvvetim azaldı, kayınvalidem şerbet yaptı, güç toplayayım diye...'(G2).

'...eşim kendisi yemek yaptı, gidip kendisi et getirdi, bana ciğer aldı ciğer verdi'(G8)

'Çocuk sağlıklı tabi, baya neşem yerindeydi, mutluydum'(G9).

'...yani aslında dinlenmek istiy[o]r[sun] doğumdan sonra, bitkin oluy[o]r[sun] ev kalabalığı bebeği, beni görmeye gelenler, falan o zaman rahatsız oluyorum'(G10)

Tema 13: Davranışsal kazanımlar; davranışı gelecek kuşaklara aktarma isteği, davranışı gelecek kuşaklara aktarmama isteği alt temalarından oluşmaktadır.

'Kızım hastaneye gitsin belki benim kadar tecrübeli olmaya bilir (G7)

'Benim doğumum güzel oldu insana bağlı. Her insan istediğini yapar, hangisi iyiyse onu düşünüp ona karar versin'(G12)

'Valla kadın(ara ebe) öldü, tercih etmem kızıma, o kadın çok güzeldi ama'(G14)

'Yok eski hatamız biz yaptık siz yapmayın...bu cahillere söylüyorum yani bizim gibi yapmasınlar'(G15)

'Benim kızımda benim gibi kendinden eminse yapabilir'(G19)

Tema 14: Bilişsel kazanımlar; tekrar evde doğum yapma düşüncesi, bazı şartlar olursa yine evde doğum yapma düşüncesi, hastanede doğum yapma düşüncesi alt temalarından oluşmaktadır.

'Bu kadar doğumdan sonra yine evde yapardım herhalde'(G4)

'...benim için zordu ama evi daha çok seviyorum, tekrarda evi tercih ederim'(G7)

'...çilli kadın(araebe) öldü hastaneyi düşünüyorum. Hiç kimseye güvenmem artık...'(G14)

'Benim için hangisi uygunsa onu seçerim, ikisinin farkı yok benim için ama yine de önce onu(araebe) getirmeyi düşünürüm. Olmazsa giderim'(G12)

'Hastane de bundan sonra, ben hastanede doğum ederim'(G18)

'Evde, rahatsızlığım bişim[bir şeyim] yoksa yine evde doğum yapmayı tercih ederim'(G19)

TARTIŞMA VE YORUM

Ana Tema 1: Evde doğum algısı; ev algısı, içsel oluşumlar, konfor algısı temalarından oluşmaktadır.

Ev algısı, evde doğum yapan kadınlar için birlikte olunan güvenli alan anlamına gelmektedir. Kadınların evde olması, aile üyeleri ile tanıdık bir çevrede kalma isteği, güvende hissetme ve kişisel özerklik ihtiyacının tam karşılığı olan evde olma duygusuna hizmet etmektedir. Evde olma duygusu kadınlarca 'Doğumda güven' 'Ailenin katılımı' 'Huzurlu bir deneyim' gibi ifadeleri içermektedir (Boucher, Bennett, McFarlin ve Freeze, 2009; Carlsson ve diğerleri, 2020; Sluijs ve diğerleri, 2015; Van Haaren-Ten Haken ve diğerleri, 2012). Diğer çocuklarının güvende olduğunu görmesi, doğum sürecinde dahi olsa kadınların çevresi üzerinde kontrole sahip olmasını sağlamaktadır (Jouhki, Suominen ve Astedt-Kurki, 2017).

Kadınların evde doğumda içsel oluşumları, doğumun fizyolojisine ve kendi doğurma yeteneğine olan güven olarak tanımlanabilir. Kadınların doğum eyleminde içgüdüsel olarak davrandığı bilinmektedir (Murray-Davis ve diğerleri, 2012). Bütünsel olarak doğumun sadece "normal doğum" için standart protokollere ve standart parametrelere göre davranmak yerine, doğum sırasında "iç seslerini" dinlemeye ve takip etmeye yönelik gerçekleştirilmesi gerektiği ve sezginin doğasına güvenerek nedenleri ve sonuçlarının da dikkate alınması gerekir (Davis-Floyd ve Davis, 1996; Lock ve Gibb, 2003). Bu bağlamda evde doğum yapan kadınların kendilerini; cesur ve cesaretli, kendinden emin ve kendine güvenen, Allah'a inanan ve inancından güç alan, kaderci kadınlar olarak iç seslerine dayalı tanımladıkları görülmektedir. Evde doğum yapan kadınların kendileri için belirttiği bu tanımlamalar, içsel oluşumlarının sezgisel güdülenmesinde etkili olmaktadır. Benzer olarak Callister ve Khalaf(2010), çalışmalarında 'Tanrı'ya yaklaşma zamanı' olarak doğum eyleminin algılandığını ve doğum eylemi sırasında kadınların dini inançlarından güç aldığını belirtmektedirler(Callister ve Khalaf, 2010).

Evde doğumda konfor algısı, kadınların doğum sürecinde rahat ya da rahatsız oldukları yönünde kişisel beklentilerini içermektedir. Benzer olarak, kadınların doğum deneyimini etkileyen rahatlık gibi kişisel beklentileri olduğu bilinmektedir (Hodnett ve diğerleri, 2007). Kadınların ev, konfor algısı ile içsel oluşumlarının harmanlanması ile ortaya çıkan evde doğum algısı evde doğum deneyiminde yönlendirici bir faktördür. Bu faktör kadınların evde olma duygusunun kişisel beklentilerini karşılamasında ve bu doygun beklenti düzeyi ile içgüdüsel olarak cesur ve cesaretli, kendinden emin ve kendine güvenen, Allah'a inanan ve inancından güç alan, kaderci kadınlar olarak ortaya çıkmasında etkilidir.

Ana tema 2: Evde doğum kararı; sağlık hizmetine erişememe, benzer deneyimlerin etkileşimi ve hastane algısı temalarından oluşmaktadır.

Doğum kararı; sosyo-demografik, sosyo-kültürel ve sağlık hizmetiyle ilgili faktörlerin her birinden etkilenir. Ailenin karar otoriteleri doğum yeri üzerinde özellikle güçlü bir etkiye sahiptir (Shah, Rehfuess, Maskey ve ark. 2015). Yapılan bu çalışmada kadınların ifadelerinden sağlık hizmetine erişememe nedeni olarak eş kavramına vurgu yapılmaktadır. Alanyazında da, aile üyelerinin doğum ve doğum anında hazır bulunamamalarından, sağlık kuruluşuna yetişememe, ekonomik faktörler ve sağlık tesislerine ulaşımın elverişsizliği, kararın eşin vermesi gibi nedenlerle evde doğum yapıldığı belirtilmektedir (Parmar, Khanpara, ve Kartha, 2013).

Evde doğum kararı vermede kadınların hastane algısını oluşturan gereksiz tıbbi müdahaleye maruz kalma korkusu ve sağlık personelinin olumsuz yaklaşımlarıdır. Alanyazında kadınların çoğunun gereksiz tıbbi müdahale olmaksızın olabildiğince doğal bir şekilde doğum yapmak istediği belirtilmektedir (Boucher ve diğerleri, 2009; Kringeland ve diğerleri, 2010; Renesme ve diğerleri, 2013; Victora ve diğerleri, 2011). Avustralya'da kadınlar esnek olmayan hastane sistemlerinden uzak olmak ve doğumda müdahalenin fiziksel ve duygusal travmatik etkilerinden korunmak için evde doğumu seçmektedirler (Blais, 2002). Malezyalı kadınlarda hastanede vajinal muayeneler ve doğumda bebeğin kalp izlenmesi gibi modern tıbbi bakımın gereksiz olduğuna inanmaktadır (Ahmad Tajuddin ve diğerleri, 2020). Kadınların psikolojik durumlarını olumluya çevirmekte az medikal girişimle karşılaşmanın önemli olduğunu ve bu yönünde ki beklentilerinin evde doğum kararı ile karşılanmaktadır (Sjöblom ve diğerleri, 2006). DSÖ, doğum eyleminin kendi normal akışında ve doğal fizyolojisi korunarak desteklenmesini, gerekmedikçe de herhangi bir girişimde bulunulmamasını önermektedir (WHO, 1999).

Sağlık tesisinde sunulan hizmetler hakkında olumsuz düşüncenin evde doğum kararında etkili olduğu bilinmektedir (Downe, Finlayson, Oladapo, Bonet ve Gülmezoglu, 2018; Parmar ve diğerleri, 2013). Kadınların özellikle kendilerine 'bir parça et gibi muamele edilmesi' konusunda yaklaşımın hastanede sunulan hizmete yönelik kadınlar algısını ortaya çıkarmaktadır. Oysa kadınlar sağlık personeli tarafından 'güvenmek ve bilgilendirilmek' 'doğuma hazırlanmak' gibi kavramların önemli olduğunu belirtmektedirler (Blais, 2002). DSÖ, sağlık kuruluşlarında yapılan doğum sırasında kadınların belirttiği yüksek düzeyde kötü muamele ve bunun bir kadının doğum deneyimi üzerindeki etkilerinin de kaygı verici olması nedeniyle intrapartum bakımın tekrar ele alınması gerektiğini belirtmektedir (DSÖ, 2018).

Evde doğum kararını, benzer olarak evde doğum deneyimi yaşayan aile üyeleri, akraba ve komşuların etkilediği görülmektedir. Güvenç (1999)'in belirttiği üzere; kültürel kurumlar başarısı denenmiş çözüm yollarıdır. Kadınlar evde doğum olgusuna yönelik sosyal biliş yapılarını ortaya koymaktadır (Güvenç, 1991). Sosyal biliş, insanın diğer insanları ve kendilerini nasıl anlamlandırdıkları ile ilgilidir. Sağlık davranışı ise algılar, tutum, değerlerin organize edilmesi ile gelişmektedir (İnanç ve Hatipoğlu, 1995). Bu çalışmada, sosyal bilişin ve algının yönlendirici etkisi ile kültür ve değerlerini organize eden kadınlar evde doğum yönünde tutum sergilemektedir. Benzer olarak Sosyo-kültürel faktörlerin oldukça etkili olduğu Etiyopya'da kadınlar, farklı koşullardan, kültürlerden ve farklı çevreden doğum yapma konusunda etkilenmektedir. Bu etkili ile beraber doğumun çoğu evde gerçekleşmekte ve sağlık personelleri tarafından yapılmamaktadır (Abd El-Aziz, Mansour ve Hassan, 2017; Sluijs ve diğerleri, 2015).

Kadınların sağlık hizmetine erişememe, benzer deneyimlerin etkileşimi ve hastane algısı ile ortaya çıkan evde doğum kararı evde doğum deneyiminin gerçekleşmesinde etkilidir. Sağlık hizmetine erişememenin ekonomik ve ulaşım olanakları dışında eşin evde olmaması ile ilgili ve doğum eyleminin başlaması ile artık yola çıkılamayacağı yönünde düşüncenin de etkili olduğu görülmektedir. Diğer taraftan sağlık personelinin kadınlara davranışları ve kadınların beklentileri yönünde ortaya çıkan zıtlık evde doğum kararında oldukça etkilidir. Aynı çevre içinde yaşayan kadınlar öz yeterliliklerinden yola çıkarak doğumu evde yapabilme becerilerini değerlendirmektedirler. Evde doğum yapabilmeyen eylemsel ve yetenek olmak üzere 2 boyutu 'yapmıştım yine yaparım', 'onlar yaptı bende yaparım', 'ben yaptım sende yaparsın' şeklinde deneyimlerin etkileşiminde ortaya çıkmaktadır. Ahmad ve diğerleri (2020) evde doğum yapan kadınların yardımsız olarak evde doğumun özerkliği ve inancı temsil ettiği gerçeği ile doğal bir süreç olarak çevrede görüldüğü gibi yapılabileceğini belirtmektedir (Ahmad ve diğerleri, 2020).

Ana tema 3: Doğuma hazırlık yapma; doğum alanı ve bebek hazırlığı, doğum anında yalnız kalmama hazırlığı temalarından oluşmaktadır.

Kadınlar evde doğum eylemi için doğum yapılacak alan, doğacak bebek ve doğum sürecinde evde yalnız kalmama yönünde hazırlıklar yapmaktadırlar. Bu hazırlıklar içinde manevi alanını destekleyecek davranış ve ritüellerinde olduğu görülmektedir. Ritüellerin kullanılması, inancı daha çok doğuma yaklaştırarak doğum sonuçlarını olumlu yönde etkilemektedir (Callister ve Khalaf, 2010). Çalışmaya alınan kadınlar tarafından söylenen ifadeler, evde doğumda mistik bir yapılanmanın oluşturulduğunu, manevi yönden kadınların hazırlandığını ve güçlendiğini göstermektedir. Benzer olarak, Gana'da geleneksel doğum ebeleri 'Tanrı'nın doğumda barış içinde yaşanmasına yardım etmesi için dua ediyorum' ve 'kadının alınına ve karnına yağ sürüyor ve doğumdan önce dua ediyorum', şeklinde evde doğumda dua ederek bir ritüel yaşandığını belirtmektedirler. Aziato ve Omenyo (2018), yaptığı çalışmada evde doğum performansını, bakım ritüelleri olan bir geçiş ayini olarak tanımlamaktadır. Dolayısı ile evrensel olan evde doğumun evrene yayılmış ritüeller içeren kökleri Dünya'nın herhangi bir yerinde karşımıza benzer davranışlar ile çıkmaktadır. Diğer taraftan, kadınların Doğum sırasında yalnız olmasını, doğum sonrası depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu riskini artırabilen olumsuz duygusal doğum deneyiminden sorumlu olduğu bilinmektedir (Bertholdt, Epstein, Banasiak ve ark. 2020). Bu nedenle kadınlar doğumda yalnız kalmama yönünde girişimlerde bulunmaktadır.

Ana tema 4: Doğum eyleminde etkileşimler; doğum yaptıran kadınlar; doğum pozisyonlarının etkisi, doğumda duygusal yaşam deneyimleri temalarından oluşmaktadır.

Evde doğumda doğum yaptıran kadınların nitelikleri doğum sürecinde önemlidir. Çalışmada kadınların ifadelerinden doğum yaptıran kadınların iyi davrandığı, yardımcı olduğu, olumlu yaklaştığı belirtilmektedir. Gibbins ve Thomson (2001), benzer olarak doğum sırasında yardım almanın ve destek görmenin kadınlar için önemli olduğunu açıklamaktadır (Gibbins ve Thomson, 2001). Uluslararası yapılan çalışmalarda da ebelerin destekleyici, açıklayıcı bilgi vermeleri, iyi davranmaları ile kadınların korkularının azaltılarak daha pozitif sonuçların görüldüğünü belirtilmektedir (Barclay, ve Shoqirat, 2019; Dahlen, Barclay ve Homer 2008; Khresheh ve diğerleri, 2019). Kadınlar evdeki doğum deneyimine komşularının, annelerinin, akrabalarının katıldığını ya da hiç yardımsız kendilerinin yaptığını belirtmektedir. Benzer olarak rastlantısal olarak evde doğum yapan kadınların çoğunda akrabaları, arkadaşları ya da komşuları ya da kendi anneleri evde doğumlarına eşlik ettiği bilinmektedir (Diana ve diğerleri, 2018). Bunun yanında hiç yardımsız doğum yapmayı tercih eden kadınlarda vardır.

Evde doğumda doğum pozisyonlarının standart temellere dayandırılmaması kadınlar için önemlidir. Çalışmada kadınların ifadelerinden doğum pozisyonunun kadınların kendileri için en uygun olacağını düşündüğü şekilde gerçekleştirdiğini göstermektedir. Kadının arkasının yastıkla ya da yatağının 30-60 derece kadar yükseltilmesi uterus kontraksiyonlarının etkinliğini artırma da yararlıdır (Karaçam, 2001). Diğer taraftan doğumun ikinci aşamasında annenin sırt üstü ya da yarı sırt üstü yatmaması ve en rahat bulunduğu pozisyonda olması önerilmektedir. Doğumda girişimsel kolaylık sağladığı için litotomi gibi supin pozisyonlar kullanılmaktadır (NICE, 2019). Ancak kadınların çoğu doğumda bu pozisyonların rahat olmadığını ve ağrıya neden olduğunu belirtmektedir. Supin pozisyonlar yerine dik pozisyonların kullanılması, yerçekiminden dolayı bebeğin pelvisten aşağıya doğru inmesini ve böylece doğumu kolaylaştırmaktadır. Dik pozisyonların doğumun ikinci evresinin süresini kısalttığı, operatif doğum ve epizyotomi oranlarını, kan kaybı ve distrese giren bebek sayısını azalttığı mevcuttur (Gupta, Sood, Hofmeyr ve Vogel, 2017). Evde doğumu seçen kadınlar, tıbbi otoriteyi baskıcı olarak görürler, kendilerine ve bebeklerine sağlanan bakımla ilgili kararlar almak isterler (Van Haaren-Ten Haken ve diğerleri, 2012). Dolayısı ile evde doğum yapan kadınlar litotomi pozisyonuna bağlı kalmaksızın doğum pozisyonlarını istedikleri şekilde, sıklıkta ve çeşitlilikte kullanabilmenin sağladığı avantajın farkındadır.

Evde doğumda, yaşanan duygusal yaşam deneyimleri kadınlar için önemlidir. Bu yaşam deneyimleri içinde kadınlar çoğunlukla eşlerinin, aile bireylerinin, duygusal destek alabileceği birinin yanında olmasını istemektedir. Alanyazında da benzer şekilde tüm kadınların doğumda eşlerinin dayanmak için en önemli dayanak olarak gösterildiği belirtilmektedir (Gibbins Thomson, 2001). Dahlen ve arkadaşlarının (2008), ilk kez anne olan kadınların ev ve hastane doğumları karşılaştırdığı çalışmasında, her iki mekânda doğum yapan kadınların eşlerinin ya da aile üyelerinin yanlarında olmasının önemli olduğunu belirtmektedir (Sluijs ve diğerleri, 2015; Van Haaren-Ten Haken ve diğerleri, 2012). Kadınları evde doğumda etkileyen önemli bir faktör de doğum yaptıran kadınların özellikleridir. Kadınların algılarında doğum eyleminin gerçekleşmesinde bu özellikler katalizör etki göstermektedir. Diğer taraftan sınırlandırılmamış doğum pozisyonları ile kadınlar doğum eyleminin vücutlarında bulunduğu dansı kendi özerk yapıları içinde birbirinden benzersiz göstermektedir. Bu süreçte duygusal olarak ise başta eşleri olmak üzere yakınlık hissettikleri kişilerle olmak evde doğumun avantajlı yönü olarak görülmektedir.

Ana tema 5: Doğum eylemi sonrası kazanımlar: duygusal kazanımlar, davranışsal kazanımlar, bilişsel kazanımlar temalarından oluşmaktadır.

Kadınların evde doğum sonrası duygusal kazanımları olduğu görülmektedir. Bu kazanımları, mutluluk, kurtuluş, ödüllendirilme duygusunda kendini göstermektedir. Benzer olarak başarılı bir şekilde doğum yaptıktan

büyük mutluluk duydukları belirtilmektedir. Doğumdan sonra aile üyeleriyle kutlama yapabilmek ve onlar tarafından şımartılabilmek, kadınları 'kraliçe gibi' hissettirmektedir (Jouhki ve diğerleri, 2017). Bu çalışmada da evde doğum süreci başarılı bir şekilde sonlanan kadınlar yaşam döngüsünde evde gösterdikleri bu mücadele için onurlandırılmayı beklemektedirler. Bu aşamada maddi veya fiziksel bakım gösterilmediğinde duygusal olarak kadınların olumsuz hissettiği belirtilmiştir (Khresheh ve diğerleri, 2019).

Evde doğum yapan kadınların süreç sonunda gelecek kuşaklara evde doğum davranışını aktarma isteğini, kızlarının evde doğum yapabilme yeteneğine emanet edilmiş bir davranış olarak görmeleri ile sınırlıdır. Diğer taraftan evde doğumun hibir koşulda yapılmamasını isteyen kadınlarda vardır.

Evde doğum yapan kadınların tekrar evde doğum yapma yönünde düşüncesi farklılık göstermektedir. Bazı şartlar olursa yine evde doğum yapma düşüncesi ve artık sadece hastanede doğum yapma düşüncesi olarak bilişsel kazanımlar olarak değişiklik göstermektedir. Evde doğum yapan kadınların tekrar evde doğum yapma düşüncesi evde doğum yapmanın avantajlarını içeren; doğumla ilişkili ağrının zorluğu ve normalliği; doğum ve annelikle gelen doyum ve güçlenme duyguları; ebe-bakıcının destekleyici rolünün önemi gibi faktörlerin şekillenmesi ile ortaya çıkmaktadır (Johnson, Callister, Freeborn, Beckstrand ve Huender 2007). Kadınların evde doğum eylemi sonrası duygusal, davranışsal ve bilişsel kazanımları kendi bireysel öncelikleri, bilgileri, yetenekleri, sezgileri, deneyimlerinin sonuçlarına göre doğal ya da standartlaştırılmış doğum eylemine yönelik içsel yönelimleri ile ortaya çıkmaktadır. Evde doğum kadınlar açısından bir doğum stratejisi değil doğumun doğallığında var olan kültürel davranışları ve inançları içermektedir.

SONUÇ

Araştırmada ele alınan evde doğum deneyimi, evrensel kökleri olan bu köklerden güç alan içinde birçok beklenti düzeyini barındıran, ardışık süreçlerden oluşmaktadır. Doğumun alanyazında belirtilen doğuma hazırlık, doğum eylemi ve doğum sonrası süreçleri gözönüne alınarak kadınların evde doğum deneyimleri değerlendirildiğinde beş ana tema çatısı altında örgütlendiği görülmektedir. Bunlar, evde doğum algısı, evde doğum kararı vermeyi etkileyen faktörler, doğuma hazırlık, doğum sırasında kadınların içsel dünyaları ve çevreleri ile olan etkileşimleri ve doğum sonrası duygusal, davranışsal ve bilişsel kazanımlarından oluşmaktadır. Dolayısı ile bu kadınların evde doğum yapmasında etkili olan faktörler sağlık kuruluşlarına entegre edilirse, bu kadınlar tercihlerini değiştirerek doğumlarını evden sağlık kuruluşlarına taşıyabilir. Ancak; bu faktörlere yönelik sağlık kuruluşlarında yenilik sağlanmadığında evde doğum evrimsel bir dönüşüm yaşayamaz ve evde doğum kuşaklar boyu varlığını sürdürmeye devam edebilir.

Yazar Katkı Payları:

GC: Çalışmanın planlanması, literatür taraması, verilerin toplanması, verilerin analizi ve yorumlanması, çalışmanın raporlaştırılması aşamasında görev almıştır.

SAÖ: Çalışmanın planlanması, denetleme, eleştirel inceleme, süpervizyon ve düzenleme aşamalarında görev almıştır.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Mali Destek: Bu çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır

KAYNAKLAR

- Abd El-Aziz, S. N., Mansour, S. E. S., Hassan, N. F. (2017). Factors associated with fear of childbirth: It's effect on women's preference for elective cesarean section. *Journal of Nursing Education*, 7(1), 133-146. <https://doi.org/10.5430/jnep.v7n1p133>.
- Ahmad Tajuddin, N. A. N., Suhaimi, J., Ramdzan, S. N., Malek, K. A., Ismail, I. A., Shamsuddin, N. H., ... Othman, S. (2020). Why women chose unassisted home birth in Malaysia: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02987-9>
- American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn (2013). Planned home birth. *Pediatrics*, 131(5), 1016-1020. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-0575>
- American College of Obstetricians and Gynecologists, (2016). Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 669: Planned Home Birth. *Obstetrics and Gynecology*, 128(2), e26-31. Doi: 10.1097/AOG.0000000000001586
- Almeida, M. F. D., Alencar, G. P., Novaes, M. H. D., França Jr, I., Siqueira, A. A., Schoeps, D., ... Rodrigues, L. (2005). Accidental home deliveries in southern Sao Paulo, Brazil. *Revista de Saude Publica*, 39(3), 366-375. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300006>

- Aziato, L., Omenyo, C. N. (2018). Initiation of traditional birth attendants and their traditional and spiritual practices during pregnancy and childbirth in Ghana. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 64. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1691-7>
- Bertholdt, C., Epstein, J., Banasiak, C., Ligier, F., Dahlhoff, S., Olieric, M. F., ... Morel, O. (2020). Birth experience during COVID-19 confinement (CONFINE): protocol for a multicentre prospective study. *BMJ Open*, 10(12), e043057. doi: 10.1136/bmjopen-2020-043057.
- Blais, R. (2002). Are home births safe?. *CMAJ*, 166(3), 335-336.
- Boucher, D., Bennett, C., McFarlin, B., Freeze, R. (2009). Staying home to give birth: why women in the United States choose home birth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54(2), 119-126. doi: 10.1016/j.jmwh.2008.09.006
- Callister, L. C., Khalaf, I. (2010). Spirituality in childbearing women. *The Journal of Perinatal Education*, 19(2), 16-24. doi: 10.1624/105812410X495514.
- Carlsson, I. M., Larsson, I., Jormfeldt, H. (2020). Place and space in relation to childbirth: a critical interpretive synthesis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(sup1), 1667143. doi: 10.1080/17482631.2019.1667143
- Catling-Paull, C., Coddington, R. L., Foureur, M. J., Homer, C. S. (2013). Publicly funded homebirth in Australia: a review of maternal and neonatal outcomes over 6 years. *Medical Journal of Australia*, 198(11), 616-620. doi: 10.5694/mja12.11665
- Creswell, J. W. (2013). Nitel araştırma yöntemleri: Beş yaklaşıma göre nitel araştırma ve araştırma deseni.(Çev: M. Bütün; Ş.B. Demir) Ankara: Siyasal Kitavevi
- Dahlen, H. G., Barclay, L. M., Homer, C. (2008). Preparing for the first birth: mothers' experiences at home and in hospital in Australia. *The Journal of Perinatal Education*, 17(4), 21-32. doi: 10.1624 / 105812408X364143
- Davis-Floyd, R., Davis, E. (1996). Intuition as authoritative knowledge in midwifery and homebirth. *Medical Anthropology Quarterly*, 10(2), 237-269. doi:10.1525/maq.1996.10.2.02a00080
- Diana, L., Glauca, L., Adriana, C., Israel Jr, F. (2018). Out-of-hospital deliveries: A case-control study. *Turkish Archives of Pediatrics/Türk Pediatri Arşivi*, 53(2), 87-95. doi: 10.5152/TurkPediatriArs.2018.6269.
- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O., Bonet, M., Gülmezoglu, A. M. (2018). What matters to women during childbirth: a systematic qualitative review. *PloS one*, 13(4), e0194906. doi: 10.1371/journal.pone.0194906.
- Dunn, P. (2004). Childbirth: home or hospital? *British Journal of Midwifery*, 12(6), 380 – 385. <https://doi.org/10.12968/bjom.2004.12.6.13140>
- Edmonds, J. K., Jones, E. J. (2013). Intrapartum Nurses' Perceived Influence on Delivery Mode Decisions and Outcomes. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 42(1), 3–11. doi:10.1111/j.1552-6909.2012.01422.x
- Fletcher, B. R., Rowe, R., Hollowell, J., Scanlon, M., Hinton, L., Rivero-Arias, O. (2019). Exploring women's preferences for birth settings in England: A discrete choice experiment. *PloS One*, 14(4), e0215098. doi:10.1371/journal.pone.0215098.
- FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Planned home birth. FIGO Committee Report. February 2013;120(2):204-5. Erişim adresi: <https://www.figo.org/decision-making-about-vaginal-and-caesarean-delivery> Erişim tarihi:15.12.2020
- Foureur, M., Davis, D., Fenwick, J., Leap, N., Iedema, R., Forbes, I., & Homer, C. S. (2010). The relationship between birth unit design and safe, satisfying birth: Developing a hypothetical model. *Midwifery*, 26(5), 520-525. doi: 10.1016/j.midw.2010.05.015.
- Gibbins, J., Thomson, A. M. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, 17(4), 302-313. doi: 10.1054/midw.2001.0263.
- Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J., Vogel, J. P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5). doi: 10.1002/14651858.CD002006.
- Güvenç, B. (1999). İnsan ve kültür. Ankara: Remzi Kitapevi.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). Doğum Hizmetleri. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Tübitak. Ankara. Türkiye S:114-117
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., Sakala, C. (2007). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.cd003766.pub2

- İnanç, N., Hatipoğlu, S.(1995). Sağlıklı toplum için sağlıklı aile. *GATA Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11-31.
- Johnson, T. R., Callister, L. C., Freeborn, D. S., Beckstrand, R. L., Huender, K. (2007). Dutch women's perceptions of childbirth in the Netherlands. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 32(3), 170-177. doi: 10.1097/01.NMC.0000269567.09809.b5.
- Jouhki, M. R., Suominen, T., Åstedt-Kurki, P. (2017). Giving birth on our own terms–Women's experience of childbirth at home. *Midwifery*, 53, 35-41. doi: 10.1016/j.midw.2017.07.008
- Karaçam, Z. (2001). Doğum sırasında kullanılan pozisyonların anne ve bebek sağlığına etkisi. *CÜ Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 5(2), 56-60.
- Khreshneh, R., Barclay, L., Shoqirat, N. (2019). Caring behaviours by midwives: Jordanian women's perceptions during childbirth. *Midwifery*, 74, 1-5. doi: 10.1016/j.midw.2019.03.006
- Kringeland, T., Daltveit, A. K., Møller, A. (2010). What characterizes women who want to give birth as naturally as possible without painkillers or intervention?. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 1(1), 21-26. doi: 10.1016/j.srhc.2009.09.001.
- Lock, L.R., Gibb, H.J. (2003). The power of place. *Midwifery*, 19(2),132-139. doi: 10.1016/s0266-6138(02)00109-2.PMID: 12809633
- MacDorman, M. F., Menacker, F., Declercq, E. (2010). Trends and characteristics of home and other out-of-hospital births in the United States, 1990-2006. National vital statistics reports: from the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System, 58(11),1-14.
- Murray-Davis, B., McNiven, P., McDonald, H., Malott, A., Elarar, L., Hutton, E. (2012). Why home birth? A qualitative study exploring women's decision making about place of birth in two Canadian provinces. *Midwifery*, 28(5), 576-581. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.01.013>
- NICE, (2014). Birmingham's dedicated home birth service (CG190). Erişim adresi: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations#place-of-birth>
- Parmar, A., Khanpara, H., Kartha, G. (2013). A study on taboos and misconceptions associated with pregnancy among rural women of Surendranagar district. *Healthline Global Journal of Healthcare*, 4(2),4.
- Patton, Q M. (2014). Nitel araştırma ve değerlendirme yöntemleri. (Çev: M.Bütün; S.B., Demir) 3. Baskı, Ankara: Pegem Akademi.
- Renesme, L., Garlantézec, R., Anouilh, F., Bertschy, F., Carpentier, M., Sizun, J. (2013). Accidental out-of-hospital deliveries: a case–control study. *Acta Paediatrica*, 102(4), e174-e177. <https://doi.org/10.1111/apa.12156>
- Shah, R., Rehfuess, E. A., Maskey, M. K., Fischer, R., Bhandari, P. B., Delius, M. (2015). Factors affecting institutional delivery in rural Chitwan district of Nepal: a community-based cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0454-y>
- Sialubanje, C., Massar, K., Hamer, D. H., Ruiter, R. A. (2015). Reasons for home delivery and use of traditional birth attendants in rural Zambia: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 216. doi: 10.1186/s12884-015-0652-7.
- Sjöblom, I., Nordström, B., Edberg, A. K. (2006). A qualitative study of women's experiences of home birth in Sweden. *Midwifery*, 22(4), 348-355. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2005.11.004>
- Sluijs, A. M., Cleiren, M. P., Scherjon, S. A., Wijma, K. (2015). Does fear of childbirth or family history affect whether pregnant Dutch women prefer a home-or hospital birth?. *Midwifery*, 31(12), 1143-1148.
- Springer, N.P., Van Weel, C. (1996). Home birth. *BMJ*, 313,1276. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.313.7068.1276>
- Thaddeus, S., Maine, D. (1994). Too far to walk: maternal mortality in context. *Social Science & Medicine*, 38(8), 1091-1110. doi: 10.1016/0277-9536(94)90226-7.
- Van Haaren-Ten Haken, T., Hendrix, M., Nieuwenhuijze, M., Budé, L., de Vries, R., Nijhuis, J. (2012). Preferred place of birth: characteristics and motives of low-risk nulliparous women in the Netherlands. *Midwifery*, 28(5), 609-618. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.07.010>
- Victora, C. G., Aquino, E. M., do Carmo Leal, M., Monteiro, C. A., Barros, F. C., Szwarcwald, C. L. (2011). Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *The Lancet*, 377(9780), 1863-1876. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60138-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60138-4)

World Health Statistics (2020). Erişim Adresi: <https://www.who.int/data/gho/whs-2020-visual-summary>

World Health Organization. (1999). Department of Reproductive Health and Research. Care in Normal Birth: A Practical Guide. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1999. p.53

Yıldırım, A., Şimşek, H. (2008). Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2016). Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. (10. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Zielinski, R., Ackerson, K., Low, L. K. (2015). Planned home birth: benefits, risks, and opportunities. *International Journal of Women's Health*, 7, 361-377. doi: 10.2147/IJWH.S55561

Hatice KAHYAOĞLU SÜT¹
Orcid: 0000-0001-8840-6846

Selda OZTURK²
Orcid: 0000-0001-9069-412X

¹ Trakya University Faculty of Health Science
Department of Women Health and
Gynecologic Nursing, Edirne / TURKEY

² Faculty of Health Science Department of
Mental Health and Psychiatric Nursing,
Edirne / TURKEY

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):

Hatice KAHYAOĞLU
haticesut@yahoo.com

Key Words:

Infertility; women; violence; sexual
dysfunction.

Anahtar Sözcükler:

İnfertilite; kadın; şiddet; cinsel işlev
bozukluğu.

The Relationship Between Exposure to Violence from Husband and Their Families and Relatives and Sexual Dysfunction in Women with Infertility*

İnfertil Kadınlarda Eş ve Yakın Şiddetine Maruziyet ile Cinsel İşlev Bozukluğu Arasındaki İlişki

* Presented as an oral presentation at the 2nd International Congress on Woman and Child Health and Education. Kocaeli /Turkey, 05/06 October 2017.

Gönderilme Tarihi: 8 Aralık 2020

Kabul tarihi: 10 Mart 2021

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to investigate the relationship between exposure to violence from husband, and their families and relatives, and sexual dysfunction in women with infertility.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 202 women with infertility at an Assisted Reproductive Techniques Center of a state university located in the west of Turkey. Infertile Women's Exposure to Violence Determination Scale, Index of Female Sexual Function, and information form were used for obtaining data.

Results: The Infertile Women's Exposure to Violence Determination Scale total score was 40.5 ± 9.9 . The Index of Female Sexual Function score was 34.9 ± 6.4 , and 36 women (17.8%) had sexual dysfunction. The Infertile Women's Exposure to Violence Determination Scale total score of the women with sexual dysfunction (47.8 ± 14.7) was significantly higher than the total score of the women without sexual dysfunction (38.9 ± 7.7) ($p < 0.001$). Total score of the Infertile Women's Exposure to Violence Determination Scale was negatively correlated with total score of the Female Sexual Function of Index ($r = -0.268$; $p < 0.001$).

Conclusion: In this study was found that women with infertility level of exposure to violence were low. However, sexual dysfunction increases as the level of exposure to violence increases. Of the infertile women should be determined exposure to violence and sexual dysfunction levels.

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı, infertil kadınlarda eş ve yakın şiddetine maruziyet ile cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntemler: Kesitsel tipte ki bu çalışma, Türkiye'nin batısında yer alan bir devlet üniversitesinin Yardımcı Üreme Teknikleri Merkezi'nde infertil 202 kadın ile gerçekleştirildi. Verilerin elde edilmesinde İnfertil Kadınların Şiddete Maruz Kalma Durumunu Belirleme Ölçeği, Kadın Cinsel İşlev İndeksi ve bilgi formu kullanıldı.

Bulgular: İnfertil Kadınların Şiddete Maruz Kalma Durumunu Belirleme Ölçeği toplam puanı 40.5 ± 9.9 idi. Kadın Cinsel İşlev İndeksi puanı 34.9 ± 6.4 olup 36 kadında (% 17.8) cinsel işlev bozukluğu vardı. Cinsel işlev bozukluğu olan kadınların, İnfertil Kadınların Şiddete Maruz Kalma Durumunu Belirleme Ölçeği toplam puanı ($47,8 \pm 14,7$), cinsel işlev bozukluğu olmayan kadınların toplam puanından ($38,9 \pm 7,7$) anlamlı düzeyde yüksekti ($p < 0,001$). İnfertil Kadınların Şiddete Maruz Kalma Durumunu Belirleme Ölçeği toplam puanı ile Kadın Cinsel İşlev İndeksi toplam puanı arasında negatif korelasyon vardı ($r = -0.268$; $p < 0.001$).

Sonuç: Bu çalışmada infertil kadınların şiddete maruz kalma düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Ancak şiddete maruz kalma düzeyi arttıkça cinsel işlev bozukluğu da artmaktadır. İnfertil kadınların şiddete maruz kalma düzeyleri ve cinsel işlev bozuklukları belirlenmelidir.

INTRODUCTION

According to the Women Health Organization (WHO), infertility is a reproductive system disease defined as the failure to achieve a clinical pregnancy despite regular unprotected sexual intercourse for 12 months or more. The WHO reported that an estimated 34 million women worldwide, especially in developing countries, are infertile for a variety of reasons (World Health Organization [WHO], 2020). There are two million infertile people in Turkey (Baydar and Yanikkerem, 2016). The prevalence of infertility is mostly affected by age, level of higher education and occupational status (Datta et al., 2016).

All women worldwide face the risk of exposure to violence, regardless of country, ethnicity, class, religion, economic and/or social status (Hacettepe University Institute of Population Studies, 2015). In developing and patriarchal societies in particular, fertility elevates the position of women in society, and as women give birth to children, they achieve acceptance and respect (Ataman and Arslan, 2010; Baydar and Yanikkerem, 2016). For this reason, “not having a child” can result in women with infertility experiencing domestic violence. Women with infertility who are subjected to violence are often exposed to violence by their husbands, but they can also be subjected to violence by their husbands' families (Ardabily et al., 2011). The prevalence exposure to husband and families violence in women with infertility has been reported as:15.0% - 72.0% in Turkey, 31.0% - 38.3% in Nigeria, 64% in Pakistan, 77.8% in India; 61.8% - 88.9% in Iran and in 45.7% - 96.3% Egypt (Aduloju et al., 2015; Akpınar et al., 2019; Alijani et al., 2018; Ardabily et al., 2011; Celik and Kırca, 2018; Ghaly et al., 2019; Ilyasua et al., 2016; Ozgoli et al., 2016; Pasi et al., 2011; Rahebi et al., 2019; Sahin et al., 2018; Sami and Ali, 2012; Yildizhan et al.,2009).

Violence against women with infertility is an important problem that adversely affects physical and mental health and whose consequences can include sexual dysfunction (SD) (Sami and Ali, 2012). SD has been reported in more than 40% of women with infertility (Millheiser et al., 2010). SD occurs in the form of loss of sexual desire, sexual arousal, and anorgasmia. This complicates pregnancy development both directly and indirectly (Bayar et al., 2014). In a study, it was reported that women with infertility exposed to violence (29.0%) had lower sexual satisfaction rates than women with infertility not exposed to violence (56.8%) (Yildizhan et al., 2009).

Exposure to all forms of violence for women with infertility is an important problem that negatively affects physical and mental health, can lead to psychosocial problems, and sexual problems such as SD. In societies such as that of Turkey, where patriarchy is still present and gender equality not fully realized, the inability of the woman, whose role and fertility are deemed important, to provide a child for the family, may lead to an increased risk of violence to her. (Baydar and Yanikkerem, 2016; Potur et al., 2019; Sami and Ali, 2012). When the literature is analyzed, it is seen that the prevalence of studies related to violence and its forms in women with infertility is quite high (Aduloju et al., 2015; Akpınar et al., 2019; Alijani et al., 2018; Ardabily et al., 2011; Celik and Kırca, 2018; Ghaly et al., 2019; Ilyasua et al., 2016; Ozgoli et al., 2016; Pasi et al., 2011; Rahebi et al., 2019; Sahin et al., 2018; Sami and Ali, 2012; Yildizhan et al.,2009). However, there are very few studies in the literature examining the relationship between the level of violence experienced by infertile women exposure to violence from husband and families, and SD (Dhont et al., 2011; Moghaddam et al., 2016; Poornowrooz et al., 2019; Potur et al., 2019; Sami and Mete, 2012).

The purpose of this study is to uncover the relationship between exposure to violence from husband, and their families, and sexual dysfunction in women with infertility. More specifically, the study aimed to determine:

- Are women with infertility exposed to violence types by their husbands and by their families and relatives?
- Are infertility increases level of exposed to the violence by their husband and their families and relatives?
- Is there a relationship between levels of exposed to their violence and sexual dysfunction?

METHOD

Study Design

This cross-sectional study was conducted on 202 women with infertility between February 01, 2016 and 03 April 2017 at an Assisted Reproductive Techniques Center of a state university located in the west of Turkey.

Sample

The universe of this study consisted of all women who applied to the Assisted Reproductive Techniques Center between February 1, 2016 and April 3, 2017. Sample size was calculated as 202 by using a priori power analysis assuming a 0.25 correlation coefficient between Infertile Women’s Exposure to the Violence Determination Scale and the Index of Female Sexual Function with an alpha level of 5%, and with a power of 95%. For the purposes of the study, women who had been diagnosed clinical infertility; volunteer to participate and who had been in receipt of assisted reproductive techniques treatment for at least 6 months were included.

Data Collection

No sampling method was used in the study. The researcher routinely interviewed with infertile women in the center three days a week. Data collection was terminated when the sample size reached 202 infertile women. The patients were enrolled in the study consecutively. Before starting to collect data, volunteer participants were informed about the research. Verbal informed consent was obtained. The data were collected through interviews, approximately of 15 minutes, conducted with each woman face to face in the ART Center interview room. The data form was filled by the participants. The personal information form, Infertile Women's Exposure to Violence Determination Scale (IWEVDS), and Index of Female Sexual Function (IFSFI) were used for obtaining data.

Personal Information Form: This was prepared by researchers following a review of the literature and consisted of six questions in relation to the personal characteristics of the women with infertility, and six questions concerning aspects of their infertility and violence experienced, 12 questions in total (Ardabilly et al., 2011; Sami and Ali, 2012; Turan et al., 2014; Yildizhan et al., 2009).

Infertile Women's Exposure to Violence Determination Scale (IWEVDS): The IWEVDS, developed by Onat in 2014, consists of 31 questions in a 5-point Likert scale that evaluates the violence that women with infertility are exposed to. The scale includes 5 sub-dimensions: "domestic violence, social pressure, punishment, exposure to traditional practices and exclusion". From the scale, a minimum score of 31 points can be obtained, with the highest 155 points. As the IWEVDS total score increases, the level of exposure to violence increases. Onat determined the Cronbach alpha reliability coefficient of the scale to be 0.96 (Onat, 2014). In this study, the Cronbach alpha reliability coefficient was found to be 0.87.

Female Sexual Function of Index (FSFI): The Female Sexual Function of Index (FSFI) was developed by Kaplan et al. in 1999 and its validity and reliability in Turkish were done by Yilmaz and Eryilmaz in 2004 (Yilmaz and Eryilmaz, 2004). The scale questions the sexual function status of the woman over the course of the previous month. It consists of 9 questions in total. It has three sub-dimensions: "Discomfort in sexual intercourse, frequency of sexual intercourse/libido and sexual satisfaction". The highest score on the scale is 49, with the lowest 9. A total mean score of ≤ 30 is considered risky for sexual dysfunction. Yilmaz and Eryilmaz (2004) determined the Cronbach alpha value of the scale to be 0.82. In this study, the Cronbach's alpha value of the scale was found to be 0.82.

Statistical Analysis

The suitability of variables to normal distribution was examined using the Shapiro-Wilk test. Results were shown as mean \pm SD or number and %. The Mann-Whitney U test was used in a comparison of FSFI > 30 and ≤ 30 with the IWEVDS score total and sub-dimension scores due to non-normal distribution; Spearman Correlation Analysis was used to analyze the relationship between FSFI total and sub-dimension scores and IWEVDS total and sub-dimension scores. The data obtained in the study were analyzed using SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0 program.

Ethical Considerations

Ethics committee approval was obtained from the Committee for Evaluation of Scientific Research of Trakya University, Faculty of Medicine (2016/07). Following receipt of ethical approval, written permission was obtained from the Chief of the ART Center in order to collect the research data. The study was performed in accordance with the ethical standards laid down in the 1964 Declaration of Helsinki.

Study Limitations

The study data were obtained ART Center of a state university hospital. Therefore, it is difficult to generalize the results of the study.

RESULTS

The mean age of women with infertility ($n = 202$) was 30.5 ± 4.7 , and the mean age at first marriage was 24.1 ± 4.9 . The women 83.2% had of nuclear family structure, 56.4% had attained a high school level of education or above and 55.4% were not working. Income status were medium in 77.2% of the women (Table 1).

Of the women 79.7% were primary infertile and 20.3% were secondary infertile. When the cause of infertility was queried; 43.6% of women were not clear as to the cause of their infertility, 23.3% had stated that their husbands had a low sperm count and poor quality sperm, 20.8% had early ovarian failure, 8.4% had various diseases, and 4% stated that azoospermia was the cause. It was found that for 59.9% of the women, the duration of infertility treatment was between 6 months and 2 years. Of the women 55.9% stated that infertility was a source of great sadness for them, 31.7% stated that it did not affect their marriage, and 58.4% stated that their husband understood their not having children. Of the women 10.9% stated that they were exposed to sexual violence by their husbands and 2% to psychological violence, 25.3% of them were exposed to psychological violence and pressure by their families. The women stated that they were not exposed to physical violence by their husbands (Table 2).

Table 1. The Characteristics of the Women with Infertility (n = 202)

	X ± SD
Mean age (years)	30.53±4.7
Age of marriage	24.07±4.9
	n (%)
Family structure	
Nuclear family	168 (83.2)
Extended family	34 (16.8)
Education level	
Primary and lower	88 (43.6)
High school and higher	114 (56.4)
Employment status	
Not working	90 (44.6)
Working	112 (55.4)
Income status	
Good	42 (20.8)
Medium	156 (77.2)
Bad	4 (2.0)

Mean (X) ± Standard deviation (SD)

Table 2. The Characteristics of Women with Infertility Related to Infertility and Types of Violence Experienced (n = 202)

	n %
Type of infertility	
Primary infertile	161 (79.7)
Secondary infertile	41 (20.3)
The cause of infertility	
Early ovarian failure	42 (20.8)
Low sperm count and poor quality	47 (23.3)
Azospermi	8 (4.0)
Various diseases	17 (8.4)
Unexplained infertility	88 (43.6)
Duration of infertility treatment	
6 months-2 years	121 (59.9)
3-5 years	47 (23.3)
6-8 years	14 (6.9)
9 years and over	20 (9.9)
The effect of infertility on himself and his marriage	
Sadness	113 (55.9)
Fear of divorce	3 (1.5)
Despair	14 (6.9)
It doesn't affect itself	8 (4.0)
Doesn't affect your marriage	64 (31.7)
The reaction of husband to the condition of infertility	
Understanding	118 (58.4)
Being supportive	34 (16.8)
In search of treatment	30 (14.9)
Frustration, angry, feeling guilty	20 (9.9)
Exposure to violence	
Yes	77 (38.2)
No	125 (61.8)
Types of violence experienced	
Physical violence (husband)	0 (0.0)
Psychological violence (husband)	4 (5.2)
Sexual violence (husband)	22 (28.6)
Psychological violence and oppression (their families and relatives)	51 (66.2)

The IWEVDS mean score of the women with infertility was 40.5 ± 9.9 and it was determined that they had been subjected to a low level of violence. The FSFI mean score was 34.9 ± 6.4 . According to this result, SD (FSFI ≤ 30) was detected in 17.8% of women. Women with SD had a significantly higher IWEVDS score (47.8 ± 14.7) than women without SD (38.9 ± 7.7) ($p < 0.001$) (Table 3).

With respect to FSFI total and sub-dimensions of “discomfort during sexual intercourse, sexual intercourse frequency/libido, sexual satisfaction” and IWEVDS total ($p < 0.001$; $r: - 0.268$), “domestic violence ($p = 0.001$; $r: - 0.229$), social pressure ($p < 0.001$; $r: - 0.284$), punishment ($p = 0.006$; $r: - 0.192$), exposure to traditional practices ($p = 0.003$; $r: - 0.211$) and exclusion ($p < 0.001$; $r: - 0.266$)” between subscale scores it was determined that there was a significant negative weak correlation. There was no significant relationship between only the FSFI “sexual satisfaction” sub-dimension and the IWEVDS ‘punishmentQ sub-dimension ($p = 0.066$; $r: - 0.130$) (Table 4).

Table 3. Comparison of IWEVDS Total and Sub-Dimension Score with IFSF Total Score

IWEVDS	IFSF >30 (No SD) (n=166, 82.2 %)	IFSF \leq 30 (Yes SD) (n=36, 17.8 %)	Total score	p*
	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$		
IWEVDS total score	38.9 ± 7.7	47.8 ± 14.7	40.5 ± 9.9	< 0.001
IWEVDS sub-dimensions				
Domestic violence	12.3 ± 2.3	14.9 ± 5.1	12.7 ± 3.1	0.001
Social pressure	8.0 ± 1.2	9.4 ± 2.3	8.2 ± 1.6	< 0.001
Punishment	7.9 ± 2.4	9.5 ± 3.5	8.2 ± 2.7	0.010
Exposure to traditional practices	7.4 ± 3.2	9.5 ± 4	7.7 ± 3.5	0.002
Exclusion	3.4 ± 0.8	4.5 ± 1.9	3.6 ± 1.2	< 0.001

* Mann-Whitney U test; Mean (X); \pm Standard deviation (SD); IWEVDS: Infertile Women's Exposure to Violence Determination Scale; IFSF: Index of Female Sexual Function

Table 4. Relationship Between IWEVDS Total and Sub-Dimension Mean Scores and IFSF Mean Score

IWEVDS		Total score	IFSF		
			Discomfort during sexual intercourse	Sexual intercourse frequency/libido	Sexual satisfaction
Total score	r_s	- 0.268	- 0.242	0.332	- 0.193
	p	< 0.001	0.001	< 0.001	0.006
Domestic violence	r_s	- 0.229	- 0.205	0.417	- 0.236
	p	0.001	0.003	< 0.001	0.001
Social pressure	r_s	- 0.284	- 0.290	0.277	- 0.225
	p	< 0.001	< 0.001	< 0.001	0.001
Punishment	r_s	- 0.192	- 0.217	0.283	- 0.130
	p	0.006	0.002	< 0.001	0.066
Exposure to traditional practices	r_s	- 0.211	- 0.190	0.228	- 0.130
	p	0.003	0.007	0.001	0.066
Exclusion	r_s	- 0.266	- 0.256	0.304	- 0.208
	p	< 0.001	< 0.001	< 0.001	0.003

r_s : Spearman’s correlation analysis; IWEVDS: Infertile Women's Exposure to Violence Determination Scale; IFSF: Index of Female Sexual Function

DISCUSSION

In this study, the relationship between exposure to violence from husband, and their families, and sexual dysfunction in women with infertility is presented. In this study, conducted in the west of Turkey, it was found that women with infertility ($n = 202$) level of exposure to violence was low (40.5 ± 9.9 points IWEVDS) (Table 3). Ozturk et al. (2017) in study similarly founded that infertile women living on the İzmir (IWEVDS score 38.74 ± 11.49) were subjected to low levels of intimate violence. They stated that 5.0% of women were exposed to violence after being diagnosed with infertility. Potur et al. (2019) found that infertile women living on the Anatolian side of Istanbul were subjected to moderate violence (55.9 ± 12.8 points on the IWEVDS), which was mostly psychological violence by their husbands and their husband’s families. Celik and Kirca (2018) determined that in southwest Turkey women with infertility were exposed to high levels of violence (IWEVDS score of 120.04 ± 12.69). Moghaddam et al. (2016) in their study in Iran found that women with infertility were exposed to high levels of intimate violence (IWEVDS score 87.47 ± 41.88). Present study showed that women with infertility are exposed to sexual violence. Involuntary sexuality in infertile couples is a form of sexual violence that occurs with the dream of having a child. It can cause sexual dysfunction. Also, women with infertility are mostly exposed to psychological

violence and oppression by their husbands, families, and relatives (Table 2). Sami and Mete (2012) reported that women with infertility in Pakistan suffered the highest levels of verbal violence. They stated that in Pakistan regardless of who had been the cause of the infertility, it was believed that only the woman was responsible and that the woman, whose duty it was to bear children, should bear the burden of being infertile. In studies conducted in Iran, it was determined that women with infertility were exposed to a high level of violence and that this exposure was mostly psychological violence (Alijani et al., 2018; Ardabili et al., 2011; Ozgoli et al., 2016; Rahebi et al., 2019). Poornowrooz et al. (2019) also reported that in Iran, exposure to domestic violence is higher in women with infertility than in fertile women. Aduloju et al. (2015) reported that women with infertility suffered the greatest exposure to psychological violence in Nigeria; Almost all women with infertility in Egypt were reported to have experienced psychological violence from their husbands, and more than half of them were subjected to domestic violence (Ghaly et al., 2019). It has been reported that infertile women were exposed to domestic and spousal violence because they were infertile, and that they experienced the most psychological violence (Akpınar et al., 2019; Sahin et al., 2018; Yildizhan et al., 2009). Studies from the west of Turkey would appear to indicate that the severity of the violence women with infertility were exposed to was lower than that in the east and southwest. Infertile women were mostly exposed to sexual violence by their husbands, and psychological violence and oppression by their relatives (Ozturk et al., 2017; Potur et al., 2019; Celik and Kirca, 2018). In studies conducted in countries, where patriarchy is still present and gender equality is not fully realized, it has been stated that women with infertility accused of “not having a child” are exposed to violence (Moghaddam et al., 2016; Sami and Mete, 2012). In Western societies where gender equality is dominant, the place of women in society is not associated with their ability to give birth. Therefore, it is thought that the presence of gender equality in the country of residence will result in a lower level of violence against women with infertility.

In the study, it was founded that 17.8% of women with infertility experienced SD, while women with infertility with SD had significantly higher levels of exposure to violence (Table 3). It has been reported that SD is more common in women exposed to domestic violence, and that exposure to violence can cause SD problems in terms of physical and sexual health (Parish et al., 2004). The incidence of SD in women with infertility in Turkey was determined to be 78.8% by Emec et al., (2017), 32.9% by Turan et al. (2014), and 60% by Bayar et al. (2014). SD is a serious and chronic problem that can degrade the marriage relationship between couples. On the other hand, infertility can be the basis of domestic violence. Poornowrooz et al. (2019) stated that 56.2% of infertile Iranian women with SD had been exposed to violence. Tav et al. (2018) reported that married women who were not exposed to domestic violence had a higher quality of sexual life than those who were exposed to domestic violence. Mirblouk et al. (2016) determined that 74.5% of women with infertility in Dubai suffered from SD, while Gabr et al. (2017) determined that the prevalence of SD was 47% in women with infertility in Saudi Arabia. SD prevalence in women with infertility participating in this study was found to be lower than the results in the literature. However, women with infertility with SD have been found to have a high exposure to violence. During the infertility treatment process, generally take place sexual activity for fertility purpose. When by husband and their families and relatives violence the women with infertility the problem of SD is thought to occur.

In this study, it was founded as the level and type of violence experienced by women with infertility (domestic violence, social pressure, punishment, exposure to traditional practices, and exclusion) increased the levels of SD present in women also increased. In Turkey, Yildizhan et al. (2009) in their study of women with infertility exposed to violence found that they enjoyed less sexual satisfaction than women with infertility that were not exposed to violence. Poornowrooz et al. (2019) in their study in Iran determined that exposure to physical and emotional violence in women with infertility was associated with high levels of SD. Similarly, Dhont et al. (2011) determined that women with infertility exposed to violence in Africa had decreased frequency of sexual desire, sexual arousal and orgasm. In the literature, very few studies have been conducted that examine the relationship between the violence experienced in women with infertility and SD. The results of this study revealed that as the level by exposure to violence of women with infertility from by husband, and their families and relatives increased, the level of SD increased.

CONCLUSION

The level of violence that the infertile woman is exposed to is influenced by the perception of gender and the culture of the society. In societies where patriarchy is still present and gender equality has not been fully realized, husbands and their families and relatives use violence against women with infertility.

As a result, infertile women are mostly exposed to violence and pressure from their husbands and families. The infertile women with sexual dysfunction have higher exposure to violence, than the women without sexual dysfunction. As exposure to violence increases in infertile women, sexual dysfunction also increases.

In line with results obtained from our study, the following can be recommended:

- Throughout the infertility treatment process, it is necessary for nurses and health professionals to screen women for violence and SD, to determine their exposure to violence and their SD level and to provide social and psychological support.

- Individual-oriented sexual counseling, marriage and couples therapy services should be planned for women with infertility and their partners.

Author contributions:

H.K.S: Concept, Design, Supervision, Resources, Materials, Data Collection and/or Processing, Analysis and/or Interpretation, Literature Search, Writing Manuscript, Critical Review (50%).

S.Ö: Concept, Design, Supervision, Resources, Materials, Data Collection and/or Processing, Analysis and/or Interpretation, Literature Search, Writing Manuscript, Critical Review (50%)

Conflict of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

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

REFERENCES

- Aduloju, P. O., Olagbuji, N. B., Olofinbiyi, A. B., Awoleke, J. O. (2015). Prevalence and predictors of intimate partner violence among women attending infertility clinic in south-western Nigeria. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 188, 66–69. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2015.02.027>
- Akpinar, F., Yilmaz, S., Karahanoglu, E., Ozelci, R., Coskun, B., Dilbaz, B., Tekin, Ö. M. (2019). Intimate partner violence in Turkey among women with female infertility. *Sexual and Relationship Therapy*, 34(1), 3-9. <https://doi.org/10.1080/14681994.2017.1327711>
- Alijani, F., Keramat, A., Gardeshi, Z. H., Khosravi, A., Afzali, M., Habibi, F. (2018). Domestic violence among infertile women: a study in north of Iran. *American Journal of Experimental and Clinical Research*, 5(2), 267-272. Access address: <http://www.ajecr.org/index.php/ajecr/article/view/106/250>
- Ardabili, H. E., Moghadam, Z. B., Salsali, M., Ramezanzadeh, F., Nedjat, S. (2011). Prevalence and risk factors for domestic violence against infertile women in an Iranian setting. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 112(1), 15-7. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.07.030>
- Ataman, H., Arslan, H. (2010). Psycho-social care needs in pregnancies experienced naturally and as a result of infertility treatment. *Journal of Social Policy Studies*, 6(23), 75-86. Access address: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/198127>
- Bayar, U., Başaran, M., Atasoy, N., Kokturk, F., Arıkan, İ., Barut, A., ... Harma M. (2014). Sexual dysfunction in infertile couples: evaluation and treatment of infertility. *Journal Of Pakistan Medical Association*, 64(2), 138-145. Access address: <https://jpma.org.pk/PdfDownload/5937>
- Baydar, O., Yanikkerem, E. (2016). Dimensions of violence towards to infertile women. *International Refereed Journal of Gynaecological Diseases and Maternal Child Health*, 7, 98-119. <https://doi.org/10.17367/JACSD.2016721960>
- Celik, A. S., Kırca, N. (2018). Prevalence and risk factors for domestic violence against infertile women in a Turkish setting. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 231, 111-116. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.10.032>
- Datta, J., Palmer, M. J., Tanton, C., Gibson, L. J., Jones, K. G., Macdowall, W., ... Wellings, K. (2016). Prevalence of infertility and help seeking among 15 000 women and men. *Human Reproduction*, 31(9), 2108-2118. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew123>
- Dhont, N., van de Wijgert, J., Coene, G., Gasarabwe, A., Temmerman, M. (2011). 'Mama and papa nothing': living with infertility among an urban population in Kigali, Rwanda. *Human Reproduction*, 26(3), 623-629. <https://doi.org/10.1093/humrep/deq373>
- Emec, A. Z., Apay, E. S., Ozorhan, E. Y. (2017). Determination and comparison of sexual dysfunctions of women with and without infertility problems. *Sexuality and Disability*, 35, 59-72. <https://doi.org/10.1007/s11195-016-9471-7>
- Gabr, A. A., Omran, E. F., Abdallah, A. A., Kotb, M. M., Farid, E. Z., Dieb, A. S., Belal D. S. (2017). Prevalence of sexual dysfunction in infertile versus fertile couples. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 217, 38-43. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.08.025>
- Ghaly, A. S., Essa, R. M., Yassin, S. T. (2019). Intimate partner violence against infertile women. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 8(4), 10-25. <https://doi.org/10.9790/1959-0804051025>
- Hacettepe University Institute of Population Studies. (2015). National Research on Domestic Violence Against Women in Turkey. Access address: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/eng/english_main_report.pdf. Accessed 03 January 2020.

- Ilyasua, Z., Galadanci, H. S., Abubakar, S., Auwala, M. S., Odoh, C., Salihu, H. M., Aliyu, M. H. (2016). Phenotypes of intimate partner violence among women experiencing infertility in Kano, Northwest Nigeria. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 133(1), 32-36. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.08.010>
- Millheiser, L. S., Helmer, A. E., Quintero, R. B., Westphal, L. M., Milki, A. A., Lathi, R. B. (2010). Is infertility a risk factor for female sexual dysfunction? A case-control study. *Fertility and Sterility*, 94(6), 2022-2025. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2010.01.037>
- Mirblouk, F., Asgharnia, D. M., Solimani, R., Fakor, F., Salamat, F., Mansoori, S. (2016). Comparison of sexual dysfunction in women with infertility and without infertility referred to Al-Zahra Hospital in 2013-2014. *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 14(2), 117-124. Access address: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4869153/>
- Moghaddam, T. F., Feizbakhsh, N., Sheikhi, N., Lak, B. T. (2016). Exposure of infertile women to violence and related factors in women referring to Urmia Infertility Center in 2015. *Nursing and Midwifery Journal*, 13(10), 853-862. Access address: <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-2766-en.html>
- Onat, G. (2014). Development of a scale for determining violence against infertile women: a scale development study. *Reproductive Health*, 11(18), 2-8. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-18>
- Ozgili, G., Sheikhan, Z., Zahiruddin, A., Nasiri, M., Amiri, S., Badr, F. K. (2016). Evaluation of the prevalence and contributing factors of psychological intimate partner violence in infertile women. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 4(1), 571-581. <https://doi.org/10.22038/JMRH.2016.6625>
- Ozturk, R., Taner, A., Guneri, S. E., Yilmaz, B. (2017). Another face of violence against women: Infertility. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 33(4), 909-914. <https://doi.org/10.12669/pjms.334.12862>
- Parish, W. L., Wang, T., Laumann, E. O., Pan, S., Luo, Y. (2004). Intimate partner violence in China: national prevalence, risk factors and associated health problems. *International Family Planning Perspectives*, 30(4), 174-181. Access address: <http://www.jstor.org/stable/1566491>
- Pasi, A. L., Hanchate, M. S., Pasha, M. A. (2011). Infertility and domestic violence: Cause, consequence and management in Indian scenario. *Biomed Res-India*, 22(2), 255-258. <https://doi.org/http://www.indmedica.com/journals.php?journalid=12&issueid=149&articleid=2032&action=article>
- Poornowrooz, N., Jamali, S., Haghbeen, M., Javadpour, S., Sharifi, N., Mosallanezhad, Z. (2019). The comparison of violence and sexual function between fertile and infertile women: A study from Iran. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 13(1), QC09-QC11. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2019/37993.12516>
- Potur, D. C., Onat, G., Merih, Y. D. (2019). An evaluation of the relationship between violence exposure status and personality characteristics among infertile women. *Health Care for Women International*, 40(11), 1135-1148. <https://doi.org/10.1080/07399332.2019.1622704>
- Rahebi, S. M., Rahnavardi, M., Chamani, S. R., Nazari, M., Sabetghadam, S. (2019). Relationship between domestic violence and infertility. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 25(8), 537-542. Access address: <http://www.emro.who.int/emhj-volume-25-2019/volume-25-issue-8/relationship-between-domestic-violence-and-infertility.html>
- Sami, N., Ali, T. S. (2012). Domestic violence against infertile women in Karachi, Pakistan. *Asian Review of Social Sciences*, 1(1), 15-20. Access address: https://ecommons.aku.edu/pakistan_fhs_son/179
- Sahin, S., Ilcioglu, K., Unsal, A. (2018). Domestic violence and anxiety levels in infertile women. *Cukurova Medical Journal*, 43(4), 777-784. <https://doi.org/10.17826/cumj.331064>
- Tav, A. S., Gultekin, B. K., Arpacioğlu, B. S. (2018). Clinical characteristics, adjustment between the couples and the quality of sexual life of married women who are exposed to physical domestic violence. *Turkish Journal of Clinical Psychiatry*, 21(3), 254-260. <https://doi.org/10.5505/kpd.2018.66375>
- Turan, V., Kopuz, A., Ozcan, A., Kocakaya, B., Sahin, C., Solmaz, U. (2014). Sexual dysfunction in infertile Turkish females: prevalence and risk factors. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 182, 128-31. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.09.013>
- World Health Organization (WHO-2020). Sexual and reproductive health. Available online at <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/multiple-definitions/en/>. Accessed 03 January 2020.
- Yildizhan, R., Adali, E., Kolusari, A., Kurdoglu, M., Yildizhan, B., Sahin, G. (2009). Domestic violence against infertile women in a Turkish setting. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 104(2), 110-112. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2008.10.007>
- Yilmaz, C. A., Eryilmaz, H. Y. (2004). Validity-reliability study of female sexual function index (IFSF). *Andrology Bulletin*, 8(18), 275-276. Access address: <http://file.lookus.net/androlojibulteni/Haziran-2004-18.Say%C4%B1.pdf>

Ayşe ŞENOĞLU¹
Orcid: 0000-0003-0580-1758

Zekiye KARAÇAM²
Orcid: 0000-0002-0419-8961

¹ Sağlık Bakanlığı Adana İl Sağlık Müdürlüğü
Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığı, Adana

² Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık
Bilimleri Fakültesi, Ebelik AD, Aydın

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):

Ayşe ŞENOĞLU
aysenoglu@gmail.com

Anahtar Sözcükler:
Resüsitasyon; program; ebe; görüş.

Key Words:
Resuscitation; program; midwifery;
opinion.

Ebelerin Neonatal Resüsitasyon Programı Kursu Hakkındaki Görüşleri: Tek Durumlu Örnek Olay Çalışması

Opinions of Midwives on Neonatal Resuscitation Program Course: A One-State Case Study

Gönderilme Tarihi: 18 Ocak 2021

Kabul tarihi: 15 Mart 2021

ÖZ

Giriş: Neonatal Resüsitasyon Programı kursu, yenidoğana temas eden tüm sağlık çalışanlarının alması gereken bir hizmet içi eğitim programıdır.

Amaç: Araştırma, ebelerin Neonatal Resüsitasyon Programı kursu hakkındaki görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma niteliksel olarak 15 – 28 Haziran 2019 tarihleri arasında ülkemizin güneyinde yer alan bir kamu hastanesinin doğumhane biriminde yapılmıştır. Araştırmaya, amaçlı örneklem türlerinden ölçüt dayanaklı örnekleme tekniği ile doğumhanede çalışan, deneyimli, Neonatal Resüsitasyon Programı sertifikası olan ve aktif kullanıcı olan 14 ebe dahil edilmiştir. Veriler, yapılandırılmış görüşme formu ile toplanmış ve içerik analizi yöntemi ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Bu çalışmada, ebelerin Neonatal Resüsitasyon Programı kursuna yönelik görüşleri ile ilgili olarak, kursa ilişkin genel görüşler, kursun uygulanabilirliği/uygulamalara aktarılabilirliği, uygulamada karşılaşılan problemler ve problemlere yönelik çözüm önerilerinden oluşan dört tema ve bu temalara ait 15 alt tema elde edilmiştir.

Sonuç: Çalışmada ebelerin Neonatal Resüsitasyon Programına yönelik kursun etkili ve gerekli bir eğitim olduğu, ancak sürekli güncellemelerin yapılması gerektiği görüşünde oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda ebelerin mevcut bilgi ve uygulamalarını dikkate alan etkili güncelleme eğitimlerinin düzenlenmesi ile yenidoğan sağlığına katkı sağlanabilir.

ABSTRACT

Objective: The study was carried out with the aim of determine the opinion of midwives about the Neonatal Resuscitation Program course.

Methods: The research was carried out with qualitative research design in the delivery room of a public hospital in the south of our country between 15 - 28 June 2019. By the using criterion sampling which is one of the purposive sampling the population of the study are 14 midwives who work in the delivery room and they have Neonatal Resuscitation Program certification and are active users. The data were collected with a semi-structured interview form and analyzed by content analysis method.

Results: In this study, regarding the views of midwives about the Neonatal Resuscitation Program course, four themes consisting of general opinions about the course, applicability / transferability of the course to applications, problems encountered in practice and solutions to problems and four themes and 15 sub-themes were obtained.

Conclusion: In the study, it was concluded that midwives think that the course for the Neonatal Resuscitation Program is an effective and necessary training, but that continuous updates should be made. In line with these results, it can be contributed to neonatal health by organizing effective update training that takes into account the current knowledge and practices of midwives.

Kaynak Gösterimi: Şenoğlu, A., Karaçam, Z., (2021). Ebelerin Neonatal Resüsitasyon Programı Kursu Hakkındaki Görüşleri: Tek Durumlu Örnek Olay Çalışması. EGEHFD, 2021, 37(1): 47-57

How to cite: Şenoğlu, A., Karaçam, Z., (2021). Opinions of Midwives on Neonatal Resuscitation Program Course: A One-State Case Study. EGEHFD, 2021, 37(1): 47-57

GİRİŞ

Yenidoğan döneminde oluşan ölümlerinin çoğu (%75) yaşamın ilk haftasında meydana gelmekte ve yaklaşık bir milyon yenidoğan ilk 24 saat içinde yaşamını kaybetmektedir. Başlıca yenidoğan ölüm nedenleri preterm doğum, intrapartum ile ilişkili komplikasyonlar (asfiksi), enfeksiyonlar ve doğum anomalileridir (“Newborns: Reducing Mortality”, 2018). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) doğum eylemi, erken doğum sonrası ve yaşamın ilk günlerinde sunulması beklenen nitelikli bakım eksikliğinin yenidoğan ölümlerinde önemli rol oynadığını belirtmektedir (“Newborns: Reducing Mortality”, 2018). Yenidoğan ölümlerinin azaltılmasında doğum sonrası ilk dakikalar kritik öneme sahiptir (Shikuku Milimo, Ayebare, Gisore ve Nalwadda, 2018). Bu bağlamda yaşamın ilk birkaç dakikasında sağlanan başarılı bir yenidoğan resüsitasyonunun doğum asfiksisine bağlı perinatal ölümleri önlemede oldukça etkili olduğu bilinmektedir (Disu, Akodu, Anga ve Njokanma, 2020; Shikuku Milimo, Ayebare, Gisore ve Nalwadda, 2018). Neonatal Resüsitasyon Programı (NRP), düşük maliyetli ve beceri temelli bir hizmet içi eğitim programıdır. Bu programda yenidoğan ile temas halinde olabilecek tüm sağlık çalışanlarına yenidoğan resüsitasyon uygulamalarına yönelik güncel bilgi ve beceri kazandırılması amaçlanmaktadır (Merali ve diğerleri, 2019; Sawyer, Ades, Ernst ve Colby, 2016; Shikuku Milimo, Ayebare, Gisore ve Nalwadda, 2018; Tezel, İlhan, Günay ve Özbaş, 2015). NRP'nin ders içeriği, yenidoğan resüsitasyon uygulamalarına yönelik mevcut bilimsel kanıtlar gözden geçirilerek oluşturulmakta ve yeni bilimsel bilgiler elde edildiğinde güncellenmektedir (Ades ve Lee, 2016). Genel olarak, NRP başarılı ve etkin bir hizmet içi eğitim programı olarak kabul edilmekle birlikte, NRP'nin yenidoğan sonuçları üzerindeki etkisi, öğrenilen bilgi ve becerilerin korunmasına ve doğru uygulanmasına bağlı olarak değişebilir (Carlo ve diğerleri, 2009; Tezel, İlhan, Günay ve Özbaş, 2015). Yenidoğan resüsitasyonuna yönelik verilen ilk eğitim, tek başına yeterli olamamaktadır. Verilen eğitim ve eğitimin uygulamalara etkili bir biçimde yansımaları arasında gelişebilecek boşluk iyi değerlendirilmelidir (Mildenberger, Ellis ve Lee, 2017). Yapılan çalışmalarda NRP eğitiminden 12 ay sonra bilgi ve becerilerde azalma olduğu ve eğitimin periyodik olarak tekrarlanması gerektiği belirtilmiştir (Huang ve diğerleri, 2019; Leader ve diğerleri, 2017; Merali ve diğerleri, 2019; Mildenberger, Ellis ve Lee, 2017; Reisman ve diğerleri, 2016; Shikuku, Milimo, Ayebare, Gisore ve Nalwadda, 2017). Diğer yandan NRP kursu sonrası, eğitimin uygulamalara etkili aktarılmasını etkileyebilecek, mevcut kaynakların da dikkate alınarak, NRP sertifikalı ebelerin teknik becerilerinin dışında ekip çalışması, karar verme, mevcut kaynakların kullanımı ve yönetim yapısı gibi sorunların da değerlendirilmesi gerekmektedir (Cavicchiolo ve diğerleri, 2019).

Doğumdan hemen sonra bebeğe ilk temasta bulunan sağlık çalışanı olarak ebenin, yenidoğan sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesine yönelik önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Uluslararası Ebeler Federasyonu (ICM)'de ebelerin yenidoğana yönelik yeterliliklerini, “ebeler doğumdan hemen sonra yenidoğanın sağlığını değerlendirir, sorunları tespit eder ve gerektiğinde acil durumları yönetir” şeklinde belirtmiştir (“Essential Competencies for Midwifery Practice”, 2019). DSÖ ise uluslararası standartlara göre eğitilen profesyonel ebeler tarafından sağlanan Ebe Öncülüğünde Sürekli Bakım modeli ile yenidoğan ölümlerinin %16 ve preterm doğumların %24 oranında azaltılabileceğini belirtmektedir (“Newborns Reducing Mortality”, 2018). Bu nedenle yenidoğan ölümlerinin azaltılmasında ebelerin resüsitasyon konusundaki bilgi ve becerilerini sürdürebilmeleri son derece önemlidir (Carlo ve diğerleri, 2009). Bu doğrultuda DSÖ, ülkelerin sağlık otoriteleri ile birlikte, doğum anında ve yaşamın ilk haftasında bakımın ve ebeliğin güçlendirilmesi de dahil olmak üzere, anne ve yenidoğan bakımının kalitesinin gebelikten doğum sonrası döneme kadar iyileştirilmesine yönelik çalışmalar yapmayı hedeflemektedir (“Newborns: Improving Survival and Well-Being”). Bu kapsamda değerlendirildiğinde ebelerin yenidoğan resüsitasyonu konusunda bilgi ve becerilerinin artırılması ve sürdürülebilir olması büyük önem arz etmektedir. Ebelerin NRP kursu hakkındaki görüşleri, edindikleri bilgi ve becerileri sürdürülebilir bir biçimde uygulamaya aktarmalarını etkileyebilecek önemli bir durumdur. Literatürde, sağlık çalışanlarının NRP kurslarına yönelik bilgi düzeylerinin değerlendirildiği çalışmalar bulunmakla birlikte (Carlo ve diğerleri, 2009; Duran, Aladağ, Şen, Vatanserver ve Acunaş, 2007; Skidmore ve Urquhart, 2001; Trevisanuto ve diğerleri, 2005), ebelerin kursa yönelik görüşlerinin değerlendirildiği çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle, bu çalışmada doğumhanede çalışan ebelerin NRP kursuna yönelik görüşlerinin belirlenmesi hedeflenmiştir. Elde edilen bilgilerin NRP eğitimlerinin etkinliğini artırması, ebelerin resüsitasyon uygulamalarının geliştirilmesi ve sürdürülmesine katkı sağlaması beklenmektedir.

Araştırmanın Amacı ve Araştırma Soruları

Araştırmanın amacı, bir kamu hastanesinin doğumhanesinde görev yapan ebelerin NRP kursu hakkındaki görüşlerini belirlemektir. Araştırmada yanıtlanması hedeflenen sorular şunlardır; S₁: Ebelerin genel olarak NRP sertifika programına ilişkin görüşleri nasıldır? S₂: Ebelerin NRP eğitiminin uygulanabilirliği ve uygulamalarına aktarılabilirliği konusundaki görüşleri nasıldır? S₃: Ebeler NRP uygulamaları sırasında karşılaştıkları problemleri nasıl değerlendirmektedir? S₄: Ebelerin NRP'nin uygulanması sırasında karşılaşılan problemlere yönelik çözüm önerileri nelerdir?

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Ebelerin NRP kursu hakkındaki görüşlerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada, nitel metodoloji içinde yer alan ve sınırlı bir sistemin derinlemesine betimlenmesi ve incelenmesine olanak sağlayan 'tek durumlu örnek olay' deseni kullanılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, 15 – 28 Haziran 2019 tarihleri arasında, ülkemizin güneyinde yer alan bir kamu hastanesinin doğumhane biriminde yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni/Örnekleme

Araştırmanın yürütüldüğü birimde toplam 21 ebe görev yapmaktadır. Araştırmaya, amaçlı örneklem türlerinden ölçüt dayanaklı örnekleme tekniği (Hatch, 2002) ile doğumhanede en az bir yıldır çalışan, NRP sertifikasına sahip olup aktif NRP kullanıcısı olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 14 ebe dahil edilmiştir. Literatürde, niteliksel araştırmaların örnekleme hacminin, araştırma sorularına verilen yanıtların doygunluk noktasına ulaşmasına (tekrarlaması) göre belirlenebileceği ve genellikle 5–25 kişinin yeterli olduğu bildirilmektedir (Aksayan ve Emiroğlu, 2002; Başkale, 2016). Araştırmanın dahil edilme kriteri, ebeğin NRP sertifikası olması ve aktif NRP uygulayıcısı olması, dışlanma kriterini ise doğumhanede bir yıldan az süreyle çalışmış olması oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından konu ile ilgili literatüre dayalı olarak hazırlanan yapılandırılmış ve yarı yapılandırılmış görüşme formu ile toplanmıştır (Ades ve Lee, 2016; Carlo ve diğerleri, 2009; T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı, 2018; Tezel, İlhan, Günay ve Özbaş, 2015). Görüşme formunun yapılandırılmış bölümünde ebelerin tanıtıcı özelliklerini sorgulayan 10 soru ve yarı yapılandırılmış bölümünde NRP kursu hakkındaki görüşlerini sorgulayan 4 soru olmak üzere toplam 14 soru yer almaktadır. Görüşme formunun kapsam geçerliğini sağlamak için nitel araştırma konusunda deneyimli iki uzmandan görüşleri alınmış ve yapılan öneriler doğrultusunda yeniden düzenleme yapılmıştır. Daha sonra bu formun anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğini geliştirmek ve görüşmenin standardizasyonunu sağlamak için araştırmanın yapılacağı birimde çalışan üç NRP uygulayıcısı ebe ile ön uygulama yapılmış ve görüşme formuna son şekli verilmiştir. Formda herhangi bir değişikliğe gereksinim olmadığından, ön uygulamada elde edilen veriler analize dâhil edilmiştir.

Verilerinin Toplanması

Araştırma verileri, niteliksel araştırma deneyimi olan ikinci araştırmacının süpervizörlüğünde, ebelikte doktora öğrencisi olan birinci araştırmacı tarafından toplanmıştır. Bu araştırmacı nitel araştırma konusunda doktora düzeyinde ders almıştır. Görüşme sırasında kişilerin mahremiyetleri dikkate alınmış, görüşmeler hastane içerisinde uygun ve boş olan bir odada toplanmıştır. Soru formunun ilk 10 sorusundan oluşan yapılandırılmış bölümü yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Kalitatif veriler, soru formundaki yarı yapılandırılmış sorular ile derinlemesine görüşme yapılarak ve katılımcıların izniyle ses kaydı alınarak elde edilmiştir. Her bir katılımcı ile yapılan görüşme süresi 3-13 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile ilgili verileri sayı ile değerlendirilmiştir. Araştırmanın kalitatif verileri ise içerik analizi yöntemi kullanılarak analiz edilmiştir (Hatch, 2002; Yıldırım ve Şimşek, 2016). Ebelerin NRP kursu hakkındaki görüşlerinin dökümleri sorulara göre yapılmıştır. Önce görüşme sorularına verilen yanıtlar kelime kelime Microsoft Word belgesine yazılmıştır. Tüm görüşmelerden toplam 30 sayfa (2.5cm kenar boşlukları, 12 punto, 1.5 satır aralık, Times New Roman) ham veri elde edilmiştir. Elde edilen verilerin analizi tümevarım içerik analizi ve betimsel analiz yoluyla çözümlenmiştir. Katılımcıların sorulara verdiği yanıtlar tek tek okunarak (line by line reading) (Chenail, 2012) kodlar oluşturulmuştur. Ortak yönleri olan başlangıç kodları alt tema ve temalar biçimde bir üst temada birleştirilmiştir. Elde edilen tema çeşitliliği ve yoğunluğu yorumlanarak örnekleri ile birlikte sunulmuştur. Başlangıç kodları birinci araştırmacı tarafından oluşturmuş ve ikinci araştırmacı tarafından kontrol edilmiştir. İki adet nitel sorusu ile birinci ve ikinci araştırmacının başlangıç kodlarını belirlemedeki uyumu incelenmiş ve uyum oranı %82 olarak bulunmuştur.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (*Protokol numarası: 2019/87*). Araştırma verilerinin toplanabilmesi için İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve hastaneden resmi izin alınmıştır (*Tarih ve Sayısı: 11.06.2019 ve 60247264-799*). Araştırmaya katılan ebelere araştırma hakkında bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır. Araştırmaya davet edilen ebelerin

tamamı gönüllü katılım sağlamıştır. Ses kayıtlarına K1, K2.....K14 kodları verilerek bilgisayar ortamında yazılı belgeye aktarıldıktan sonra silinmiştir.

Çalışmanın Geçerlik ve Güvenirliği

Literatürde, nitel araştırmalarda, özellikle de durum çalışmalarında geçerlik (bilimsel bulguların doğruluğu) ve güvenilirlik (bulguların tekrarlanabilirliği) konularının çok önemli olduğu ve dikkatle ele alınması gerektiği rapor edilmektedir (Aytaçlı, 2012; Günbayı ve Akça, 2013). Bu nedenle, bu çalışma sürecinde, araştırmanın geçerliği ve güvenilirliğini arttırmak için güvenilirlik, yapı geçerliği, iç ve dış geçerlik dikkate alınmış ve her bir alana ilişkin yapılanlar aşağıda sunulmuştur.

- Araştırmanın yapı geçerliliğini geliştirmek için, veri toplama aracı hazırlanırken, nitel araştırma konusunda deneyimli uzmanların görüşleri alınmış ve yapılan öneriler doğrultusunda yeniden düzenleme yapılmıştır. Ayrıca veri toplama aracı ile ölçülmek istenen özellikleri ölçüp ölçmediğini belirlemek için ön uygulama yapılmıştır.
- Bu çalışmada iç geçerliği sağlayabilmek için, verilerin analizinde yapıyı tanımlama (tema ve alt temalara nasıl varıldığına açıkça bildirilmesi) yönteminden yararlanılmıştır.
- Araştırmada dış geçerliği geliştirmek için, araştırmanın deseni, verilerin nereden ve nasıl elde edildiği ve analiz süreci ayrıntılı bir biçimde sunulmuştur.
- Araştırmanın iç güvenilirliğini arttırmak için, başlangıç kodları birinci araştırmacı tarafından oluşturmuş ve ikinci araştırmacı tarafından kontrol edilmiştir. İki adet nitel soru ile birinci ve ikinci araştırmacının başlangıç kodlarını belirlemedeki uyumu incelenmiş ve uyum oranı belirlenmiştir.
- Araştırmanın dış güvenilirliğini arttırmak için, verilerin elde edilmesi ve araştırma raporunun hazırlanmasında O'Brien, Ilene, Beckman, Reed ve Cook (2014) tarafından geliştirilen Kalitatif Araştırma Raporlarının Standartları listesinden (SRQR: Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations) yararlanılmıştır (O'Brien, Ilene, Beckman, Reed ve Cook, 2014). Ayrıca verilerin güvenilirliğine katkı oluşturmak için çalışmaya özel bir veri tabanı geliştirilmiş ve kullanılmıştır.

BULGULAR

Katılımcıların tanıtıcı özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Ebelerin NRP eğitimleri hakkındaki görüşleri ile ilgili NRP'ye ilişkin genel görüşler, NRP'nin uygulanabilirliği/uygulamalara aktarılabilirliği, uygulamada karşılaşılan problemler ve problemlere yönelik çözüm önerileri olmak üzere toplam dört tema ve bu temalara ait 15 alt tema elde edilmiştir. Ebelerin NRP kursu hakkındaki görüşleri doğrultusunda çıkarılan tema, alt tema ve başlangıç kodları Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Tanıtıcı Bilgileri (n=14)

Katılımcı No	Mezun olduğu program	Yaş	Mesleki deneyim	Doğumhane deneyimi	Kurs alınan tarih	NRP Güncelleme yılı	NRP uygulama yılı
K1	Lisans	33	13	7	2015	-	4
K2	Lisans	38	14	10	2015	-	4
K3	Ön lisans	47	30	2,5	2015	-	2,5
K4	Lisans	45	25	7	2015	-	4
K5	Lisans	39	13	13	2007	2010-2016	12
K6	Lisans	42	19	7	2013	-	6
K7	Lise	51	29	15	2006	-	13
K8	Lisans	41	22	22	2006	-	13
K9	Ön lisans	40	20	20	2005	2011	14
K10	Lisans	34	10	3,5	2019	-	1 yıldan az
K11	Lisans	48	24	20	2015	2019	4
K12	Lisans	40	19	4	2018	-	1
K13	Ön lisans	31	12	4	2019	-	1 yıldan az
K14	Lisans	45	21	3	2013	-	3

Tablo 2. Ebelerin NRP Kursu Hakkındaki Görüşleri (n=14)

Tema	Alt tema	Başlangıç kodları	N
NRP'ye ilişkin genel görüşler	Kursun gerekliliği	Herkes almalı (n=4), ihtiyaç duyuyorum (n=1), kurs çok başarılı, etkili, verimli (n=9), bize çok şey kattı (n=2), bilmemize gerek olmayan şeyler anlatıldı (n=2), kurs gerekliydi (n=2), yanlışları düzelttik (n=2), yeni bilgiler öğrendim (n=1)	23
	Süre	Eğitim süresi kısa (n=5), süre yeterli (n=2), nöbet sonrası gelindiğinde etkili olmuyor (n=1), unuttum (n=1)	9
	Eğiticiler	Eğiticiler etkili (n=6), eğitimcilerin doktor olması daha etkili (n=1), eğitimciler (doktor olanlar) bizimle aynı dili konuşmuyor (n=1)	8
	Eğitim materyalleri	Görseller etkili (n=1), materyaller iyi (n=5)	6
	Teorik içerik	Ağır bilgi yüklemesi (n=4), konular akıcı, akılda kalıcı (n=3), konu fazla (n=1)	8
	Pratik uygulamalar	Uygulamalı pratikler çok etkili (n=3), uygulamalar yeterli (n=2)	5
NRP'nin uygulanabilirliği/uygulamaya aktarılabilirliği	Uygulanabilirlik	Müdahalelerde daha özgüvenliyim (n=2), şuan uyguluyoruz (n=4), eğitim ve saha uyuşuyor (n=2), NRP basamakları bebeğin ihtiyacına göre uygulanıyor (n=1), biz başlangıç basamaklarını (ilk aşamalarını) uyguluyoruz (n=7), NRP sertifikası olanlarla uygulanabiliyor (n=1), önceden doğru uygulamalar yapmıyormuşuz (n=1)	18
	Uygulanamama	Uygulayamadık (n=3), doktorlar müdahale ediyor (n=7), arkadaşlar müdahale ediyor (n=3), eğitim ve saha uyuşmuyor (n=2), bölgelere göre ekipman sorunu yaşanıyor (n=1), eğitimde olması gereken ekip sayısı ile sahadaki uygun olmuyor (n=3), teorik ve pratik uyumlu değil (n=1), tek başına müdahale ediyoruz (n=3), sıralama unutuluyor, zamanla unutuluyor (n=4), bazı arkadaşlar uygulayamıyor (n=1), daha önce ekipman sıkıntısı vardı (n=1), etkin kullanmak için sürekli yapmak gerekir, aktif kullanılmıyor (n=2), çocuk doktoru çağırılıyor (n=6), NRP sertifikası olmayanlarla uygulanmıyor (n=1), doktorları uyarıyoruz (n=3), kadın doğum doktorları ile sorun yaşanıyor (n=2), çocuk doktorları müdahale ediyor (n=1), biz sadece asiste ediyoruz (n=3), engel olunmazsa rahat uygularız (n=3), yeni (güncel) NRP alanlarla doktorlar arasında farklılıklar var (n=1), doktorların bilgileri güncel değil (n=3), doktorlar kendi bilgilerinin uygulanmasını istiyor (n=3), yenidoğan doktorları (çocuk doktoru) bebekten sorumlu (n=2), eski NRP sertifikası olanlar ile güncel olanlar arasında farklılıklar var (n=1), herkes kendi bildiğinin doğru olduğunu düşünüyor (n=1), fiziki koşullar yetersiz (n=1), yenidoğan doktoru erken gelmek istemiyor (n=1), ileri canlandırma doğumhanede yapılmak yerine YYBÜ götürülüyor (n=2), NRP için ayrı bir ekip olmalı (n=1), malzemeler yerinde olmuyor (n=2), tüm basamakların etkin kullanılmadığını düşünüyorum (n=1)	69
Uygulamada karşılaşılan problemler	Uygulamaya ilişkin	İlk aşamadan sonrakileri uygulayamıyoruz, müdahale ediliyor (n=1), doktorlar bize güvenmiyor (n=2), doktor egosu çok fazla (n=1) Bazı doktorlar yanlış uyguluyor (n=1), taktik uyararı kuvvetli uygulama (n=1), kadın doğum doktorları eski yöntemlerle müdahale ediyor (n=1), ebeler yenidoğana müdahale etmede çekiniyor (n=1)	8
	Ekibe ilişkin	Bazı kadın doğumcular hemen yenidoğan doktoru istiyor (n=2), ekip yetersiz (n=1), bazı kadın doğumcular hemen yenidoğan doktoru istemiyor (n=1), doktor desteği gerekli (n=1), kadın doğum doktorları ile çocuk doktorları arasında kopukluk var (n=1)	6
	Ekipman kaynaklı	Malzemeler kontrolünde aksaklıklar oluyor (n=1), müdahalelerde eksiklikler oluyor (n=1), eğitimlerde malzeme kontrolü üzerinde durulmalı (n=1), alan yetersiz (n=1)	4
	Güncelleme yetersizliği	Son güncellemeler daha iyi (n=1), bazı kadın doğum doktorları güncel bilgiyi kabul etmiyor (n=1), tecrübeli (eski) doktorlar bilgilendirilmeli (n=1), NRP bilmeyenler bebeğe dokunmamalı (n=1)	4
Problemlere yönelik çözüm önerileri	Tüm ekip üyelerinin eğitimi alması	Tüm doktorlar NRP almalı (n=5), herkes NRP almalı (n=5), ebe öğrencilere üniversitede NRP zorunlu olmalı (n=1), NRP eğitimi ebelere mezun olmadan verilmeli (n=1),	12
	Tüm ekibin güncelleme eğitimine katılımı	Doktorlara eski uygulamaların zararları anlatılmalı (n=2), eğitimler her yıl ya da 2 yılda bir tekrarlanmalı (n=1), güncellemeler yapılmalı (n=7), 3 yılda bir güncellenmeli (n=1)	11
	Uygun yeterli ekibin bulunması	Eleman sayısı artırılmalı (n=1), doğumhanede 24 saat yenidoğan hemşiresi olmalı (n=1), her sezaryende yenidoğan doktoru bulunmalı (n=1)	3

Araştırmaya katılan ebelerin NRP sertifika programına ilişkin genel görüşleri “kursun gerekliliği, süre, eğiticiler, eğitim materyalleri, teorik içerik ve pratik uygulamalar” alt temalarından oluşmuştur (Tablo 2). Bu alt temaların her birine ilişkin bazı ebelerin görüşleri şöyledir;

“...Ben çok başarılı buldum ve bize çok şey kattığına inanıyorum. Hala mesela almayan arkadaşlarıma da söylüyorum kesinlikle gitmeleri gerektiğini...” (K2).

“.....Fakat söylediğim gibi zaman çok kısıtlı verilen bilgiler çok yüklü.. koca bir kitabı üç güne sığdırmak çok yıpratıcı.. bi[r] de her seferinde her konudan sonra sınav her konudan sonra sınav o da yorucu bi[r] şey.. Bana göre en az bi[r] on gün-iki hafta olması lazım yani...” (K6).

“...Eğitim konusunda hocalar çok bizle aynı dili konuşmuyor biraz da.. normal bir eğitmenin anlatımıyla doktorların anlatımı konusunda dağlar kadar fark var...eğitimci bir miktar belki saha seviyesine inebiliyor ama hocalar daha üst seviyede eğitim vermeye çalışıyorlar ama saha onu algı[aya]cak kadar şey değil alguları yüksek değil...” (K12).

“...çok verimliydi.. hem materyal açısından.. eğitimciler zaten on numaraydı çok beğendim...”(K13).

Araştırma grubunu oluşturan ebelerin, NRP'nin uygulanabilirliği/uygulamalara aktarılabilirliği konusundaki görüşleri “uygulanabilirlik ve uygulanamama” alt temalarından oluşmuştur (Tablo 2). Ebelerin bu alt temaların her birine yönelik bazı ifadeleri;

“Uygulayamadık. Yani tabiki uyguladığımız nokta oluyor ama bunu yüzdelik dilime vurduğumuzda ben yüzde kırkını uygulayabildim çalışma sahasında..... bur[a]daki kadın doğumcularımız çocukcularımız ya da arkadaşlarımız yani yüzde yüz uygulayamıyoruz biz almış olduğumuz eğitimleri. ” (K1)

“Yani genelde uyguluyoruz.....hani buna ihtiyaç duyduğumuz bebek sayısı az....veya çok iyi görmediğimiz bebeklerde zaten çocuk hekimleri uzmanlar müdahale ediyor..ama biz tabiki çocuk uzmanları gelene kadar bu bebekler bize ait olduğu için, bizim sorumluluğumuzda olduğu için biz elimizden geldiği kadar yapıyoruz..”(K2)

“Aldığımız eğitimde diyorlardı ki iki tane ebe bir tane personel iki tane doktor olması gerekiyor. Sen tek ebe doktor gelinceye kadar yanında bir arkadaşın boştaysa gelebiliyor, personel boştaysa gelebiliyor. Yapılan hiçbir şeyde verilen teorikle pratikte arasında hiii bi[r] şekilde uyum yok. Sana veriyorlar şu kadar şu kadar elemanla en az altı kişiyle NRP uygularsın diyorlar ama sen tek başına kaliyo[r]sun hadi maksimum iki kişi olsun. Yani hiç bi[r] şekilde uymuyor. ” (K6)

“Uygulanabilirliği bence düşük düzeyde.. yani hekimler açısından.. engel olarak onlar engel oluyor çoğunluğuna.. fiziki şartlar açısından da öyle.. mesela yenidoğandan hekimin gelmesi, bunun için ayrı bir ekip olmaması mesela or[a]da öğrendiklerimizde...”K(13).

Araştırmaya katılan ebelerin uygulamada karşılaştıkları problemlere yönelik görüşleri

“uygulamaya ilişkin, ekibe ilişkin, ekipman kaynaklı ve güncelleme yetersizliği” alt temalarından oluşmuştur (Tablo 2). Bu alt temaların her birine ilişkin bazı ebelerin görüşleri şöyledir;

“.....ben yapsam bile yorum yapıyor işte “senin bu yaptığın yanlış işte sen oksijeni verirken yanlış veriyor[r]sun aspire ederken yanlış aspire ediyor[r]sun hayır öyle olm[aya]ıcak” diyip engelleyen doktorlarımız da hekimlerimiz de oluyo[r] yani...” K(1).

“...yani ben or[a]da uyarıyı daha kuvvetli veriyorum..bu pek şey değil galiba ama söyl[e]yeyim mi onları.. valla pat pat vuruyorum.. öyle çok güzel uyarıldığı için ..yani ben onun çok işe yaradığını gördüm bur[a]da.. böyle hani narin narin yapıyoruz uyarıyı öyle veriyorlar ya bence o çok şey olmuyor...” (K4)

“Karşılaştığım sorunlar öncelikle tek çalışmak. Ekibin yetersizliği. Bence alan olarak da radyant ısıtıcı vs. malzeme koyabileceğimiz alanlar olarak da kısıtlı, artı hekimlerin, kadın doğumla çocuk hekimleri arasındaki şey, kopukluk.onlar geldiğinde mutlaka biz kötü bi[r]şey yapmış oluyoruz bebeğe! Yani muamele öyle. Yani gelmez direk söyledikleri şey işte ambuladınız mı? Hayır yapmadım. Emin misin? Bence yapmış gibisin. Ya da şey mesela, çok mu sarstınız? çok mu ıslak bıraktınız. Yani böyle sürekli suçlayıcı sorular. Beni en çok rahatsız eden bu mesela. ” (K13)

“.....yani mesela gelen her çocukçu ben doğumdan önce gelmek istemiyorum gibi bir şey yapıyor yani.....niye beni erken çağırıyor[r]sun.. bebek bi[r] çıksın hele öyle.. e orda da öğreniyoruz işte.. altın dak[i]ka diyoruz o kadar üstüne basa basa ilk otuz saniye çok önemli diyoruz bilmem ne diyoruz...o otuz saniye değil altmış saniye zaten biz doktorun gelmesiyle kaybediyoruz.. ya da kadın doğumcunun egosuyla kaybediyoruz ben önce müdahale ed[e]lice[ği]m falan.. ne altmış saniyesi belki beş altmış saniye yine gidiyordur yani.. ne yazık ki...”K(13).

“Hekimlerimize de çok ciddi bir şekilde bence bu konuda eğitim verilmeli diye düşünüyorum ben.. ve bunun önemi anlatılmalı.. eski tekniklerin ya da yapılan eski yöntemlerin kaldırıldığı anlatılmalı.. neden kaldırıldığı ne gibi zararları olduğu anlatılmalı bence..” K(2).

Araştırma grubunu oluşturan ebelerin, problemlere yönelik çözüm önerileri konusundaki görüşleri *“tüm ekip üyelerinin eğitimi alması, tüm ekibin güncelleme eğitimine katılması ve uygun yeterli ekibin bulunması”* alt temalarından oluşmuştur (Tablo 2). Ebelerin bu alt temaların her birine yönelik bazı ifadeleri;

“Bence doktorlar da NRP eğitimi almalı.....hiç bi[r]şekilde ayırım olmadanyani NRP sadece ebe, hemşire ya da sadece yenidoğan doktorunun ya da çocuk doktorunun işi mi?.. değil..” K(5).

“.....yani dediğim gibi NRP bence üç yılda bir güncellenmeli.. herkes NRP eğitimini almalı..bu işin bilinci aşılmalı...üniversite döneminde NRP sertifikası herkes almış olmalı bence bi[r] zorunluluk haline gelmeli.. üniversite son sınıfta NRP eğitimini almayan geçmemeli.. ondan sonra doktorlar mutlaka sertifika almalı...mutlaka...kadın doğumcularda almalı bu işin bilincinde olmalı...”K(8).

“Eleman sayısı artırılabilir.. bir doğuma bir kişi değil iki kişi aynı anda girmesi gerekir.. o esnada ekip bir anda toparlanması gerekir.. mesela bir yenidoğan hemşiresinin 24 saat boyunca nasıl bir ebe doğumhanede aktif bir şekilde görev yapıyorsa yenidoğan hemşiresinin de muhakkak 24 saat boyunca aktif bir şekilde görev yapması gerekir..” (K6).

TARTIŞMA

Ebelerin NRP hakkındaki görüşlerini belirlemek amacıyla niteliksel olarak yapılan bu çalışmada 14 ebe ile görüşülerek NRP kursunun genel özellikleri, NRP eğitiminin uygulanabilirliği/uygulamalarına aktarılabilirliği, uygulamada karşılaşılan problemler ve problemlere yönelik çözüm önerilerini içeren dört tema ve 15 alt tema elde edilmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar yenidoğan resüsitasyon programı kursunun geliştirilmesi ve yenidoğan resüsitasyon uygulamalarına yönelik kapsamlı bilgi ortaya koyması bakımından önemlidir.

Bu çalışmada bazı ebeler NRP sertifika programına ilişkin kursun gerekli, eğiticiler, eğitim materyalleri, teorik içerik ve pratik uygulamalarının yeterli olduğu, bazı ebeler ise kurs süresinin yetersiz ve zamanlanın uygunsuz olduğu görüşlerini bildirmişlerdir. Tezel, İlhan, Günay ve Özbaş (2015), bu çerçevede geliştirilmiş olan NRP kurslarının, doğumhanede çalışan sağlık personelinin gereksinimlerini göz önünde bulundurarak yenidoğana en uygun yaklaşımın sağlanması için yapılan uygulamaları standardize etmek amacı taşıdığını belirtmiştir. Carlo ve diğerleri (2009) da ebelerin resüsitasyona yönelik bilgi ve becerilerini pekiştirme yoluyla sürdürmenin, bebek ölümlerini azaltmak için gerekli olan resüsitasyon programları ile mümkün olabileceğini vurgulamışlardır. Ayrıca, Pammi, Dempsey, Ryan ve Barrington (2016) tarafından yapılan sistematik derlemede, yenidoğan resüsitasyon eğitim programlarının erken yenidoğan ölümlerini azalttığı belirtilmiştir. Çalışmamıza katılan ebelerin çoğunun NRP'nin önemini farkında oldukları görülmüş olmakla birlikte, kursun aynı zamanda beceri uygulaması olması sebebiyle zorlayıcı ve içeriğinin yoğun olması bakımından sürenin yetersiz olduğunu ifade ettikleri görülmüştür. Ayrıca, eğitimlere nöbet sonrası katılmak durumunda olmaları sebebiyle zamanın uygunsuz olduğunu belirtmektedirler. Her ne kadar, kurumlarda eleman eksikliğinin olması ve kurumların çalışma düzenini aksatmamak amacıyla kursların bu şekilde düzenlenmesi gerekse de bu kapsamda kurs süresinin uzatılması ve kursa katılan ebelerin çalışma programlarının ayarlanması, bu konuda yaşanan sıkıntıları azaltacağı düşünülmektedir.

Araştırmamıza katılan ebeler, NRP ile ilgili uygulamaları eğitim sonrası uygulayabildiklerini, ancak daha çok başlangıç basamaklarını uyguladıklarını belirtirken, büyük çoğunluğu tam olarak uygulamaya yansıtamadıklarını, eğitimde belirtilen ve olması gereken ekip sayısı ile sahada bulundurulmuş ekip sayısının uygun olmadığını ve bu nedenle ekip sayısının artırılması gerektiğini ifade etmişlerdir. NRP bir ekip uygulaması ve çalışması gerektirir. NRP eğitimlerinde pozitif basınçlı ventilasyon gerektiğinde tüm işleri hızlıca yapmak için en az iki ya da üç nitelikli elemana ihtiyaç olduğu ayrıca ileri canlandırma gerektiren durumlarda iki kişi ventilasyon ve kompresyon uygularken, üçüncü bir kişinin damar yolunu açması için ekibin dört kişiye çıkarılması gerektiği belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı, 2018). Araştırmamızın sonuçlarına göre, eğitimlerde vurgulananın aksi bir durumum yaşandığı görülmüştür. Hastanelerin gerek personel sayısı gerekse organizasyon yapısı olarak düzenledikleri çalışma koşulları farklılık göstermektedir. Personel yetersizliği nedeniyle, saha uygulamalarında ekip sayısının belirtilen sayılarda olmadığı düşünülmektedir. NRP uygulamaları için olması gereken ekip sayısının bulundurulmamasının nedeni çoğunlukla personel sayısındaki yetersizlik gibi görülmekle birlikte birimin kendi işleyişinde yaptığı hatalı planlamadan da kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu doğrultuda, birimlerin çalışma koşullarını düzenlerken uygulamalarda gerekli personel sayısını da dikkate almaları gerekmektedir.

Bu araştırma grubunu oluşturan ebeler, NRP uygulamaları sırasında kendilerine çoğunlukla doktorlar tarafından müdahale edildiğini ve dolayısıyla ekip üyelerinin aralarında iletişim sorunlarının yaşandığını belirtmişlerdir. Zehnder, Law ve Schmolzer (2019) yenidoğan resüsitasyonu sırasındaki önlenebilir sentinel

(beklenmeyen) olayların üçte ikisinin zayıf iletişim veya ekip çalışmasının bozulmasından kaynaklandığını belirtmektedir. NRP uygulamaları sırasında tüm ekip üyeleri, zaman baskısı altında hızlı bir şekilde en doğru kararı almak durumundadırlar. Bu durum insan hatalarına ve resüsitasyon protokollerinden sapmalara neden olabilir. Ekip üyeleri sorunları tanımlamak, karmaşık senaryoları analiz etmek ve çözümler üretmek için olağanüstü bilişsel, psikomotor ve iletişim becerilerine sahip olmalıdır (Zehnder, Law ve Schmolzer, 2019). Sağlık çalışanlarına yönelik verilecek olan ekip çalışması ve iletişim eğitimleri ile iletişim becerilerinin geliştirilmesi, resüsitasyon uygulamaları gibi acil durumlarda gerginliğin ve endişenin azaltılmasına yardımcı olabilir (Jnah ve diğerleri, 2016). Sonuç olarak, yenidoğan resüsitasyonu sırasında ekip iletişimde yer alan bilişsel süreçlerin daha iyi anlaşılacak insan kaynaklı hataların tanımlanması ve bu doğrultuda iyileştirmelerin yapılması son derece önemlidir.

Araştırmada ebeler, NRP uygulamaları sırasında ekipmanların kontrollerinin yapılmamasına bağlı bazı problemlerle karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. NRP kurslarında canlandırılma işlemi sırasında kullanılacak bütün ekipman ve malzemelerin tam olması gerektiği aynı zamanda canlandırma işlemi sırasında gereksinim duyulduğunda kullanılacak şekilde çalışır durumda ve hazır bulundurulması gerektiği, bu bağlamda rutin ekipman ve malzeme kontrollerinin yapılması gerektiği belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı, 2018). Ashis ve diğerleri (2017) tarafından yapılan çalışmada, her doğumdan önce resüsitasyon için kontrol listelerini kullanan ve haftalık değerlendirme toplantılarına katılan sağlık çalışanlarının yenidoğan resüsitasyon becerilerine yönelik kalıcılığın daha fazla olduğu belirtilmiştir. Ancak saha uygulamalarında gerek iş yoğunluğu, gerekse çalışanlardan kaynaklı olarak ekipman ve malzeme kontrollerine gereken önemin verilmediği düşünülmektedir.

Bu araştırmada ebeler NRP eğitimlerinin eksik ya da güncel olmamasına bağlı bazı problemlerle karşılaştıklarını bu doğrultuda NRP uygulamalarına yönelik tüm ekip üyelerinin NRP eğitimlerini güncellemeleri gerektiğini ifade etmişlerdir. Mildemberger, Ellis ve Lee (2017) tarafından yapılan çalışmada, NRP uygulamaları ile ilgili olarak, ebelerin pratikte bilgi ve beceri uygulamalarında kayıp yaşamasının sebeplerinden birinin eğitim sonrasında güncelleme eğitimlerinin yeterince yapılmaması olarak belirtilmiştir. Duran, Aladağ, Şen, Vatanser ve Acunaş (2007) NRP kursu sonrasında katılımcıların bilgi düzeyinin belirgin artmasına rağmen, kurstan altı ay sonra bilgi düzeyinin azaldığını, kursta öğretilenlerin kısmen hatırlandığını bu nedenle NRP kursunun iki yıllık süresi sona ermeden özellikle ilk kurstan bir yıl sonra tekrarlanması gerektiğini belirtmiştir. Carlo ve diğerleri (2009) yaptıkları çalışmada her ne kadar NRP eğitimi test puanlarını akut bir şekilde iyileştirebilse de eğitimden altı ay sonra katılımcıların yazılı ve performans puanlarının önemli ölçüde azaldığını belirtmiştir. NRP'nin başarılı ve etkin bir hizmet içi eğitim programı olduğu kanıtlanmış olsa da eğitimden sonra, zamanla, benzer birçok hizmet içi eğitim programlarında olduğu gibi katılımcıların bilgi ve becerilerinde azalma görülmektedir. Bu bağlamda yapılan çalışmalarda da NRP eğitiminden 12 ay sonra bilgi ve becerilerde azalma olduğu ve eğitimin periyodik olarak tekrarlanması gerektiği belirtilmiştir (Huang ve diğerleri, 2019; Leader ve diğerleri, 2017; Merali ve diğerleri, 2019; Mildemberger, Ellis ve Lee, 2017; Reisman ve diğerleri, 2016; Shikuku, Milimo, Ayebare, Gisore ve Nalwadda, 2017). Sağlık çalışanlarının yenidoğan resüsitasyonuna yönelik bilgi ve becerilerinde sürekliliğin sağlanamaması, uygulamanın klinik etkinliğinde problemlerin yaşanmasına neden olabilir. Yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde, güncellemelerin yetersiz olduğu, en az yılda bir kez tekrarların ve eğitim sonrası değerlendirmelerin yapılması gerektiği belirtilmektedir (Huang ve diğerleri, 2019; Leader ve diğerleri, 2017; Merali ve diğerleri, 2019; Mildemberger, Ellis ve Lee, 2017; Reisman ve diğerleri, 2016; Shikuku, Milimo, Ayebare, Gisore ve Nalwadda, 2017). Ülkemizde yürütülen NRP kurslarına göre de güncellemelerin beş yılda bir yapılması gerektiği belirtilmekle birlikte, öncelik NRP sertifikası bulundurma zorunluluğu olan alanlarda çalışan ve sertifikası olmayan sağlık personeline verildiği için, güncellemelerin tamamlanamadığı görülmektedir. Özellikle alanlarda çalışan sağlık personelleri arasında sıklıkla alan değişikliğinin yapılması, bu doğrultuda yeni başlayan personele eğitim verilme zorunluluğu olması ve eğitimlere personel eksikliği nedeniyle tam katılımın sağlanamaması gibi birçok neden güncelleme eğitimlerinin aksamasına neden olmaktadır. Bu nedenle özellikle alanlarda çalışması gereken personellerin planlamasının iyi yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Araştırmamıza katılan ebeler NRP uygulamaları sırasında karşılaştıkları problemlere yönelik çözüm önerisi olarak, tüm ekip üyelerinin mezun olmadan NRP eğitimlerini alması gerektiğini ifade etmişlerdir. Tezel ve diğerleri (2015) yaptıkları çalışmada, ülkemizde verilen uzmanlık eğitimi çerçevesinde, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları ile anestezi asistanlarının NRP eğitimini ihtisasları süresince almalarının yararlı olacağını belirtmiştir. Ayrıca Tezel ve diğerleri (2015) NRP'nin asıl olarak bir hizmet içi eğitim programı olduğunu ve sınırlı bir hedef kitleye verildiğini bu haliyle mezuniyet öncesi programlara olduğu gibi entegre edilmesinin uygun olamayacağını, ancak sağlık personelinin mezuniyet öncesi eğitim içeriğinde yenidoğan canlandırması konusunun, temel hatlarıyla ve güncel bilgilerle yer alması gerektiğini belirtmiştir. NRP eğitimlerinin bir hizmet içi eğitim programı olması ve güncellenmesi gerektiğinden okullarda verilme zorunluluğunun olmaması ile birlikte mezuniyet hakkı kazanmış öğrencilere mezun olmadan hemen önce NRP eğitimlerinin verilmesinin de uygun olabileceği düşünülmektedir. Ek olarak doktorlar hizmet içi eğitimlere çok fazla katılmadıkları için NRP kursuna yönelik güncel bilgilere sahip olamayabilirler. Bu nedenle özellikle kadın doğum ve anestezi uzmanlarının hizmet içi eğitimlere katılmasının sağlanması gerekmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Bunlar;

- Araştırmaya katılan ebeler amaçlı örnekleme yöntemi ile belirlendiğinden, araştırmanın sonuçları sadece örnekleme alınan bireyleri temsil etmektedir.
- Araştırma verilerinin toplanması görüşme tekniği yapıldığından, verilerin güvenilirliği katılımcıların verdiği bilgilerin doğruluğu ile sınırlı kalmıştır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada ebelerin kurs programının önemli bir gereksinime yanıt verdiği, etkili olduğu, mesleki bilgi ve beceriler kazandırdığı, materyallerin ve eğiticilerin etkili olduğu, kurs içeriğinin yoğun, ayrıntılı ve kurs süresinin yetersiz olduğu, tüm ekip üyelerinin NRP eğitimi almaları gerektiği ve kursun güncellenmesi gerektiği görüşlerini bildirdikleri sonuçları elde edilmiştir. Ayrıca, eğitim sonrasında ebelerin NRP uygulamalarının tamamını uygulayamadıkları, ekip sayısının yetersiz olduğu, genelde başlangıçta yapılması gereken uygulamaları yapabildikleri, NRP uygulamaları sırasında kendilerine çoğunlukla doktorlar tarafından müdahale edildiği görüşlerinde oldukları sonuçlarına ulaşılmıştır.

NRP, sağlık profesyonellerinin yenidoğan resüsitasyonuna yönelik bilgi ve becerilerini büyük ölçüde geliştirme potansiyeline sahiptir. Ülkemizde, NRP kursu sonrasında bilgi ve becerilerin kalıcılığının artırılması için en uygun eğitim programlarının geliştirilmesine yönelik araştırmaların yapılması ve bu doğrultuda bebeğe ilk temasta bulunan tüm sağlık çalışanlarının NRP eğitimi almaları ve NRP sertifikası olan sağlık çalışanlarının periyodik olarak güncelleme eğitimlerini tamamlamalarının gerektiği düşünülmektedir.

Teşekkür: Sayın Prof. Dr. Ruken Akar Vural'a araştırmanın planlanmasında sağladığı katkıdan dolayı teşekkür ederiz.

Yazar Katkı Payları:

A.Ş.: Çalışmanın planlanması, literatür taraması, verilerin toplanması, verilerin analizi ve yorumlanması, çalışmanın raporlaştırılması (%50).

Z.K.: Çalışmanın planlanması, verilerin analizi ve yorumlanması, çalışmanın raporlaştırılması, denetleme eleştirel inceleme (%50).

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Mali Destek: Bu çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

- Ades, A. ve Lee, H. C. (2016). Update on simulation for the neonatal resuscitation program. *In Seminars in perinatology*, 40(7), 447-454. doi:10.1053/j.semperi.2016.08.005.
- Aksayan, S. ve Emiroğlu, N. (2002). Araştırmanın Tasarımı. İ. Erefe (Ed.), *Hemşirelikte araştırma: İlke süreç ve yöntemleri kitabı* içinde (s. 65-124). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- Ashis, K. C, Wrammert, J., Nelin, V., Clark, R. B, Ewald, U., Peterson, S.,...Malqvist, M. (2017). Evaluation of Helping Babies Breathe Quality Improvement Cycle (HBB-QIC) on retention of neonatal resuscitation skills six months after training in Nepal. *BMC Pediatrics*, 17(1), 103. doi:10.1186/s12887-017-0853-5.
- Aytaçlı, B. (2012). Durum çalışmasına ayrıntılı bir bakış. *Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 3(1),1-9. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/aduefebder/issue/33889/375231>.
- Başkale, H. (2016). Nitel araştırmalarda geçerlik, güvenilirlik ve örneklem büyüklüğünün belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(1), 23-28. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/753041>.
- Carlo, W. A., Wright, L. L., Chomba, E., McClure, E. M., Carlo, M. E., Bann, C. M.,... Harris, H. (2009). Educational impact of the neonatal resuscitation program in low-risk delivery centers in a developing country. *The Journal of Pediatrics*, 154(4), 504-508. doi: 10.1016/j.jpeds.2008.10.005.
- Cavicchiolo, M. E., Cavallin, F., Staffler, A., Pizzol, D., Matediana, E., Wingi, O. M.,...Trevisanuto, D. (2019). Decision making and situational awareness in neonatal resuscitation in low resource settings. *Resuscitation*, 134, 41-48. doi:10.1016/j.resuscitation.2018.10.034.

- Chenail, R. J. (2012). Conducting qualitative data analysis: Reading Line-by-Line, but analyzing by meaningful qualitative units. *The Qualitative Report*, 17(1), 266-269. Erişim adresi: <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR17-1/chenail-line.pdf>.
- Disu, E. A., Akodu, S. O., Anga, A. L. ve Njokanma, O. F. (2020). Teaching Nurses Neonatal Resuscitation: Knowledge gained from a Neonatal Resuscitation Training Program. *Nigerian Medical Practitioner*, 77(5-6), 63-69. Erişim adresi: <https://www.ajol.info/index.php/nmp/article/view/198870>
- Duran, R., Aladağ, N., Şen, F. G., Vatansever, Ü. ve Acunaş, B. (2007). Yenidoğan “resüsitasyon” program kursu sonrası yenidoğan hemşirelerinin bilgi kazanımları Orjinal Araştırma. *Türk Pediatri Arşivi*, 42(4), 153-155. doi:10.4274/TPA.V42I4.5000002269.
- Günbayı, İ. ve Akcan, F. (2013). İlköğretim kurumları yöneticilerinin yaşadıkları iş streslerine ilişkin görüşleri : Bir durum çalışması. *Öğretmen Eğitimi ve Eğitimcileri Dergisi*, 2(2),195-224. Erişim adresi: <http://www.jtee.org/document/issue4/MAK2.pdf>.
- Hatch, J. A. (2002). *Doing qualitative research in education settings*. New York: Suny Press.
- Huang, J., Tang, Y., Tang, J., Shi, J., Wang, H., Xiong, T.,...Mu, D. (2019). Educational efficacy of high-fidelity simulation in neonatal resuscitation training: a systematic review and meta-analysis. *BMC Medical Education*, 19(1), 323. doi:10.1186/s12909-019-1763-z.
- Essential Competencies for Midwifery Practice. International Confederation of Midwives. (2019). Erişim adresi: <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/essential-competencies-for-midwifery-practice.html>.
- Jnah, A. J., Newberry, D. M., Trembath, A. N., Robertson, T., Downing, A., Greene, M.,...Ahern, K. (2016). Neonatal resuscitation training. *Advances in Neonatal Care*, 16(3), 201-210. doi:10.1097/ANC.0000000000000294.
- Leader, A., Cadet, C., Lazala, D., Roa, W., Arroyo, O. ve Jensen, L. (2017). Collaborative implementation strategy for newborn resuscitation and essential care training in the Dominican Republic. *Frontiers in Public Health*, 5 (61), 1-8. doi:10.3389/fpubh.2017.00061.
- Merali, H. S., Chan, N. H. M., Mistry, N., Kealey, R., Campbell, D., Morris, S. K.,...Data, S. (2019). Designing and evaluating a novel mobile application for Helping Babies Breathe skills retention in Uganda: comparative study protocol. *BMJ Paediatrics Open*, 3(1). doi: 10.1136/bmjpo-2019-000561.
- Mildenberger, C., Ellis, C. ve Lee, K. (2017). Neonatal resuscitation training for midwives in Uganda: Strengthening skill and knowledge retention. *Midwifery*, 50, 36-41. doi:10.1016/j.midw.2017.03.017.
- O'Brien, B. C., Ilene, H. B., Beckman, T. J., Reed, D. A. ve Cook, D. A. (2014). Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Academic Medicine*, 89(9), 1245-1251. doi: 10.1097/ACM.0000000000000388.
- Pammi, M., Dempsey, M. E., Ryan, A. C. ve Barrington, K. J. (2016). Newborn resuscitation training programmes reduce early neonatal mortality. *Neonatology*, 110(3), 210-224. doi:10.1159/000443875.
- Reisman, J., Arlington, L., Jensen, L., Louis, H., Suarez-Rebling, D. ve Nelson, B. D. (2016). Newborn resuscitation training in resource-limited settings: A systematic literature review. *Pediatrics*, 138(2). doi:10.1542/peds.2015-4490.
- Sawyer, T., Ades, A., Ernst, K. ve Colby, C. (2016). Simulation and the neonatal resuscitation program 7th edition curriculum. *NeoReviews*, 17(8), e447-e453. doi: 10.1542/neo.17-8-e447.
- Shikuku, D. N., Milimo, B., Ayebare, E., Gisore, P. ve Nalwadda, G. (2017). Quality of care during neonatal resuscitation in Kakamega County General Hospital, Kenya: a direct observation study. *Biomed Research International*. doi:10.1155/2017/2152487.
- Shikuku, D. N., Milimo, B., Ayebare, E., Gisore, P. ve Nalwadda, G. (2018). Practice and outcomes of neonatal resuscitation for newborns with birth asphyxia at Kakamega County General Hospital, Kenya: A direct observation study. *BMC Pediatrics*, 18(1), 167. doi:10.1186/s12887-018-1127-6.
- Skidmore, M. B. ve Urquhart, H. (2001). Retention of skills in neonatal resuscitation. *Paediatrics & Child Health*, 6(1), 31-35. doi:10.1093/pch/6.1.31.
- Yenidoğan Canlandırma Programı (NRP) uygulayıcı eğitimi kurs kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı. (2018). Ankara.

- Tezel, B., İlhan, M., Günay, İ. ve Özbaş, S. (2015). Türkiye Yenidoğan Canlandırma Programı (NRP) uygulayıcı kursları. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi*, 5(2),101-108 doi:10.5222/buchd.2015.101.
- Trevisanuto, D., Ferrarese, P., Cavicchioli, P., Fasson, A., Zanardo, V. ve Zacchello, F. (2005). Knowledge gained by pediatric residents after neonatal resuscitation program courses. *Pediatric Anesthesia*, 15(11), 944-947. doi: 10.1111/j.1460-9592.2005.01589.x.
- Newborns Reducing Mortality. World Health Organization (2018). Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>.
- Newborns: Improving survival and well-being. World Health Organization. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>.
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2016). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri*. (11.Baskı) Ankara: Seçkin Basımevi.
- Zehnder, E., Law, B. ve Schmolzer, G. (2019). An opportunity for Cognitive Task Analysis in neonatal resuscitation. *Frontiers in Pediatrics*, 7 (356), 1-7. doi: 10.3389/fped.2019.00356.

Gülsüme SATIR¹
Orcid: 0000-0003-1314-8488

Merve MURAT²
Orcid: 0000-0002-5704-6814

Biruni Üniversitesi

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):

Gülsüme SATIR
gsatir@biruni.edu.tr

Anahtar Sözcükler:
Hemşirelik öğrencileri; lisansüstü eğitim; tutum.

Key Words:
Nursing students; graduate education; attitude.

Hemşirelik Öğrencilerinin Lisansüstü Eğitime Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi: Vakıf Üniversitesi Örneği*

Determination of Nursing Students' Attitudes Towards Graduate Education: A Private University Sample

* Bu çalışma, Hemşirelik Eğitimin Geleceği Sempozyumu-2/2019'da sunulmuştur.

Gönderilme Tarihi: 31 Ağustos 2020

Kabul tarihi: 15 Mart 2021

ÖZ

Amaç: Lisansüstü eğitimin en önemli amacı araştıran, yeni fikirler üreten, meraklı ve eleştiren, multidisipliner çalışmalara katılan ve etik ilkelere önem veren bilim insanı yetiştirmektir. Her yaşta bireylere bakım veren hemşirelerin, sağlık alanındaki ilerlemeleri takip ederek, gelişmelere açık olmaları hemşirelik bakımını iyileştirecektir. Bu araştırma, bir vakıf üniversitesi hemşirelik bölümünde öğrenim gören öğrencilerin lisansüstü eğitime yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, Temmuz-Ekim 2019 tarihleri arasında, İstanbul'da bulunan bir vakıf üniversitesinin hemşirelik bölümü öğrencileri ile tanımlayıcı tasarımda yapıldı. Örneklem seçimine gidilmeksizin evren kapsamındaki öğrencilerden (N: 260) araştırmaya katılmayı kabul edenlerin tümü (n: 167) örnekleme oluşturdu. Veriler, Kişisel Bilgi Formu ve Lisansüstü Eğitime Yönelik Tutum Ölçeği ile elektronik ortamda toplandı. Ölçek yirmi yedi maddeden oluşan 5'li likert tipi bir ölçek olup; ilgi ve önem, korku ve kaygı, ihtiyaç duymama ile arzu ve istek olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Veriler, SPSS 24.0 paket programında tanımlayıcı testler (frekans, yüzde, ortalama gibi), Mann Whitney U ve Kruskal Wallis H testleri ile analiz edildi.

Bulgular: Öğrencilerin, %73.1'inin kadın, %40.7'sinin 2. sınıf ve %61.1'inin ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu belirlendi. Öğrencilerin, %92.8'sinin lisansüstü eğitim almak istediği; lisansüstü eğitim almak isteyenlerin %34.8'inin akademisyen olmayı hedeflediği ve %24.5'inin Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği bilim dalında lisansüstü eğitim almak istediği saptandı. Öğrencilerin Lisansüstü Eğitime Yönelik Tutum Ölçeği puan ortalaması 52.05±19.2'dir. Lisansüstü eğitim almak isteyenlerin, istemeyenlere göre lisansüstü eğitime yönelik tutum ölçeği puan ortalamasının tüm alt boyutlarda anlamlı olarak orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Bu çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin lisansüstü eğitime yönelik tutumlarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Lisansüstü eğitim alma isteği durumuna bakıldığında; almak istemeyenlerin almak isteyenlere göre toplam ölçek ve alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; öğrencilere lisansüstü eğitim ile ilgili üniversitenin gerekli bilgileri vermesi ve öğrencileri lisansüstü eğitime teşvik etmek için desteklemesi gerekmektedir.

ABSTRACT

Objective: The most important goal of graduate education is to train scientists who research, generate new ideas, are curious and critical, participate in multidisciplinary studies and act according to ethical principles. Nurses who care for individuals of all ages will be able to improve their nursing care by following the advances in health and being open to developments. This research was conducted to determine students' attitudes at the nursing department at a private university towards graduate education.

Methods: The research was conducted in a descriptive design with a private university's nursing students in Istanbul between July and October 2019. Without choosing the sample, all of the students (N: 260) who agreed to participate in the study constituted the sample (n: 167). The data were collected online via students' mail by using "Personal Information Form" and "Attitude towards Graduate Education Scale". The scale is a 5-point Likert type scale consisting of twenty-seven items. It consists of four sub-dimensions: interest and importance, fear and anxiety, lack of need and desire and want. The data were analyzed using descriptive tests (such as frequency, percentage, and average), Mann Whitney U, and Kruskal Wallis H tests in the SPSS 24.0 program.

Results: It was determined that 73.1% of the students were female, 40.7% were in 2nd grade, and 61.1% of student's socioeconomic status were in the middle. And, 92.8% of the students continue with graduate education. It has been determined that 34.8% of those who want to get graduate degree want to be an academic and 24.5% of them want to get graduate study in the Department of Surgical Nursing. The mean score of the students' Attitude towards Graduate Education Scale is 52.05 ± 19.2. It has been determined that the mean score of the attitude scale towards graduate education for those who want to receive postgraduate education is significantly medium in all sub-dimensions.

Conclusion: In this study, it was determined that nursing students' attitudes towards graduate education were at a medium level. Considering the status of willingness to receive graduate education, it was found that the scale and sub-dimensions mean scores of those who did not want to take it were statistically significantly higher than those who did. In line with the results obtained from the research, the university should provide the information about graduate education and the students should be supported to encourage for graduate education.

Kaynak Gösterimi: Satir, G., Murat, M., (2021). Hemşirelik Öğrencilerinin Lisansüstü Eğitime Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi: Vakıf Üniversitesi Örneği. EGEHFD, 2021, 37(1): 59-67

How to cite: Satir, G., Murat, M., (2021). Determination of Nursing Students' Attitudes Towards Graduate Education: A Private University Sample. EGEHFD, 2021, 37(1): 59-67

GİRİŞ

Eğitim, ülkelerin ilerlemesi için en önemli faktördür. Çağdaş eğitim sistemi sayesinde kişiler gerekli bilgi ve beceriye sahip olurken, yetenekleri de desteklenmektedir. Yetenekleri ortaya çıkan insan daha mutlu ve refah içinde yaşamını devam ettirir. Mutlu ve kendini geliştiren insanlar ülkenin ilerlemesine katkıda bulunur (Çoruk vd., 2016).

Bütün meslek grupları, alanları ile ilgili ilerlemeleri takip etmeli ve uygulayabilmeli, bilgiyi seçip kullanabilmeli, farklı ve yaratıcı fikirler ile mesleğini ileriye taşımalı, kendini geliştirirken mesleğini de geliştirebilmelidir. Kısaca profesyonel özelliklerinin olması gerekmektedir. Kişinin mesleğinde profesyonel olarak adlandırılması ve gelişmelere uyum sağlaması çağdaş eğitim ile sağlanabilir (Öztürk ve Ulusoy, 2008). Lisans eğitimi sonrası lisansüstü eğitimlerle bireyler yaşam boyu öğrenmeyi ilke haline getirmelidir. Bu sebeple yükseköğretim kurumlarının sayılarının artırılmasına özen gösterilmeli ve verilen eğitim daha kaliteli hale getirilmelidir (Çoruk vd., 2016).

Türkiye’de lisansüstü eğitim ise ilgili yasal metinlerde; “lisans eğitimine dayalı olan yüksek lisans ve doktora eğitimiyle sanat dallarında yapılan sanatta yeterlik çalışması ve tıpta uzmanlıkla bunların gerektirdiği eğitim-öğretim, bilimsel araştırma ve uygulama etkinliklerinden oluşan eğitim” olarak tanımlanmaktadır (Turhan ve Yaraş, 2013). Çakar (1997) ise, bir alanda derinlemesine çalışarak lisans eğitiminde daha üst seviyede bilgi ve etkinliğe sahip olan yüksek ihtisas gücünü yetiştiren eğitim programı olarak tanımlamıştır. Lisansüstü eğitimin en önemli amacı araştıran, eleştiren, yeni fikirler üreten, yaşadığı topluma değer katan, multidisipliner çalışmalarda öncü, toplumun ihtiyaçlarını önemseyen ve etik ilkelere önem veren bilim insanı yetiştirmektedir (Aslan 2010). Lisansüstü eğitimin ülkedeki ulusal bilim politikasının ilerlemesine katkısı olmaktadır. Bir ülkenin gelişmiş olması lisansüstü eğitimin ilerleyişi ile ilişkilidir (Karaman ve Bakırcı, 2010).

Lisansüstü eğitim pek çok açıdan yarar sağlamaktadır. Lisansüstü eğitimi tamamlayan kişilerin gelecekte gelir düzeyleri artar, iş seçiminde seçenekleri çoğalır, yeni gelişmeleri yakından takip ederler ve toplumda saygı duyulan statüye sahip olabilirler. Lisansüstü eğitim alan kişi akademik çalışmalar ile birlikte toplumun yaşam kalitesini artırır ve ülkelerin ilerlemesi için yeni çözüm yolları üretebilir (Gömleksiz ve Yıldırım, 2013). Lisansüstü eğitim bireylere kültürel, ekonomik ve psikososyal yarar da sağlar. Bireyin kültürüyle ve çevresindeki insanlarla uyum içinde yaşaması için gerekli olan davranışları kazanmasına yardımcı olurken çevresindeki insanlar için rol model olur (Türer vd., 2013).

Sağlık Bilimleri alanında lisansüstü eğitim veren 93 üniversite vardır (Günay, 2018). Hemşirelikte ise devlet ve vakıf üniversitelerinde toplam 57 yüksek lisans programı; 30 doktora programı bulunmaktadır (Kocaman ve Arslan Yürümezoğlu, 2015). Hemşirelik yüksek lisans programlarında 2017 yılı itibarıyla 6.157, doktora programlarında ise 1.359 öğrenci kayıtlıdır (Yüksek Öğretim Kurumu, 2017).

Hemşireliğin bilgi birikiminin artmasında ve profesyonelleşmesinde kaliteli eğitim önemlidir (Atasoy ve Sütütemiz, 2014). Yaşam boyu öğrenmeyi benimsemiş, toplumun sağlık ihtiyaçlarına yanıt veren, yeni bilgi üreten özerk hemşireler kaliteli eğitim ile yetiştirilirler (Karagözoğlu, 2008). Hemşireler; yeterli, güvenli ve kaliteli sağlık hizmetleri sunarak toplum sağlığının korunması, sürdürülmesi ve iyileştirilmesinde önemli rol oynamaktadır (Hajihosseini vd., 2017). Ayrıca, hemşirenin alanında uzmanlaşmış, eleştirel düşünebilen, toplum gerçeklerini önemseyen ve sorun çözüme yeteneğinin gelişmiş olması sağlık maliyetlerini en aza indirger (Özkütük vd., 2018).

Dünya Sağlık Örgütü hemşirelerin sürekli mesleki gelişimini desteklemektedir. Lisans ve lisansüstü hemşirelik eğitimi, hemşirelerin toplumun ihtiyaçlarını karşılamada yeterliliğinin sağlanmasında kritik bir rol oynamaktadır. Lisansüstü eğitim alan hemşirelik öğrencilerinin sayısının artması hemşirelerin sosyal statüsünü iyileştirmesini sağlayacaktır (Hajihosseini vd., 2017). Lisansüstü eğitim hemşirelerin özsaygısını artırma potansiyeline sahiptir. Özsaygının artması hasta bakımının iyileşmesine katkı sağlayabilir (Ng vd., 2016). Lisansüstü hemşirelik eğitimi hemşirenin iletişimini güçlendirir, hasta sonuçlarının iyileşmesine katkıda bulunur ve hastalara doğrudan fayda sağlayabilir (Cotterill-Walker, 2012; Ho vd., 2019). Lisansüstü çalışmalar, hemşirelerin sürekli öğrenme alışkanlığını geliştirmelerine yardımcı olur ve böylece mesleki gelişimi sürekli hale getirir (Brayer ve Marcinowicz, 2018). Ayrıca literatürde hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça kültürel bilgisini geliştirme isteğinin ve mesleki değerlerinin de arttığı belirtilmiştir (Dündar v vd., 2019; Maren ve Hart, 2014).

Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Birliği (AACN) ise yüksek lisans eğitiminin hemşireleri liderlik ve kritik durumlar için hazırladığını belirtmiştir (Scott ve Yoder-Wise, 2013). Lisansüstü eğitim alan hemşirelerin eleştirel düşünme ve karar verme becerilerini geliştirme olasılıklarının daha fazla olduğu ve doğru olmayan uygulamalara meydan okumalarını sağlayacak liderlik niteliklerini gösterdikleri, yönetimde ve politikalarda daha fazla söz sahibi oldukları belirtilmektedir (Clark vd., 2015; Wilkinson vd., 2018).

Ülkemizde hemşirelikte ilk yüksek lisans eğitimi 1968’de ve ilk doktora eğitimi 1972’de Hacettepe Üniversitesi’nde başlamıştır. Hemşireler yüksek lisans eğitimini tezli ve tezsiz yüksek lisans olarak tercih edebilirler. Tezli yüksek lisans en az yirmi bir kredi, minimum yedi ders, bir seminer dersi ve tez çalışmasından, tezsiz yüksek lisans en az otuz kredi, minimum on adet ders ve dönem projesi dersinden meydana gelir. Doktora programı ise en az yirmi bir krediden, yedi ders, yeterlik sınavı ve tez çalışmasından meydana gelir (Ergöl, 2011).

Ülkemizde yapılan çalışmalar tarandığında hemşirelik öğrencileri ile ilgili çok sayıda çalışma mevcuttur (Sarpkaya ve Dal., 2015; Tercan vd., 2017). Hemşirelik öğrencilerinin lisansüstü eğitime yönelik tutumlarını konu alan bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin lisansüstü eğitime yönelik tutumlarının belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Araştırma Soruları

1. Hemşirelik öğrencilerinin lisansüstü eğitime yönelik tutumları nasıldır?
2. Hemşirelik öğrencilerinin sosyo-demografik özellikleri lisansüstü eğitime bakış açılarını etkiler mi?

YÖNTEM

Araştırma, tanımlayıcı tasarımda yapıldı. Bir vakıf üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'ne kayıtlı öğrenciler evreni (N:260); araştırmaya katılmayı kabul edenler ise örnekleme (n:167) oluşturdu. Araştırmaya dahil edilme kriterleri arasında öğrencinin, Hemşirelik Bölümü 2., 3. ve 4. sınıf öğrencisi olması, veri toplama sürecinde okula devam ediyor olması, çalışmaya katılmayı kabul etmesi ve tüm sorulara eksiksiz cevap vermesi bulunmaktadır. Birinci sınıf öğrencilerinin çalışmaya dahil edilmemesinin nedeni birinci yıl temel tıp bilimleri (anatomi, fizyoloji, biyokimya gibi) ve İngilizce ağırlıklı eğitim almaları ve hemşirelik alan derslerini almamalarıdır.

Veri Toplama Araçları:

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından literatür bilgisi doğrultusunda oluşturulan 14 soruluk kişisel bilgi formunda; öğrencilerin ve ailelerinin, sosyo-demografik özellikleri (7 soru), ikinci bölümünde ise lisansüstü eğitim alma isteği ve nedeni, lisansüstü eğitim almak istediği alan gibi lisansüstü eğitim ile ilgili sorular (7 soru) yer almaktadır (Turhan ve Yaraş 2013; Türer vd., 2013).

Lisansüstü Eğitime Yönelik Tutum Ölçeği (LEYTÖ): Bezen ve arkadaşları tarafından 2016 yılında geliştirilen ölçek, lisans öğrencilerinin lisansüstü eğitime yönelik tutumlarını ölçmektedir. Yirmi yedi maddeden oluşan 5'li likert tipi bir ölçek olup; ilgi ve önem, korku ve kaygı, ihtiyaç duymama ve arzu ve istek olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte tersten puanlanan maddeler bulunmaktadır ve bunlar madde 1, 8, 9, 13, 15, 17, 20, 32, 37, 39, 41, 43 ve 47'dir. Ölçek maddelerinin alt boyutlara göre dağılımı aşağıda yer almaktadır (Bezen vd., 2016):

İlgi ve önem: Madde 7, 18, 21, 25, 27, 29, 31, 33, 35, 42 ve 46

Korku ve kaygı: Madde 1, 32, 39, 41, 43 ve 47

İhtiyaç duymama: Madde 8, 9, 13, 15, 20 ve 37

Arzu ve istek: Madde 5, 16, 17 ve 19

Olumsuz ifadeler için "Kesinlikle katılmıyorum: 1, Katılmıyorum: 2", nötr ifadeler için "Kararsızım: 3", olumlu ifadeler için ise "Katılıyorum: 4, Tamamen katılıyorum: 5" şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 135, minimum puan 27'dir. LEYTÖ, hem toplam puan, hem de alt ölçek puanları üzerinden yorumlanmakta olup, ölçek ve alt ölçeklerden alınan yüksek puan olumlu tutumu ifade etmektedir. Bezen ve arkadaşlarının çalışmasında ölçek Cronbach Alpha Katsayısı 0.95; ölçeğin alt boyutlarında ise ilgi ve önem 0.91, korku ve kaygı 0.82, ihtiyaç durmama 0.85 ile arzu ve istek 0.82 şeklinde bulunmuştur (Bezen vd., 2016). Bu çalışmada ölçek Cronbach Alpha Katsayısı 0.94; ölçeğin alt boyutları ise sırası ile 0.94, 0.79, 0.83, 0.69 ve 0.79 olarak bulundu.

Veri Toplama Yöntemi

Veriler, Temmuz-Ekim 2019 tarihleri arasında, çevrimiçi hazırlanan formların öğrencilerin sistemde kayıtlı (edu.tr uzantılı) öğrenci mail adreslerine gönderilmesiyle toplandı. Öğrenciler, maillerine gönderilen link üzerinden anket formunu yanıtlayarak katılımı sağlandı. Hatırlatma amacıyla öğrencilere yedi gün arayla hatırlatma maili gönderildi.

Katılımcılardan anket öncesi, anketi cevaplamak için herhangi bir kişisel bilgi istenmemektedir. Cevaplanan formlar üzerinde değişiklik yapılması istenen çalışmalarda çevrimiçi form (Google Forms) kişinin kendi IP adresini kendisinin manuel (el ile) olarak girmesi istenmektedir. Çalışmada cevaplandırılan formlar üzerinde değişiklik yapılmasına izin verilmeyeceği için kişinin IP adresi istenmemektedir. Böylelikle verilen cevapların sadece tarih/zaman bilgisi ve onay ibaresinden sonra sorulara verilen cevaplar görüntülenmektedir. Bu bilgiler dışında herhangi kişisel bir bilgi görüntülenmemektedir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, Statistical Package for the Social Sciences v. 24.0 (SPSS) paket programı kullanılarak değerlendirildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile incelendi ve verilerin normal dağılmadığı tespit edildi. Sosyodemografik veriler için tanımlayıcı yöntemler (frekans, yüzde, ortalama gibi)

kullanıldı. Veriler, normal dağılıma uymadığı için non-parametrik yöntemlerden ikili grup karşılaştırmalarında Mann Whitney-U testi, üç ve üzeri grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis-H testinden yararlandı. Ölçek ve alt boyutları arasındaki ilişki Pearson Çarpım Moment Korelasyon Katsayısı testi ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık %95 güven aralığında $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma, Birtüni Üniversitesi “Girişimsel Olmayan Etik Kurulu” tarafından (05.07.2019 tarihli 2019/30-04 numaralı) onaylandı ve üniversite yönetiminden gerekli izinler alındı. Sistem öğrencilerin, araştırma sorularını görmeden önce aydınlatılmış onamı görebileceği şekilde düzenlendi. Araştırma sorularına sadece bağlantıya sahip öğrenciler, araştırmanın sonuçlarına ise sadece araştırmacılar erişti. Araştırmanın amacı, katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğu ve sonuçların sadece bilimsel amaçla kullanılacağı vurgulandı.

BULGULAR

Araştırmaya toplam 167 öğrenci katılmıştır. Öğrencilerin, %73.1’inin kadın, %40.7’sinin 2. sınıf öğrencisi olduğu ve 61.1’inin gelir düzeyinin orta olduğu belirlendi. Öğrencilerin, %44.9’unun annesinin ve %31.1’inin babasının ilköğretim mezunu olduğu belirlendi.

Tablo 1’de öğrencilerin lisansüstü eğitime ilişkin bilgi görüşleri yer almaktadır. Öğrencilerin %92.8’inin lisansüstü eğitim almak istediği, lisansüstü eğitim almak isteyenler arasında %34.8’inin akademisyen olmak istediği ve %24.5’inin Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, %19.4’ünün Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ve %17.4’ünün Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği anabilim dalında lisansüstü eğitim almak istediği saptandı. Öğrencilerin %12.6’sının daha önce Akademik Personel ve Lisansüstü Eğitime Giriş (ALES) ve %3.6’sının yabancı dil sınavına girdiği belirlendi. Öğrencilerin %12.6’sının 1. derece ve %11.4’ünün 2. derece aile üyelerinden birinin lisansüstü eğitim aldığı tespit edildi.

Tablo 1. Öğrencilerin Lisansüstü Eğitime İlişkin Sorulara Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Lisansüstü Eğitimle İlgili Sorular	n	%	
Lisansüstü eğitim almak ister misiniz?	Evet	155	92.8
	Hayır	12	7.2
	Toplam	167	100
Neden lisansüstü eğitim almak istiyorsunuz?	Akademisyen olmak	54	34.8
	Yönetici olmak	25	16.1
	Kendimi geliştirmek	12	32.9
	Uzman Hemşire olmak	25	16.1
	Toplam	155	100
Hangi alanda lisansüstü eğitim almak istersiniz?	Hemşirelik Esasları	5	3.2
	İç Hastalıkları Hemşireliği	23	14.8
	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği	38	24.5
	Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	11	7.1
	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	30	19.4
	Hemşirelikte Yönetim	10	6.5
	Hemşirelikte Eğitim	4	2.6
	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	27	17.4
	Halk Sağlığı Hemşireliği	3	1.9
	Diğer (alan dışı)	4	2.6
Toplam	155	100	
ALES (Akademik Personel ve Lisansüstü Eğitime Giriş) sınavına girdiniz mi?	Evet	21	12.6
	Hayır	146	87.4
	Toplam	167	100
YDS / YÖKDİL vb. yabancı dil sınavına girdiniz mi?	Evet	6	3.6
	Hayır	161	96.4
	Toplam	167	100
Ailenizde lisansüstü eğitim almış birey var mı?	Hayır	127	76
	Evet (1. Derece)	21	12.6
	Evet (2. Derece)	19	11.4
Toplam	167	100	

Öğrencilerin LEYTÖ toplam puan ortalaması 52.05±19.2'dir ve lisansüstü eğitime yönelik tutumları orta düzeydedir. Ölçeğin, ilgi ve önem alt boyutu puan ortalaması 21.0±9.5; korku ve kaygı alt boyutu puan ortalaması 12.4±4.9; ihtiyaç duymama alt boyutu puan ortalaması 11.9±3.8 ve arzu ve istek alt boyutu puan ortalaması 8.1±2.7 şeklinde bulundu (Tablo 2).

Tablo 2: Ölçekten Alınan Puanların Dağılımı (n:167)

Ölçekler	X±SS	Minimum	Maksimum	Item
Lisansüstü Eğitime Yönelik Tutum Ölçeği	52.05±19.2	32	125	27
• İlgi ve Önem Alt Boyutu	21.0±9.5	11	55	11
• Korku ve Kaygı Alt Boyutu	12.4±4.9	6	28	6
• İhtiyaç duymama Alt Boyutu	11.9±3.8	6	26	6
• Arzu ve İstek Alt Boyutu	8.1±2.7	4	20	4

Tablo 3'te öğrencilerin demografik özellikleri ve lisansüstü eğitim ile ilgili sorulara verilen cevaplara göre lisansüstü eğitime yönelik tutum puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre; LEYTÖ'nün korku ve kaygı, ihtiyaç duymama alt boyutları ve toplam ölçek puanı ile cinsiyet arasında ve ihtiyaç duymama alt boyutu ile devam edilen sınıf arasında anlamlı bir ilişki tespit edildi ($p<0.05$). 2. sınıf öğrencilerinin puan ortalamaları toplamda ve tüm alt boyut puan ortalamalarında diğer sınıflara göre daha yüksek bulundu ($\chi^2=1.092$). Lisansüstü eğitim alma isteği durumuna bakıldığında; almak isteyenlerin almak istemeyenlere göre LEYTÖ tüm alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi ($p<0.05$). LEYTÖ'nün tüm alt boyutları ve toplam puan ortalaması ile lisansüstü eğitim alma sebebi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Aile üyeleri arasında lisansüstü eğitim alan/alınmış olan öğrencilerin LEYTÖ'nün ihtiyaç duymama alt boyut puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($U=8.520$; $p<0.05$).

Tablo 3: LEYTÖ Puan Ortalamalarının Öğrencilerin Demografik Özellikleri ve Lisansüstü Eğitimle İlgili Sorulara Verdikleri Cevaplar ile Karşılaştırılması

Lisansüstü Eğitime Yönelik Tutum Ölçeği (LEYTÖ)															
Değişkenler	İlgi ve Önem Alt Boyutu			Korku ve Kaygı Alt Boyutu			İhtiyaç Duymama Alt Boyutu			Arzu ve İstek Alt Boyutu			Toplam		
	Ort.	±SD	Test değeri	Ort.	±SD	Test değeri	Ort.	±SD	Test değeri	Ort.	±SD	Test değeri	Ort.	±SD	U
			P			P			P			P			P
Cinsiyet															
Kadın	20.2	8.9	23.10 [†]	11.5	4.1	17.25 [†]	9.2	4.2	16.40 [†]	7.9	2.2	25.65 [†]	48.9	16.8	18.34 [†]
Erkek	23.1	10.7	0.116	15.1	5.9	0.000	13.4	6.7	0.000	8.8	3.7	0.514	60.6	22.8	0.001
Sınıf															
2.Sınıf	21.9	10.1	0.943 [‡]	12.9	5.2	0.113 [‡]	10.5	5.6	7.110 [‡]	8.6	2.7	1.367 [‡]	54.1	20.7	1.092 [‡]
3.Sınıf	21	9.7		12.1	4.3		10.3	5.2		8	3		51.6	18.8	
4. Sınıf	19.6	8.2		12.1	5.2		10	4.9		7.5	2.4		49.4	17.3	
Lisansüstü eğitim almak ister misiniz?															
Evet	20	8.7	2.67 [†]	11.8	4.4	1.80 [†]	9.8	4.9	2.86 [†]	7.8	2.5	1.57 [†]	49.7	17.1	1.39 [†]
Hayır	32.9	11.2	0.000	20	4.5	0.000	17	6.2	0.00	12.2	2.2	0.000	82.3	19.6	0.000
Neden lisansüstü eğitim almak istiyorsunuz?															
Akademisyen olmak	19.5	9.9		11	4.3		9.5	4.9		7.7	2.5		47.9	19	
Yönetici olmak	22.5	9.6	4.28 [‡]	12.6	4.9	6.70 [‡]	10.2	5.2	1.25 [‡]	8	3	0.49 [‡]	53.4	19.9	3.79 [‡]
Kendimi geliştirmek	19.8	7.5	0.232	11.8	4.3	0.082	9.6	4.8	0.740	7.9	2.5	0.921	49.3	13.9	0.285
Uzman Hemşire olmak	19.1	7.4		13	4.3		10.6	4.8		7.8	2		50.6	16.4	
Ailenizde lisansüstü eğitim almış birey var mı?															
Hayır	21.4	9.5		12.8	5		10.4	5		8.2	2.6		53	19.1	
1. Derece yakınlar	20.9	9.9	3.007 [‡]	11.4	5.3	3.858 [‡]	11.4	5.3	8.520 [‡]	8.5	3.7	2.588 [‡]	52.9	23.4	4.514
2. Derece yakınlar	18.3	9	0.222	10.8	3.2	0.145	10.8	3.2	0.014	7.2	1.9	0.274	44.3	12.8	0.105

[†]Mann-Whitney U Test, [‡]Kruskal Wallis H Test, $p<0.05$

LEYTÖ ve alt boyutları arasındaki ilişki Tablo 4'te gösterilmektedir. Elde edilen sonuçlara göre ölçek ile alt boyutları arasında pozitif, yüksek düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4).

Tablo 4: LEYTÖ ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon

		LEYTÖ	İlgi ve önem	Korku ve kaygı	İhtiyaç duymama	Arzu ve istek
LEYTÖ	r	1				
	p					
	N	167				
İlgi ve önem	r	,906**	1			
	p	0,000				
	N	167	167			
Korku ve kaygı	r	,781**	,533**	1		
	p	0,000	0,000			
	N	167	167	167		
İhtiyaç duymama	r	,849**	,607**	,698**	1	
	p	0,000	0,000	0,000		
	N	167	167	167	167	
Arzu ve istek	r	,807**	,740**	,467**	,640**	1
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	
	N	167	167	167	167	167

*Pearson Çarpım Moment Korelasyon Katsayısı, **p<0.05*

TARTIŞMA

Bu bölümde hemşirelik öğrencilerinin lisansüstü eğitime yönelik tutumlarının değerlendirilmesine yönelik elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %73.1'inin kadın, %40.7'sinin 2. sınıf öğrencisi ve 61.1'inin gelir düzeyinin orta, %44.9'unun annesinin ve %31.1'inin babasının ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin %12.6'sının 1. derece aile üyelerinden ve %11.4'ünün 2. derece aile üyelerinden birinin lisansüstü eğitim aldığı belirlendi (Tablo 1).

Lisansüstü eğitimin amacı, uygulama ile bilgiyi ilişkilendirme süreci yoluyla geliştirmektir. Eğitim düzeyindeki artış; bilginin uygulamaya geçmesi, eleştirel düşünmenin gelişmesi, karar verme becerilerinin artması, hekimin tedavi kararlarını sorgulaması, araştırma kanıtlarının kullanılması ve artan iş memnuniyeti ile uygulamaya doğrudan ve dolaylı faydalar getirir (Wilkinson vd., 2018). Lisansüstü eğitim kanıta dayalı klinik uygulamalarının ilerlemesinin temelini oluşturmaktadır (Ng vd., 2016).

Çalışmamızda hemşirelik öğrencilerinin %92.8'i lisansüstü eğitim almak istemektedir (Tablo 2). Bu oldukça yüksek bir orandır. İler (2010) LEYTÖ kullanarak yaptığı çalışmada; ilköğretim öğretmen adaylarının lisansüstü eğitimin işlevine yönelik tutumlarının olumlu olduğu, Zahran (2013) tarafından yapılandırılmış sorularla hemşireler ile yapılan çalışmada; kendini geliştirme; kariyer fırsatlarının artması sebebiyle yüksek lisans derecesi almak istediklerini, Karadaş ve diğerleri (2017) tarafından yapılan çalışmada hemşirelik öğrencilerinin %67.5'inin bir kariyer planı olduğu, kariyer planı olanların %45.9'unun lisansüstü eğitim alma isteği belirtilmektedir. Hemşirelik öğrencilerinin lisansüstü eğitime istek duymasının sebebi lisansüstü eğitim ile birlikte kariyerlerinde ilerleme şansına sahip olmak, klinik uygulamalardaki yeni gelişmelere hızlı bir şekilde uyum sağlamak ve yeni bilgi ve deneyimlere erişmek istediklerini düşündürmektedir.

Lisansüstü eğitim almak isteyenler arasında %34.8'inin akademisyen olmak istediği saptandı. Amanak ve diğerleri (2020) ebelerle yaptığı çalışmada öğrencilerin %33.3'ü akademisyen olmak istediklerini belirtmiştir. Yıldırım ve diğerleri (2011) çalışmalarında, öğrencilerin %27'sinin mezun olduktan 5-10 yıl sonra kendilerini akademisyen olarak görmek ve Karadaş ve diğerleri (2017) tarafından yapılan çalışmada ise hemşirelik öğrencilerinin %20.2'sinin akademisyen olmak istediği belirtilmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda da öğrencilerin akademisyenliğe karşı tutumları bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir (Nazik ve Arslan, 2013; Karadaş vd., 2017). Öğrenciler lisansüstü eğitim ile birlikte kendilerini geliştirebilecek, sağlık profesyoneli olma yolunda ilerleyebilecek ve isterse akademisyen olarak görev yapabileceklerinin bilincinde olduğunu söyleyebiliriz.

Öğrencilerin %24.5'inin Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği bilim dalında lisansüstü eğitim almak istediği saptandı. Ameliyat öncesi ve sonrası hemşirelik bakımı, cerrahi girişimin başarısını etkileyen en önemli

faktörlerdendir. Cerrahi hastalarının, bakım ve tedavi uygulamaları günün her saati sürmektedir. Cerrahi birimlerinde hastaların kişisel gereksinimlerini karşılama anlamında hemşireye bağımlıdır. Bu sebeple cerrahi klinikleri hemşirelik bakımına daha fazla gereksinim duyulan birimlerde (Karabulut ve Çetinkaya, 2011). Ameliyathane hemşiresi, tıbbi-cerrahi prensiplere uygun ve sağlık ekibinin diğer üyeleri ile uyum içinde çalışır. Hastanın cerrahi tedavisindeki süreçte önemli rolü bulunmaktadır (Arslanoğlu ve Köser, 2019). Gözüm (2010) tarafından yapılan “Hemşirelik öğrencilerinin çalışmak istedikleri alanlara ilişkin lisans eğitiminin başında ve sonundaki tercihleri” çalışmasında ise bizim çalışmamızdan farklı olarak, cerrahi ve ameliyathane hemşireliğinin tercih edilme oranı lisans öğretimin başında düşük bulunmuş ve bu sonucun öğretimin sonunda da çok fazla değişmediği belirtilmiştir. Araştırmamızda cerrahi birimlerde özellikle ameliyathane de yüksek teknolojik ürünlerin kullanılması ve diğer kliniklere göre ameliyathanelerin daha prensipli olmasının yanı sıra diğer alanlara kıyasla daha izole olması ve hasta yakınlarının olmaması öğrencilerimizin dikkatini çektiğini düşündürmektedir.

Lisansüstü eğitim almak istemelerine rağmen; %12.6’sının ALES ve %3.6’sının yabancı dil sınavına girdiği belirlendi. Öğrencilerin lisansüstü eğitim için ne yapmaları gerektiğini tam olarak bilmedikleri düşünülebilir. Öğrencilerin ALES ve yabancı dil sınavları hakkında bölüm, fakülte, enstitü ve üniversite tarafından bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Öğrencilerin LEYTÖ toplam puan ortalaması 52.05±19.2 olarak belirlendi. Buna göre; ölçekten alınabilecek orta derece puan elli dört olması nedeniyle öğrencilerinde lisansüstü eğitime yönelik tutumlarının ortaya yakın düzeyde olduğu söylenebilir. Wilkinson ve diğerleri (2018) tarafından yapılan çalışmada hemşireler, hemşirelik uygulamalarını geliştirmek veya daha üst düzey hemşirelik pozisyonlarına ulaşmalarını güvence altına almak için lisansüstü hemşirelik eğitime katılmayı tercih ettiklerini belirtmiştir. Lisansüstü eğitim diğer tüm eğitim aşamaları gibi maddi ve manevi emek gerektirir ve aile geliri öğrencinin eğitimini etkilemektedir (Ünsal, 2010). Öğrencilerin lisansüstü eğitime istekli olmama nedenlerinden birisi de işe başlayıp bir an önce para kazanmak istemeleri olarak düşünülebilir.

İkinci sınıf öğrencilerinde toplam puan ve bütün alt boyut puan ortalamaları diğer sınıflara göre daha yüksek bulundu. Öğrencilerin hemşirelik alan derslerini 2. sınıfta almaya başlamaları ve aynı sene staja çıkmaları mesleği benimsemeye başladıklarını ve daha istekli olduklarını düşündürmektedir.

Lisansüstü eğitim almak istemeyenlerde toplam puan ve bütün alt boyut puan ortalamaları lisansüstü eğitim almak isteyenlere kıyasla daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu. Hemşirelik öğrencileri ile yapılmış araştırma olmamasından dolayı bulgu öğretmen adayları ile yapılan araştırma sonucu ile tartışılmıştır. Öğretmen adayları ile yapılan çalışmada; lisansüstü eğitime devam etmek isteyenlerin lisansüstü eğitime yönelik tutumları, lisansüstü eğitime devam etmek istemeyen öğretmen adaylarına göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir (Büyükgöze ve Gelbal, 2016). Bireyler görevini etkin bir şekilde yerine getirmek, genel kültür, mesleki bilgi ve becerilerini artırmak için daha çok öğrenmeye gereksinim duyar (Çoruk vd., 2016). Bireylerin lisans eğitimi ile aldığı bilgiler çağın belli bir kısmını karşılayabilir (Aydemir ve Çam, 2015). Bu sebeple gelişen teknolojiye uyum sağlayabilmek için bireylerin lisansüstü eğitim alması gerektiği söylenebilir.

Aile üyeleri arasında lisansüstü eğitim alan/almış olan öğrencilerin LEYTÖ’nin ihtiyaç duymama alt boyut puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. Lisansüstü eğitimini tamamlayan kişilerin çalışma alanlarında kıdem, statü ve ekonomik olarak karşılığını alamamalarını belirtmeleri nedeniyle lisansüstü eğitimi önermedikleri düşünülmektedir.

Araştırmada, LEYTÖ ve alt boyutları arasında pozitif, yüksek düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi. Sivacı ve diğerlerinin (2018) öğretmen adayları ile yürüttüğü çalışmada ise, lisansüstü eğitime yönelik tutum ölçeği ve alt boyutları arasında düşük kuvvette pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Sivacı vd.,2018).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Hemşirelik öğrencilerinin lisansüstü eğitime yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan bu araştırma sonucunda; öğrencilerin lisansüstü eğitime yönelik tutumlarının orta düzeyde olduğu görülmüştür. Lisansüstü eğitim almak isteyen öğrencilerin hedefi akademisyen olmaktır. Bu durumu olumlu yönde etkileyen en önemli faktör aile üyelerinden lisansüstü eğitim alan bireylerin rol model olmasıdır.

Lisansüstü eğitime yönelik olumlu tutumların artırılması için lisansüstü eğitim ile ilgili üniversitenin gerekli bilgileri vermesinin ve öğrencileri lisansüstü eğitime teşvik etmek için desteklenmesinin gerekliliği vurgulanmaktadır. Üniversiteler kariyer etkinlikleri düzenleyerek, lisansüstü eğitim almış hemşirelerle öğrencileri buluşturarak farkındalık kazandırabilir ve deneyim paylaşımları sağlayabilir. Ayrıca danışman olan öğretim üyeleri de öğrencileri kariyer planlaması konusunda bilgilendirebilir. Lisansüstü eğitim ile ilgili daha fazla hemşirelik lisans öğrencisinin katıldığı ve nicel ve niteliksel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Yazarların katkı payları:

GS: Fikir, tasarım, veri toplama, yorum, yazıyı yazma, revizyon

MB: Veri toplama ve işleme, analiz, eleştirel inceleme

KAYNAKLAR

- Amanak, K., Şeker, S., Canbay, F.Ç., Esen, E. (2020). Ebelik öğrencilerinin lisansüstü eğitim ve kariyer tercihlerinin belirlenmesi: bir karma yöntem çalışması. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 10(1), 58-67.
- Arslanoğlu, A., Köser, C.E. (2019). Ameliyathane hemşirelerinin sorunlarını inceleyen nitel bir araştırma. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 1-14.
- Aslan, C. (2010). Türkçe eğitimi programlarında lisansüstü öğrenim gören öğrencilerin akademik öz yeterliliklerine ilişkin görüşleri. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 10(19), 87-115.
- Atasoy, I., Sütütemiz, N. (2014). Bir grup hemşirelik son sınıf öğrencisinin hemşirelik eğitimi ile ilgili görüşleri. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 22(2), 94-104.
- Aydemir, S., Çam, Ş. (2015). Lisansüstü öğrencilerinin lisansüstü eğitimi almaya ilişkin görüşleri. *Turkish Journal of Education*, 4(4), 4-16.
- Bezen, S., Aykutlu, I., Seçken, N., Bayrak, C. (2016). Developing the scale for attitude towards graduate studies: a validity and reliability study. *Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*. 41, 17-29.
- Brayer, A., Marciniowicz, L. (2018). Job satisfaction of nurses with master of nursing degrees in Poland: quantitative and qualitative analysis. *BMC Health Services Research*, 18(1), 239.
- Büyükgöze, H., Gelbal, S. (2016). Lisansüstü eğitime yönelik tutumda proaktif kişilik ve akademik kontrol odağının rolü. In K. Beycioğlu, N. Özer, D. Koşar, İ. Şahin (Eds.), *Eğitim Yönetimi Araştırmaları* (s. 91-103). Ankara: Pegem Akademi.
- Clark, L., Casey, D., Morris, S. (2015). The value of Master's degrees for registered nurses. *British Journal of Nursing*, 24(6), 328-334.
- Cotterill-Walker, S.M. (2012). Where is the evidence that master's level nursing education makes a difference to patient care? A literature review. *Nurse Education Today*, 32(1), 57-64.
- Çakar, Ö. (1997). Fen bilimleri alanında bilim adamı yetiştirme: Lisansüstü eğitim. Ankara: TÜBA Yayınları.
- Çimen, A. (2015). *Beden eğitimi ve spor öğretmeni adaylarının lisansüstü eğitime ilişkin görüşleri ve beklentilerinin incelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ.
- Çoruk, A., Çağatay, Ş., Öztürk, H. (2016). Lisansüstü eğitimde kayıt ve devam sorunları. *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(1), 165-178.
- Dündar, T., Özsoy, S., Toptaş, B., Aksu, H. (2019). Hemşirelikte mesleki değerler ve etkileyen faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 35(1), 11-19.
- Ergöl, Ş. (2011). Türkiye’de yükseköğretimde hemşirelik eğitimi. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 1(3), 152-155.
- Gömlüksiz, M., Yıldırım, F. (2013). Lisansüstü eğitim alan öğrencilerin lisansüstü eğitime ilişkin görüşleri. VI. Ulusal Lisansüstü Eğitim Sempozyumu. 68-74.
- Gözüm, S. (2010). Hemşirelik öğrencilerinin çalışmak istedikleri alanlara ilişkin lisans eğitiminin başında ve sonundaki tercihleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 10-17.
- Günay, D. (2018). Türkiye’de lisansüstü eğitim ve lisansüstü eğitime felsefi bir bakış. *Üniversite Araştırmaları Dergisi*, 1(2). 71-88.
- Hajhosseini, F., Tafreshi, M.Z., Hosseini, M., Baghestani, A. R. (2017). Teachers’ and postgraduate nursing students’ experience of the educational environment in Iran: A qualitative Research. *Electronic Physician*, 9(8), 5049-5060.
- Ho, K.H., Chow, S.K., Chiang, V.C., Wong, J.S., Chow, M.C. (2019). The technology implications of master’s level education in the professionalization of nursing: A narrative inquiry. *Journal of Advanced Nursing*, 75(9), 1966-1975.

- İlhan, M., Sünkür, M.Ö., Yılmaz, F. (2012). İlköğretim öğretmen adaylarının lisansüstü eğitime yönelik tutumlarının incelenmesi (Dicle Üniversitesi Örneği). *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1(23), 22-42.
- İzgi, S. (2016). *Sosyal bilgiler öğretmenliği öğrencilerinin lisansüstü eğitime ilişkin tutumlarının bazı değişkenler açısından incelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). İnönü Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Karabulut, N., Çetinkaya, F. (2011). Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta bakımında karşılaştıkları güçlükler ve motivasyon düzeyleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(1), 14-23.
- Karadaş, A., Duran, S., Kaynak, S. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin kariyer planlamaya yönelik görüşlerinin belirlenmesi. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(1), 1-8.
- Karagözoğlu, Ş. (2008). Hemşirelikte bireysel ve profesyonel özerklik. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 10(3), 41-50.
- Karaman, S., Bakırcı, F. (2010). Türkiye’de lisansüstü eğitim: sorunlar ve çözüm önerileri. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 2, 94-114.
- Kocaman, G., Arslan Yürümezoğlu, H. (2015). Türkiye’de hemşirelik eğitiminin durum analizi: sayılarla hemşirelik eğitimi (1996-2015). *Journal of Higher Education & Science*, 5(3), 255-62.
- Mareno, N., Hart, P.L. (2014). Cultural competency among nurses with undergraduate and graduate degrees: Implications for nursing education. *Nursing Education Perspectives*, 35(2), 83-88.
- Nazik, E., Arslan, S. (2014). Hemşirelik mesleğinin geleceği: öğrencilerin beklentileri. *Bozok Tıp Dergisi*, 4(1), 33-40.
- Ng, L., Eley, R., Tuckett, A. (2016). Exploring factors affecting registered nurses' pursuit of postgraduate education in Australia. *Nursing & Health Sciences*, 18(4), 435-441.
- Özkütük, N., Orgun, F., Akçakoca, B. (2018). General situation report about the higher education institutes providing nursing education in Turkey. *Journal of Higher Education* 8, 150-7.
- Öztürk, N., Ulusoy, H. (2008). Lisans ve yüksek lisans hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeyleri ve eleştirel düşünmeyi etkileyen faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 1(1), 15-25.
- Sarpkaya, D., Dal, Ü. (2015). Hemşirelik dördüncü sınıf öğrencilerinin hemşirelikte lisans eğitimine ilişkin görüşleri. *Yükseköğretim Dergisi*, 5(2), 73-80
- Scott, E. S., Yoder-Wise, P.S. (2013). Increasing the intensity of nursing leadership: Graduate preparation for nurse leaders. *The Journal of Nursing Administration*, 43(1), 1-3.
- Sıvacı, S. Y., Gülbahar, B., Çöplü, F. (2018). Öğretmen adaylarının araştırma ve lisansüstü eğitime yönelik tutumları. *Turkish Studies (Elektronik)*, 13(3), 911 - 926.
- Tercan, B., Saka, Y., Kasap, S., Gün, S. (2017). Lise ve üniversite düzeyinde eğitim gören hemşirelik öğrencilerinin mesleğe bakış açıları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 98-105.
- Turhan, M., Yaraş, Z. (2013). Lisansüstü programların öğretmen, yönetici ve denetmenlerin mesleki gelişimine katkısı. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(43), 200-218.
- Türer, B., Balçın, M.D., Sevindik, N., Er, Ö. (2013). Eğitim fakültesinde öğrenim görmekte olan öğretmen adaylarının lisansüstü eğitime karşı tutumları: Demirci Eğitim Fakültesi örneği. VI. Ulusal Lisansüstü Eğitim Sempozyumu. 61.
- Ünal, Ç., İltar, İ. (2010). Sınıf öğretmeni adaylarının lisansüstü eğitime olan tutumları. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14(2), 147-164.
- Ünsal, A. (2010). Lisansüstü eğitimlere ilişkin yapılan eğitimin hemşirelik öğrencilerinin bilgi düzeyleri üzerine etkisi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(15), 45-57.
- Wilkinson, J., Carryer, J., Budge, C. (2018). Impact of postgraduate education on advanced practice nurse activity—a national survey. *International Nursing Review*, 65(3), 417-424.
- Yıldırım, D., Keçeci, A., Bulduk, S. (2011). How do Turkish nursing students plan their career after the graduation?: a questionnaire survey. *Asia Pacific Education Review*, 12, 373-380.
- Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK). Hemşirelik lisans eğitimi çalıştayı. <https://www.yok.gov.tr/Documents/Yayinlar/Yayinlarimiz/Hemşirelik Lisans Eğitimi Calistayi Sonuc Raporu.pdf> Erişim Tarihi: 27 Kasım 2020.
- Zahran, Z. (2013). Master's level education in Jordan: A qualitative study of key motivational factors and perceived impact on practice. *Nurse Education Today*, 33(9), 1051-1056.

Çiğdem BERK ÖZCAN
Orcid: 0000-0002-5781-0106

Selçuk Üniversitesi Akşehir Kadir Yallagöz
Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, Konya-
Türkiye

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):
cigdemberk@selcuk.edu.tr

Anahtar Sözcükler:
Bariyatrik cerrahi; hemşirelik bakımı;
obezite.

Key Words:
Bariatric surgery; nursing care;
obesity.

Bariyatrik Cerrahide Hemşirelik Bakımı **Nursing Care in Bariatric Surgery**

Gönderilme Tarihi: 16 Ağustos 2019

Kabul tarihi: 16 Eylül 2020

ÖZ

Obezite (şişmanlık), vücutta yağ miktarının sağlığı bozacak şekilde artması sonucu ortaya çıkan ve giderek yaygınlaşan ciddi bir sağlık problemidir. Obezite sıklığında dünya genelinde her yaş grubunu etkileyen artış nedeniyle bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Obeziteyle birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığı da artmaktadır. Bu yönüyle aslında kronik hastalıklar için risk faktörü olarak görülmektedir. Obezitenin patofizyolojisi ve buna bağlı olarak genel sağlık durumunun bozulması, obezite cerrahisinde hastalara verilecek hemşirelik bakımının önemini daha da artırmaktadır. Bu makalede olumlu hasta bakım sonuçlarını elde edebilmek için bariyatrik cerrahi adayı olan hastaların bakımında yaşanabilecek riskleri azaltan, komplikasyonların gelişmesini önleyici ve iyileşmeyi hızlandıran hemşirelik uygulamaları literatür bilgileri ışığında incelendi. Bu makalede bariyatrik cerrahi öncesi, sırası ve sonrası verilecek olan hemşirelik bakımı, açıklandı.

ABSTRACT

Obesity is a serious health problem that occurs as a result of increasing the amount of fat in the body to disrupt health. In obesity frequency, it affects the quality of life negatively in every age group. The incidence of chronic diseases with obesity is increasing. In this respect, it is seen as a risk factor for chronic diseases. The pathophysiology of obesity and, accordingly, the deterioration of the general health status, the importance of nursing care to be given to patients in obesity surgery is increasing. In this article, in order to obtain positive patient care results, nursing practices that reduce the risks that may occur in the care of patients with bariatric surgery candidates, prevent the development of complications and accelerate the recovery are examined in the light of the literature. In this article, nursing care, which will be given before, during and after bariatric surgery, was announced.

GİRİŞ

Obezite, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından vücutta sağlığı bozacak şekilde olağan dışı ve aşırı yağ depolanması olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2016). Enerji alımı ve harcaması arasında görülen dengesizliğin sonucu olarak ortaya çıkan obezitenin temelinde genetik, epigenetik, fizyolojik, davranışsal, sosyokültürel ve çevresel etmenler bulunmaktadır (Bray, Frühbeck ve Ryan, 2016). Obezitenin yaygınlığı 1970'lerden bu yana obezite insidansı yavaşlama belirtisi olmadan hızlıca arttı (Dietz, Douglas ve Brownson, 2016). DSÖ verilerine göre, 1975 yılından itibaren dünya genelinde obezite prevalansı yaklaşık 3 kat artmıştır. Son 50 yılda obezite dünya genelinde yaşam kalitesini düşüren, hastalık riskinin ve ülkelerin sağlık harcamalarının artmasına yol açan uluslararası önlenebilir bir sağlık sorunu haline gelmiştir (WHO, 2016). Obezite ve sağlık sonuçları toplumun temel yaşam süreçlerine, yeme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite kalıplarına sıkı sıkıya bağlıdır (Kumanyika, 2017). DSÖ'nün 2016 yılı verilerine göre dünyadaki yetişkinlerin %13'ü obez olarak tanımlanmaktadır. Bu verilere göre 650 milyondan fazla kişinin obez, 5 yaşın altındaki 41 milyon çocuğun, 5-19 yaş arası 340 milyondan fazla çocuk ve gencin aşırı kilolu ve obez olduğu saptanmıştır (WHO, 2016). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA)-2010 verilerine göre; Türkiye'de obezite prevalansı, erkeklerde %20.5, kadınlarda %41.0, toplamda %30.3, 0-5 yaş grubu (erkek %10.1, kız %6.8), 6-18 yaş grubu obez prevalansı %8.2'dir (erkek %9.1, kız %7.3) (TBSA, 2014). Obezite kronik bir rahatsızlık olup tedavisi oldukça zordur. Günümüzde etkili ve uzun süreli başarı birçok risk faktörü olmasına rağmen cerrahi yöntem ile obezite tedavi edilebilmektedir. Obezitenin cerrahi tedavisine, bir diğer adıyla bariatrik cerrahi denmektedir. Bariatrik cerrahi Yunanca "baros" (kilo), "iatrei" (tedavi) kelimelerden oluşmaktadır. Bariatrik cerrahinin temeli kilo vermeyi kapsamakla birlikte obeziteye bağlı metabolik sorunları da en aza indirmektedir. Obezitenin tedavisinde bariatrik cerrahi yöntemleri yaşam tarzı değişiklikleri ve ilaç uygulamalarından daha etkilidir. Bariatrik cerrahi sürecindeki mevcut riskleri iyi şekilde değerlendirip karar verilmesi gerekmektedir (Garvey ve diğerleri, 2016). Kilo kaybını sağlamak için yapılan cerrahi işlemler mide hacmini kısıtlayan, ince bağırsakta besinlerin emilimini sınırlandıran ve her iki girişimin kombinasyonu girişimler uygulanmaktadır (King ve Bond, 2014). Bariatrik cerrahide hemşirelik bakım girişimleri süreci yönetmek ve bireyin içinde bulunduğu duruma karşı güçlendirmesinde önemlidir. Hemşireler etkin bir hemşirelik bakımı vermek için hastanın değerlendirilmesi, bakım sürecinin uygulanması ve yönetiminde etkili roller üstlenmektedir. Özellikle ameliyat öncesi dönemde başlayan hasta taburcu olduktan sonra evde bakımıyla devam eden etkin hemşirelik bakımı cerrahi uygulamanın sonuçlarını olumlu ve önemli derecede etkilemektedir.

Bariatrik Cerrahide Ameliyat Öncesi Bakım

Obez bireylere yapılan toplumsal ön yargı, damgalanma ve kilo ayrımcılığı hastaların sağlık bakımlarını olumsuz etkilemektedir. Obez hasta aşırı kilo sebebiyle korku, yalnızlık, utanç ve kaygı hissedebilmektedir. Obez hastaya bakım ve tedavisini üstlenen sağlık personelinin, sosyal öfke yaşayan hastanın psikolojik ve duygusal gereksinimlerine duyarlı şekilde hareket etmesi gerekmektedir. Sağlık bakım vericileri önyargılarından uzak ve bunun sağlık bakım hizmetini etkilemediğinden emin olmalıdır. Sağlık ekibinin iyi sosyal becerileriyle birlikte kişisel onur ve saygı ilkeleri doğrultusunda bariatrik cerrahi hastasıyla yakın ilişki kurulabilir. Bu da kişinin kendini güvende hissederek bakıma katılıp bariatrik bakımın daha başarılı sonuçlanmasını sağlar (Berrios, 2016; Kaser Nancy, 2009; Mulligan ve diğerleri, 2005; Sogg, Lauretti ve West-Smith, 2016).

Obez bireyler kilo verememe, sağlıklı kilo kaybını sürdürememe ve sosyal açıdan kabul edilebilir sağlıklı kiloya ulaşamama problemleri yaşamışlardır. Bu bireyler cerrahi dışı tedavi yöntemlerini kullanarak başarısız olmanın yanı sıra inanılmaz ekonomik kayıplar da yaşamışlardır (Pfeil, 2014). Bariatrik cerrahi geçirme kararı diyet ve egzersiz tedavisi ile çözüm bulamayan bireyin vermiş olduğu bireysel ve zor bir karardır. Bariatrik cerrahi umut verici farmakolojik tedavilere karşı metabolik hastalıkların klinik belirti ve semptomlarını da kısa vadede iyileştirmektedir. Obez hasta popülasyonu için artan kanıt tabanı, güvenli ve yenilikçi cerrahi tedavileri cerrahi olmayan tedavi yöntemlerinden istatistiksel olarak üstün kılmaktadır (Dietz ve diğerleri, 2016; Finkelstein ve diğerleri, 2012). Hastalara ameliyat öncesi görüşmelerde bariatrik cerrahi hakkındaki bilgi ve deneyimleri sorulur, bariatrik cerrahi hakkında genel bilgilendirme, ameliyat hazırlıklarında yapılması gerekenler, bakımın nasıl olacağı ve ameliyattan sonra onları bekleyen durumları neler olduğu açıklanmalıdır (Pfeil, 2014). Hastanın güvenli bir şekilde bakımının sağlanması için hemşire kilo verme yöntemine ilişkin kararların belirlenmesinde hastaya emosyonel destek sağlamalıdır. Ameliyat öncesi ekip, hasta ve aile bireyleri bu kararları bilmeli ve bu hassas dönemde çevresel faktörleri düzenleyerek destek olmalıdır. Bu süreç doğrultusunda hastanın bakım alanlarında yiyecek ve içeceklerden uzak durulması gerektiği vurgulanmalıdır (Sogg, Lauretti ve West-Smith, 2016). Ameliyat öncesi hasta seçim kriterlerini cerrahi hemşiresinin bilmesi çok önemlidir. Bunlar; BKİ $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ olup tıbbi sorunu olmayan, BKİ $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ ve tip 2 diyabet (T2D), insülin direnci, prediyabet ve metabolik sendromu bulunan bir veya daha fazla obezite ile ilişkilendirilen komplikasyonları olan bireyler, kötü kontrol edilen hipertansiyon, alkol dışı yağlı karaciğer hastalığı, obstrüktif uyku apnesi, diz veya kalça osteoartriti, stres inkontinansı, obezite-hipoventilasyon sendromu, Pickwick sendromu, psödotümörserebri, gastroözefegal reflü, astım ve venöz staz hastalığı bulunan bireylere bariatrik girişimler düşünülmelidir. BKİ 30-34,9 kg/m^2 arasında olup yetersiz glisemik indekse sahip T2D'i olan bireyler için bariatrik girişimler düşünülmelidir. Ayrıca BKİ 23-24,9 kg/m^2 ve $\geq 25 \text{ kg/m}^2$

olan Asya kökenli bireylerde dikkatli düşünülmelidir. Obeziteye bağlı komplikasyonları önlemek veya ameliyat sonrasında yapması gereken değişiklikleri anlayan, yaşam tarzı ve yeme alışkanlıklarını yönetebilen bireyler düşünülmelidir. Cerrahi öncesi 6 ay boyunca bir endokrinolog tarafından takip sürecinden geçmiş ve etkin cerrahi dışı tedavisinde başarısız olunması halinde bariatrik cerrahi girişimi düşünülmelidir (Mechanick ve diğerleri, 2020; NIH, 2013; Sogg, Lauretti ve West-Smith, 2016; TEMD, 2018).

Ameliyat öncesi değerlendirme: Bariatrik girişime ait riskleri artırabilecek faktörler belirlenmelidir. Cerrahi karar verilmeden önce psikolog desteği, diyetisyen görüşmesi, endokrin muayenesi ve gerekiyorsa davranışçı terapi desteklerinin alınmasına yönelik multidisipliner bir değerlendirme yapılmalıdır. Sonrasında hasta ile cerrah uygulanacak cerrahi girişime karar vermelidir. Hemşire hastaya uygulanacak cerrahi girişim, anestezi yönetimi, beslenme, egzersiz uygulamaları, yaşamlarının geri kalanında meydana gelecek değişiklikler ve bilgilendirilmiş onam için gerekli bilgileri vermelidir. Onamın imzalanmasına tanıklık etmelidir. Hemşire, bakımı konusunda antiemolitik çorabın kullanımı ve giyilmesinde dikkat edilmesi gerekenler, cilt bakımı, derin solunum-öksürük egzersizleri, bacak egzersizleri, spirometri kullanımı ve diyet uyumunun önemini vurgulayıcı bir eğitim vermelidir. Eğitimde hastaya özgü eğitim materyali ve yöntemi kullanılmalıdır (Fencl, Walsh ve Vocke, 2015; King ve Bond, 2014; Neil ve Roberson, 2015; Thompson ve diğerleri, 2011; Thorell ve diğerleri, 2016). Ameliyat öncesi değerlendirmeye hastanın tıbbi öyküsü, yandaş hastalıkları, mevcut dolaşım, solunum ve deri bütünlüğü, BKİ'nin değerlendirilmesi, devamlı kullandığı ilaçlar ve T2D öyküsü değerlendirilmelidir (Fencl ve diğerleri, 2015; Neil ve Roberson, 2015; Thompson ve diğerleri, 2011; Thorell ve diğerleri, 2016). Fiziksel değerlendirmede ise nabız, kan basıncı ölçümü, elektrokardiyografi, toraks grafisi, periferik dolaşım bulguları, pulmoner fonksiyon bulguları değerlendirilmelidir. Metabolik koşulları değerlendirmek için metabolik panel, karaciğer fonksiyon testleri, lipit profili, tromboplastin zamanı, glikoz/ hemoglobin A1C, tam kan sayımı, idrar gebelik testi ve laboratuvar testleri değerlendirilmelidir (Fencl ve diğerleri, 2015; Mulligan ve diğerleri, 2005; Neil ve Roberson, 2015; Thompson ve diğerleri, 2011; Thorell ve diğerleri, 2016). Bunların dışında uyku apnesi için sürekli pozitif hava yolu basıncı makinesi kullanıp kullanmadığını ve entübasyon için düz durma kabiliyeti değerlendirmelidir (Ide, Farber ve Lautz, 2008; Neil ve Roberson, 2015). Ameliyat öncesi hemşire tüm verileri kontrol ederek değerlendirmelidir.

İşlem öncesi glisemik kontrol, düşük kalorili sağlıklı diyet kalıpları, tıbbi beslenme tedavisi, fiziksel aktivite ve farmakoterapi kullanılarak diyabet yönetimi kapsamlı bir şekilde planlanmalıdır. Bariatrik merkezlerde ameliyat öncesi 2-4 hafta boyunca düşük kalorili diyet (1000-1200 kcal/gün) veya çok düşük kalorili diyet (yaklaşık 800 kcal/gün) önerilmektedir. Bunun, karaciğer hacmini %16-20 azalttığı belirtilmektedir. Özellikle ameliyat öncesi kilo kaybının, 2 yıldan sonraki kilo kaybında etkilidir. Bu etki BKİ>45.7 kg/m² olan hastalarda daha belirgin olmaktadır (Thorell ve diğerleri, 2016). Hastanın ameliyat sonrası hastanede kalış süresini kısaltmak amacıyla %7-8 hemoglobin A1C, ameliyat öncesi açlık kan şekerinin ise 80-180 mg/dL seviyesinde glisemik kontrol sağlanmalıdır (Mechanick ve diğerleri, 2020). Anestezi induksiyonundan 90 dakika önce 8mg deksametazon ameliyat sonrası bulantı ve kusmayı azaltmak amacıyla anestezi induksiyonunda uygulanmaktadır. Tüm hastalar tütün kullanımından her zaman kaçınmalıdır. Özellikle sigara içen hastalar için, bariatrik prosedürden mümkün olan en kısa sürede, tercihen 1 yıl, en az 6 hafta önce sigara bırakılmalıdır (Mechanick ve diğerleri, 2020). Obez hastalarda ameliyat öncesi 2 saat öncesine kadar karbonhidratla beslenmeye ve berrak sıvıların yudumlanarak oral beslenmeye devam edilmesine rağmen gastroözefegal reflü hastalarında dikkat edilmelidir. Karbonhidrat verilmesinin anestezi induksiyonu sırasında aspirasyon riski taşıdığı göz önünde bulundurulmalıdır (Mechanick ve diğerleri, 2020; Thorell ve diğerleri, 2016).

Bariatrik Cerrahide Ameliyat Sırasında Bakım

Bariatrik cerrahi operasyonları, hasta güvenliğinin sağlanmasındaki güçlüklerin yanı sıra sağlık çalışanlarının yaralanmalarını önleyecek şekilde planlanmalıdır. Bu hastaların BKİ'nin yüksek olması nedeniyle uygun boyutta donanım sağlanmalıdır (Dybec, 2004; Neil ve Roberson, 2015). Bu hastaların ameliyat sırası bakımında havayolu açıklığının sağlanması, sıvı gereksinimi, tedavi, hastanın pozisyonu ve ağrı yönetimi yer almaktadır. Ayrıca ameliyat sırasında cilt değerlendirmesi kızarıklık, kaşıntı, deri bütünlüğünde bozulma ve deri kıvrım bölgeleri gözlemlenmelidir. Cerrahi cilt hazırlığında kullanılan alan, cerrahi alandan daha geniştir. Yeterli miktarda cilt antiseptiği hazır bulundurulmalıdır (Fencl ve diğerleri, 2015; Thompson ve diğerleri, 2011). Bu hastaların sarkık karın dokusu nedeniyle perine hijyenini sağlamanın zor olması nedeniyle üriner katater takmak oldukça zordur. Entübasyon öncesinde yatak başı yükseltilmeli ve entübasyon sonuna kadar trendelenburg pozisyonundan kaçınılmalıdır. Obez hastalarda entübasyonda zorluklar yaşanabileceği ve trakeal entübasyonun hava yolu yönetiminde kullanılabileceği unutulmamalıdır. Bariatrik cerrahi şartlar ve cerrahi girişime göre laparoskopik yöntemler önerilmektedir. Karın drenajının kullanılmasına yönelik zayıf kanıtlar vardır. Nazogastrik tüpün kullanımı ise ameliyat sonrası için önerilmemektedir. Rabdomiyolizi önlemek ve idrar çıkışını korumak için ameliyat sırasında sıvı yüklenmemelidir (Chand ve Prathanvanich, 2016; TEMD, 2018; Thorell ve diğerleri, 2016). Hastaya ters trendelenburg pozisyonu verildikten sonra diyafram basıncının artması nedeniyle solunum sıkışmasına ve vasküler tıkanıklığa neden olabilir. Hasta hafif bacak ayrılmış pozisyonda ameliyat yatağına sırtüstü yerleştirilir. Genellikle, ameliyatı yapan cerrah hastanın sağ tarafında, steril hemşire de onun yanında durur. Kapsamı tutan

cerrah bacaklar arasında durur. Diğer bir cerrah ise hastanın sol tarafında dokuların geri çekilmesine yardımcı olur. Ameliyat sırasında hastanın uygun pozisyonda kalmasını sağlamak için dikkatli olunmalıdır. Hastanın kaymasını önlemek için ayak tahtası kullanılmalıdır. Pozisyonun korunması sağlayan sabitleyici bağlar, basınç yarısı gelişme önlemlerini sağlaması gerekmektedir. Bu malzemelerin doku ve sinir yaralanmasına neden olabileceği unutulmamalıdır. Bariatrik cerrahi ekibi 3 cerrah, 1 anestezi uzmanı, 1 steril hemşire ve 1 sirküle hemşireden oluşmaktadır (Dybec, 2004; Fencel ve diğerleri, 2015; Sogg, Lauretti ve West-Smith, 2016).

Bariatrik Cerrahide Ameliyat Sonrası Bakım

Hastanın yaşam bulguları dikkatle izlenmeli, komplikasyonlar açısından değerlendirilmeli, cilt ve yara bakımı sağlanmalıdır. Hastaya bağlı tüp ve kateterler iki saatte bir kontrol edilmelidir. Abdominal basıncı azaltmak ve diyafram üzerindeki basıncı hafifletmek için yatak başı 30° yükseltilmelidir. İyileşme döneminde rutin olarak hastaların yaşam bulguları alınmalıdır. Ameliyat öncesi öğretilen solunum ve bacak egzersizlerini yapması için hasta desteklenmelidir. Abdominal yağlı dokunun diyafram üzerine baskı yapan ağırlığı azaltılarak, solunuma yardımcı olması için yatağın başı 30 derece yükseltilmelidir (Barth ve Jenson, 2006). Sonraki 24 saat boyunca, ameliyat sonrası bakım öncelikleri arasında ağrı, bulantı ve kusma kontrolü, intravenöz sıvı yönetimi, pulmoner hijyen ve ambulasyon bulunur (de Raaff ve diğerleri, 2017). Ameliyat sonrası dönemdeki hemşirelik bakımı, ameliyattan hemen sonra, ameliyat sonrası ilk üç hafta ve üç ile sekiz hafta arasındaki zaman olarak üç döneme ayrılır (Fencel ve diğerleri, 2015).

Ameliyattan hemen sonrası dönem: Bu aşama, hastanın ameliyat sonrası bakım ünitesine kabulünü kapsar. Hastanın hava yolu açıklığı ve ağrı kontrolü sağlanmış olmalıdır. Tüm ameliyatlarda olduğu gibi erken dönem komplikasyonları (kanama, şok, solunum sıkıntısı vb. gibi) takip edilmelidir. Hemşirelik bakım ve değerlendirmesinde; ağrı, bulantı ve kusma kontrolü, intravenöz sıvı yönetimi, hava yolu açıklığının kontrolü, yara bakımı, tromboembolik tedavi, erken mobilizasyon ve üriner kateterin ilk 48 saat içerisinde çıkarılmasını kapsamaktadır (Barth ve Jenson, 2006; de Raaff ve diğerleri, 2017).

Ameliyat sonrası ilk üç haftalık dönem: Taburculuk planlaması, bulantı kusma olmaksızın yeterli sıvı alımı, bağımsız şekilde mobilize olabilmek, sıkıntısız yutkunma durumu göz önünde bulundurularak verilmelidir. Ameliyat sonrası erken dönemde, beslenme durumunu değerlendirmek, uygun olmayan yeme bozukluklarını tespit etmek, potansiyel komplikasyonları değerlendirmek, yandaş hastalıkların durumunu izlemek, düzenli egzersize teşvik etmek, kilo verme ilerlemesini tartışmak ve kontrol etmek, laboratuvar değerleri kontrol edilmektedir (Barth ve Jenson, 2006; Fencel ve diğerleri, 2015; Lim, Jones ve Chen, 2015; Ma ve Madura, 2015).

Ameliyat sonrası üç ile sekiz hafta arasındaki dönem: Beslenme durumu ve olası komplikasyonlar değerlendirilir. Yandaş hastalığın durumu, kilo takibi, egzersizlere uyumu kontrol edilir.

Hava yolu açıklığının sağlanması: Ameliyat sonrasında abdominal cerrahi geçiren hastalarda solunum kaslarının fonksiyonları da etkilenmiştir bu yüzden diyafram hareketlerinin bozulması akciğer fonksiyonlarını da etkiler. Diyafragmatik solunumla sınırlı bir genişleme görülmesi nedeniyle ventilatör destekli solunuma ihtiyaç duyulabilmektedir. Akciğerlerdeki bu tarz değişiklikler yaş, cerrahi girişimin süresi, anestezinin şekli gibi faktörlerden etkilenir (Aydın, 2014; Steyer, Oliveira, Gouvêa, Echer ve Lucena, 2016). Obez hastalarda fonksiyonel rezidüel akciğer kapasitesi azalmıştır. Solunum bulguları iyi izlenmeli ve respiratuar distress ve diğer pulmoner komplikasyonların gelişmesi önlenmelidir (Kaser Nancy, 2009). Ameliyattan sonra obstrüktif uyku apnesi olan bireylerde ilk 24 saat boyunca O₂ tedavisine ek olarak pozitif basınçlı ventilasyon desteği de verilebilir. Solunum sayısı ve spO₂ değerleri ve kan gazı çok iyi takip edilmelidir. Anestezik ilaçların solunuma depose edeceği unutulmamalı ve narkotik analjeziklerin kullanılmasından kaçınılmalıdır. İlk 24-48 saat ve hasta monitorizasyonu sağlanmalıdır (Aydın, 2014; Kaser Nancy, 2009; Thorell ve diğerleri, 2016). Ameliyat sonrası abdominal ve interkostal kasların gücünün azalması nedeniyle birey solunum öksürük egzersizlerini yapmakta güçlük çekmektedir. Göğüs içi basıncı azaltmak amacıyla yatak başı 30-45° yükseltilmeli ve egzersiz sırasında insizyon bölgesi desteklenmelidir (Barth ve Jenson, 2006). Atelektazi riskini azaltmak için spirometri teşvik edilir. Ameliyat sonrası O₂ nazal kanül ile uygulanır ve hastanın durumuna göre daha sonra kesilir (de Raaff ve diğerleri, 2017). Morbid obezlerde görülen hipoksi, hiperkapni ve şiddetli bikarbonat ≥ 27 mmol/l tablosu "Obezite Hipoventilasyon Sendromu" (Pickwickan sendromu) olarak tanımlanmaktadır. Bu hastalar zaten cerrahi girişim riskleri vardır ve narkotik analjeziklere karşı oldukça duyarlıdırlar. Ameliyat sonrası izlemde solunum depresyonu hatta ölüm riski ile karşı karşıya kalabilmektedirler (de Raaff ve diğerleri, 2017; Thorell ve diğerleri, 2016).

Beden ısısının kontrolü: Hastalarda ameliyat sonrası erken dönemde akciğer, idrar yolu ve yara enfeksiyonları nedeniyle 38°C'nin üzerinde ateş görülebilmektedir. Toraks ve diyafragmatik kasların güçsüzlüğü nedeniyle akciğer komplikasyonları görülmektedir. Bunun dışında opioidler, sedatifler ve ağrı kesicilerde beden ısısı regülasyonunda etkilidir (Barth ve Jenson, 2006; Grindel ve Grindel, 2006; Santos ve diğerleri, 2017).

Ağrı: Beşinci vital bulgu olarak bariatrik cerrahi hastalarında doku hasarının neden olduğu ağrı çok dikkatle değerlendirilmeli kayıt edilmelidir. Hemşirelik bakımında ağrının yoğunluğu, niteliği değerlendirilmelidir. Bu

yüzden hastaya ağrısı olup olmadığı sorulmalı, yüz ifadesi ve beden dili gözlemlenmelidir (Steyer ve diğerleri, 2016). Ağrı iyi bir şekilde değerlendirilirse gelişecek pulmoner enfeksiyonlar önlenecek ve hasta erken mobilize olabilecektir. Ağrı yönetimi iyi sağlandığında saat başı spirometri çalıştırılmalı, derin solunum ve öksürük egzersizleri yapmasına eşlik edilmelidir. İlk 24-48 saat içinde ağrı kontrolünü sağlamak için PCA (hasta kontrollü analjezi) sıklıkla kullanılmaktadır (Kaser Nancy, 2009). Ameliyat sonrası ağrı sırasında narkotik analjezikler kullanmak bağırsak fonksiyonlarının yavaşlamasına, hemodinamik ve mental durumda olumsuz değişiklikler iyileşme durumunu etkileyerek hastanede kalış süresinin uzamasına neden olmaktadır. Ayrıca obez hastaların hipoapne, hipoksemi, uyusukluk, ileus, geç mobilizasyon ve mortalite açısından her zaman bir risk taşıdığı da unutulmamalıdır. Ameliyat sonrası dönemde gelişen komplikasyonlar ağrıyla ilişkilendirilmektedir (Veigel ve diğerleri, 2017). Anestezi sırasında ve sonrasında kullanılan sedatif ilaçlar, üst solunum yollarında tıkanıklığı artırarak ameliyat sonrası hipoksemi gelişebilir. Bariatrik cerrahide ameliyat sonrası analjezi iki stratejiye dayanmaktadır. Analjezi ihtiyacını azaltmak için multimodal sistemik analjezide narkotik tüketimi ve ihtiyacı azaltmak için multimodal sistemik analjezi kullanılmalıdır. Obez hastalarda laparotomiden sonra torakal epidural analjezinin özellikle akciğer fonksiyonlarında ve spirometrik değerlerinde de olumlu yönde iyileşme sağladığı bildirilmiştir (Mechanick ve diğerleri, 2013; Steyer ve diğerleri, 2016; Thorell ve diğerleri, 2016)

Yaralanma riski: Bariatrik hastalar beden boyutları büyük olduğu için ameliyat sonrası dönemde anestezi riski büyük olan bir cerrahi işlem geçirmişlerdir. Bu yüzden yaralanma riskleri çok büyüktür. Hemşireler özellikle cilt ve doku bütünlüğünün korunmasına özen göstermelidir. Vücudu koruma ekipmanlarını ve düşmelere karşı güvenlik önlemlerini almalıdırlar (Steyer ve diğerleri, 2016). Yatak içinde hareketsizlik nedeniyle cilt bütünlüğünde bozulma riski göz önünde bulundurulmalı ve periferik nörovasküler muayene yapılmalıdır (Santos ve diğerleri, 2017).

Enfeksiyon riski: Cerrahi yöntem uygulanan her invaziv girişime bağlı olarak enfeksiyon gelişme riski vardır. Hemşirelik bakımı sırasında yara örtüleri pansuman edilirken kanamanın izlenmesi ve enfeksiyon bulguları dikkatle gözlenmelidir (Steyer ve diğerleri, 2016). Yağlı dokuda kan akımının az olması, deri katlantı bölgelerindeki yüksek nem oranı, yarada enfeksiyon gelişimini hızlandırmaktadır. Fiziksel muayenede ateş, kızarıklık gibi cerrahi alan enfeksiyonu belirtileri dikkatle izlenmelidir. Bariatrik cerrahi sonrası yara enfeksiyonları ilk üç hafta içinde gelişebilir. Enfeksiyonların aynı zamanda insizyonel herniye sebep olabileceğini de unutmamamız gerekmektedir. Obez hastalarda periferik damar yolu doku derinliğinin fazla olması ve damarların hissedilememesi gibi nedenlerle santral venöz kateter takılmaktadır. Obez hastaların cerrahi insizyon bölgesini enfeksiyon, ayrılma ve eversion belirtileri açısından dikkatle gözlemlenmeli varsa dren takibi yapılmalıdır. Obez hastalarda cilt altı katlantılar neme bağlı tahriş olmuş bölgeler iyi değerlendirilmelidir. Cilt altı katlantı bölgeleri mantar enfeksiyonları açısından gözlenmeli uygun kurulukta tutulmaya gayret gösterilerek bakım yapılmalıdır (Chand ve Prathanvanich, 2016; Kim, Kim ve Schafer, 2000; TEMD, 2018; Thompson ve diğerleri, 2011).

Bulantı-kusma ve dengesiz beslenme: Aslında bariatrik cerrahi hastalarının hastaneye yatma nedeni dengesiz beslenmedir. Yaşam tarzındaki değişikliklerle ilgili rehberliğin, özellikle de vücut gereksinimleriyle dengelenmiş bir diyet vurgusu, ameliyat edilen her hasta için şarttır. Hastalar aşırı besin tüketimine karşı savunmasız kalmakta yeni yaşam tarzını benimsemeleri zaman almaktadır. Uygulanan cerrahi işlemin başarısını yeterli ve dengeli bir beslenme planına uyum sağlamakta yaşadıkları güçlükler nedeniyle yaşamaktadırlar. Bu yüzden iyi bir sağlık eğitimi planlanmalıdır. Kan şekeri takibi çok iyi kontrol edilmelidir. Bariatrik cerrahi operasyonları uzun süre yatakta hareketsiz kalmaya ve bağırsak peristaltizmini yavaşlatmaya sebep olabilir (Santos ve diğerleri, 2017; Steyer ve diğerleri, 2016). Bariatrik cerrahide ameliyat sonrası erken dönemde, hastalarda yanlış beslenme nedeniyle abdominal distansiyona bağlı bulantı ve kusma gelişebilmektedir (Barth ve Jenson, 2006). Hafif gastrointestinal semptomları olan hastalar genellikle operasyondan sonra bir iki hafta boyunca sıvı bir diyetle tutulur ve sonraki bir iki ay boyunca daha katı gıda formlarına yavaşça geçer. Katı gıda almaya başlayıncaya kadar vitamin desteği için çiğnenebilen tabletler kullanılmalıdır. Hasta, abdominal distansiyon, ağrı, bulantı-kusma, bağırsak hareketlerinin dinlenmesi, diyare belirtileri açısından gözlemlenir. Hastaya gıda alımını sık aralıklarla küçük miktarda yavaş yavaş çiğneyerek yapması gerektiğinin önemi ve öğün öncesi ve aralarında sıvı alması gerektiği açıklanmalıdır. Yemeklerden sonra ise 30 dk. uzanması veya oturması gerektiği belirtilmelidir (Barth ve Jenson, 2006; Mechanick ve diğerleri, 2013). Emilimi bozucu girişimlerden sonra vitamin ve mineral eksiklikleri görülebilmektedir. Duedonum ve proksimal jejunum bypass cerrahisinde kalsiyum eksikliği, jejunumun bypass cerrahisinden bir-üç ay sonra tiamin eksikliği, midenin alt bölümünün bypass cerrahisinde ise vitamin B12 eksikliği görülebilmektedir (Bozkurt, 2017; Ma ve Madura, 2015; Mechanick ve diğerleri, 2013). Düşük protein alımının yara iyileşmesini olumsuz yönde etkileyeceği unutulmamalıdır (Bozkurt, 2017; Mechanick ve diğerleri, 2013).

Bariatrik hastalar laparoskopik işlemlerde 1 saatten fazla kalmakta olup, çoğu hasta 50 yaşın üzerinde, kadın, sigara içmeyen grup olup postoperatif dönemde narkotik analjezik uygulanmaktadır. Bunlar bariatrik hastalar için hareket kısıtlılığını ve ameliyat sonrası bulantı-kusma ve distansiyon için risk faktörlerinin hepsini içerisinde barındırmaktadırlar. Ayrıca anestetik maddeler bulantı ve kusmayı arttırmaktadır (Apfel ve diğerleri, 2012). Beslenme kalıplarının değerlendirilmesi tüm sağlık ekibi üyeleri tarafından yapılmalı "Bristol Ölçeği" kullanımı ya da enteral beslenmeye başlayarak lif ihtiyacını karşılama konusunda tüm ekip dikkatli olmalıdır. Nonfarmakolojik

yöntemlerle kabızlık riskine karşı önlemler alınmalıdır (dos Santos, 2017; Steyer, 2016). Özellikle biliopankreatik diversiyon sonrası uzun dönemde kalsiyum eksikliği görüldüğü belirlenmiştir (Duarte, Stipp, da Silva ve de Oliveira, 2015). Bariatrik müdahalelerin uzun vadeli komplikasyonları, her zaman geri dönüşü olmayan besin yetersizlikleri, hematolojik, metabolik ve özellikle nörolojik bozukluklara yol açabilmektedir (Tack ve Deloos, 2014). Bariatrik cerrahide ameliyat sonrası nazogastrik tüpün rutin kullanımına gerek olmadığını ve nazogastrik tüpün pulmoner komplikasyonlara neden olduğu belirtilmektedir. Karın drenajında ise bariatrik cerrahide tedavide drenajın rolü ve etkinliğini ilgilendiren bir kanıt olmamakla beraber Laparoskopik Roux-en-Y gastrik bypass ameliyatı geçiren 272 abdominal drenaj takılı hasta ve 483 drenajsız hastaların geriye dönük veri analiz çalışmasında ise iki grup arasında kaçak ve yeniden opere olma oranları arasında fark bulunamamıştır. Gastrointestinal cerrahi de abdominal drenaja gerek olmadığı düşünülmektedir (Kavuturu, Rogers ve Haluck, 2012; Thorell ve diğerleri, 2016).

Obezitede yiyecek alımındaki değişiklikler, normal yeme alışkanlığındaki değişiklikler, sıvı kısıtlaması ile boşaltım fonksiyonlarında değişikliklere sebep olabilir. Bariatrik cerrahi sonrası uygulanan sıvı diyet ve yatak istirahatinin artması nedeniyle hastalar konstipasyon hissi tanımlayabilirler. Fiziksel aktivitenin azalması ve kullanılan ilaçların etkisiyle böbreklere olan kan akımının azalması nedeniyle üriner retansiyon ve üriner enfeksiyonlar gelişebilmektedir. Üriner enfeksiyon riskini önlemek amacıyla 48 saat içerisinde üriner kateter çekilmelidir (Aydın, 2014; Fencil ve diğerleri, 2015; Kim ve diğerleri, 2000; Mechanick ve diğerleri, 2013).

Fiziksel mobilitede bozulma: Fiziksel aktivitede yatak içerisinde bile bir yandan diğer bir yana dönme, yüz üstü oturma pozisyonuna gelebilme, pozisyon verememe yeteneklerinin tamamındaki bozulmaları ifade etmektedir (Santos ve diğerleri, 2017; Steyer ve diğerleri, 2016). Obez hastalarda aşırı kiloya bağlı osteoartrit yaygındır. Ameliyat sonrası dönemde bireylerin kas iskelet sistem bozuklukları ağrı nedeniyle hareket etmeye karşı duydukları isteksizlik nedeniyle ağrı değerlendirilmesi yeniden yapılandırılmalıdır. Çevresel düzenlemelerin hastanın zayıf kas kuvveti ve ağrı nedeniyle sandalyeden yatağa geçme, yatmadan ayakta durabilme düzeylerine uyumlu olacak şekilde tasarımı yapılandırılmalıdır. Gerekli müdahaleler sonucunda kademeli olarak egzersizlere başlanmalı ve sonrasında yatağından kaldırılmalıdır. Hastalar ameliyat sonrası dönemde mümkünse 2 saat içinde mobilize edilerek 24 saat içinde mobilizasyonları sağlanmalıdır. Yatak dışındaki hareketler, tolerasyon yeteneğine göre günde 3 kez yaptırılarak zamanla artırılmalı ve yürüyüşe yardımcı aletler kullanılmalıdır. Hastanın ameliyat sonrası 2-24 saat içinde ambulasyonu sağlanmalıdır (Aydın, 2014; Barth ve Jenson, 2006).

Kişisel temizliği sağlama: Genel ağız hijyeni ve banyo yapmak gibi öz bakım gereksinimlerini karşılamada hastaların hemşirelik bakımına ihtiyaçları vardır. Bu hastaların öz bakım ve mobilizasyon yeteneğinde kısıtlılık vardır (Barth ve Jenson, 2006; Santos ve diğerleri, 2017).

Uyku aktivitesi ve dinlenme: Ameliyat sonrası iyileşme sürecinde uyku, akut ağrı, yatak istirahati ve hastane ortamı gibi olumsuz etkenlerden etkilenmektedir. Obeziteye eşlik eden obstrüktif uyku apnesi ve hipoventilasyon sendromu ameliyat sonrası dönemde görülen yaygın sorunlardan biridir. Akciğer ve göğüs duvarının genişleyebilme kapasitesi azaldığı için (PaCO₂>45 mmHg) hipoksiye yatkınlığı arttırdığı için uykuya eğilim oranı artmaktadır (Barth ve Jenson, 2006). Özellikle obez hastalarda gündüz uyku hali, horlama ve obstrüktif uyku apnesi sendromuyla (OUAS) çok fazla karşılaşmaktadır. OUAS'nin teşhisinde polisomnografi kullanılması altın standarttır. OUAS olan hastalar sürekli pozitif havayolu basıncı (CPAP) ile tedavi edilmesi önerilmektedir. Ameliyat sonrası erken dönemde sedatif ve opioidlerin kullanımı en aza indirilerek pulsoksimetri ile sürekli izlenmelidir. Masaj ve egzersizlerle hasta rahatlatılmalı ve ağrı değerlendirilmesi çok iyi yapılmalıdır. Ameliyat sonrası dönemde hastanın rol ve ilişkileri de kesintiye uğramıştır. Baş etme mekanizmalarını kullanabilme becerisi ve anksiyete riski değerlendirilmelidir (dos Santos, 2017; Başoğlu, 2011).

Bariatrik Cerrahi Sonrası Komplikasyonlar

Bariatrik cerrahi ameliyatları ile ilgili komplikasyonlar erken dönem komplikasyonlar ve geç dönem komplikasyonlar olmak üzere ikiye ayrılır. Erken dönem komplikasyonlar ameliyat sonrası ilk 30 gün içinde görülmektedir (ASMS, 2016). Yapılan sistematik ve meta analiz çalışmasında, komplikasyon oranı %17 olarak belirlenmiştir (Chang ve diğerleri, 2014). Cerrahi girişimlerin laparoskopik yöntem ile uygulanması, yeni tekniklerin uygulanması ve bariatrik becerilerle komplikasyon oranları azalmaktadır (Piché, Auclair, Harvey, Marceau ve Poirier, 2015).

Kanama: Ameliyat sonrası erken dönemde görülen kanama, ilk 48 saat içerisinde ortaya çıkan kanamadır. Genellikle anastomoz bölgesinde ve insizyon hattındadır (Grindel ve Grindel, 2006; Lim ve diğerleri, 2015). Kanama gelişen hastada taşikardi, melena ve hemoglobin ve hematokrit değerinde düşme gibi klinik belirtiler gelişmektedir. Bu hastalarda cerrahi tedavi gerekirse de kan transfüzyonu, endoskopik inceleme ve tedavi gerekmektedir. Hemodinamisi bozulan ve endoskopik tedaviyle kontrol altına alınamayan durumlarda cerrahi girişim endikasyonu olmaktadır. Kanama gelişen hastaların hastanede yatış süresi uzamakta ve kanama gelişmeyen hastalara göre mortalite oranı artmaktadır (Chand ve Prathanvanich, 2016; Grindel ve Grindel, 2006; Lim ve diğerleri, 2015).

Anastomoz kaçağı: Bariatrik ameliyatlardan sonra görülen en ciddi komplikasyondur (Lim ve diğerleri, 2015). Anastomoz kaçağı riski nedeniyle ağızdan bir şey verilmez. Hastaya günde 6-10 kez 30'ar ml berrak sıvılar verilir. Nazogastrik tüpün tespiti doğru yapılmış olmalı ve açıklığı kontrol edilmelidir. Nazogastrik tüpün varlığına rağmen kusma gerçekleşirse tüpün yeniden yerleştirilmesi gerekebilir (Barth ve Jenson, 2006; Grindel ve Grindel, 2006). Fistül ve gastrik kaçaklar stapler hattında açılma veya kese yapılırken midenin tam olarak ayrılmamasından kaynaklanır. Kaçaklar lümen basıncının ve suture hattındaki dokulara direncin artmasıyla ortaya çıkar. Ameliyattan sonra mekanik bir nedenle ortaya çıkanlar 48 saat içerisinde, iskemik bir nedenden kaynaklananlar ise 5-6 gün sonra görülmektedir. (Márquez ve diğerleri, 2010). Kaçaklarda ise hastalar genellikle asemptomatiktir. Anastomoz kaçağı olan hastalar, artan sırt ve omuz ağrısı, pelvik bölgede ağrı, substernal baskı hissi belirtilerini ifade edebilirler. Tanı koymak için C reaktif protein (CRP) değerinde yükselme olmasına bakılmaktadır. Hastada dört saatten fazla süren 120/dk kalp atım hızı, taşipne, hipoksi, ateş, hipotansiyon ve ateş gelişmesi durumunda uyanık olunmalıdır. Bu durum anastomoz kaçağı, peritonit ya da mide dilatasyonunun belirtisidir. Sıvı izlemi iyi takip edilmeli, oligüri ve anüri plazmada üre miktarını artırır. Hastanın hemoglobin değerlerinde düşme, potasyum değerinde yükselmeye birlikte metabolik asidoz tablosuna eşlik eden karında ağrı ve sertlik belirtileri gelişmişse erken müdahale edilmediği takdirde abdominal kompartman sendromu, iç kanama, organ yetmezliği, septisemi ve ölüme sonuçlanabilir (Ma ve Madura, 2015; Mechanick ve diğerleri, 2020, 2013; Warschkow ve diğerleri, 2012). Hemşirenin dikkatli kan basıncı ve nabız değeri izlemiyle önlenabilir bu komplikasyonlara erken müdahale edilebilir.

Dumping sendromu: Genellikle mide bypass, bilier pankreatik diversiyon-dueadenal switch ameliyatlarından sonra hastanede veya taburcu olduktan sonra 6 ay içerisinde ortaya çıkabilen bir komplikasyondur (Grindel ve Grindel, 2006; Lim ve diğerleri, 2015). Kısıtlayıcı yöntem uygulanan hastaların çoğunda ishal ve kusma görülmekte olup bu problemler kısa sürelidir. Dumping sendromu ise tokluk ishali olarak görülür (Barth ve Jenson, 2006). Ameliyattan sonra genellikle pilor sfinkterine bypass uygulandığı için alınan besinler hızla ince bağırsağa geçer ve ince bağırsağa gelen bu sıvı yiyeceklerin hızla sindirim kanalına doğru itilmesine neden olur ve bu 6 ay boyunca devam eder. Peristaltik aktivitede artış sonucunda; hastada taşikardi, terleme, güçsüzlük veya baş dönmesi, diyare, mide bulantısı ve karında kramp gibi problemlerle karşılaşılır (Barth ve Jenson, 2006; Tack ve Deloouse, 2014). Dumping sendromunda bol miktarda yağlı ve kötü kokulu gaita, gaz çıkarma, vücudun kötü kokması ve gastrik dilatasyon gibi sorunları 12-18 ay boyunca hastalar yaşayabilir. Dumping sendromunu önlemek için yapay ve doğal şekeri yüksek şekerli gıdaları almamaya gayret göstermeli, gıdalar sık aralıklarla yenilmeli ve iyice çiğnenerek yavaş yavaş yenilmelidir. Günlük 60-120g proteinli lif oranı yüksek gıda alımının sağlanması gerekmektedir. Diyet programı kontrol edilmeli, sıvı ve katı gıdalar birlikte alınmamalıdır. Yemeklerden sonra 30 dakika yarı oturur pozisyonda uzanılması gerekmektedir (Barth, 2006). Dumping sendromu, reflü ve vitamin eksiklikleri durumunda iyi takip edilmelidir. Özellikle vitamin D, A, B12, B1, folik asit, demir ve çinko eksikliklerinin takibi önerilmektedir. Ayrıca günde en az 1,5 litre su içilmesi önerilmektedir (Tack ve Deloouse, 2014; Thorell ve diğerleri, 2016).

Venöz tromboembolizm

Derin venöz tromboemboli (DVT)- Obezite, obstrüktif uyku apnesi/hipoventilasyon sendromu ve genel anesteziye maruz kalma dahil DVT'nu destekleyen risk faktörlerinin yaygınlığı göz önüne alındığında, çoğu bariatrik cerrahi hastası DVT için yüksek riskli olarak kabul edilir (Clark, Helm ve Gould, 2019). Bariatrik cerrahlar arasında en etkili tromboprofilaksi yaklaşımında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Amerikan Bariatrik ve Metabolik Cerrahlar Derneği (ASMB) kılavuzları, profilaksinin yanı sıra ameliyat sonrası erken dönemde ayağa kalkmalarını önermektedir (Clark ve diğerleri, 2019; Gould ve diğerleri, 2012). Rutin olarak düşük molekül ağırlıklı heparin kullanılmaktadır (Birkmeyer ve diğerleri, 2012). DVT belirtileri yakından izlenmelidir (pozitif Homan's belirtisi, ekstremitelerde tek taraflı şişlik, kızarıklık, ağrı ve nabız hızında değişim). Antikoagülan tedavisi alan hastalar kanama belirtileri yönünden de takip edilmelidir. Hastalardaki ödemin varlığı ve derecesi değerlendirilmelidir. Basınç aletleri hasta yataktayken kullanılmalı hasta ayağa kalkıncaya kadar kullanılmalıdır. DVT iyi tanımlanmalı dikkatli izlem yapılmalıdır (Grindel ve Grindel, 2006). Artan yaş, sigara kullanım öyküsü, varikoz damarlar, solunum yetmezliği, obstrüktif uyku apnesi, kalp ve solunum yetmezliği, trombofili ve östrojen içerikli oral kontrasepsiyon öyküsünün olması gibi risk faktörleriyle obezite de daha da artmaktadır. Hastaların olası pulmoner ve vasküler komplikasyonları ve tromboemboli riskinin önlenmesi için erken mobilizasyon sağlanarak kompresyon çoraplarının kullanılması ve emboli çorabı giyilmesi sağlanmalıdır. Hastanın yatak içi mobilizasyonu artırılarak bacak ve ayak egzersizlerini yapmaya teşvik edilmelidir (Grindel ve Grindel, 2006; Mechanick ve diğerleri, 2020, 2013; Mulligan ve diğerleri, 2005). Farmakolojik DVT profilaksisi ameliyattan sonra 8-12 saat sonra uygulanmalı ve 3-4 hafta tedaviye devam edilmelidir (Mechanick ve diğerleri, 2013).

Rabdomiyoliz: Rabdomiyoliz, uzun süre boyunca kas sıkışmasına bağlı olarak gelişen iskemi nedeniyle iskelet kaslarında nekroz oluşmasıdır. Kalçada ve sırtta ağrıyla birlikte meydana gelen kaslarda ağrı ve uyuşukluk, koyu renkli idrar (miyoglobininüri) belirtileri görülür (Chand ve Prathanvanich, 2016). Rabdomiyoliz için risk faktörleri erkek cinsiyeti, BKİ $\geq 55-60$ kg/m², diyabet ve hipertansiyon, ameliyat süresinin 4 saatten uzun olması,

hastanın pozisyonu olarak bildirilmektedir. Bariatrik cerrahi sonrasında ilk 24 saat içinde enteral yol tercih edilmelidir (Bozkurt, 2017; Chand ve Prathanvanich, 2016; Kaser Nancy, 2009; Thorell ve diğerleri, 2016). Ameliyat sonrası görülme insidansı %7-30.4'dür (Mechanick ve diğerleri, 2013). Ameliyattan sonraki 48-72 saatte kreatinin kinaz serum seviyesinin 5000 U/L'yi üzerinde olması rabdomiyaliz tanısını koydurur. Ameliyatın süresi, uygunsuz ve desteksiz ameliyat sırası pozisyonu rabdomiyolize neden olmaktadır. Morbid obez hastaların ameliyat öncesi sıvı elektrolit dengesinin ve hacim durumunun doğru bir şekilde değerlendirilmesi çok iyi planlanmalıdır. Bireysel farklılıklar, morbiditeye eşlik eden hastalıklar, sürekli kullanılan ilaçlar, invaziv olmayan hatalı uygulama girişimleri ameliyat sonrası rabdomiyoliz komplikasyonun sıklığını çok daha fazla arttırmaktadır. Rabdomiyolize müdahale edilmezse %14 böbrek yetmezliği, %3 mortalite ile sonuçlanmaktadır (Thorell ve diğerleri, 2016; Chand ve Prathanvanich, 2016; TEMD, 2018).

Hasta Taburcu Eğitimi

Kısa süreli takip müdahale tarihinden itibaren 3 yıldan az, orta vadeli süre 3-4 yıl, uzun süreli 4-5 yıl takip olarak tanımlanmaktadır (Sogg, Lauretti ve West-Smith, 2016). Diyeti hakkında sözlü ve yazılı olarak uyması gereken düzen ve ilkeler belirtilmelidir. Beklenmedik belirtiler (38 °C'nin üzerinde ateş, ağrı, kanama, yutkunamama vb.) geliştiğinde sağlık ekibine başvurması gerektiği söylenmelidir. Her ziyarette kilo kaybı kontrolü ve ameliyat sonrası kullanılan ilaçlar gözden geçirilmelidir. Hastanın D vitamini, kalsiyum, folik asit, çinko, selenyum B12 değerleri, tiroit fonksiyon testleri kontrol altında tutulmalı ve yeterli hidrasyonun korunmasına dikkat edilmelidir. Diyabet regülasyonu için kan şekeri ve HbA1c düzeyi kontrol edilmesinin önemi açıklanmalıdır. Kan basıncı izlemi ve antihipertansif tedavi ihtiyacı ve 6-12 ayda bir lipit değerlendirilmesi kontrol edilmelidir. Yaşam tarzı ve sağlıklı beslenme biçimi, fiziksel aktivite kapasitesi ve kemik yoğunluğu, uyku süresi ve kalitesi, psikolojik durumu, alkol kullanımı ve madde bağımlılığı açısından hasta gözlemlenmeli ve takip edilmelidir. Birçok bariatrik hasta aşırı kilo kaybını takiben abdominal ve perineal alanda, iç uyluklarda, göğüste ve kolların altında sarkan deriyi görür. Hastalar 18-24 ay sonrasında maksimum kilo kaybını elde ettikten sonra bir plastik cerrahla görüşmelidir (Chand ve Prathanvanich, 2016; Fencl ve diğerleri, 2015; Garvey ve diğerleri, 2016; Mechanick ve diğerleri, 2020, 2013).

Uzun dönemde kilo vermedeki başarı hastanın motivasyonu ile birlikte diyet ve egzersizlerine olan uyumu ve etkin hemşirelik bakımı ile ilgilidir. Aynı zamanda obeziteye eşlik eden hastalıklarda da bir düzelme fark edilir şekilde olur. Bariatrik cerrahi kilo kaybını sağlamak ve sürdürmek için önemli bir tedavi yöntemidir. Bariatrik cerrahi uygulanan hastalar için doğru dikkatli bir hemşirelik izlemiyle verilen hemşirelik bakımı ve en uygun müdahaleler klinik sonuçlar için hayati önem taşımaktadır.

Teşekkür

Makalemin bilimsel temeller ışığında oluşturulmasında engin bilgileriyle rehberlik ederek şekillendiren ve desteğini esirgemeyen Prof. Dr. Türkan Özbayır'a teşekkür ederim.

KAYNAKLAR

- Apfel, C.C., Heidrich, F.M., Jukar-Rao, S., Jalota, L., Hornuss, C., Whelan, R.P., ... Cakmakkaya, O.S. (2012). Evidence-based analysis of risk factors for postoperative nausea and vomiting. *British Journal of Anaesthesia*, 109(5), 742–753. <https://doi.org/10.1093/bja/aes276>
- Aydın, E., Bulut, H. (2014). Bariatrik cerrahide hemşirelik bakımı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(2), 141–150. <https://doi.org/10.5455/pmb>
- Barth, M.M., Jenson, C.E. (2006). Postoperative nursing care of gastric bypass patients. *Journal of Critical Care*, 15(4), 378–387. Retrieved from <https://doi.org/10.4037/ajcc2006.15.4.378>
- Berrios, L.A. (2016). The ABCDs of managing morbidly obese patients in intensive care units. *Critical Care Nurse*, 36(5), 17–26. <https://doi.org/10.4037/ccn2016671>
- Birkmeyer, N.J.O., Finks, J.F., Carlin, A.M., Chengelis, D.L., Krause, K.R., Hawasli, A.A., ... Birkmeyer, J.D. (2012). Comparative effectiveness of unfractionated and low-molecular-weight heparin for prevention of venous thromboembolism following bariatric surgery. *Archives of Surgery*, 147(11), 994–998. <https://doi.org/10.1001/archsurg.2012.2298>
- Bozkurt, S. (2017). Complications in bariatric surgery. *Laparoscopic Endoscopic Surgical Science*, 23(4), 133–141. <https://doi.org/10.14744/less.2014.27147>
- Bray, G.A., Frühbeck, G., Ryan D.H. W. J. (2016). Seminar Management of obesity. *The Lancet*, 387, 1946–1956. Erişim adresi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00271-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00271-3)
- Chand, B., Prathanvanich, P. (2016). Critical care management of bariatric surgery complications. *Journal of Intensive Care Medicine*, 31(8), 511–528. <https://doi.org/10.1177/0885066615593067>

- Chang, S.H., Stoll, C.R.T., Song, J., Varela, J.E., Eagon, C.J., Colditz, G.A. (2014). The effectiveness and risks of bariatric surgery an updated systematic review and meta-analysis, 2003-2012. *JAMA Surgery*, 149(3), 275–287. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2013.3654>
- Clark, L.N., Helm, M.C., Gould, J.C. (2019). Practice patterns regarding post-discharge chemoprophylaxis for venous thromboembolism following bariatric surgery in the United States. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 15(5), 703–707. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2019.02.017>
- de Raaff, C.A.L., Gorter-Stam, M.A.W., de Vries, N., Sinha, A.C., Jaap Bonjer, H., Chung, F., ... van Wagenveld, B.A. (2017). Perioperative management of obstructive sleep apnea in bariatric surgery: a consensus guideline. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 13(7), 1095-1109. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2017.03.022>
- Dietz, W.H., Douglas, C.E., Brownson, R.C. (2016). Chronic disease prevention: Tobacco avoidance, physical activity, and nutrition for a healthy start. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 316(16), 1645–1646. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.14370>
- Duarte, S. da C. M., Stipp, M.A.C., da Silva, M.M., de Oliveira, F.T. (2015). Adverse events and safety in nursing care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(1), 136–146. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>
- Dybec, R.B. (2004). Intraoperative positioning and care of the obese patient. *Plastic Surgical Nursing*, 24(3), 118–122. <https://doi.org/10.1097/00006527-200407000-00009>
- Fencil, J.L., Walsh, A., Vocke, D. (2015). The bariatric patient : an overview of perioperative care. *Association of Registered Nurses*, 102(2), 116–131. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2015.05.007>
- Finkelstein, E.A., Khavjou, O.A., Thompson, H., Trogdon, J.G., Pan, L., Sherry, B., Dietz, W. (2012). Obesity and severe obesity forecasts through 2030. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(6), 563–570. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.10.026>
- Garvey, W.T., Mechanick, J.I., Brett, E.M., Garber, A.J., Hurley, D.L., Jastreboff, A.M., ... Plodkowski, R. (2016). American association of clinical endocrinologists and American college of endocrinology comprehensive clinical practice guidelines for medical care of patients with obesity. *Endocrine Practice*, 22(s.3), 1–203. <https://doi.org/10.4158/EP161365.GL>
- Gould, M.K., Garcia, D.A., Wren, S.M., Karanicolas, P.J., Arcelus, J.I., Heit, J.A., Samama, C.M. (2012). Prevention of VTE in nonorthopedic surgical patients. Antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*, 141(s.2), e227S-e277S. <https://doi.org/10.1378/chest.11-2297>
- Grindel, M.E., Grindel, C.G. (2006). Nursing care of the person having bariatric surgery. *Medsurg Nursing*, 15(3), 129–146.
- Ide, P., Farber, E.S., Lutz, D. (2008). Perioperative nursing care of the bariatric surgical patient. *AORN Journal*, 88(1), 57–58. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2008.02.015>
- Kaser Nancy J., K.A. (2009). Weight-loss surgery. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 14(1). https://doi.org/10.1007/978-3-319-12331-8_7
- Kavuturu, S., Rogers, A.M., Haluck, R.S. (2012). Routine drain placement in Roux-en-Y gastric bypass: An expanded retrospective comparative study of 755 patients and review of the literature. *Obesity Surgery*, 22(1), 177–181. <https://doi.org/10.1007/s11695-011-0560-5>
- Kim, T.Y., Kim, S., Schafer, A.L. (2000). Medical management of the postoperative bariatric surgery patient. *Endotext*, (Table 1). Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29465932>
- King, W.C., Bond, D.S. (2014). The importance of pre and postoperative physical activity counseling in bariatric surgery. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 41(1), 26–35. <https://doi.org/10.1097/JES.0b013e31826444e0>
- Kumanyika, S. (2017). Getting to equity in obesity prevention: a new framework. *National Academy of Medicine*, 7(1). <https://doi.org/10.31478/201701c>
- Lim, R.B., Jones, D., Chen, W. (2015). Bariatric operations: Perioperative morbidity and mortality. *UpToDate*.
- Ma, I.T., Madura, J.A. (2015). Gastrointestinal complications after bariatric surgery. *Gastroenterology and Hepatology*, 11(8), 526–535.
- Márquez, M.F., Ayza, M.F., Lozano, R.B., Del Mar Rico Morales, M., García Díez, J.M., Poujoulet, R.B. (2010). Gastric leak after laparoscopic sleeve gastrectomy. *Obesity Surgery*, 20(9), 1306–1311. <https://doi.org/10.1007/s11695-010-0219-7>
- Mechanick, J.I., Apovian, C., Brethauer, S., Timothy Garvey, W., Joffe, A.M., Kim, J., ... Still, C.D. (2020). Clinical practice guidelines for the perioperative nutrition, metabolic, and nonsurgical support of patients undergoing bariatric procedures – 2019 update: Cosponsored by American association of clinical endocrinologists/ American college of endocrinology. *Obesity*, 28(4), 1-58. <https://doi.org/10.1002/oby.22719>

- Mechanick, J.I., Youdim, A., Jones, D.B., Timothy, W., Hurley, D.L., McMahon, M.M., ... Dixon, J.B. (2013). Clinical practice guidelines for the perioperative bariatric surgery patient — 2013 Update: *Endocr Pract.*, 19(2), 337–372. <https://doi.org/10.4158/EP12437.GL.CLINICAL>
- Mulligan, A., Young, L.S., Randall, S., Raiano, C., Velardo, P., Breen, C., Bushee, L. (2005). Best practices for perioperative nursing care for weight loss surgery patients. *Obesity Research*, 13(2), 267–273. <https://doi.org/10.1038/oby.2005.36>
- Neil, J.A., Roberson, D.W. (2015). Enhancing nursing care by understanding the bariatric patient's journey. *AORN Journal*, 102(2), 132–140. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2015.05.014>
- NIH. (2013). *Managing overweight and obesity in adults: Systematic evidence review from the obesity expert panel*. U.S. Department of Health and Human Services National Institute of Health. Erişim adresi: <https://www.nhlbi.nih.gov/sites/default/files/media/docs/obesity-evidence-review.pdf>
- Pfeil, M. (2014). Patients' perception of the nursing contribution to gastric band surgery. *British Journal of Nursing*, 23(2), 95–99.
- Piché, M.È., Auclair, A., Harvey, J., Marceau, S., Poirier, P. (2015). How to choose and use bariatric surgery in 2015. *Canadian Journal of Cardiology*, 31(2), 153–166. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2014.12.014>
- Santos, J.C. dos, Ferreira, J.D.L., Lima, C.L.J. de, Ferreira, T.M.C., Maciel, G.M.C., Oliveira, P.S. de, ... Chianca, K.S.V. (2017). Nursing in the pre and postoperative of bariatric surgery. *International Archives of Medicine*, 10, 1–9. <https://doi.org/10.3823/2473>
- Sogg, S., Lauretti, J., West-Smith, L. (2016). Recommendations for the presurgical psychosocial evaluation of bariatric surgery patients. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 12(4), 731–749. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2016.02.008>
- Sogg, S., Lauretti, J., West-Smith, L. (2016). Recommendations for the presurgical psychosocial evaluation of bariatric surgery patients. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 12(4), 731–749. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2016.02.008>
- Steyer, N.H., Oliveira, M.C., Gouvêa, M.R.F., Echer, I.C., Lucena, A. de F. (2016). Perfil clínico, diagnósticos e cuidados de enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia bariátrica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(1), 1–8. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.50170>
- Tack, J., Deloosse, E. (2014). *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology Complications of bariatric surgery: Dumping syndrome , re fl ux and vitamin de fi ciencias*. 28, 741–749. Erişim adresi: <https://login.ezproxy.endeavour.edu.au:2443/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselp&AN=S1521691814000882&site=eds-live&scope=site>
- TBSA. (2014). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010. Türkiye Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/diger-kitaplar/TBSA-Beslenme-Yayini.pdf>
- TEMED. (2018). *Bariyatrik cerrahi kılavuzu*. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Ankara: Miki Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti. ISBN: 978-605-4011-28-5
- Thompson, J., Bordi, S., Boytim, M., Elisha, S., Heiner, J., Nagelhout, J. (2011). Anesthesia case management for bariatric surgery. *AANA Journal*, 79(2), 147–160.
- Thorell, A., MacCormick, A.D., Awad, S., Reynolds, N., Roulin, D., Demartines, N., ... Lobo, D.N. (2016). Guidelines for perioperative care in bariatric surgery: Enhanced recovery after surgery (ERAS) society recommendations. *World Journal of Surgery*, 40(9), 2065–2083. <https://doi.org/10.1007/s00268-016-3492-3>
- Vegel, A.J., Shah, N., Lidor, A.O., Greenberg, J.A., Shan, Y., Wang, X., Funk, L.M. (2017). Patient-reported quality of life after bariatric surgery: a single institution analysis. *Journal of Surgical Research*, 218(10), 117–123. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.03.040>
- Warschkow, R., Tarantino, I., Folie, P., Beutner, U., Schmied, B.M., Bisang, P., ... Thurnheer, M. (2012). C-reactive protein 2 days after laparoscopic gastric bypass surgery reliably indicates leaks and moderately predicts morbidity. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 16(6), 1128–1135. <https://doi.org/10.1007/s11605-012-1882-x>
- WHO. (2020). Obesity and Overweight. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Erişim Tarihi:28 Nisan 2020.

Öznur ERBAY DALLI¹
Orcid: 0000-0003-2282-0846

Ayfer KARADAKOVAN²
Orcid: 0000-0002-7225-6860

¹ Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı,
Bursa

² Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç
Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir
Sorumlu Yazar (Correspondence Author):

Öznur ERBAY DALLI
oznurerbay@gmail.com

Anahtar Sözcükler:

Gün batımı sendromu; demans;
hemşirelik.

Key Words:

Sundowning syndrome; dementia;
nursing.

Demans Hastalarında Gözardı Edilen Bir Konu: Gün Batımı Sendromu ve Hemşirelik Yaklaşımları

An Ignored Subject in Dementia Patients: Sundowning Syndrome and Nursing Approaches

Gönderilme Tarihi: 11 Kasım 2019

Kabul tarihi: 16 Eylül 2020

ÖZ

Akşamın erken saatleri veya öğleden sonra, özellikle demanslı bireylerde nöropsikiyatrik semptomlar şiddetlenmekte ve bu durum “Gün Batımı Sendromu” olarak tanımlanmaktadır. Bu sendrom literatürde uzun zaman önce tanımlanmasına rağmen gözardı edilen bir alan olmuştur. Bununla birlikte konuyla ilgili kanıta dayalı çalışmaların eksikliği, klinik özelliklerini ve önleme stratejilerini belirlemede yetersiz kalmaktadır. Bu durum hem hastayı hem de bakım vericisini etkilemekte ve özellikle bakım veren yüküne olumsuz yönde katkı sağlamaktadır. Oryantasyon bozukluğu, konfüzyon, ajitasyon, huzursuzluk, anlamsız gezinme gibi davranışların ortaya çıktığı gün batımı sendromu daha çok deliryumla karıştırılmaktadır. Ancak deliryumun aksine, gün batımının daha uzun bir süre devam ettiği ve özellikle akşamın erken saatlerinde aynı davranışların ortaya çıktığı görülmektedir.

Gün batımı sendromu belirtilerini erkenden tespit etmek, hem demanslı bireyin hem de bakım vericisinin yükünü azaltmaya yardımcı olacaktır. Bu nedenle multidisipliner bir ekip anlayışı benimsenmesi gereklidir. Bu ekipte yer alan hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Hemşireler demanslı hasta ile karşılaştığında, klasik hemşirelik değerlendirmesine gün batımı sendromuna yönelik ipucu veren gözlemleri de eklemelidir. Böylece gün batımı sendromu da dahil birçok nöropsikiyatrik semptomun erken tanınmasına yardımcı olacaktır.

Bu derlemede literatürdeki eksiklik göz önünde bulundurularak, gün batımı sendromunun klinik özellikleri, patofizyolojisi, tedavi yönetimi ve hemşirelik yaklaşımlarını sunmak, konu ile ilgili hemşirelere ve diğer sağlık profesyonellerine rehber olmak amaçlanmıştır.

ABSTRACT

Neuropsychiatric symptoms are exacerbated in the early hours of the evening or in the afternoon, especially in people with dementia, which is defined as “Sundowning Syndrome”. Although this syndrome has been described in the literature a long time ago, it has been ignored. However, the lack of evidence-based studies on the subject is insufficient to determine the clinical features and prevention strategies. This affects both the patient and the caregiver and in particular contributes negatively to the caregiver burden. Sundowning syndrome, in which behavior such as disorientation, confusion, agitation, restlessness and wandering occurs, is mostly confused with delirium. Unlike delirium, however, it is seen that the sundowning continues for a longer period of time and the same behavior occurs especially in the early hours of the evening.

Early detection of Sundowning syndrome symptoms will help reduce the burden of both the demented individual and the caregiver. Therefore, it is necessary to adopt a multidisciplinary team approach. Nurses in this team have important duties. When nurses meet a patient with dementia, they should include observations that give a clue to Sundowning syndrome to the classic nursing assessment. This will help in the early recognition of many neuropsychiatric symptoms, including Sundowning.

In this review, it is aimed to present clinical features, pathophysiology, treatment management and nursing approaches of Sundowning syndrome and to guide nurses and other health professionals related to the subject considering the deficiency in the literature.

GİRİŞ

Nöropsikiyatrik semptomlar (NPS) ileri yaştaki demans hastalarının çoğunda ortaya çıkmakta ve hastanın hem kendisi hem de ailesi/bakım vericisi için ciddi yük oluşturmaktadır. Ayrıca bu durum sağlık harcamalarını da etkilemektedir (Dodel ve diğerleri, 2015; Herrmann ve diğerleri, 2006). Nöropsikiyatrik semptomlar demans hastalarında belirgin olsa da bireyden bireye değişkenlik gösterebilmektedir. Semptomların prevalansı ve ciddiyeti hastalığın seyri boyunca değişmektedir. Ayrıca çoklu etkileşimli değişkenler ve patofizyolojik mekanizmalar oluşumlarını ve ifadelerini etkileyebilmektedir (Canevelli ve diğerleri, 2013). Bu bakış açıları, NPS'ye standardize klinik ve analitik yaklaşımların uygulanmasının yanı sıra, hedeflenen farmakolojik girişimlerin tanımlanmasını da engellemektedir (Kales ve diğerleri, 2014).

Nöropsikiyatrik semptomların öğleden sonra veya akşamın erken saatlerinde ortaya çıkması veya kötüleşmesi "Gün Batımı Sendromu" olarak adlandırılmaktadır. Bu sendrom, "Gün Batımı" veya "Gece Deliryumu" terimleri olarak da uzun zamandır demans hastalıkları alanında tanınmakta ve demans hastalarının özellikle aile/bakım vericileri arasında iyi bilinmektedir (Cipriani ve diğerleri, 2015; Terzaghi ve diğerleri, 2014). Bununla birlikte, gün batımı sendromu demanslarda ortaya çıkan diğer spesifik NPS'lere ve davranış bozukluklarına kıyasla (Örn; apati, depresyon, psikotik semptomlar) daha az çalışılan bir alan olmuştur. Yaygınlığı ile ilgili sendroma spesifik çalışmalar azdır. Ayrıca, sendroma yönelik farmakolojik ve farmakolojik olmayan stratejilerin demanslı hastalar arasında etkinliğini araştıran randomize kontrollü bir çalışma henüz yapılmamıştır (Canevelli ve diğerleri, 2016). Sendroma spesifik özel tarama /değerlendirme araçlarının olmayışı ve oluşumunu etkileyebilecek faktörlerin çeşitli olması nedeniyle konuya yönelik çalışmaların kısıtlı kaldığı düşünülmektedir (Canevelli ve diğerleri, 2016).

GÜN BATIMI SENDROMU TANIMI VE ÖNEMİ

Gün batımı sendromunun (genellikle "sundowning" olarak adlandırılır) ortak bir tanımı henüz sağlanamamıştır. Bu terim, özellikle demans hastalarında gün batımı sonrasında meydana gelen bir NPS kümesini tanımlamak için yaygın olarak kullanılmaktadır. Farklı kavramsal yönleri, benzersiz bir tanımın oluşturulmasını engellemektedir. Bazı araştırmacılar gün batımı sendromunun sadece demanslı bireylerle kabul edilmesini sınırlandırırken, bazıları da bu durumu bilişsel olarak sağlam yaşlı bireyler arasında (daha düşük sıklıkta olsa bile) tanımlamıştır (Canevelli ve diğerleri, 2016; Khachiyants ve diğerleri, 2011). İkinci bir heterojenite unsuru, gün batımı sendromunda yer alan klinik belirtilere dayanmaktadır. Bazı tanımlar, belirli NPS'lerin (özellikle ajitasyon) başlangıcına ya da kötüleşmesine atıfta bulunurken, diğerleri daha yaygın olarak herhangi bir davranışsal ve psikolojik rahatsızlığı içermektedir (Canevelli ve diğerleri, 2016; Khachiyants ve diğerleri, 2011). Bu bağlamda, bu davranışlar kaygı, ajitasyon, saldırganlık, gezinme, direnç, çığlık atma, bağırma, görsel ve işitsel halüsinasyonlar gibi çok çeşitli belirtilerden oluşabilir. Birkaç tanıma göre belirtiler, bilişsel semptomların ve konfüzyonun alevlenmesini de içerir ancak bu tanım deliryum ile ayrımını daha zorlaştırmaktadır (Khachiyants ve diğerleri, 2011). Sendromla ilgili bir diğer durum ise semptomların ortaya çıkması gereken dilimiyle ilgilidir. Mevcut tanımların çoğu, sadece öğleden sonra ve akşamın erken saatlerinde davranış bozukluklarının ortaya çıkmasını veya kötüleşmesini içerirken, diğer tanımlarda gece boyunca veya daha karanlıkta ortaya çıktığından bahsedilmektedir (Bedrosian ve Nelson, 2013; Volicer ve diğerleri, 2001). Yaşlı bireyler arasında ortaya çıkan diğer nöropsikiyatrik sendromlardan farklı olarak, gün batımının tanımı için bir fikir birliği olmaması nedeniyle tanı için de standart bir ölçüt oluşturulmamıştır (Canevelli ve diğerleri, 2016).

Gün batımı sendromu, özellikle demans hastalarında daha fazla görülmektedir. Konuyla ilgili mevcut çalışmalar, altta yatan klinik hastalıklara bağlı olarak %2.5-%66 arasında değişen prevalans oranları bildirmektedir (Canevelli, ve diğerleri, 2016; Gnanasekaran, 2016). Gün batımı sendromunun özellikle demanslı hastaların olduğu bakım evlerinde en sık görülen davranışlardan biri olduğu ve evde yaşayan Alzheimer hastalarında da yaygın olarak (%66) görüldüğü bildirilmektedir (Bachman ve Rabins, 2006; Canevelli ve diğerleri, 2016; Khachiyants ve diğerleri, 2011). Sendrom aynı zamanda Alzheimer olmayan demanslar (Örn; vasküler demanslar, frontotemporal demanslar) arasında da bildirilmiştir. Bununla birlikte, epidemiyolojik verilerin azlığı, spesifik demans koşullarında gün batımı sendromunun farklı prevalansının uygun şekilde araştırılmasına izin vermemektedir. Hastaların yaşlarına, cinsiyetlerine ve ırklarına göre prevalansları konusunda tutarlı bir veri bulunmamaktadır (Khachiyants ve diğerleri, 2011; Little ve diğerleri, 1995). Son olarak, bazı veriler sonbahar veya kış aylarında daha yüksek görülme sıklığı ile gün batımı sendromunun mevsimsel değişim etkileşiminden bahsetmektedir (Volicer ve diğerleri, 2001).

Gün batımı sendromu ile demanslı bireyler arasındaki ilişki bu bireylerin bakım vericileri ya da aileleri arasında çeşitli olumsuz sonuçlara yol açmasına dayanmaktadır. Gün batımı sendromu, yaşlı demans hastalarının bir hastane ya da bakım kurumuna yerleştirilmesinin ortak bir nedeni olarak gösterilmektedir (Canevelli ve diğerleri, 2016). Gün batımı sendromu, Alzheimer'de bilişsel kötüleşmenin daha hızlı ilerlemesine neden olmakta (Scarmeas ve diğerleri, 2007) ve tekrarlayan yatış, uzun süreli hastanede kalış ve fonksiyonel azalma açısından önemli bir sosyal ve ekonomik yük oluşturmaktadır (Gnanasekaran, 2016, Herrmann ve diğerleri, 2006). Öğleden sonra veya akşam saatlerinde meydana gelen davranışsal değişiklikler, özellikle yorgunluk çekebilecekleri gün sonunda bu tür

semptomlar ile baş etmek zorunda olan bakım vericiler için daha belirgin bir zorluk oluşturabilmektedir. Bazı gün batımı sendromu davranışları, hastaların iyi uyumasını engelleyerek daha fazla gezinmelerine neden olmakta ve bu nedenle bakım vericinin de uyku problemi yaşamasını ve tükenmişlik riskini arttırmaktadır (Matsumoto ve diğerleri, 2007; Pollak ve Perlick, 1991). Tükenmiş ve yorgun bir bakım verenin “stresli bakımı”, yanlış yönetim stratejileri uygulamasına neden olabilmekte, hasta tarafından sergilenen NPS'nin alevlenme olasılığını artırabilmekte ve böylece potansiyel olarak tehlikeli bir döngüyü tetikleyebilmektedir (de Vugt ve diğerleri, 2004). Bu durumun yönetimi için gün batımı sendromuna yönelik hemşirelerin ve diğer sağlık profesyonellerinin bilgi sahibi olmasına, bireyin ailesi/bakım vericisine destek vermesine ve konu ile ilgili etkili stratejiler geliştirmesine ihtiyaç vardır.

GÜN BATIMI SENDROMUNUN PATOFİZYOLOJİSİ

Gün batımı sendromunun patofizyolojisi, bugüne kadar nedensel bir faktör açıkça tanımlanmadığından yeterince tanımlanmamıştır. Bununla birlikte, sendromu açıklamak için birkaç hipotez öne sürülmüştür. Gün batımı sendromu oluşumuna katkıda bulunan birden fazla faktör (Tablo 1) mevcuttur (Canevelli ve diğerleri, 2016).

Nörobiyolojik bir bakış açısı altında, hem hayvan hem de insan çalışmalarından elde edilen kanıtlar bütünü, normal sirkadiyen ritminin birincil değişikliklerinin patojenik rolüne odaklanmıştır (Canevelli ve diğerleri, 2016; Gnanasekaran, 2016). Sirkadiyen ritim bozuklukları, hipotalamusta yer alan ve insan vücudunun ana sirkadiyen kalp pili olarak kabul edilen suprakiazmatik nükleusun (SKN) katılımı/değişimi ile ilişkilendirilmiştir. Bazı çalışmalar, SKN'nin hacminin, morfolojisinin ve aktivitesinin yaş, cinsiyet ve patolojik koşullar gibi çeşitli faktörlerden etkilenebileceğini göstermiştir. Fizyolojik yaşlanma sürecinde, özellikle 80 ile 100 yaşları arasında ve ayrıca çeşitli nörodejeneratif hastalıkları olan hastalarda, hücre sayısında ve çekirdeğin hacminde bir azalma olduğu belirlenmiştir (Canevelli ve diğerleri, 2016; Harper ve diğerleri, 2005). Bu bilgiler ışığında sendromun normal sirkadiyen ritim ve davranışsal düzenlemeyi sağlayan SKN'nin azalması sonucu ortaya çıkabileceği düşünülmektedir. Sirkadiyen ritim düzenlemesinin önemli bir bileşeni, üretimi ve salınması SKN'nin kendisi tarafından düzenlenen ve karanlığa cevaben epifiz bezinin salgıladığı bir hormon olan melatonindir. Melatonin düzeylerinin yaşlanma nedeniyle azaldığı, Alzheimer ve diğer nörodejeneratif hastalıklarda daha da azaldığı bildirilmiştir (Srinivasan ve diğerleri, 2006). Bu bulgular, bozulmuş uyku ve sirkadiyen ritmin klinik belirtileri olan hastalarda melatonin takviyesi gerektiğini göstermektedir (Cardinali ve diğerleri, 2002). Kolinerjik sistemin dejenerasyonunun, Alzheimer'da gün batımı sendromu ortaya çıkma potansiyelinin altında yatan bir mekanizma olduğu da gösterilmiştir. Bu nedenle, bozulmuş kolinerjik iletimin sirkadiyen ritimlerin bozulmasına ve davranışsal rahatsızlıkların ortaya çıkmasına katkıda bulunabileceği varsayılabilir. Son olarak, hipotalamik-hipofiz-adrenal aksın düzensizlikleri, Alzheimer'de gün batımı sendromu patogenezi ile ilişkilendirilmiştir. Spesifik olarak, gün batımı sendromu sergileyen Alzheimer'li hastaların, sergilemeyenlere göre anlamlı derecede daha yüksek kortizol seviyelerine sahip oldukları gösterilmiştir (Venturelli ve diğerleri, 2013).

Tablo 1. Gün batımı sendromu oluşumuyla ilgili faktörler

Nörolojik faktörler	Suprakiazmatik çekirdeğin dejenerasyonu Azalan melatonin üretimi Sirkadiyen ritimlerin bozulması Bozulmuş kolinerjik nörotransmisyon Hipotalamik-hipofiz-adrenal aksın düzensizliği
Farmakolojik faktörler	Antipsikotikler Antikolinerjikler Antidepresanlar Hipnotikler
Psikolojik faktörler	Yorgunluk Açlık Karşılanmayan ihtiyaçlar (fiziksel veya psikolojik) Vücut sıcaklığındaki değişiklikler Gün içinde değişen plazma glukoz düzeyi Kan basıncında sirkadiyen değişiklikler
Tıbbi faktörler	Uyku bozuklukları Duyusal yoksunluk Ağrı Duygu durum bozuklukları ve dalgalanmalar Bilişsel yetersizlikler (Örn; agnozi)
Çevresel faktörler	Yetersiz miktarda ışığa maruz kalma Hastane veya bakım merkezlerindeki yetersiz personel/hasta oranı Bakıcı yetersizliği Aile/bakım veren yükü ve yorgunluğu Çevresel aşırı uyurum (Örn; gürültü)

Çeşitli çevresel faktörler, gün batımı sendromu başlangıcına katkıda bulunabilir. Özellikle, gün boyunca azalmış ışığa maruz kalma, öğleden sonra ve akşam saatlerinde hemşire / bakım personel sayısının daha az olması, öğleden sonraki yorgunluk (Örn; gün içindeki yoğun bir faaliyet nedeniyle), günlük rutinin yokluğu gibi faktörler NPS'in genel olarak kötüleşmesi ve gün batımı sendromunun ortaya çıkması ile ilişkilendirilmiştir (Bedrosian ve Nelson, 2013; Blais ve diğerleri, 2014; Khachiyants ve diğerleri, 2011). Paralel olarak, çeşitli tıbbi durumlar (Örn; ağrı, görme ve / veya işitme bozukluğu, ruhsal durum bozuklukları) ve ilaçlar (Örn; antidepresanlar, antipsikotikler, dopaminerjik tedaviler), akşam ajitasyonunu ve diğer davranış bozulmalarını tetikleyebilmektedir (Gnanasekaran, 2016; Khachiyants ve diğerleri, 2011).

KLİNİK YAKLAŞIM

Gün batımı sendromunun ortaya çıkmasında potansiyel olarak rol oynayan faktörlerin ve belirleyicilerin çeşitliliği göz önüne alındığında, bu sendroma çok boyutlu bir yaklaşım benimsenmelidir. Özellikle, hedeflenen girişimlerin zamanında uygulanabilmesi için potansiyel olarak tedavi edilebilir / geri dönüşümlü altta yatan koşulların tanımlanmasına özel önem gösterilmesi gerekmektedir. Diğer NPS için önerildiği gibi, sendroma yönelik tarama, tanılama ve yönetme gibi bütünlük, çok aşamalı yaklaşımların benimsenmesi gerekmektedir (Canevelli ve diğerleri, 2016; Gitlin ve diğerleri, 2012).

Gün batımı sendromu hemşirelerin hastayı doğrudan gözlemlenmesi ve bakım vericileri ile yapılan görüşmeler yoluyla kolayca belirlenebilir. Hemşireler bakım vericiye ortaya çıkan belirtileri, potansiyel olarak katkıda bulunan ya da tetikleyen durumları bir deftere not etmesini ve gözlemesini isteyebilir. Böylece bu gibi durumlarda gereken izlem sağlanabilir. Hastane ortamında ise hemşirelerin sendromu şiddetlendirebilecek bazı potansiyel çevresel faktörlerin (Örn; aydınlatma, gürültü seviyeleri, günlük rutindeki değişiklikler) farkında olması ve buna yönelik girişimler planlaması önemlidir (Canevelli ve diğerleri, 2016; Dewing, 2003).

Laboratuvar testleri ve nörogörüntüleme, diğer davranışsal bozulma nedenlerinden şüphelenildiğinde ve ayırıcı tanıda (Örn; deliryum, serebrovasküler olaylar) uygulanabilir. Bununla birlikte, geçici dalgalanmalar ve semptomlar, zaman içindeki nöksler ve akut olmayan başlangıçlar varsa hemşireler gün batımı sendromundan şüphelenmelidir (Khachiyants ve diğerleri, 2011). Hemşireler eğer varsa klinikte kullanılan, basit ancak etkili tarama araçlarını benimseyerek (Örn; Deliryum derecelendirme ölçeği, Konfüzyon değerlendirme ölçeği, Mini mental değerlendirme vb.) deliryum ve gün batımı sendromu ayrımını yapabilmelidir (Dewing, 2003; Hendry ve diğerleri, 2016).

YÖNETİM

Gün batımı sendromu yönetiminin klinik yaklaşımında bazı güçlükler yaşanmaktadır. İlk olarak, potansiyel tetikleyicilerin heterojenliğinin yanı sıra semptomların zamansal dalgalanmaları, hedeflenen ve kişiselleştirilmiş girişimlerin tanımlanmasını ve uygulanmasını zorlaştırmaktadır. Bununla birlikte, şu anda böyle bir davranış sendromunun tedavisi ile ilgili mevcut kılavuz ve plasebo kontrollü randomize çalışmalar mevcut değildir. Mevcut olan veriler genellikle vaka çalışmalarına dayanmaktadır. Gün batımının tedavisi, etkinliği ve güvenlik profilleri daha çok farmakolojik tedavilerin kullanımına dayanmakta ve polifarmasi, psikotropik ilaçların kötüye kullanılması riskiyle sonuçlanabilmektedir (Canevelli ve diğerleri, 2016, Cipriani ve diğerleri, 2015; Kales ve diğerleri, 2014). Bu düşüncelere dayanarak, diğer NPS'lere benzer şekilde, birinci basamak tedaviler olarak farmakolojik olmayan yaklaşımların tercih edilmesi konusunda ortak bir fikir birliğine varılmıştır (Gitlin ve diğerleri, 2012).

Farmakolojik Yaklaşımlar

Gün batımının farmakolojik yönetimi ile ilgili mevcut kanıtların çoğu, melatonin takviyesinin klinik etkinliğine odaklanmıştır. Sadece üç randomize kontrollü çalışma (RKÇ) melatoninin demanslı hastalarda plaseboya kıyasla ajite davranışlarını azaltmadaki etkinliğini araştırmış, aynı zamanda çelişkili sonuçlar bildirmiştir (Asayama ve diğerleri, 2003; Gehrman ve diğerleri, 2009; Singer ve diğerleri, 2003). Bununla birlikte, bu çalışmalar uyku kalitesini, genel olarak gündüz işleyişi ve davranışlarındaki değişiklikleri daha geniş bir şekilde araştırırken, gün batımını değerlendirmek için özel olarak tasarlanmamıştır. Bu nedenle, geçici demansta gün batımının tedavisinde melatonin takviyesinin etkileriyle ilgili uygun kanıt yoktur. Mevcut açık etiketli çalışmalar ve vaka serileri melatonin alan demanslı hastalarının çoğunda gün batımı ataklarının azaldığını daha tutarlı bir şekilde belgelemiştir (Canevelli ve diğerleri, 2016, Cardinali ve diğerleri, 2002; Cohen-Mansfield ve diğerleri, 2000; Mahlberg ve diğerleri, 2004).

Kolinesteraz inhibitörlerinin demanslı hastalarda davranışsal bozukluklarda anlamlı bir azalma sağladığı gösterilmiştir (Campbell ve diğerleri, 2008). Ancak uyku bozukluklarını, sirkadiyen ritim değişikliklerini, Alzheimer tipi demans ve diğer demanslarda ortaya çıkan gün batımını sendromu davranış bozukluklarını kontrol altına almadaki rolleri henüz kanıtlanmamıştır (Rogers ve diğerleri, 1998; Skjerve ve Nygaard, 2000).

Antipsikotikler hekimler tarafından gün batımı sendromunu yönetmek için en çok reçete edilen ilaç sınıfı olarak gösterilmektedir. Bununla birlikte, literatürde bu konuyla ilgili sınırlı bilgi mevcut olup, daha çok farklı NPS'lere odaklanan (Örn; halüsinasyonlar, ajitasyon gibi) randomize kontrollü çalışmalar mevcuttur (Canevelli ve diğerleri, 2016).

Farmakolojik Olmayan Yaklaşımlar

Bireye özel farmakolojik olmayan yaklaşımlar, gün batımı sendromu için ilk basamak tedavi olarak bildirilmektedir. Özellikle, çevresel değişikliklerin gün batımına bağlı davranış bozukluklarını azaltmada potansiyel olarak yararlı olduğu bildirilmiştir (Haffmans ve diğerleri, 2001; Satlin ve diğerleri, 1992). Bunlar arasında, ışık terapisinin (yani, öğleden sonra / akşam saatlerinde parlak ışığa maruz kalma), hasta üzerinde yapılan açık etiketli çalışmalarda gün batımı olaylarını ve huzursuz davranışlarını önemli ölçüde azalttığı bildirilmiştir (Haffmans ve diğerleri, 2001; Satlin ve diğerleri, 1992). Ancak ışık terapisinin gün batımı sendromuna etkililiğini araştıran bir RKÇ henüz yapılmamıştır. Konuyla ilgili son zamanlarda yapılan bir sistematik incelemede demans, günlük yaşam aktiviteleri, uyku, zorlayıcı davranışlar ve demanstaki psikiyatrik rahatsızlıkların iyileştirilmesi için parlak ışık tedavisinin kullanılmasına dair yeterli kanıt olmadığı bildirilmiştir (Forbes ve diğerleri, 2014). Destekleyici kanıtların bulunmamasının yanı sıra, gün ışığından yapay aydınlatmaya kademeli bir geçişin sağlanması, öğleden sonra geç saatlerde meydana gelen davranış değişikliklerini azaltabilmektedir ve genellikle sağlık ekibi üyeleri tarafından önerilmektedir. Ek olarak gereksiz gürültünün en aza indirilmesi, programlara ve günlük rutinlere bağlı kalmanın engellenmesi ve daha zorlayıcı aktiviteler planlanması gibi girişimler öneriler arasında bulunmaktadır (Khachiyants ve diğerleri, 2011; Matsumoto ve diğerleri, 2007). Demans hastalarında NPS yönetiminde önemli faydalar sağladığı gösterilen diğer farmakolojik olmayan stratejilerin (Örn; müzik terapisi, aromaterapi, bakım verici eğitimi, multisensor stimülasyon) gün batımı sendromunu azaltmada etkisini inceleyen çalışmalara ihtiyaç olduğu belirtilmektedir (Canevelli ve diğerleri, 2016).

HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

Gün batımı sendromu belirtilerini erkenden tespit etmek, hem birey hem de bakım verici yükünü ve sıkıntısını azaltacaktır. Sendromun belirtileri gün geçtikçe olumsuz yönde artmaktadır (Dewing, 2003). Bu nedenle uzman bir hekimin değerlendirmesi gereklidir. Hekimin değerlendirmesine katkı sağlayacak bazı hemşirelik gözlemleri vardır. Hastayı ve bakım vericisini içeren bu gözlem ve girişimler aşağıdaki gibi sıralanabilir (Dewing, 2003);

- Hasta/bakım vericisinden ayrıntılı öykü alma.
- Sağlık durumunu değerlendirme
- Demansa sekonder stres eşiğini değerlendirme
- Uyku düzenini değerlendirme
- Mobilite seviyesini değerlendirme
- Geçmiş öyküsünde deliryum, akut konfüzyon durumlarını sorgulama
- Kullandığı ilaçları sorgulama

Yukarıda belirtilen çoğu adım hemşirelerin hasta değerlendirmesinde kullandığı genel girişimlerdir. Ancak hemşirenin özellikle demans hastası ile karşılaştığında NPS'lere yönelik anahtar gözlemleri ve girişimleri bilmesi, gün batımı sendromu da dahil birçok NPS'nin erken tanınmasına yardımcı olacaktır. Bu nedenle yukarıda belirtilen adımları uygularken klasik hasta değerlendirmesinden çok, gün batımı sendromuna spesifik ipuçları verecek durumları sorgulamalıdır (Dewing, 2003).

Hastadan anamnez alırken yaşamındaki roller ve sorumluluklar mutlaka sorgulanmalıdır. Bireyin yaşamındaki bu sorumluluklar gün batımı sendromuna ilişkin sergilenen davranışları etkileyebilir. Örneğin; bireyin günün belirli bir zamanında köpeğini gezdirmesi gibi bir rutini veya sorumluluğu varsa ve yerine getiremiyorsa, bu durum düşünce süreçlerinin bozulmasına, gün batımı sendromunun şiddetlenmesine neden olabilir. Eğer hemşire öykü alırken bu durumla ilgili ipucu yakalarsa, hastanın bakım vericisine, hastanın sorumluluklarını ve günlük rutinlerini yerine getirmeye devam etmesi konusunda yardımcı olabilir (Dewing, 2003).

Hastanın genel sağlık durumu, gün batımı sendromuna katkıda bulunabilir. Örneğin, beslenme durumu bunlardan biridir. Hastaneler veya diğer bakım kurumlarında yemek zamanı rutinleri veya saatleri, hastaların aç ya da susuz olarak yatağa gitme ihtimalinin artması anlamına gelebilmektedir. Besin alımının yetersiz olması veya aç kalma, uykusuzluğa neden olabilir. Uykunun bozulması ile birlikte gün batımı sendromu daha da şiddetlenir. Demansa sıklıkla eşlik eden depresyon da uyku düzenini değiştirebilir. Hemşirenin hastanın sağlık durumunu değerlendirirken gün batımı sendromuna katkıda bulunan bu faktörleri göz önünde bulundurması, yemek öğünlerini tüketip tüketmediğini kontrol etmesi ve yemek saatlerini düzenlemek için diyetisyenle işbirliği içinde olması gereklidir (Dewing, 2003).

Demanslı bireylerdeki bilişsel değişiklikler uyarılma, dikkat ve oryantasyonda bozulmalara yol açabilmektedir. Demanslı bireyler çevre, gürültü ve ışık değişimlerine karşı daha yüksek bir duyarlılığa sahiptir (Canevelli ve diğerleri, 2016). Hastane, rehabilitasyon merkezleri, bakım evleri gibi kurumlar gün batımı sendromunu tetikleyici bazı durumlar içermektedir. Bu durum bireyin kendi evinde de mevcuttur ve genellikle ailenin / bakıcının faaliyetleri ile ilgilidir. Hemşirenin demans hastasının duyarlı olduğu durumları ve bazı bakım rutinlerinin hastanın gün batımı sendromuna katkıda bulunduğunu bilmesi, erkenden bu durumlara karşı önlem almasına yardımcı olacaktır. Hemşireler sendromun şiddetlenmesini önlemek için hekim ile işbirliği yaparak hastane ortamındaki tedavi ve izlem uygulamalarını hastaya göre düzenleyebilir (Dewing, 2003).

Bilişsel gerileme ilerledikçe bireyin belirli bir zaman diliminde farklı tiplerdeki strese tolerans gösterme yeteneğinde ilerleyen bir düşüş olacağını bildirilmektedir (Hall ve Buckwalter, 1987). Örneğin, ciddi demansı olan bir bireyin stres toleransı, daha hafif demanslı olan bireye göre daha az olabilir. Ancak her iki birey de sabahları güne düşük bir stres seviyesi ile başlayabilir. Stresörler (gürültü, karmaşık bir eylem, kaybolmuş veya öfkeli hissetme gibi) demanslı bireylerin stres eşiğini olumsuz yönde etkilemekte ve bu durum gün batımı sendromuna katkıda bulunmaktadır. Bu nedenle hemşirelerin hem aile/bakım verenin hem de demanslı bireyin stres durumunu ve etkileyen faktörleri sorgulaması önemlidir (Dewing, 2003).

Aydınlatmanın gün batımının değerlendirilmesinde ve yönetiminde göz önünde bulundurulması gereken önemli çevresel özellikler olduğunu öne sürülmektedir (Canevelli ve diğerleri, 2016). Özellikle, gün boyunca düşük aydınlatma seviyesi gün batımı sendromuna neden olabilmektedir. Bu durumlar göz önüne alındığında hemşireler hastayı gündüzleri uyanık tutmak, özellikle sabahları aktif hale getirmek ve akşamları aşırı çevresel uyarımı azaltmak gibi basit girişimler planlayabilir ve uygulayabilir (Dewing, 2003).

Hastanın akut konfüzyon durumu veya deliryumu olup olmadığını belirlemek önemlidir. Bunu değerlendirirken hemşire akut bir konfüzyonun etkilerinin asıl olaydan sonra aylarca akut olmayan bir düzeyde devam edebileceğini akılda tutmalıdır (Schofield ve Dewing, 2001).

Polifarmasi, konfüzyonu ve bu nedenle de gün batımı sendromunu tetikleyebilmektedir. Burns ve diğerleri (2002), nöroleptiklerin bireyin giderek daha fazla bağımlı hale gelmesine ve düşme, basınç ülseri ve öz bakım yeteneğini azaltma gibi sorunlara yakalanma riskiyle karşı karşıya kalmasına yol açtığını bildirmiştir (Burns ve diğerleri, 2002). Hemşirelerin bu durumun farkında olarak demanslı bireyin kullandığı ilaçları mutlaka sorgulaması, bireyin bağımlılık düzeyini değerlendirmesi ve gün batımına katkıda bulunabileceğini düşünmesi önemlidir (Dewing, 2003).

Demanslı bireylerdeki nörolojik değişimler beynin uyku düzenini kontrol eden bölümlerinde değişikliklere yol açmaktadır. Bu durum bireylerin sirkadiyen ritmini etkilemekte ve gün batımı sendromuna katkıda bulunmaktadır. Hemşirelerin bu bilgi doğrultusunda hastanın uyku düzenine yardımcı olmak için uyku-uyanıklık zamanlarına yönelik bir rutin oluşturması (bakım vericisi ile birlikte) bu durumu önleyebilir (Dewing, 2003).

SONUÇ

Demans hastaları ve yaşlı hastalar arasında öğleden sonra veya akşam geç saatlerde meydana gelen davranışsal semptomların alevlenmesi ile ilgili bu sendrom literatürde uzun süre önce bildirilmesine rağmen göz ardı edilen bir alan olmuştur. Gün batımı sendromunun hem tanılanması hem de yönetiminde çok yönlü ve multidisipliner ekipli bir strateji uygulamak esastır. Bu ekipte yer alan hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Hemşireler, gün batımı sendromunun her bireyi farklı şekilde nasıl etkilediğiyle ilgili ayrıntılı bir anlayış geliştirmelidir. Sendromu sadece farmakolojik tedavi yoluyla yönetilmeye odaklanılmamalı; farmakolojik olmayan tedaviler de göz önünde bulundurularak her bireye özel, hem hastanın hem bakım vericisinin ihtiyaçlarına cevap veren ve psikolojik ihtiyaçlarının daha iyi anlaşılmasını amaçlayan ayrıntılı hemşirelik değerlendirmesi ve tedavi planının geliştirilmesi önemlidir. Son olarak, bu konuyla ilgili daha çok farmakolojik olmayan stratejileri içeren RKÇ'lere ihtiyaç olduğu unutulmamalıdır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması veya finansal destek bildirmemiştir.

Yazar Katkıları

Fikir: ÖE; **Tasarım:** ÖE; **Denetleme:** ÖE, AK; **Yorum:** ÖE, AK; **Kaynak Taraması:** ÖE; **Makalenin Yazımı:** ÖE, AK.

KAYNAKLAR

- Asayama, K., Yamadera, H., Ito, T., Suzuki, H., Kudo, Y., Endo, S. (2003). Double blind study of melatonin effects on the sleep-wake rhythm, cognitive and non-cognitive functions in Alzheimer type dementia. *J Nippon Med Sch*, 70(4), 334-341. doi: 10.1272/jnms.70.334
- Bachman, D., Rabins, P. (2006). "Sundowning" and other temporally associated agitation states in dementia patients. *Annu Rev Med*, 57, 499-511. doi: 10.1146/annurev.med.57.071604.141451
- Bedrosian, T.A., Nelson, R.J. (2013). Sundowning syndrome in aging and dementia: research in mouse models. *Exp Neurol*, 243, 67-73. doi: 10.1016/j.expneurol.2012.05.005
- Blais, J., Zolezzi, M., Sadowski, C.A. (2014). Treatment options for sundowning in patients with dementia. *Mental Health Clinician*, 4(4), 189-195. doi: 10.9740/mhc.n204525
- Burns, A., Byrn, J., Ballard, C., Holmes, C. (2002). Sensory stimulation in dementia. *British Medical Journal*, 325, 1312-1313. doi: 10.1136/bmj.325.7376.1312
- Campbell, N., Ayub, A., Boustani, M.A., Fox, C., Farlow, M., Maidment, I., Howards, R. (2008). Impact of cholinesterase inhibitors on behavioral and psychological symptoms of Alzheimer's disease: a meta-analysis. *Clinical Interventions in Aging*, 3(4), 719-728. doi: [10.2147/cia.s4250](https://doi.org/10.2147/cia.s4250)
- Canevelli, M., Adali, N., Voisin, T., Soto, M.E., Bruno, G., Cesari, M., Vellas, B. (2013). Behavioral and psychological subsyndromes in Alzheimer's disease using the Neuropsychiatric Inventory. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(8), 795-803. doi: 10.1002/gps.3904
- Canevelli, M., Valletta, M., Trebbastoni, A., Sarli, G., D'Antonio, F., Tariciotti, L., de Lena, C., Bruno, G. (2016). Sundowning in Dementia: Clinical Relevance, Pathophysiological Determinants, and Therapeutic Approaches. *Frontiers in Medicine*, 3, 73. doi: 10.3389/fmed.2016.00073
- Cardinali, D.P., Brusco, L.I., Liberczuk, C., Furio, A.M. (2002). The use of melatonin in Alzheimer's disease. *Neuro Endocrinology Letters*, 23 Suppl 1, 20-23. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12019347/>
- Cipriani, G., Lucetti, C., Carlesi, C., Danti, S., Nuti, A. (2015). Sundown syndrome and dementia. *European Geriatric Medicine*, 6(4), 375-380. doi: 10.1016/j.eurger.2015.03.006
- Cohen-Mansfield, J., Garfinkel, D., Lipson, S. (2000). Melatonin for treatment of sundowning in elderly persons with dementia – a preliminary study. *Arch Gerontol Geriatr*, 31(1), 65-76. doi: 10.1016/s0167-4943(00)00068-6
- de Vugt, M.E., Stevens, F., Aalten, P., Lousberg, R., Jaspers, N., Winkens, I., Jolles, J., Verhey, F.R. (2004). Do caregiver management strategies influence patient behaviour in dementia?. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(1), 85-92. doi: 10.1002/gps.1044
- Dewing J. (2003). Sundowning in older people with dementia: evidence base, nursing assessment and interventions. *Nursing Older People*, 15(8), 24-32. doi: 10.7748/nop2003.11.15.8.24.c2281
- Dodel, R., Belger, M., Reed, C., Wimo, A., Jones, R.W., Happich, M., ... Haro, J.M. (2015). Determinants of societal costs in Alzheimer's disease: GERAS study baseline results. *Alzheimers Dement*, 11(8), 933-945. doi: 10.1016/j.jalz.2015.02.005
- Forbes, D., Blake, C.M., Thiessen, E.J., Peacock, S., Hawranik, P. (2014). Light therapy for improving cognition, activities of daily living, sleep, challenging behaviour, and psychiatric disturbances in dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD003946. doi: 10.1002/14651858.CD003946.pub4
- Gehrman, P.R., Connor, D.J., Martin, J.L., Shochat, T., Corey-Bloom, J., Ancoli-Israel, S. (2009). Melatonin fails to improve sleep or agitation in double-blind randomized placebo-controlled trial of institutionalized patients with Alzheimer disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(2), 166-169. doi: 10.1097/JGP.0b013e318187de18
- Gitlin, L.N., Kales, H.C., Lyketsos, C.G. (2012). Nonpharmacologic management of behavioral symptoms in dementia. *JAMA*, 308(19), 2020-2029. doi: 10.1001/jama.2012.36918
- Gnanasekaran, G. (2016). "Sundowning" as a biological phenomenon: current understandings and future directions: an update. *Aging Clin Exp Res*, 8(3), 383-392. doi: 10.1007/s40520-015-0431-3
- Haffmans, P.M., Sival, R.C., Lucius, S.A., Cats, Q., van Gelder, L. (2001). Bright light therapy and melatonin in motor restless behaviour in dementia: a placebo-controlled study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(1), 106-110. doi: 10.1002/1099-1166(200101)16:1<106::aid-gps288>3.0.co;2-9
- Hall, G.R., Buckwalter, K.C. (1987). Progressively lowered stress threshold; a conceptual model for care of adults with Alzheimer's disease. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1(6), 399-406. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3426250/>

- Harper, D.G., Volicer, L., Stopa, E.G., McKee, A.C., Nitta, M., Satlin, A. (2005). Disturbance of endogenous circadian rhythm in aging and Alzheimer disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(5), 359-368. doi: 10.1176/appi.ajgp.13.5.359
- Hendry, K., Quinn, T.J., Evans, J., Scortichini, V., Miller, H., Burns, J., Cunnington, A., Stott, D.J. (2016). Evaluation of delirium screening tools in geriatric medical inpatients: a diagnostic test accuracy study. *Age and Ageing*, 45(6), 832-837. doi: 10.1093/ageing/afw130
- Herrmann, N., Lanctôt, K.L., Sambrook, R., Lesnikova, N., Hébert, R., McCracken, P., Robillard, A., Nguyen, E. (2006). The contribution of neuropsychiatric symptoms to the cost of dementia care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(10), 972-976. doi: 10.1002/gps.1594
- Kales, H.C., Gitlin, L.N., Lyketsos, C.G., Detroit Expert Panel on Assessment and Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia (2014). Management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings: recommendations from a multidisciplinary expert panel. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(4), 762-769. doi: 10.1111/jgs.12730
- Khachiyants, N., Trinkle, D., Son, S.J., Kim, K.Y. (2011). Sundown syndrome in persons with dementia: an update. *Psychiatry Investigation*, 8(4), 275-287. doi: 10.4306/pi.2011.8.4.275
- Little, J.T., Satlin, A., Sunderland, T., Volicer, L. (1995). Sundown syndrome in severely demented patients with probable Alzheimer's disease. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 8(2), 103-106. doi: 10.1177/089198879500800205
- Mahlberg, R., Kunz, D., Sutej, I., Kühl, K.P., Hellweg, R. (2004). Melatonin treatment of day-night rhythm disturbances and sundowning in Alzheimer disease: an open-label pilot study using actigraphy. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 24(4), 456-459. doi: 10.1097/01.jcp.0000132443.12607.fd
- Matsumoto, N., Ikeda, M., Fukuhara, R., Shinagawa, S., Ishikawa, T., Mori, T., ... Tanabe, H. (2007). Caregiver burden associated with behavioral and psychological symptoms of dementia in elderly people in the local community. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 23(4), 219-224. doi:10.1159/000099472
- Pollak, C.P., Perlick, D. (1991). Sleep problems and institutionalization of the elderly. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 4(4), 204-210. doi: 10.1177/089198879100400405
- Rogers, S.L., Doody, R.S., Mohs, R.C., Friedhoff, L.T. (1998). Donepezil improves cognition and global function in Alzheimer disease: a 15-week, double-blind, placebo-controlled study. Donepezil Study Group. *Arch Intern Med*, 158(9), 1021-1031. doi: 10.1001/archinte.158.9.1021
- Satlin, A., Volicer, L., Ross, V., Herz, L., Campbell, S. (1992). Bright light treatment of behavioral and sleep disturbances in patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*, 149(8), 1028-1032. doi: 10.1176/ajp.149.8.1028
- Scarmeas, N., Brandt, J., Blacker, D., Albert, M., Hadjigeorgiou, G., Dubois, B., ... Stern, Y. (2007). Disruptive behavior as a predictor in Alzheimer disease. *Archives of Neurology*, 64(12), 1755-1761. doi: 10.1001/archneur.64.12.1755
- Schofield, I., Dewing, J. (2001). The care of older people with a delirium in acute care settings. *Journal of Nursing Older People*, 13(1), 21-25. doi: 10.7748/nop2001.03.13.1.21.c2167
- Singer, C., Tractenberg, R.E., Kaye, J., Schafer, K., Gamst, A., Grundman, M., Thomas, R., Thal, L.J., Alzheimer's Disease Cooperative Study (2003). A multicenter, placebo-controlled trial of melatonin for sleep disturbance in Alzheimer's disease. *Sleep*, 26(7), 893-901. doi: 10.1093/sleep/26.7.893
- Skjerve, A., Nygaard, H.A. (2000). Improvement in sundowning in dementia with Lewy bodies after treatment with donepezil. *Int J Geriatr Psychiatry*, 15(12): 1147-1151. doi: 10.1002/1099-1166(200012)15:12<1147::aid-gps262>3.0.co;2-l
- Srinivasan, V., Pandi-Perumal, S.R., Cardinali, D.P., Poeggeler, B., Hardeland, R. (2006). Melatonin in Alzheimer's disease and other neurodegenerative disorders. *Behavioral and Brain Functions*, 2, 15. doi: 10.1186/1744-9081-2-15
- Terzaghi, M., Sartori, I., Rustioni, V., Manni, R. (2014). Sleep disorders and acute nocturnal delirium in the elderly: a comorbidity not to be overlooked. *Eur J Intern Med*, 25(4), 350-355. doi: 10.1016/j.ejim.2014.02.008
- Venturelli, M., Scarsini, R., Muti, E., Salvagno, G.L., Schena, F. (2013). Sundowning syndrome and hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in individuals with Alzheimer's disease: is there an association?. *J Am Geriatr Soc*, 61(11), 2055-2056. doi: 10.1111/jgs.12491
- Volicer, L., Harper, D.G., Manning, B.C., Goldstein, R., Satlin, A. (2001). Sundowning and circadian rhythms in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*, 158(5), 704-711. doi: 10.1176/appi.ajp.158.5.704

Senem ÖNOL¹
Orcid: 0000-0003-3146-4599

Ayşegül DÖNMEZ²
Orcid: 0000-0002-1087-9173

¹ İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı

² Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Bornova/ İzmir

Sorumlu Yazar (Correspondence Author):

Senem ÖNOL
senem.onol@saglik.gov.tr

Anahtar Sözcükler:

Kronik ruhsal bozukluk; toplum ruh sağlığı merkezi; toplum ruh sağlığı hemşiresi; mesleki rehabilitasyon.

Key Words:

Chronic mental disorders, community mental health center, community mental health nurse, occupational rehabilitation.

Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerde Mesleki Rehabilitasyon: Toplum Ruh Sağlığı Hemşiresi Neler Yapabilir?

Occupational Rehabilitation in Individuals with Chronic Mental Disorders; What Can Society Mental Health Nurse Do?

Gönderilme Tarihi: 5 Aralık 2019

Kabul tarihi: 12 Aralık 2020

ÖZ

Şizofreni ve bipolar bozukluk gibi kronik ruhsal bozukluklarda, tıbbi tedavinin yanında ruhsal ve toplumsal gereksinimlerini karşılamak, hastalık nedeniyle kaybettikleri toplumsal rolleri yeniden kazanmalarını sağlamak amacıyla uygulanan kapsamlı, eşgüdümlü ve uzun süreli çalışmalar toplum ruh sağlığı hizmetidir. Dünya Sağlık Örgütü, ruhsal sorunu olan birey ve ailelerinin toplumdan uzak olmasını, insan haklarına saygılı, hastaların etiketlenmesini önleyen sağlık bakımının gerekliliğini, hastaneler yerine toplum temelli ruh sağlığı hizmeti çerçevesinde sunulmasını vurgulamaktadır. Günümüzde dünya genelinde kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitelerini mümkün olan en üst düzeye çıkarmak, ekonomik ve sosyal yaşama katılmalarını sağlamak ulaşılmak istenen ortak hedef haline gelmiştir. Çünkü bu bireylerde en önemli sorunlardan birisi işsizlik ve bir işe yaramama duygusudur. İstihdamın insanların yaşamındaki rolü ve kişinin benlik saygısının gelişmesine katkıda bulunduğu göz önüne alındığında; ruhsal sağlık problemleri yaşayanların işe yerleştirilmeleri iyileşmesini teşvik etmede kilit önem taşır. Bu bağlamda, bu bireylerin çalışma kapasitelerini geri kazandırmak veya bir işe başlamaları için gereken önkoşulları sağlamalarına yardımcı olmak için sunulan tıbbi, psikolojik, sosyal ve mesleki aktiviteler mesleki rehabilitasyon hizmetleri içerisinde yer alır. Toplum ruh sağlığı hizmetinin sunumu için açılan toplum ruh sağlığı merkezleri kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin rehabilitasyonu için yardım eder. Toplum ruh sağlığı hemşiresi de; bu merkezin çok disiplinli ekibi içerisinde yer alır. Bu derlemede okuyucuya, kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin iyileşmesinde mesleki rehabilitasyonun önemi ve toplum ruh sağlığı hemşiresinin bu bireylerin istihdamındaki engelleri azaltmak ve istihdamını kolaylaştırmak için yapılabilecek girişimlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

ABSTRACT

In chronic mental disorders such as schizophrenia and bipolar disorder, comprehensive, coordinated and long-term studies that are performed to meet the psychological and social needs of the medical treatment and to regain the social roles they have lost due to illness are community mental health services. The World Health Organization emphasizes that individuals and families with mental problems should not be away from the society, the necessity of health care that respects human rights and prevents patients from being labeled, and it should be provided within the framework of community based mental health service instead of hospitals. Today, it has become a common goal to reach individuals with chronic mental illness worldwide, to maximize their quality of life and to participate in economic and social life. Because one of the most important problems in these individuals is unemployment and the feeling of not being able to work. Given the role of employment in people's life and the development of one's self-esteem; Placement of people with mental health problems is key in promoting recovery. In this context, the medical, psychological, social and vocational activities offered to help these individuals restore their working capacities or provide them with the necessary prerequisites to start a job are included in vocational rehabilitation services. Community mental health centers, which are opened for the provision of community mental health service, help for the rehabilitation of individuals with chronic mental illness. The community mental health nurse is also part of the multidisciplinary team of this center. In this review, it is aimed to determine the importance of occupational rehabilitation in the recovery of individuals with severe mental disorders and to identify the interventions that can be done to reduce the barriers and employment of community mental health nurses.

Kaynak Gösterimi: Öno, S., Dönmez, A., (2021). Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerde Mesleki Rehabilitasyon: Toplum Ruh Sağlığı Hemşiresi Neler Yapabilir?. EGEHFD, 2021, 37(1): 87-94

How to cite: Öno, S., Dönmez, A., (2021). Occupational Rehabilitation in Individuals with Chronic Mental Disorders; What Can Society Mental Health Nurse Do?. EGEHFD, 2021, 37(1): 87-94

GİRİŞ

Şizofreni ve bipolar bozukluk gibi kronik ruhsal bozukluklar; özbakım, eğitim, iş hayatı ve kişilerarası ilişkiler gibi birçok işlevsel alanı olumsuz etkileyerek, bireyin çalışma ve sosyal yaşamında sorunlara yol açar (Öztürk ve Uluşahin, 2018). Kronik ruhsal hastalıklar yeti yitiminin yanında, bireyin özel ve sosyal yaşamındaki görevlerini yerine getirememesine ve ömür boyu bakım ve destek almaya zorunlu kılabilir (Arabacı ve diğerleri, 2018). Bu bireylerin ruhsal ve sosyal ihtiyaçlarını gidermek amacıyla uygulanan çok boyutlu ve uzun süreli stratejilerin tümüne psikiyatrik rehabilitasyon denir. Psikiyatrik rehabilitasyonda, bireyin çevresiyle etkileşiminde yaşadığı stresin azaltılmasının yanında becerilerinin de geliştirilmesi amaçlanır (Ayhan, 2016).

Türkiye’de psikiyatrik rehabilitasyon kavramı ile ilgili gelişmeler, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün 1998 yılında üye ülkelerin, “herkes için sağlık” konusunda kendi stratejilerini belirlemeleriyle başlatılmış ve bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı ülkemiz için 2020 yılına kadar olan sağlık stratejilerini 2006 yılında Ulusal Ruh Sağlığı Politika Metninde açıklamıştır. Bu metinde belirlenen 10 hedeften sekizinci hedef “ruh sağlığının geliştirilmesi” ve alt başlığı da “2020 yılına kadar, halkın psikososyal iyilik durumunu geliştirmek ve ruhsal bozukluğu olan kişilerin özel bakım almalarını sağlamak” şeklindedir. Ayrıca 2005 yılında Helsinki’de Avrupa Bölgesi ülkeleri için açıklanan ruh sağlığı eylem planının 7. Maddesi “Kronik ruhsal hastalığı olan kişiler için toplum temelli hizmetlerle etkin bakım sunmak” şeklinde açıklanmıştır (Alataş ve diğerleri, 2011).

DSÖ, ruhsal bozukluğu olan kişi ve ailelerinin toplumdan ayrı yaşamamasını, hastalık nedeniyle kaybettikleri toplumsal rollerini yeniden kazanmalarının sağlanması, insan haklarına saygılı, bu bireylerin damgalanmadan sağlık hizmetinin sosyal yaşantıda sürdürülmesini vurgulamaktadır (Ayhan, 2016; Songur ve diğerleri, 2007). Sağlık Bakanlığı toplum temelli modele geçme kararı sonrasında 2009 yılında Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) açma kararı alarak pilot çalışmalara başlamıştır (Alataş ve diğerleri, 2011). Şu anda ülkemizde 177 TRSM aktif olarak hizmet vermektedir (Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Listesi, 2020). Yurt genelinde ulaşılmak istenen TRSM sayısı ise 236’dır (Alataş ve diğerleri, 2011). Sağlık Bakanlığı’nın 06/03/2014 tarih ve 9453 sayılı Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönergenin 11. Maddesinde hizmetin kapsamı “*Kronik ruhsal bozukluğu bulunan hastalara ait kayıt ve istatistiklerin tutulması, kayıtlı hastaların güçlendirilmesi ve toplumla bütünleşmesini hedef alan rehabilitasyon, psikososyal beceri kazandırma ve desteklemeye ilişkin plan, program ve çalışmaların yapılması, hastalık durumlarının değerlendirilmesi, tedavi edilmesi ve izlenmesi, topluma, hasta yakınlarına, sağlık personeline ve diğer ilgili personele kronik ruhsal bozukluklar alanında eğitim verilmesi esastır*” olarak belirtilmiştir (Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge, 2014). TRSM tarafından verilen hizmetlerin temel amacı da; bu bireylerin toplum içinde en az destekle bağımsız yaşama becerilerine sahip olmalarını sağlamaktır (Delice, 2017).

Günümüzde dünya genelinde ruhsal bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitelerini mümkün olan en üst düzeye çıkarmak, ekonomik ve sosyal yaşama katılmalarını sağlamak ulaşılmak istenen ortak hedef haline gelmiştir (Delice, 2017; Öz ve Barlas, 2017a). Çünkü bu bireyler istihdam edilmek istenmeyen grup içerisinde yer almakta ve bir işe yaramama duygusunu sıkça hissetmektedir (Öz ve Barlas, 2017b). İstihdamın insanların yaşamındaki rolüne ve kişinin benlik saygısının gelişmesine katkıda bulunduğu göz önüne alındığında; ruhsal sağlık problemleri yaşayanların işe yerleştirilmeleri iyileşmesini teşvik etmede kilit önem taşır (Barry, 2006; Öz ve Barlas, 2017a). Bu bağlamda, bu bireylerin çalışma kapasitelerini geri kazandırmak veya bir işe başlamaları için gereken önkoşulları sağlamalarına yardımcı olmak için sunulan tıbbi ve işe yerleştirme hizmetleri mesleki rehabilitasyon içerisinde yer alır. Aynı zamanda mesleki rehabilitasyon; tıbbi tedavi ve işe yerleştirme hizmetlerine ilave olarak psikolojik yardım, kariyer danışmanlığı ve rehberlik, mesleki eğitim, mesleki değerlendirme ve takip, iş yeri düzenlemeleri ve yardımcı donanımların sağlanması gibi bir dizi ek hizmetin planlanmasını ve sağlanmasını gerektiren karmaşık ve kapsamlı bir alandır (Çimşir, 2019).

DSÖ (2000), bir çalışanın üç aydan fazla bir süre boyunca ruhsal sağlık sorunu yaşadığında, bu çalışanın işe devamsızlığının bir yıldan fazla sürdüğünü; aynı çalışanın işe devamsızlığının bir yıldan daha uzun sürmesi durumunda ise bu kişilerden yalnızca %1’inin işe geri dönebildiğini belirtmiştir. Bu nedenle hem ruhsal hastalıktan korunmak hem de ruhsal hastalıkların tedavisinde hedeflenen müdahaleler ve destekler, işe geri dönüşü ve istihdamı kolaylaştırmak amacıyla düzenlenmelidir. Bu sayede bireylerin çalışır durumda tutulması, hem mümkün olduğu kadar normal bir rutine geri dönülmesine hem de sosyal dışlanma olasılığını azaltmaya yardımcı olacaktır (Barry, 2006). Ruhsal bozukluğu olan bireyler genellikle hastalığı nedeniyle bir mesleği olmayan, işini kaybetmiş ya da malulen emekli olmuş bireylerdir (Öz ve Barlas, 2017b). İngiltere’de 2004-2005 yılları arası yapılan bir çalışmada, şizofreni hastalığının toplam sosyal maliyeti 6,7 milyar pounddur. Bu miktarın yaklaşık yarısının işsizlik, işten yoksunluk ve erken ölüm nedeniyle gerçekleştiği tespit edilmiştir (Bouwman ve diğerleri, 2015).

Bu derlemede okuyucuya, kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin iyileşmesinde mesleki rehabilitasyonun önemi ve toplum ruh sağlığı hemşiresinin bu bireylerin istihdamındaki engelleri azaltmak ve istihdamını kolaylaştırmak için yapabileceği girişimlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Kronik Ruhsal Hastalık ve İstihdam

İstihdam, bireyin sosyal çevresinde güven içinde yaşayabilmesini, kendini gerçekleştirebilmesini, yaşamını sürdürebilmesini ve tüketici konumdan üretici konuma geçmesini sağlamaktadır (Öz ve Barlas, 2017b). Yaşam kalitesinin başlıca belirleyicisi olmanın yanında, ruhsal hastalığı olan kişinin toplumda yeti yitimi olmayan kişiler arasına katılmasını sağlayarak özgüven ve öz yeterlilik açısından olumlu etkileri; arkadaşlık kurma fırsatı ve yaşamdan duyduğu memnuniyet ile ilişkisi vardır (Lieberman, 2011; Öz ve Barlas, 2017b). Mamatoğlu (2015) çalışmasında, istihdam açısından zihinsel engelli ve ruhsal bozukluğu olan bireylerin en dezavantajlı grup görünümünde olduğunu; zihinsel engellilerin %73 ve ruhsal bozukluğu olan bireylerin ise %61 oranında işe tercih edilmediğini belirtmiştir. Ayrıca işverenlerin, zihinsel engelli ve ruhsal bozukluğu olan bireyleri istihdam etmek istemedikleri belirtilmiştir (Mamatoğlu, 2015).

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin istihdam edilmelerine yönelik uygulanan zorunlu kota yöntemiyle, engelli bireylerin iş hayatına girmelerinin sağlanmasının yanında kamu ve özel sektörde mevzuatta belirtilen oranda engelli kişi çalıştırılmasına yönelik de bir zorunluluk getirmektedir (Aslantürk, 2016). Kota yöntemi ülkemizde engellilerin istihdamlarının sağlanması konusunda yaygın olarak kullanılmakta; toplumsal hayata yansımalarında ise, İŞKUR 2019 yılı verilerinde, engellilerin engel gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, ruhsal bozukluğu olan bireylerin kamuda 24'ü erkek, 8'i kadın olmak üzere 32; özel sektörde ise 564'ü erkek, 91'i kadın olmak üzere toplam 655 engellinin işe yerleştirildiği belirtilmiştir (İşkur 2019 Yılı Tabloları, 2019). Ruhsal hastalık grubundaki engellilerin kota sisteminden yararlanma düzeyleri diğer engel gruplarına göre az olduğu için, bu gruba özel istihdam olanaklarını arttırmaya yönelik düzenlemelerin yapılmasının gerekliliği belirtilmiştir (Aslantürk, 2016).

Yakın tarihte Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı tarafından yayınlanan On Birinci Kalkınma Planının istihdam ve sağlık alanı ile ilgili bölümleri derlemenin konusunu vurgulamaktadır. Sağlık alanında alınacak tedbirlerle *“Bireylerin yaşam kalitesinin yükseltilmesi, ekonomik ve sosyal hayata aktif ve sağlıklı bir şekilde katılımlarının temin edilebilmesi için kanıta dayalı politikalarla desteklenen, kaliteli, güvenilir, etkin, mali açıdan sürdürülebilir bir sağlık hizmet sunumu ile bölgeler arası dağılımın iyileştirilmesi, fiziki altyapının ve insan kaynağının niteliğinin artırılması amaçlanmaktadır.”* İstihdam alanında alınacak tedbirlerde *“Özel politika gerektiren grupların istihdama katılımlarının artırılması, iş ve meslek danışmanlığı hizmetlerinin geliştirilmesi ve iş kulüpleri ile bu kulüplerden yararlanan kişi sayısının artırılması amaçlanmaktadır.”* (On birinci Kalkınma Planı, 2019).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin istihdamına yönelik ülkemizdeki gelişmeler umutlandırıcı düzeyde olup, istihdamın rehabilitasyondaki gücünü kavramak önemlidir.

Mesleki Rehabilitasyon ve Önemi

Günümüzde kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerde yeni tedavi modelleri istihdam konusu üzerinde durmaktadır. Bu tedavi modelleri, diğer amaçların yanı sıra, bireyin kendi öznel refahı ve yaşamından memnuniyetini arttırmaya çalışır. Bu gelişme, ruh sağlığı hizmetlerinin sağlık ve hastalık kavramına dayanan semptomları azaltmaya odaklanan dar bir tedavi anlayışına vurgu yapmanın yanı sıra; hem refahı hem de işlevselliği dikkate alan daha bütünsel bir yaklaşıma geçişle paralellik göstermektedir (Bouwman ve diğerleri, 2015). Mesleki rehabilitasyon kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin iyileşmesinin desteklenmesinde önemli bir rol oynamakta ve ayrı bir hizmetten ziyade ruh sağlığı tedavisinin temel bir bileşeni olarak kabul edilmelidir. Yani ruh sağlığı kuruluşu istihdam hizmetlerini her bir hastanın ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde eşgüdüm sağlamak ve bütünleştirmekten sorumlu olmalıdır. Diğer rehabilitasyon yöntemlerinde olduğu gibi mesleki rehabilitasyon da ruhsal bozukluğu olan bireylerin gereksinimlerini karşılamak için çeşitli şekillerde sunulur. Hastalık öncesinde iyi bir toplumsal yetkinliğe sahip olan ve hastalıklarında düzelme görülen kişiler bağımsız olarak iş bulabilir ve tam zamanlı olarak çalışabilir (Lieberman 2011). Mesleki rehabilitasyon ise tıbbi tedavi hizmetlerinin yanı sıra kariyer danışmanlığı, mesleki eğitim, psikolojik yardım ve işyeri düzenlemeleri gibi mesleki anlamda iyileştirme hizmetlerini de kapsamaktadır (Çimşir, 2019). Dolayısıyla mesleki rehabilitasyonla, çalışma gücünü yitirmiş bireylerin istihdam edilebilirliklerinin artırılması amaçlanmaktadır (Aydın ve Topkaya, 2019).

Avrupa ülkelerinde 1980'lerin başında kronik ruhsal bozukluğu olan bireyler için desteklenmiş istihdamın geliştirilmesi ve rehabilitasyon hizmetlerindeki önemli değişiklikler sonrasında iş koçu modeli, kulüp binası modeli, geçici istihdam, toplum tedavi modeli ve “seç-tut” modeli gibi ruhsal bozukluğu olan insanlar için desteklenmiş istihdam kavramının geliştirilmesini kolaylaştıran çok sayıda model oluşturulmuştur (Barry, 2006). Destekli istihdam genellikle kronik ruhsal bozukluğu olanların katıldığı bir program olup; yeti yitimi bir kişinin toplumda itibarlı gerçek bir iş bulabilmesini sağlayan mesleki bir rehabilitasyon yoludur. Şirketlerde, hastanelerde ve belediye kuruluşlarında yeti yitimi olmayan iş arkadaşlarıyla birlikte çalışan destekli istihdam yardımı alan bireyler kendilerini onların rolleriyle özleştirebilir. Destekli istihdam toplumla bütünleşmeyi ve damgalamanın ortadan kaldırılmasını teşvik eder. Diğer programlardan ayırt edici özelliği “eğit ve sonra yerleştir” yerine “yerleştir ve sonra eğit” üzerine vurgu yapar (Lieberman, 2011).

Ülkemizde ise korumalı işyeri kavramı ve yasal altyapısı 01.07.2005 tarihinde kabul edilen 5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanun ile oluşturulmuş; 5378 sayılı Kanun'da 06.02.2014 tarih ve 6518 sayılı Kanun'un 63. maddesi ile yapılan değişiklik sonrası korumalı işyeri, zihinsel veya ruhsal engeli olan kişilere mesleki rehabilitasyon sağlanmasına yönelik devlet tarafından teknik ve mali olarak desteklenen işyeri anlamına gelir. Korumalı işyerleriyle ilgili 2014 yılında yapılan son düzenlemeyle korumalı işyerlerinde sadece zihinsel ve ruhsal engellilerin çalışabilmelerine izin verilmiş olması Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı ile de paralellik göstermektedir (Mamatoğlu, 2015).

Mesleki Rehabilitasyon ve Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği

Toplum ruh sağlığı, toplumdaki herkese ulaşabilen, çok boyutlu, davranış ve sosyal bilimlerin uygulamalarını da içeren bir harekettir. Bu çok boyutlu hareket, ancak yenilikçi sağlık hizmetini savunan multidisipliner bir ekip tarafından gerçekleştirilebilir. Özellikle bireylere ve ailelere en yakın ortamlarda bulunan toplum ruh sağlığı hemşireleri (TRSH), TRSM'de ruh sağlığı ekibinin bir parçası olarak görev yapmaktadır (Hallaç ve diğerleri, 2014). Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte, toplum ruh sağlığı merkezi hemşiresinin işlevleri belirlenerek, "*Birey, aile ve toplumun ruh sağlığını koruma, eğitim ve danışmanlık, çocuk, ergen, yaşlı bireylerin ve riskli grupların korunması ve sağlığının sürdürülmesi, kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin taburculuk sonrası takip, danışmanlık ve rehabilitasyona kadar birçok alanda görev, yetki ve sorumluluklar*" tanımlanmıştır (Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011).

TRSH, birey, aile ya da gruplara özel koruyucu, tedavi ve rehabilite edici ruh sağlığı uygulamalarını yerinde sunan özelleşmiş ruh sağlığı ve hastalıkları hemşiresidir (Hallaç ve diğerleri, 2014). TRSH, ruh sağlığını geliştirici, ruhsal sorunları önleyici ve tedavi edici, hasta haklarını gözetken ve savunan, danışmanlık, sağlık eğitimi, vaka yönetimi gibi görevleriyle hastayı değerlendirme, hastanın tedavi toplantılarına katılmasını sağlama, diğer meslek üyeleri ve kurumlarla ile koordine olma, bakım planını oluşturma, iyileştirme faaliyetlerini planlama ve uygulama, bireyi bu sürece dahil etme, fiziksel müdahale (kilo, bel çevresi kontrolü gibi), ilaç uygulamaları ve değerlendirilmesi gibi görev, yetki ve sorumluluklarla önemli bir misyona sahiptir (Bilgin ve Özasan, 2018; Eren, 2018; Hallaç ve diğerleri, 2014). Bu doğrultuda, TRSH'nin temel amacı ruhsal bozukluğu olan bireylerin işlevselliğini en üst seviyeye getirmek ve bunun devamlılığında kendilerine yardımcı olmaktır (Ayhan, 2016)

TRSM'lerinde rehabilitasyon süreci, kayıt altına alınan bireyin danışman hemşiresinin belirlenmesiyle başlar (Bilgin ve Özasan, 2018). Burada hemşirenin vaka yöneticisi olarak, bireylerin tedavi, sosyal, konaklama, finansal, istihdam, dinlenme, kültürel ihtiyaçlar gibi çeşitli ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla tüm hizmetlerin bir arada ve eşgüdümlü olarak verildiği bir süreçte yer alması önemlidir (Çam ve diğerleri, 2019). Bunun yanında, TRSH ruhsal bozukluğu olan bireyin bütüncül tedavisi içerisinde mesleki rollerini etkin sürdürebilmelerini sağlayarak, istihdamını engelleyen durumları tespit edip işe yerleşmelerine yönelik hizmet sunarlar (Bouwman ve diğerleri, 2015; Öz ve Barlas, 2017b). Bu doğrultuda, TRSH yapılandırılmış bir plan dâhilinde hareket ederek bireye özgü girişimlerle süreci yönetir.

Mesleki rehabilitasyon süreci tanılama, planlama ve müdahale aşamalarından oluşur. Sürecin planlanmasına hazırlık olarak "işe kişisel hazırlık anket formu" oluşturularak bireyin duygu ve düşüncelerini ifade etmesine olanak sağlanır. "*İşe gitme konusunu düşündüğünde beklentilerin neler oluyor?*", "*Bir iş bulduğunda günlük hayatın nasıl değişecek?*", "*İşe gitmeni kim istiyor?*", "*Kendini girebileceğin bir iş hayal et! Duyguların ve düşüncülerin neler oluyor?*" ve "*Bir iş sahibi olmak senin için ne ifade ediyor?*" gibi sorular sorulur (Lieberman, 2011). Bu hazırlık süreci sonrasında hedefler belirlenir.

Tanılama aşaması; bireyin hazırlandığı aşamadır. Daha sonra bireyin hedeflerine yönelik güçlü ve zayıf yönlerini, becerilerini değerlendirmesine yardımcı olunur. Bu aşamada, bireyin mevcut becerileri, bireyin yaşadığı yer, sosyal, eğitimsel ve mesleki ortamlarda başarılı ve tatmin olması için gerekli olan destekler belirlenir. Bireyin aile içindeki ilişkileri, toplumda arkadaşları ile ilişkileri, mesleki becerileri ve boş zamandaki etkinliklerin değerlendirilmesi sonucunda, bu alanlardaki davranışlar hakkında yapılandırılmış görüşmeler yapılarak davranışlar doğrudan gözlemlenmelidir (Özçelik ve diğerleri, 2002). Planlama öncesinde hastanın niteliklerinin işin tipine uygun olup olmamasının değerlendirilmesi özellikle kritik öneme sahiptir. Çünkü kişi-iş uyumu incelendiğinde aşırı uyarılmadan kolayca etkilenen bir şizofreni hastasının gürültünün, konuşmaların ve iş ortamının diğer uyarıcılarının yarattığı karışıklığın olmadığı sakin bir ortamda daha iyi çalışması beklenir. Bunun yanında TRSH çalışmakta olan hastalarına düzenli olarak iş deneyimleri hakkında sorular sorabilirler. Bu tür sorular ortaya çıkmakta olan sorunların uygun girişimlerle tespit edilmesini sağlayabilir. "*İşin nasıl gidiyor?*", "*İşte herhangi bir değişiklik oldu mu?*", "*İşini yapabiliyor musun?*" ve "*İşine devam etme konusunda endişelerin oluyor mu?*" gibi sorular sorulur (Lieberman, 2011).

Planlama aşaması; belirlenen hedeflere ulaşmak için becerilerin nasıl geliştirilebileceği ve/veya desteklenebileceğinin belirlendiği aşamadır. Burada mesleki ve toplumsal becerilerin eğitimi temel stratejidir (Lieberman, 2008; Özçelik ve diğerleri, 2002). Bu aşamada uzun yıllarca işsiz kalmış bireylere kademeli olarak

ihtiyacı olan beceriler kazandırılır. Öz bakım, iş ve sorumluluk alma becerileri, yakın ilişkiler ve sosyal çevreyle ilişkiler başlıkları altında; kendine bakım, hastalığın belirtileri ile başa çıkma, aile, arkadaşlar arası ilişkiler, sohbet, iş takibi, para idaresi, tek başına yaşama, yaratıcılık ve boş zaman değerlendirme becerileri, ulaşım yollarını kullanma, kamu kurumlarından yararlanabilme davranışlarını içerir (Delice, 2017; Özçelik ve diğerleri, 2002). Bunun yanında, iş ve uğraşı terapisi yardımıyla bireyin sağlığını sürdürmek, adaptasyonunu sağlamak, performansını artırmak, bağımsız yaşama için gerekli koşulları oluşturmasını sağlamak amacıyla uygulanan; özellikle toplum ruh sağlığı merkezlerinde kronik hastaların rehabilitasyonunda son derece yararlı bir yaklaşımdır. Ergoterapistler ve TRSH'lerinin işbirliğinde, bireylerin hastalık belirtileri nedeniyle kısıtlanmış yaşamlarını aşmalarına ve daha üretken olmalarına katkı sağlayabilmektedirler (Eren, 2018). Bu şekilde kişi odaklı yaklaşımlar, hayatta ve iş ortamında sorun yaşayan bireylerin mesleki rehabilitasyonu açısından umut verici yaklaşımlardır (Amering ve Schmolke, 2017). Bu sayede birey meslek sahibi olabilecek yeterliliği kazanabilmektedir.

Mesleki rehabilitasyon uygulamaları olarak, bireylerin cesaretlendirilmesinin, koçtan yardım almasının, iş geliştirme ve istihdam uzmanıyla daha sık temasın olduğu uygulamaların sağlanmasının istihdamda daha fazla başarı sağladığı görülmüştür. Bunun yanında, ruhsal bozukluk konusunda eğitilmiş olan ve onunla nasıl baş edileceğini öğrenmiş olan aileler de; bireylerin kişisel hedeflerine ulaşmada ve iyileşme sürecinde hayati bir kaynaktır.

Müdahale aşamasında, genel hedeflere ulaşılması sağlanır. Bu hedefler doğrultusunda; bireyin becerileri ve çevresel destekleri geliştirilmesi yoluyla kişinin çevresi değiştirilir (Ayhan, 2016). Bu aşama aynı zamanda ailenin gereksinimlerinin de karşılanacağı aşamadır. Bu hizmetler bireyin davranışıyla başa çıkmak için gerekli bilgi ve eğitim, ilaç tedavileri ve nüksleri önleme konularında bilgilendirme, krize müdahale, psikiyatriklere ve mesleki rehabilitasyon hizmetlerinin hepsine erişebilme, yönlendirebilme ve tedavi planlamasına katılımdır (Lieberman, 2011). Bununla beraber, hastalığın aile içinde sebep olduğu duygusal ve ekonomik yüklerin azaltılması için aileye rehberlik edilmeli, hastanın işlevselliğinin artırılmasının bu yükleri azaltacağı aileye fark ettirilmeli ve bunun için sorumluluk almaları sağlanmalıdır (Delice, 2017). Ayrıca, kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerde dikkatini yoğunlaştırma, öğrenme, bellek ve yargılamanın önünde bilişsel engeller olduğundan bu bireylere iş tanımları için gerekli ölçütleri karşılayacak düzeyde iş görevlerinin öğretilmesi ve öğrenilen bilgilerin kalıcılığını kolaylaştırması için *görev çözümlenmesi* kullanılır. Yani, görevler küçük ve işlevsel bileşenlere bölünür. Örneğin; kafeteryada tabaklarla çatal-kaşıkları ayırmak ve bulaşık makinesini çalıştırmak gibi adım adım ve her adım hata yapılmayana kadar tekrarlanır. Görevdeki adımların tamamının eğitimi ileriye doğrudur (Lieberman, 2011).

TRSH, ruhsal bozukluğu olan bireyin bütüncül tedavisi içerisinde mesleki rollerini etkin sürdürebilmelerini sağlayarak, istihdam edilememesinin önündeki engelleri tespit ederek ve işlevselliğini artırarak çalışma hayatına katılımını sağlayabilir (Bouwman ve diğerleri, 2015; Öz ve Barlas, 2017b). İŞKUR'un 2019 yılı verilerinde, ruhsal hastalık grubu işe yerleştirme sıralamasında 9. sırada yer almaktadır (İşkur 2019 Yılı Tabloları, 2019). Bu da iyileşmenin ötesinde işe yerleşmeyi engelleyen diğer faktörlerin belirlenmesini gerektirmektedir (Bouwman ve diğerleri, 2015). İşe yerleşmeyi engelleyen durumlar arasında işveren ve istihdam hizmetlerinin söz konusu bireyi tercih etmemesi, mevcut iş planlarının karmaşıklığı, damgalama ve sağlık yardımının kaybı yer almaktadır (Bilgin ve Özaslan, 2018). Rehabilitasyon sürecinde, topluma tam uyumun önündeki en önemli engellerden biri damgalamadır (Delice, 2017). Şizofreni tanısı olan bireylerin neredeyse yarısı damgalama ve sosyal geri çekilmeyi yoğun bir şekilde yaşamaktadır (Amering ve Schmolke, 2007). Kimi zaman damgalama sonuçları ile mücadele etmek, birey için hastalık semptomları ile baş etmekten bile daha zor olabilmekte yani bireyin "ikinci bir hastalık" daha yaşamasına sebep olmaktadır (Amering ve Schmolke, 2017; Delice, 2017). Toplumun önyargıları, hastaların iş bulmalarını, barınma olanaklarını, aile kurmalarını ve hatta tıbbi hizmetlerden yararlanabilmelerini bile zorlaştırabilmektedir (Delice, 2017). Çam ve Bilge (2013) ruhsal hastalık ve hastaya yönelik damgalamayla ilgili yaptıkları sistematik literatür çalışmalarında, bireylerin kendilerine şizofreni tanısı konduğu için istihdam edilmelerinde, kişiler arası ilişkilerinde ve sağlık hizmetine erişimde zorluk yaşadığını bunun sonucunda ise bireyin ve ailesinin toplumun dışlamasından dolayı hastalık tanısını gizlediğini belirtmişlerdir. Hunter ve Collins (2009) çalışmalarında; işverenlerin ruhsal hastalığa karşı olumsuz bakış açısının olduğunu; ilaç yan etkileri ve işyerindeki desteğin işi sürdürmede etkili olduğunu belirtmiştir (akt. Öz ve Barlas, 2017a).

Öz ve Barlas (2017a) şizofreni hastalığı olan bireyler üzerinde yaptıkları niteliksel çalışmalarında şizofrenik bozukluğu olan bireylerin neredeyse tamamının çalışmak istediğini; ancak işe girmeyi engelleyen en önemli nedenin toplumun damgalamasından kaynaklandığını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada, çalışma deneyimi olanların ise kişiler arası ilişkiler düzeyinde yaşanan problemler, arkadaşlarının alay etmeleri, destekleyici davranılmaması ve önyargılı yaklaşılması gibi sebeplerle işten ayrıldıklarını belirtmiştir. Yine aynı çalışmada, işverenler ve toplumun şizofreni hastalığı ile ilgili olarak yeterince bilgi sahibi olmadığını ve bu durumun da istihdam edilmeye yönelik ayrımcılığın artmasına neden olduğunu belirtmiştir. Bu doğrultuda kişiler arası, toplumsal ve hükümet politikalarını da içine alan bir önlem uygulanmalı, bu uygulamalarda kişi merkezli yaklaşım hedef alınmalıdır (Çam ve Bilge, 2013). Bunun yanında, toplumda kronik ruhsal bozukluklar ile ilgili farkındalığı arttıran, hastalığın doğası ve tedavi olanakları hakkında bilgilendiren, toplumun ruhsal hastalığı olan bireye ve ailesine karşı tutumunu iyileştiren,

damgalamayı ortadan kaldıran etkinlikler başlatılmalıdır (Bilge ve Çam, 2010). Toplum ruh sağlığı hemşiresinin, hasta yakınları, komşular, muhtarlar, belediye ve kaymakamlık görevlileri, diğer sağlık çalışanları gibi pek çok kesimle temas etmesi önemlidir. Bunun bir yolu olarak hastaların TRSM’de ya da evlerinde ürettikleri eserlerin toplumla buluşturulan organizasyonların planlanması ve hastanın kendi eseriyle ilgili bilgi vermesini sağlayarak hastalık dışında bir rolün üstlenilmesine katkı sağlayacaktır (Delice, 2017).

Çalışanların tutum ve davranışlarını yapılandırmanın yanı sıra hasta yakınları ile de damgalama konusu çalışılmalıdır. Hastanın kendisinin damgalamaya neden olan davranışları hakkında öz-farkındalığının artırılması ve bu davranışları değiştirmesi için çaba harcamasına yönelik stratejiler geliştirilmelidir. Rehabilitasyon programının hedefleri arasında olsa da bireysel danışmanlık görüşmelerinde, psikoeğitim gruplarında, beceri geliştirme stratejileri içerisinde “damgalama” özel bir başlık olarak çalışılmalıdır (Delice, 2017). Yapılan çalışmada katılımcıların %75’i bir işe başvurmak konusunda kaygı yaşadığını ve hastaların yaklaşık 2/3’si psikiyatrik tanıları yüzünden başkalarının kendileriyle temas kurmaktan kaçınacağını varsaymaktadır (Amering ve Schmolke, 2017). Çünkü bu bireyler iş dünyasındaki bazı rollerden ve görevlerden damgalayıcı ve ayrımcı bir tavırla karşılanacaklarını ve bu nedenle fazla bir başarı şansına sahip olamayacaklarını düşünürler. Bu düşüncüyü rehabilite etmek TRSH’nin görevidir.

SONUÇ

Ruhsal hastalıkların tıbbi, sosyal ve ekonomik boyutlarındaki yükünün, hastalar, aileleri ve toplum üzerindeki olumsuz etkisini azaltmaya yönelik başlayan toplum ruh sağlığı hareketi, ruhsal hastalığı olan bireylerin erken tanı ve tedavisi, yaşam kalitelerinin artırılması, hastaneye yatış sıklığının azaltılarak toplum içinde rehabilitasyonlarının yapılması, birey ve ailesine eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmesi gibi birçok uygulama amaçlanmıştır. Bu çerçevede istihdam edilmek istenmeyen grupta yer alan bu bireylerin mesleki rehabilitasyon uygulamalarının birçok kesimi ilgilendiren ve uygulamaya yönelik politikalarla desteklenmesi önemlidir. Çünkü mesleki rehabilitasyon, gelişmiş ülkelerde devlet, sivil toplum kuruluşları ve özel sektör kurumlarıyla yürütülmesinin yanında devlet kontrolünde idaresi yapılmaktadır. Öncelikli olarak ülkemizde mesleki rehabilitasyon uygulamalarını geliştirici politikalar oluşturulmasına ihtiyaç vardır. Bunun bir adımı olarak korumalı işyeri sayısı artırılmalı ve özellikle korumalı işyeri açacak gerçek veya tüzel kişilere (belediye gibi) maliyetlerini karşılamaları noktasında destek olunmalıdır. Amacına uygun olarak tasarlanan ve faaliyeti denetlenerek sürekliliği sağlanan korumalı işyerlerinde çalışan ruhsal hastalığı olan bireyler üretimde bulunarak kendilerini değerli hissedebileceklerdir. Ayrıca burada üretilen ürünlerin piyasaya sunularak tanıtımlarının da yapılması desteklenmelidir. Bu uygulamaların hızlıca harekete geçmesi noktasında, mülki idari birimlerin himayelerinde gerçekleşen planlama ve değerlendirme toplantılarında buna yönelik proje çalışmalarının planlanmasına ağırlık verilmelidir.

Yurt genelindeki her TRSM, istihdamı arttırabilmek ve işverenlerin istihdamı konusundaki çekincelerini ortadan kaldırabilmek için il bazındaki devlet kurumları, dernekler ve özel kuruluşlarla iş birliği yapmalıdır. Aynı zamanda bu bireylere ihtiyacı doğrultusunda eğitim olanağı sağlanması için İl Milli Eğitim Müdürlüğüyle, mesleki eğitim düzeyinin artırılması noktasında İŞKUR ile iş birliği içerisinde olunmalıdır. Kalkınma Planında işaret edilen iş kulüpleri, İŞKUR ile ortaklaşa yapılacak çalışmalarla etkin şekilde çalışması planlanmalı; TRSH ve iş-meslek danışmanlarıyla birlikte il bazında özel sektörün ileri gelenleriyle görüşülerek iş kulüplerine yönlendirmeler sağlanması istihdama katkı sağlayacaktır. Bunun yanında özel kuruluşlarla iş birliği yapılarak sergi, kurs, tiyatro gibi etkinlikler düzenlenmesi bu bireylerin toplumla temasını sağlayacaktır.

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin istihdamı, bu bireylerin iyileşme sürecine büyük katkı sağlayabilecek veya hastalıklarının ilerlemesinin önüne geçebilecek önemli bir hizmet olacaktır. Yapılan uluslararası çalışmalarda söz konusu bireylerin istihdamının tedavilerinde önemli bir yapı taşı olduğu belirtilmekte ve bu konu üzerine modeller oluşturulmaktadır. Ülkemizde ise mesleki rehabilitasyon kavramı ve çalışmaları henüz emekleme aşamasındadır. Bunun alanın gelişmesine öncülük edecek meslek grubu olan TRSH’liğinin rol, görev ve sorumlulukları ile iş yüklerinde belirsizlikler bulunmakta; bunu belirleyecek çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bunun yanında, TRSH’liğinin mevzuatta yer verilen sorumlulukları kapsamında yetki ve görev tanımlarının korunması, ruh sağlığı hizmeti sunumunda merkezde görevli diğer sağlık çalışanlarının onayına gerek duyulmaksızın hemşirelik bakımının standart olarak uygulanmasına katkı sağlayacaktır. Çünkü her TRSM’de mesleki rehabilitasyon uygulamasında farklılıklar göze çarpmaktadır. Bu bireylerin bir iş bulma ve bu işi sürdürmede başarılı olabilmesinin anahtarı eğitimli personel tarafından danışmanlığının yapılması noktasında, meslek uzmanı olan kişilerden destek alınması yararlı olacaktır. Sonuç olarak, hukuksal metinlerde görülen samimi çabalar ile Sağlık Bakanlığı, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, Ticaret Bakanlığı ve üniversitelerin somut çalışma alanları oluşturması ve bu alanlarda uzman personelin çalıştırılması ruhsal bozukluğu olan bireylerin topluma kazandırılmasına katkı sağlayacaktır.

SÖ: Fikir, tasarım, veri toplama aşamalarında gerekli uygulamaları gerçekleştirmiş yayına katkı oranı % 50’dir.

AD: Süpervizyon ve düzenleme aşamalarında görev almıştır. Makale katkı oranı % 50’dir.

Bu makalede, potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

KAYNAKLAR

- Alataş, G., Kahiloğulları, AK., Yanık, M. (2011). *Ulusal ruh sağlığı eylem planı*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Amering, M., Schmolke, M. (2017). *Ruh sağlığında iyileşme bilimsel ve klinik sorumlulukların yeniden şekillenmesi*. (H. Soygür, Çev.). Ankara: İmaj Yayınevi. (Orijinal eserin yayın tarihi 2007)
- Arabacı, LB., Büyükbayram, A., Aktaş, Y., Taşkın, N. (2018). Kronik ruhsal bozukluk tanısı alan hastaların bakım verenlerine verilen psikoğitimin yaşadıkları güçlük ve psikososyal uyumlarına etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(3), 175-185.
- Aslantürk, H. (2016). Ruh sağlığı alanında toplumsal entegrasyon ve sosyal haklar. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(4), 259-270.
- Aydın, GG., Topkaya, Ö. (2019). Engellilik değerlendirmesi ve mesleki rehabilitasyon uygulamaları: çeşitli ülkeler ile Türkiye karşılaştırması. *Karatahta/İş Yazuları Dergisi*, 14, 135-154.
- Ayhan, F.(2016).Psikiyatri hastalarının rehabilitasyonu. N. Gürhan (Ed.) *Ruh sağlığı ve hastalıkları kitabı* içinde (323-346). Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitapevleri.
- Barry, M. (2006). *Promoting mental health in the workplace*. Barry, M., Jenkins, R (Eds.), *Implementing Mental Health Promotion* (pp. 215-250). Switzerland: Springer Nature.
- Bilge, A., Çam, O. (2010). Ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(1), 71-78
- Bilgin, H., Özasan, Z. (2018). Toplum ruh sağlığı hemşireliğinin tarihi ve gelişimi. *Türkiye Klinikleri*, 3(1), 1-7.
- Bouwman, C., Sonnevile, C., Mulder, CL., Roijen, LH. (2015). Employment and the associated impact on quality of life in people diagnosed with schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 2125–2142.
- Çam, MO., Kuliğ, D., Kaçmaz, ED. (2019). Psikiyatride vaka yönetimi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(2), 214-222.
- Çam, O., Bilge, A. (2013). Türkiye’de ruhsal hastalığa / hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: sistematik derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(2), 91-101.
- Çimşir, E. (2019). Türkiye’de mesleki rehabilitasyon hizmetleri ve ihmal edilmiş bir alan olarak rehabilitasyon danışmanlığı. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 19 (1), 114-124.
- Delice, MA. (2017). *Toplum ruh sağlığı merkezleri için klavuz*. (1. Baskı) İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- Eren, N. (2018). Toplum ruh sağlığı hemşireliğinde terapötik müdahaleler. *Türkiye Klinikleri*, 3(6), 34-41.
- Hallaç, S., Meydanlıoğlu, A., Karakaya, D., Acar, GG. (2014). Toplum ruh sağlığı hemşireliği: Öğrenci uygulama örneği. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 30–43.
- Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2011). Erişim adres: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>.
- İşkur 2019 Yılı Tablolari. (2019). Erişim adresi: <https://www.iskur.gov.tr/kurumsal-bilgi/istatistikler/>.
- Lieberman, RP. (2011). Yeti yitiminden iyileşmeye: Psikiyatrik iyileştirim el kitabı. (M. Yıldız, Çev.). İstanbul: Ömür Matbaacılık. (Orijinal eserin yayın tarihi 2008)
- Mamatoğlu, N. (2015). Türkiye’de engelli istihdamının genel görünümü: işveren gözüyle engelli istihdamını artırma konusunda önerilen politikalar. *Alternatif Politika*, 7(3), 524-561.
- Onbirinci Kalkınma Planı. (2019). Erişim adresi: <http://www.sbb.gov.tr/wpcontent/uploads/2019/07/OnbirinciKalkinmaPlani.pdf>.
- Öz, YC., Barlas, GÜ. (2017a). Şizofreni hastalığı olan bireylerin işe yerleştirme ile ilgili görüşleri ve beklentileri: niteliksel bir çalışma. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 28-32.
- Öz, YC., Barlas, GÜ. (2017b). Şizofrenili bireylerde istihdamın önemi. *Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 3(Ek Sayı), 46-50.
- Özçelik, B., Karamustafalıoğlu, O., Üstün, N., Aker, T., Çıtak, S. (2002). Süregen psikotik bozukluğu olan hastaların tedavi, bakım ve uyum sorunları bağlamında bakırköy ruh ve sinir hastalıkları eğitim ve araştırma hastanesi’ndeki uygulamalar ve yaşanan güçlükler. *Düşünen Adam*, 15(2), 85-89.
- Öztürk, OM., Uluşahin, A. (2018). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. (15. Baskı) Ankara: Bayt Ltd Şti.

Songur, C., Saylavcı, E., Kıran, Ş. (2017). Avrupa’da ve Türkiye’de ruh sağlığı hizmetlerinin karşılaştırmalı olarak incelenmesi. *Social Sciences Studies Journal*, 3(4), 276-289.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge. (2014). Erişim adresi:

<https://www.saglik.gov.tr/TR,11269/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-hakkinda-yonerge.html>.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Listesi. (2020). Erişim adresi:

<https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,43118/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-trsm-listesi.html>

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DERGİSİ

DERGİ HAKKINDA

Derginin Tanımı

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi (EGEHFD) 22 Ekim 1984 gün ve 18553 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Üniversitelerde Ders Aracı Olarak Kullanılan Kitaplar, Teksirler ve Yardımcı Ders Kitapları Dışındaki Yayınlarla İlgili Yönetmelik” bağlamında yayımlanmaktadır.

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi tarafından açık erişimli, Nisan, Ağustos ve Aralık olmak üzere yılda üç sayı/bir cilt hakemli bilimsel bir dergi olarak yayımlanır. Dergi bilimsel yayın hayatına 1985 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi adıyla başlayarak, ulusal alanda yayımlanan ilk hemşirelik dergileri arasında yer almaktadır. Hemşirelik Yüksekokulu’nun fakülteye dönüştürülmesi sonrası, 2011 yılında yayın adı “Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi” olarak değiştirilmiştir. Hakemli dergiler içerisinde yer alan dergi yayın kurulu, sorumlu bir baş editör, yardımcı editörler ve dokuz alan editöründen oluşmaktadır.

Dergi, Türkiye Atıf Dizini (Diğer İndeksler) ve Sosyal Bilimler Atıf Dizini (SOBİAD) kapsamında taranmaktadır.

Dergi Künyesi

Önceki Başlığı: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi

Önceki Adıyla Yayımlandığı Yıl Aralığı: 1985-2011

ISSN: 2147-3463

e-ISSN:2667-6648

Amaç ve Kapsam

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi;

- Bilimsel araştırma ve yayın okuryazarlığını arttırma,
- Bilimsel normlara ve bilim etiğine uygun, nitelikli ve özgün araştırma sonuçlarının meslektaşlar ve ilgili disiplinlerle paylaşılmasında aracı olma,
- Bilimsel platformda iletişimi geliştirme ve güçlendirme amacı ve idealleriyle yayın hayatını sürdürmektedir.

Hemşirelik bilim alanı ve uzmanlıkları ile ilgili olmak üzere bakım etkileşimindeki disiplinleri kapsayan özgün araştırma raporları, derlemeler, ileri çözümlenme derlemeleri (sistemik derlemeler ve meta analizler) ve olgu sunumları derginin kapsamındadır. Derginin hedef kitlesi farklı uygulama alanı ve uzmanlık düzeyindeki hemşireler, hemşirelik öğrencileri ve sağlık ekibinin diğer üyeleridir.

Yayın Politikası

EGEHFD’ye açık erişimli ve tam metin kayıt edilebilir şekilde, internet aracılığıyla Dergipark Dizini üzerinden ücretsiz olarak ulaşılmaktadır.

Açık Erişim Politikası

EGEHFD Açık Erişim politikası kapsamında yayımlanmaktadır. Açık Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/egehemsire>

Genel İlkeler

EGEHFD’de yayımlanmak üzere gönderilen makalelerde tüm değerlendirme süreci çift-körleme ile hakemler ve yazarların kimlik bilgileri gizli tutularak sürdürülür. Süreç tamamlandıktan sonra yazının kabul edilip edilmediği sorumlu yazara bildirilir.

Değerlendirme Süreci

Makalelerin değerlendirilmesi internet üzerinden makale gönderim sistemine başvuru süreciyle başlar. Yazar ekibi, araştırmanın başlığı, araştırmacılara ait bilgiler ve araştırmayla ilgili önceki akademik geçmiş bilgisini içeren bir *Başlık Sayfası dosyasını*, Türkçe ve İngilizce başlık ve özetlerin yer aldığı yazar ve kurum bilgilerinin gizli tutulduğu bir *Ana Metin dosyasını*, özgün araştırmalar için *Etik Kurul Onay Formunu* ve *Telif Hakkı Yazar Onay Formunu* sisteme yükler. Yazar ekibinin başvuru koşullarının uygun şekilde yerine getirildiğini teyit ettikleri *Son Kontrol Listesinin* sisteme yüklenmesi ile başvuru süreci tamamlanır.

Yazar Sorumluluğu

EGEHFD’de ifade edilen beyanlar ve görüşler, yazar(lar)ın sorumluluğundadır. Yayımlanacak metnin bilimsel dili ve yürütülen araştırmanın etik gereklilikleri karşılama sorumluluğu yazarlara aittir. Yazar ekibinin araştırma yöntemlerine uygun şekilde standart uygulama kılavuzlarını dikkate alması ve metnin buna uygun bir akışla sunulması gerekmektedir (Randomize kontrollü çalışmalar için CONSORT, sistematik derleme ve meta-analiz araştırmaları için PRISMA gibi). Düzenlenmiş ana metin ilk başvuru sırasında gerekli gösterilen tüm koşulları sağlamalı ve derginin yazım kuralları çerçevesinde makale için gerekli bölümler, başlıklar ve kaynaklarda yer alan bilgiler metnin anonimlik ilkesini ihlal etmeyecek şekilde yazar ve kurum isimlerine yer verilmeden sunulmalıdır.

Yazar(lar), dergi yayın sürecine başvuru ile birlikte EGEHFD Yayın Kurulu’nun gerekli gördüğü değişikliklerin yapılacağını veya yazarın izni alınarak içeriği bozmayacak değişikliklerin yapılabileceğini onaylamış olur. Değerlendirme sonucu metinlerinde düzenleme talep edilen yazar(lar), tüm hakemlere ait düzenlemeleri içerecek şekilde **kırmızı renk** ve **altı çizili** olarak vurgulanarak gerekli düzenlemenin yapıldığı tek bir Microsoft Word dokümanını **iki hafta** içerisinde sisteme yüklemekle sorumludur. Hakem değerlendirmeleri sonucu düzenlenmiş metnin sisteme yüklenmesi sırasında düzenlemelere ilişkin ayrıntılı bilginin yer aldığı *«Editör ve Hakemlere Bilgilendirme»* adlı bir notun da ayrıca sisteme yüklenmesi gerekmektedir.

Editör ve Hakem Sorumluluğu

Başvuruların tamamlanmasının ardından ön kontrol basamağında, derginin yardımcı editörleri aracılığıyla metnin intihal ve teknik uygunluk açısından hakem değerlendirmesine uygunluğu değerlendirilir. Özgünlüğü intihal programı aracılığıyla raporlanan ve başvuru koşullarını karşılayan metinler alan editörlerine yönlendirilerek bilimsel değerlendirme süreci başlatılır.

Bilimsel değerlendirmeye ilişkin ilk değerlendirmeyi alan editörü yaptıktan sonra hakem değerlendirmelerine sunar ve gelen değerlendirme sonuçlarını Dergipark sistemi aracılığıyla başvuruyu takip eden on iki haftalık süre içerisinde yazara bildirir. Düzenleme talebinin yerine getirilmesine ilişkin yazardan kaynaklı gecikmeler makalenin reddi için bir neden olarak kabul edilir. Her bir makale metni, alanında uzman üç bağımsız hakem tarafından incelenip yayımlanması uygun bulunan metinler alan editörünün onayının alınmasının ardından, baş editöre yönlendirilir. Makalenin yayımlanmasında son karar EGEHFD Baş Editörüne aittir.

Yayın Etiği ve Bilimsel Sorumluluk

EGEHFD, yayın etiğinde en yüksek standartlara bağlıdır ve Committee on Publication Ethics (COPE) ve International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) tarafından geliştirilen ilkeleri benimser; konuyla ilgili aşağıdaki kılavuzların izlenmesini tavsiye eder (<http://www.icmje.org/recommendations>, <https://publicationethics.org/resources/guidelines>).

Yayımlanmak üzere gönderilen makaleler özgün, yayımlanmamış ve aynı anda farklı bir dergiye değerlendirmek amacı ile gönderilmiş olmamalıdır. Etik standartlara uygun olmayan tüm makaleler yayımdan çıkarılır. İntihal programıyla taranan metnin, kaynaklar hariç benzeşim oranının %20’in üzerinde olmaması gerekmektedir.

EGEHFD, 1975 Helsinki Deklarasyonu’nun 2013 yılında revize edilen İnsan Deneyleri Komitesi’nin etik standartlarına uymayı ilke edinmiş bir dergidir. Bu doğrultuda EGEHFD’de yayımlanmak üzere gönderilen özgün araştırma makalelerinin yerel ya da ulusal etik kurul onay yazılarının sisteme yüklenmesi gerekmektedir.

Çıkar Çatışması

Makalede doğrudan veya dolaylı ticari bağlantı veya maddi destek veren kurum varsa yazarlar; kullanılan ticari ürün, ilaç, firma ile ticari hiçbir ilişkisinin olmadığını ve varsa nasıl bir ilişkisinin olduğunu (konsültan, diğer anlaşmalar), başlık sayfasında bildirmelidir. Ayrıca yazar, çıkar çatışması söz konusu ise bu durum açıklanmalıdır. Açıklanması öngörülen çıkar çatışması tipleri içinde akademik taahhütler, kişisel ilişkiler, politik, finansal veya kurumsal bağlantılar yer almaktadır.

Dil

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi’nin yayın dili Türkçe ve İngilizcedir.

YAZARLARA BİLGİ

MAKALENİN HAZIRLANMASINA YÖNELİK GENEL KURALLAR

MAKALENİN BİÇİMSEL ÖZELLİKLERİ

- Yayın dili, Türkçe ve İngilizcedir.
- Sözcük sayısı: Özgün Araştırma Makaleleri, Meta Analiz ve Sistemik Derlemelerde 6000-8000, Derleme ve Olgu Sunumlarında 3000-5000 kelime ile sınırlandırılmalıdır.
- Kaynak sayısı, tüm makalelerde en fazla 50 ile sınırlandırılmalıdır.
- Sayfanın kenar boşlukları sağdan, soldan, üstten ve alttan 2,5 cm olacak biçimde düzenlenmelidir.
- Başlık ve paragraf girişleri sola yaslı, makalenin tamamı ise iki yana yaslı olacak şekilde biçimlendirilmelidir.
- Ana metin 12 punto, öz, kaynaklar, tablolar ve şekiller 10 punto, çift satır aralıklı ve Times New Roman yazı tipinde yazılmalıdır.
- Ana başlıklar; tüm harfler büyük ve koyu olmalıdır. Ana başlıkların altında yer alan alt başlıklar; sola yaslı, koyu ve ilk harfleri büyük olacak biçimde, alt başlıkların altındaki diğer başlıklar; bir tab içeride, koyu ve ilk harfi büyük diğer harfler küçük olacak biçimde yazılmalıdır.
- Başlık sayfası ve ana metin ayrı iki Microsoft Word dosyası olarak sunulmalıdır. Ana metin; başlık, öz, abstract ve anahtar kelimeler ile başlamalı, metin, kaynakça, tablolar, şekiller ve varsa ekler olarak sunulmalıdır.
- Başlık sayfasından başlanarak tüm sayfalar numaralandırılmalıdır. Sayfa numarası sayfanın sağ alt köşesinde verilmelidir.
- Tablolar metinde kullanılış sırasına göre numaralandırılmalıdır. Tablo numarasından sonra nokta ve bir karakter boşluk bırakılmalı, kelimelerin ilk harfi büyük olacak biçimde ismi tablonun üzerine yazılmalıdır.
- Tüm makalelerde tablo, şekil ve grafiklerin toplam sayısı en fazla beş olmalıdır.
- Şekil ve grafik başlıkları yazılırken ilk harf büyük diğer harfler küçük olacak biçimde şekil ve grafiklerin altında yer almalıdır.
- Şekiller dijital formatlı, 300 DPI çözünürlüğünde ve .jpeg kayıtlı olmalıdır. Tablo, şekil ve grafikler, her biri ayrı sayfada ve kaynaklardan sonra yer almalıdır. Her bir tablo, şekil ve grafiğe metin içerisinde atıfta bulunulmalıdır.
- Daha önce basılmış şekil, resim, tablo ve grafik kullanılmış ise kaynak belirtilmelidir.
- Virgül ve noktadan önce boşluk bırakılmamalıdır.
- () ve “ ” gibi işaretlerle belirtilen cümle ya da kelimelerden önce ve sonra boşluk bırakılmamalıdır.
- Ondalıklı sayılar yazılırken nokta kullanılmalıdır.
- Yüzde (%) ile ifade edilen rakamlarda % ile rakam arasında boşluk bırakılmamalıdır.
- Çeşitli istatistik veriler simgeleriyle gösterilmelidir. Varyans analizi değerleri (F), istatistiksel değerler (n, %) gibi.
- Kısaltmalar Başlıkta ve Öz’de kullanılmamalı, metin içinde açıklamaları ilk kullanıldıkları yerde verilmeli ve parantez içinde kısaltması yazılmalıdır. Kısaltma sayısı mümkün olduğunca az olmalıdır.
- Yazılar “.doc” şeklinde kaydedilmeli Word belgesi olarak gönderilmelidir. “PDF” formatında gönderilmemelidir.

MAKALENİN BÖLÜMLERİ:

Başlık Sayfası

Metnin **Türkçe ve İngilizce** tam adı yalnızca ilk harfleri büyük, koyu ve ortaya hizalanmış olarak, bir alt satıra da **yazarların ismi** aynı biçimde yazılır. Yazarların, unvanları, çalıştığı kurum adı ve adresi, iletişim bilgileri (tel, fax ve e-posta adresleri ve ORCID bilgileri), tüm yazarların makaleye katkısı ve varsa çıkar çatışması hakkındaki bilgi alt satıra geçildikten sonra sola yaslı biçimde yazılmalıdır. Gönderilen makale hakkındaki bilgi (bilimsel toplantıda sunulması, fon desteği alınması veya tez çalışmasından üretilmesi gibi) yazar bilgilerinin altında yer almalıdır.

Öz/Abstract

- Tüm yayın tiplerinde ilk sayfa, en fazla 250-300 kelimedenden oluşan öz, abstract ve anahtar kelimelerden oluşur.
- Araştırma yazılarında öz “Amaç, Yöntem, Bulgular, Sonuç ve Anahtar Kelimeler”; abstract “Objective, Methods, Results, Conclusion ve Key Words” alt başlıklarından oluşmalıdır.
- Derleme makalelerinin öz ve abstract bölümü; giriş, amaç, gelişme ve sonuç anlamı taşıyacak şekilde içeriği tam olarak yansıtmalıdır.
- Olgu Sunumunun Öz ve Abstract bölümü; olguyu kısaca tanımlamalı ve hemşirelik bakımına yönelik süreçleri içermelidir.
- Türkçe ve İngilizce olarak en az üç en fazla beş tane anahtar kelime verilmelidir. İlk anahtar kelime büyük harfle başlamalı, diğer kelimelerin ilk harfi küçük yazılmalı, kelimeler arasında noktalı virgül (;) olmalı ve son kelimenin bitimine nokta konulmalıdır. Türkçe anahtar kelimeler “Türkiye Bilim Terimleri”ne uygun olarak verilmelidir (<http://www.bilimterimleri.com>). İngilizce anahtar kelimeler “Index Medicus: Medikal Subject Heading (MeSH)” standartlarına uygun olmalıdır (www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html).

Ana Metin

Özgün Araştırma Makalesi

Özgün araştırma makaleleri dergi kapsamına uygun konularda, özgün ve önemli bilimsel sonuçlar sunan, bilimsel araştırma sürecini tamamlamış, raporlandırılmış çalışmalardır. Özgün Araştırma makaleleri aşağıdaki bölümlerden oluşur:

*Giriş: Bu bölümde konunun önemi ve dayandığı bilimsel düşünceler anlaşılır ve net olarak ifade edilmeli; ortaya konulan araştırma problemi güncel çalışmalar doğrultusunda açıklanmalı; probleme yönelik bilgi açığı ayrıntılı olarak belirtilmelidir. Ardından araştırmanın amacı, hipotez(ler)i ya da araştırma soru(lar)ına yer verilmelidir.

*Yöntem: Bu bölümde, araştırmanın tipi, yapıldığı yer, evren ve örnekleme, veri toplama tekniği ve araçları, verilerin değerlendirilmesi ve etik yönü yer almalıdır.

*Bulgular: Bulgular, istatistiksel verilerle desteklenmiş olarak araştırma hipotezlerini test edecek ya da sorularına yanıt verecek şekilde ve sistematik bir biçimde sunulmalıdır. Şekil ve tablolarda verilen bilgiler, gerekmedikçe tekrarlanmamalıdır. Bu kısımda sadece analiz sonuçları yer almalıdır.

*Tartışma: Bu bölümde bulgular değerlendirilmeli ve sistematik biçimde sunulmalıdır. Elde edilen veriler ile araştırma soruları veya hipotezlerin hangilerinin doğrulandığı ya da doğrulanmadığı gerekçeler ile açıklanmalıdır. Çalışmanın sınırlılıklarından, eksik yönlerinden söz edilmelidir.

*Sonuç: Bu bölümde konunun önemi kısaca vurgulanmalı; tekrara yer vermeden bulgulardan elde edilen sonuçların alana sağlamış olduğu yeni bilgi ya da katkısı özetlenerek gelecek çalışmalara öneriler sunulmalıdır.

*Kaynaklar: Kullanılan tüm kaynaklar American Psychological Association (APA) 6 (http://www.tk.org.tr/APA/apa_2.pdf) kurallarına göre hazırlanmalı ve metnin sonunda ayrı bir sayfada alfabetik sıraya göre verilmelidir.

Tablolar: Tablolar çift satır aralıklı olmalı ve dikey çizgiler sütunları ayırmak için kullanılmamalıdır. Tüm kısaltmalar p değeri için (, **) ve diğer semboller dipnotlarda tanımlanmalıdır. Her bir tablo kaynaklardan sonra ayrı bir sayfada yer almalıdır.

Meta Analiz ve Sistematik Derleme

Meta-analiz ve sistematik derleme makaleleri PRISMA Bildirimi (PRISMA Statement: Checklist of items to include when reporting a systematic review or meta-analysis) (www.prisma-statement.org) kontrol listesine göre hazırlanmalı, Giriş, Yöntem, Bulgular, Tartışma, Sonuç ve Kaynaklar bölümlerinden oluşmalıdır.

Derleme

Alanında birikimi ve çalışmaları olan uzman kişiler tarafından yazılması tercih edilen derleme makaleleri; güncel ve gereksinimlere yönelik konularda, ulusal ve uluslararası güncel kaynaklar doğrultusunda konuyla ilgili tartışmaların ve yazar görüşlerinin ortaya koyulduğu çalışmalardır. Bölümleri; Giriş, Konu Başlıkları ve Kaynaklar olarak sıralanmaktadır.

Olgu sunumu

Alana bilimsel katkı sağlayan ve önemli klinik deneyimleri içeren olguların yer aldığı çalışmalardır. Olgu sunumu yazıları; Giriş, Olgu Sunumu, Tartışma, Kaynaklar ve gerekirse tablolardan oluşur. Yazılı bilgilendirilmiş onam alınmalı ve ana metinde belirtilmelidir.

Teşekkür

Yazının hazırlanmasında veya araştırmada katkısı bulunan kişi ya da kurumlara teşekkür edilebilir.

Kaynaklar

Referans Stili ve Formatı

Yazarlar, metin içinde ve kaynakçada yer alan atıfları, APA 6 kurallarına (http://www.tk.org.tr/APA/apa_2.pdf) uygun olarak yazmalıdır. Kaynakların doğruluğundan yazar(lar) sorumludur.

Kaynakçada bulunan tüm kaynaklar metin içinde belirtilmelidir. Metindeki yazar adı ve tarih bilgisi, kaynakçadaki yazar adı ve tarih bilgisi ile birebir aynı olmalıdır.

Kullanılan tüm kaynaklar metnin sonunda ayrı bir bölüm halinde yazar soyadlarına göre alfabetik olarak numaralandırılmadan verilmelidir. Alfabetik sıralama yalnızca soyadın ilk harfine göre yapılmaz, aynı ilk harfe sahip kaynakların da kendi içerisinde harfe göre alfabetik olmaları gerekir. Tek yazarlı aynı yazarın yayınları yıllara göre geçmişten günümüze doğru sıralanır.

Yayın türlerine göre kaynak gösterme örnekleri aşağıda verilmiştir.

a) Türkçe Kitap

Karasar, N. (2015). *Bilimsel araştırma yöntemi*. (28. Baskı) Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

b) Editörlü Kitap

Ören, T., Üney, T., Çölkesen, R. (Ed.). (2006). *Türkiye bilişim ansiklopedisi*. İstanbul: Papatya Yayıncılık.

c) İngilizce Kitap

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman and Company.

d) İngilizce Kitap İçerisinde Bölüm

Bassett, C. (2006). Cultural studies and new media. In G. Hall & C. Birchall (Eds.), *New cultural studies: Adventures theory* (pp. 220–237). Edinburgh, UK: Edinburgh University Press.

e) Türkçe Kitap İçerisinde Bölüm

Erkmen, T. (2012). Örgüt kültürü: Fonksiyonları, öğeleri, işletme yönetimi ve liderlikteki önemi. M. Zencirkıran (Ed.), *Örgüt sosyolojisi kitabı* içinde (s. 233–263). Bursa: Dora Basım Yayın.

f) Türkçe Makale

Yavuz Van Giersbergen, M., Geçit, S. (2017). Son gün ve saatlerdeki yaşam sonu bakımında kanıta dayalı uygulama önerileri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(1), 171-181.

g) İngilizce Makale

Ter, N., Yavuz, M., Aydoğdu, S., Kaya Biçer, E. (2015). The effect of 2 adhesive products on skin integrity used for fixation of hip and knee surgical dressings: a randomized controlled trial. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*, 42(2), 145-150.

h) Sekizden Fazla Yazarlı Makale

Unsal Atan, Ş., Oztürk, R., Gülec Satır, D., İldan Çalim, S., Karaoz Weller, B., Amanak, K. ... Akercan, F. (2018). Relation between mothers' types of labor, birth interventions, birth experiences and postpartum depression: A multicentre follow-up study. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 18, 13-18. doi: 10.1016/j.srhc.2018.08.001

i) DOI'si Olmayan Online Edinilmiş Makale

Düzgün, G., Karadakovan, A. (2018). Palyatif bakımda kanser rehabilitasyonu ve hemşirelik yönetimi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 34(3), 103-118. Erişim adresi: <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/602453>

i) Türkçe Tezler

Yavuz, M. (1998). *Günübirlik cerrahi hastalarının bakımı için hemşire bakım formu geliştirilmesi ve formun kalite güvenliğinin izlemi*. (Doktora Tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

j) Kongre Bildirisi

Yavuz Van Giersbergen, M., Şahin Köze, B. (2018, Nisan). *Hemşirelik öğrencilerinin Operating Room Nursing Dersinde video ile konu anlatımı ve Kahoot kullanımına ilişkin görüşleri*. 21. Ulusal Cerrahi Kongresi 16. Cerrahi Hemşireliği Kongresi'nde sunulan bildiri, Antalya.

k) Web sayfası, makale başlığı, bölüm başlığı

Hacettepe Üniversitesi Bilgi Okuryazarlığı Programı. (2010). Erişim adresi: <http://hubo.hacettepe.edu.tr/>

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DERGİSİ
SON KONTROL LİSTESİ

1.Makalenin Türü

- Özgün Araştırma
- Derleme
- İleri Çözümleme Derlemeleri (Sistemik derleme, meta analiz)
- Olgu sunumu

Başlık Sayfası

- 2.Makalenin Türkçe ve İngilizce başlığı büyük harf ile yazıldı ve başlıkta kısaltma kullanılmadı.
- 3.Tüm yazarların akademik unvanları, kurumları, yazışma adresleri, iş telefonları, cep telefonları, e-posta adresleri ve ORCID bilgileri belirtildi.
- 4.Tüm yazarı(lar)ın makaleye katkıları (fikir, tasarım, veri toplama ve/veya işleme, analiz ve/veya yorum, yazıyı yazma, eleştirel inceleme veya revizyon) listelendi.
- 5.Makale bilimsel bir toplantıda sunulmuş ise sunulduğu toplantı ve yılı belirtildi.
- 6. Araştırma bilim uzmanlığı ya da doktora tezinden üretildi ise Üniversite, varsa Enstitü ve yılı belirtildi.
- 7. Makalede doğrudan veya dolaylı ticari bağlantı veya çalışma için maddi destek veren kurum(lar) mevcut ise; kullanılan ticari ürün, ilaç, firma ile ticari hiçbir ilişkinin olmadığını ve varsa nasıl bir ilişkinin olduğu (konsültan, diğer anlaşmalar) belirtildi.

Ana Metin

- 8.Türkçe ve İngilizce ile öz /abstract yazıldı ve özlere kısaltma kullanılmadı.
- 9. Araştırma makaleleri, meta analizi ve sistemik derlemelerde; sözcük sayısı 6000-8000 sözcük, derleme ve olgu sunumlarında 3000-5000 sözcük ve kaynak sayıları 50 kaynak ile sınırlandırıldı.
- 10.Türkçe ve İngilizce anahtar sözcükler öz/abstract sayfasının sonuna ilgili yere yazıldı.
- 11.Özetler ana metnin 1. sayfası olacak şekilde numaralandırıldı. Ana metinde yazarlara ait herhangi bilgi verilmedi.
- 12.Yeni, alışılmadık ve yabancı terimler kullanılmışsa yanlarında Türkçe eş anlamlılarına yer verildi.
- 13.Kısaltmalar kullanılmışsa metin içindeki ilk açık kullanımda terimin yanında parantez içinde kısaltması belirtildi.
- 14.Makalelerde alt bölüm başlıkları istenen şekilde yazıldı.
- 15. Makale türleri için uluslararası geçerliliği olan standart kılavuzlarca sunulmuş yönergeler kullanıldı.
- 16.Bilimsel etik ilkelere uyulduğu belirtildi. Etik kurul iznine ilişkin geçerli evrak numarası eklendi.

Kaynaklar

- 17.Kaynak gösterimi metin içinde ve kaynakçada belirtilen kurallara (APA6) uygun olarak yapıldı.
- 18.Kaynaklar alfabetik sıra ile dizildi.

Tablo, Şekil/Grafik ve Resimler

- 19.Tablo, şekil, grafikler ve resimler kaynaklardan sonra ve her biri ayrı bir sayfada yer alacak şekilde verildi ve metin içinde atıfta bulunuldu.
- 20.Tablo başlıkları tablonun üzerinde verildi ve kelimelerin ilk harfi büyük yazıldı. Metinde kullanılış sırasına göre numaralandırıldı.
- 21. Şekil, grafik başlıkları şekil, grafiklerin altında verildi ve kelimeler küçük harfle başladı.
- 22. Tablo, şekil ve grafiklerin toplam sayısı en fazla beş tane olacak şekilde sınırlandırıldı.
- 23. Şekil, grafik ve resimler dijital formatlı, .jpeg kayıtlı ve 300 DPI çözünürlükte olacak şekilde kullanıldı.

Tüm Makale

- 24. Metin dosyaları Microsoft Word dokümanı olarak sisteme yüklendi.
 - 25. Özgün araştırma makaleleri için Etik Kurul Onay Formu sisteme yüklendi.
 - 26. Telif Hakkı Yazar Onay Formu sisteme yüklendi.
 - 27. Son Kontrol Listesi kontrol edildikten sonra çıktı alınarak işaretlendi. Yayın başvurusu sürecinde taranarak sisteme yüklendi.
-

**EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK
FAKÜLTESİ DERGİSİ**

Yazarlık/Yayın Hakkı Onay Formu

.....
.....
.....
.....

başlıklı makalenin yazar / yazarları olarak yayın hakkını Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi'ne vermeyi kabul ediyorum/ ediyoruz. Yayınlanmasını istediğimiz bu makalenin Türkçe ve yabancı dilde herhangi bir dergiye yayınlanmak üzere gönderilmediğini ve daha önce hiçbir dergide yayınlanmadığını bildirip, yazının içeriği ile ilgili etik ve bilimsel sorumluluğu üstlendiğimi/ üstlendiğimizi kabul ederim/ederiz.

Yazar/ Yazarlar

İmza

Tarih

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

Araştırma Makaleleri / Research Article

- Hemşirelik Öğrencilerinin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanıyabilme Durumları
Status of Nursing Students' Recognition of Violence Symptoms Against Women
Şeyma KİLCİ ERCİYAS, Müge SEVAL, Nuray DOĞAN 1-9
- Ameliyathane Hemşirelerinin Çalışma Ortamından Kaynaklanan Mesleki Risklerinin ve Sağlık Sorunlarının Belirlenmesi
Determining the Occupational Risks and Health Problems of Operating Room Nurses Caused by the Working Environment
Ayten AKKAYA, Mevlüde KARADAĞ 11-22
- Kadınların Evde Doğum Deneyimleri: Fenomenoloji Çalışması
Birth at Home Experiences of Women: Phenomenological Study
Gülşen ÇALIŞ, Süheyla ALTUĞ ÖZSOY 23-38
- The Relationship Between Exposure to Violence from Husband and Their Families and Relatives and Sexual Dysfunction in Women with Infertility
İnfertil Kadınlarda Eş ve Yakın Şiddetine Maruziyet ile Cinsel İşlev Bozukluğu Arasındaki İlişki
Hatice KAHYAĞLU SÜT, Selda OZTURK 39-46
- Ebelerin Neonatal Resüsitasyon Programı Kursu Hakkındaki Görüşleri: Tek Durumlu Örnek Olay Çalışması
Opinions of Midwives on Neonatal Resuscitation Program Course: A One-State Case Study
Ayşe ŞENOĞLU, Zekiye KARAÇAM 47-57
- Hemşirelik Öğrencilerinin Lisansüstü Eğitime Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi: Vakıf Üniversitesi Örneği
Determination of Nursing Students' Attitudes Towards Graduate Education: A Private University Sample
Gülsüme SATIR, Merve MURAT 59-67

Derlemeler / Reviews

- Bariatrik Cerrahide Hemşirelik Bakımı
Nursing Care in Bariatric Surgery
Çiğdem BERK ÖZCAN 69-78
- Demans Hastalarında Gözardı Edilen Bir Konu: Gün Batımı Sendromu ve Hemşirelik Yaklaşımları
An Ignored Subject In Dementia Patients: Sundowning Syndrome and Nursing Approaches
Öznur ERBAY DALLI, Ayfer KARADAKOVAN 79-86
- Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerde Mesleki Rehabilitasyon: Toplum Ruh Sağlığı Hemşiresi Neler Yapabilir?
Occupational Rehabilitation in Individuals with Chronic Mental Disorders; What Can Society Mental Health Nurse Do?
Senem ÖNOL, Ayşegül DÖNMEZ 87-94

