



HUHFD

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

Cilt/Vol 11 • Sayı 2 • Mayıs/Ağustos 2024

ARAŞTIRMA MAKALELERİ

<i>Eating Behaviors and Its Determinants: A Cross-Sectional Study In Autistic and Non-Autistic Children</i> Otizmi olan ve olmayan çocuklarda yeme davranışları ve belirleyicileri: Kesitsel bir çalışma Sercan KARA, Bircan KARA, Z. Begüm KALYONCU ATASOY, Hatice KAYA, Aytolan YILDIRIM	107
<i>Attitudes Towards Death and Perceptions of Spiritual Support of Nurses Caring for Patients in the Terminal Period: A Descriptive and Correlational Study</i> Terminal Dönemdeki Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Ölümüne Karşı Tutumları ve Manevi Destek Algıları: Tanımlayıcı ve İlişkili Arayıcı Çalışma Yurdağül SELVİ, Figen İNÇİ, Zehra ÇALIŞKAN	116
<i>Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Tutumunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi</i> Determining the Factors Affecting the Attitudes of Healthcare Professionals towards Individuals with Mental Illness Fatma AĞIR, Sevcan TOPTAŞ KILIÇ	125
<i>Kanser Taraması Algı Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması</i> Adaptation of Cancer Screening Perception Scale to Turkish: A Validity and Reliability Study Arif BOZKURT, Medine YILMAZ	135
<i>COVID-19 Pozitif Olan ve İyileşen Üniversite Öğrencilerinde Travma Sonrası Stres Bozukluğu Riski ve İlişkili Faktörler</i> Risk of Post-Traumatic Stress Disorder and Associated Factors in University Students Who Are COVID-19 Positive and Recovered Aysun GÜZEL, Ayşe SEZER BALCI	143
<i>Hemşirelerin Kanser ve Kanser Taramalarına Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi</i> Determining Nurses' Attitudes Towards Cancer and Cancer Screenings Elif SÖZERİ ÖZTÜRK, Hatice Beyza GÜNEŞ	152
<i>Yaşlılarda Teknoloji Kullanım Becerileri ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Belirlenmesi</i> Determination of Technology Usage Skills and Health Literacy Level in the Elderly Zeynep SAÇIKARA, Gizem DURAN, Dilek CİNGİL	160
<i>The Use of Nursing Theory and Model in Mental Health and Psychiatric Nursing Doctoral Theses: Türkiye Sample</i> Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Doktora Tezlerinde Hemşirelik Kuram ve Model Kullanımı: Türkiye Örnekleme Emel ÖZTÜRK TURGUT	169
DERLEME MAKALELER	
<i>Psikofarmakoloji: Psikiyatri Hemşireleri Neleri, Neden Bilmeli?</i> Psychopharmacology: What Should Psychiatric Nurses Know and Why? Merve MURAT, Leyla KÜÇÜK	178
Ölgu Sunumu	
<i>Hemşirelik Eğitiminde Takıma Dayalı Öğrenme Yönteminin Kullanılması: Bir Uygulama Örneği</i> Using Team-Based Learning Method in Nursing Education: An Implementation Example Merve YILDIRIM, Hasan Fehmi DİRİK, Havva ARSLAN YÜRÜMEZOĞLU, Şeyda SEREN İNTEPELER, Veysel Karani BARIŞ	187

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi

Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing

Cilt/Vol 11 • Sayı/No 2 • Mayıs- Ağustos/ May- August 2024

Sahibi	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Adına Prof. Dr. Leyla ÖZDEMİR	
Sorumlu Yazı İşleri Müdürü Yayın Kurulu	Prof. Dr. Sergül DUYGULU	
Başkan	Prof. Dr. Sergül Duygulu	Hacettepe Üniversitesi
Editör Yardımcıları	Doç. Dr. Fatoş Korkmaz Doç. Dr. Y. Sinem Üzar Özçetin Doç. Dr. Nilgün Kuru Alıcı	Hacettepe Üniversitesi University College Dublin Hacettepe Üniversitesi
Sekreterler	Dr. Öğr. Üyesi Seher Başaran Açıl Dr. Öğr. Üyesi Merve Mert Karadaş Arş. Gör. Dr. Gül Hatice Tarakçıoğlu Çelik	Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi
Etik Editörü	Prof. Dr. Leyla Dinç	Hacettepe Üniversitesi
İngilizce Dil Editörü	Doç. Dr. Çiğdem Yücel Özçırpan	Hacettepe Üniversitesi
İstatistik Editörü	Prof. Dr. İbrahim Koruk	Harran Üniversitesi
Baskıya Hazırlama	Doç. Dr. Zehra Gök Metin Doç. Dr. Zeliha Özdemir Köken Dr. Öğr. Üyesi Nebahat Bora Güneş Dr. Öğr. Üyesi Ayça Ay Kaatsız Arş. Gör. Dr. Tuğçe Torun Arş. Gör. Dr. Ayşe Yücesan Arş. Gör. Dr. Neşe Altınok Ersoy	Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi
Yayın Kurulu Üyeleri	Prof. Dr. Hülya Uçar Prof. Dr. Gülnaz Karatay Prof. Dr. Medine Yılmaz Prof. Dr. Deniz Tanyer Prof. Dr. Nurcan Çalışkan Prof. Dr. Şule Ergöl Doç. Dr. Beyza Doğanay Erdoğan Doç. Dr. Songül Kamışlı Doç. Dr. Selda Arslan	Nuh Naci Yazgan Üniversitesi Munzur Üniversitesi İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Konya Selçuk Üniversitesi Gazi Üniversitesi Kırıkkale Üniversitesi Ankara Üniversitesi Çankırı Karatekin Üniversitesi Necmettin Erbakan Üniversitesi
Yayın Türü: Yayın Dili: Yayınlanma Biçimi: Basım Tarihi:	Yerel Süreli Yayın Türkçe, İngilizce 4 ayda bir yayımlanır Ağustos 2024	
Yönetim Yeri:	H.Ü. Hemşirelik Fakültesi Dergisi Yayın Sekreterliği 06100 Sıhhiye, Ankara/Türkiye Tel: 0 312 305 15 80 Faks: 0 312 312 70 85 E-posta: hbdergi@hacettepe.edu.tr Web Adresi: http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org	

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

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

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

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

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

ONLINE ISSN 2149-2956

İçindekiler

Editörden Okura

Araştırma makaleleri

Eating Behaviors and Its Determinants: A Cross-Sectional Study In Autistic and Non-Autistic Children

Otizmi olan ve Olmayan Çocuklarda Yeme Davranışları ve Belirleyicileri: Kesitsel Bir Çalışma

Sercan KARA, Bircan KARA, Z. Begüm KALYONCU ATASOY, Hatice KAYA, Aytolan YILDIRIM

Attitudes Towards Death and Perceptions of Spritual Support of Nurses Caring for Patients in the Terminal Period: A Descriptive and Correlational Study

Terminal Dönemdeki Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Ölüme Karşı Tutumları ve Manevi Destek Algıları: Tanımlayıcı ve İlişki Arayıcı Çalışma

Yurdagül SELVİ, Figen İNCİ, Zehra ÇALIŞKAN

Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Tutumunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi
Determining the Factors Affecting the Attitudes of Healthcare Professionals towards Individuals with Mental Illness

Fatma AĞIR, Sevcan TOPTAŞ KILIÇ

Kanser Taraması Algı Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Adaptation of Cancer Screening Perception Scale to Turkish: A Validity and Reliability Study

Arif BOZKURT, Medine YILMAZ

COVID-19 Pozitif Olan ve İyileşen Üniversite Öğrencilerinde Travma Sonrası Stres Bozukluğu Riski ve İlişkili Faktörler

Risk of Post-Traumatic Stress Disorder and Associated Factors in University Students Who Are COVID-19 Positive and Recovered

Aysun GÜZEL, Ayşe SEZER BALCI

Hemşirelerin Kanser ve Kanser Taramalarına Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi

Determining Nurses' Attitudes Towards Cancer and Cancer Screenings

Elif SÖZERİ ÖZTÜRK, Hatice Beyza GÜNEŞ

Yaşlılarda Teknoloji Kullanım Becerileri ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Belirlenmesi

Determination of Technology Usage Skills and Health Literacy Level in the Elderly

Zeynep SAÇIKARA, Gizem DURAN, Dilek CİNGİL

The Use of Nursing Theory and Model in Mental Health and Psychiatric Nursing Doctoral Theses: Türkiye Sample

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Doktora Tezlerinde Hemşirelik Kuram ve Model Kullanımı: Türkiye Örneklemi

Emel ÖZTÜRK TURGUT

Derleme makaleleri

Psikofarmakoloji: Psikiyatri Hemşireleri Neleri, Neden Bilmeli?

Psychopharmacology: What Should Psychiatric Nurses Know and Why?

Merve MURAT, Leyla KÜÇÜK

Olgu Sunumu

Hemşirelik Eğitiminde Takıma Dayalı Öğrenme Yönteminin Kullanılması: Bir Uygulama Örneği

Using Team-Based Learning Method in Nursing Education: An Implementation Example

Menevşe YILDIRIM, Hasan Fehmi DİRİK, Havva ARSLAN YÜRÜMEZOĞLU, Şeyda SEREN İNTEPELER, Veysel Karani BARIŞ

Cilt 11 Sayı 2, 2024

ÖNYAZI

Prof. Dr. Sergül DUYGULU

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Değerli Okurlarımıza,

Dergimizin 2024 yılı Cilt 11, Sayı 2'sini sizlerle buluşturmanın mutluluğunu yaşamaktayız.

Değerli okurlarımız, ülkemiz hemşirelik eğitim ve uygulamalarına yaptığı önemli katkılarla hemşirelik mesleğinin gelişiminde öncü rol almış değerli hocamız Prof. Dr. Sayın Eren KUM'un aramızdan ayrılışının dokuzuncu yıldönümü olması nedeniyle, değerli hocamızı burada saygı ve hemşirelik mesleğine yapmış olduğu katkılarından dolayı şükran duygularımızla bir kez daha anıyoruz. Değerli hocamızın ışığı biz öğrencilerini ve tüm hemşireleri aydınlatmaya devam ediyor.

Bilimsel bilgi birikiminin paylaşımı ve hemşirelik alanındaki yeniliklerin takip edilmesi, mesleğimizin gelişimi için büyük önem taşımaktadır. Bu sayımızda okurlarımızın mesleki gelişimine katkı sağlayacağına inandığımız sekiz özgün araştırma makalesi, bir derleme makale ve bir olgu sunumu yer almaktadır. Hemşirelik biliminde farklı konulara değinen değerli çalışmaların raporlandığı makaleler; çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği, psikiyatri hemşireliği, halk sağlığı hemşireliği, iç hastalıkları hemşireliği ve hemşirelikte öğretim alanlarındandır. Makaleler, hemşirelik uygulamalarında yenilikçi yaklaşımlar, eğitimde yeni yöntemler ve hasta bakımında kaliteyi artırmaya yönelik araştırmaları içermektedir. Her bir makale, yazarlar tarafından titizlikle hazırlanmış, hakem ve editör değerlendirmelerinden geçmiştir. Siz değerli okuyucularımızın, bu çalışmalardan faydalanarak hemşirelik bilimini daha ileriye taşıyacağına olan inancımız tamdır.

Dergimizin bu sayısına yayınlarını göndererek katkıda bulunan yazarlarımıza, dergimizin çıkmasına emeği geçen yayın kurulu üyelerine, editör yardımcılara, danışma kurulu üyelerimize ve basımda emeği geçen herkese çok teşekkür ederim. Gelecek sayılarda da yine

birbirinden değerli çalışmalarla karşınızda olmayı umut ediyoruz. Bilim ve sağlığa adanmış yolculuğumuzda bizlerle birlikte olduğunuz için teşekkür eder, keyifli okumalar dileriz.

Saygılarımızla,

Prof. Dr. Sergül DUYGULU

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Araştırma makalesi

Research article

Eating Behaviors and Its Determinants: A Cross-Sectional Study In Autistic and Non-Autistic Children

Sercan KARA¹, Bircan KARA², Z. Begüm KALYONCU ATASOY³, Hatice KAYA⁴, Aytolan YILDIRIM⁵

ABSTRACT

Aim: Autism has increased globally, and it impacts nutrition. Factors related to mealtime behaviors of autistic children are understudied, especially in low- and middle-income countries. Thus, this study aims to compare the eating and mealtime behaviours of autistic children (n=60) with a non-autistic sample (n=62) from Istanbul, Türkiye.

Material and Methods: Parents were asked to complete a face-to-face questionnaire that included Children's Eating Behavior Inventory (CEBI) and anthropometric measures. MANCOVAs were used for comparing factors scores of CEBI between autistic and non-autistic participants by adjusting for potential covariates.

Results: The "Child's Positive Eating Behavior" and "Adverse conditions in terms of child at the mealtime" (such as vomiting and choking) factors differed significantly depending on the autism status, although negative eating behaviors during and after mealtime were present in both groups. No statistically significant differences were found between the autism and comparison groups on the BMI percentile along with the children's age and sex.

Conclusion: Our results highlight the need for evaluating the nutrition status of children at every age by not only using anthropometric measures and dietary intake but also assessing eating behaviors. Families could be guided on regulating their children's nutritional behaviors by focusing on development of positive attitudes.

Keywords: Autism spectrum disorders, autistic children, eating behaviour, mealtime problems, Türkiye

ÖZ

Otizmi Olan ve Olmayan Çocuklarda Yeme Davranışları ve Belirleyicileri: Kesitsel Bir Çalışma

Amaç: Otizm küresel olarak artmakta ve beslenmeyi etkilemektedir. Otizimli çocukların yemek zamanı davranışlarıyla ilgili faktörler, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde yeterince araştırılmamıştır. Bu nedenle bu çalışma İstanbul'da yapılmış olup, otizimli çocuk örneklemini (n=60) ve kontrol grubunun (n=62) yeme davranışlarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ebeveynler, Çocuklarda Yeme Davranışları Değerlendirme Ölçeği'ni (ÇYDDÖ) ve çocuklara ait antropometrik değişkenleri içeren bir anketi yüz yüze doldurmuşlardır. ÇYDDÖ'ye ait faktör puanları MANCOVA'lar yardımıyla değerlendirilmiş olup, analizlerde potansiyel karıştırıcı faktörler sabit tutulmuştur.

Bulgular: Her iki grupta da yemek sırasında ve sonrasında olumsuz yeme davranışları bulunmasına rağmen, "Çocuğun Sergilediği Olumlu Yeme Davranışları" ve "Çocuğun Yemek Esnasında Sergilediği Olumsuz Yeme Davranışları" (kusma, boğulma gibi) alt boyutları otizm durumuna göre anlamlı farklılık göstermiştir. Otizm ve kontrol grubu arasında BKİ persentil değerleri ile çocukların yaşı ve cinsiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Sonuç: Araştırmadan elde edilen sonuçlar, farklı yaştaki çocukların beslenme durumunun değerlendirilmesinde sadece antropometrik ölçümler ve diyet alımı değil, aynı zamanda yeme davranışlarının da değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Ailelerin, olumlu tutum geliştirmeye odaklanarak çocuklarının beslenme davranışlarını düzenlemeleri önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Otizm spektrum bozuklukları, Otizimli çocuklar, yeme davranışı, yemek zamanı problemleri, Türkiye

¹ Research Assistant, Ankara University, Faculty of Nursing, Department of Fundamental Nursing, Ankara, Türkiye, E-mail: srcnkara@ankara.edu.tr, Phone number: +09 0538 855 26 96, ORCID: 0000-0002-2420-5428

² Dr. Lecturer, Mustafa Kemal University Health Practice and Research Hospital, Istanbul University-Cerrahpasa Florence Nightingale Faculty of Nursing, Hatay, Türkiye, E-mail: bircankara91@gmail.com, Phone number: +09 0531 450 54 23, ORCID: 0000-0001-8220-8929

³ Asst. Professor, Department of Nutrition and Dietetics, Istanbul Aydın University Faculty of Health Sciences, Istanbul, Türkiye, E-mail: z.begum.kalyoncu@gmail.com, Phone number: +09 0533 651 43 73, ORCID: 0000-0001-6208-3540

⁴ Professor, Department of Nursing, Istanbul University-Cerrahpasa Florence Nightingale Faculty of Nursing, Istanbul, Türkiye, E-mail: haticeka@iuc.edu.tr, Phone number: +09 0535 216 16 03, ORCID: 0000-0002-8427-0125

⁵ Professor, Department of Nursing, Istanbul Atlas University Faculty of Health Sciences and Istanbul Medipol University Faculty of Health Sciences, Istanbul, Türkiye, E-mail: aytolan.yildirim@atlas.edu.tr, Phone number: +09 0532 730 83 39, ORCID: 0000-0002-0475-6695

Received: 9 Haziran 2023, Accepted: 20 Eylül 2023

Atıf/Citation: Kara S, Kara B, Kalyoncu Atasoy ZB, Kaya H, Yıldırım A.. Eating Behaviors and Its Determinants: A Cross-Sectional Study In Autistic and Non-Autistic Children Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2024;11(1):107-115. DOI: 10.31125/hunhemsire.1312278

INTRODUCTION

Autism Spectrum Disorder (ASD) is among the childhood neurodevelopmental disorders with symptoms appearing from the early childhood period. The American Psychiatric Association (APA) characterizes ASD with symptoms of limited and repetitive behaviour pattern, disordered social interaction and communication along with restrictive behaviors and interest^{1,2}.

Autism is a serious and permanent developmental disorder in which delays and deviations in mutual social interaction and communication skills, stereotypical behaviors, narrowed repertoire, and limited activities are seen³.

ASD draws attention with its increasing prevalence in the world and Türkiye. While one out of every 2500 children in 1985 had been diagnosed with autism, the frequency increased to 250 in the year 2001 and later to 88 children in 2013^{4,5}. Today, one out of every 44 children is born with autism, according to the Centers for Disease Control and Prevention⁶. Autistic people are found in all types of societies, as well as in various regions, races, and family structures, the risk of autism in boys is three to five times higher than in girls^{5,7}. The ASD prevalence is estimated at nearly 1.5% in developed countries, and despite the lack of accurate data, the Autism Platform estimates the prevalence as 1 in 150 for Türkiye⁸. While according to the Türkiye Ministry of Health, in 2018, there were 107,834 people diagnosed with ASD (25,755 women and 82,079 men) from all age groups; The Autism Platform currently estimates that there are approximately 450,000 individuals with autism and around 125,000 children with autism in the 0-14 age group^{4,9}.

Although it is unknown what causes ASD, numerous studies have been conducted to elucidate the effects of both genetic and environmental factors^{10,11}. It is hypothesized that a multitude of genes interact with one another to cause autism, which is assumed to have diverse and heterogeneous etiologies with overlapping symptoms¹². Genetic, biochemical, metabolic, neuroanatomical, immunologic, and environmental factors have been linked to the possible etiology^{11,13}. Between 46 to 89% of ASD cases were found to be affected by nutritional problems, with one meta-analysis reporting autistic children to be five times more likely to experience nutrition-related problems compared to non-autistic peers¹⁴. Since nutritional status is a primary concern for parents, feeding problems alarm the caregivers of children with ASD. Common dietary issues in the pediatric population with ASD include severe resistance to trying new foods, food choices that are limited to idiosyncratic preferences, retching while eating, mouthing food without a valid medical reason, and refusal of specific foods, especially large ones or the ones with particular smells and textures, due to sensory sensitivity¹⁵. These food selectivity behaviors of autistic children have been associated with nutritional deficiencies, gastrointestinal system (GIS) problems, oral-motor delay, sleep problems, and anxiety¹⁶.

Healthy and balanced nutrition is fundamental for brain development from the prenatal period across a lifetime in

terms of proper DNA methylation, neurotransmitter synthesis, synaptogenesis, etc. Proper brain development is especially crucial for children with autism, hence the relationship between specific nutrients such as Vitamin D and omega-3 fatty acids along with dietary patterns like gluten and/or casein-free diets with ASD symptoms have been investigated in previous research studies^{12,17}. Yet, due to methodological issues and conflicting results, practical and thorough nutrition guidelines have not been developed for the population with ASD. Few guidelines that were developed such as the one that was published by the Türkiye Ministry of Health provide general recommendations and focus mostly on replenishing any nutrient deficiencies or providing algorithms for children with ASD who have GIS symptoms¹⁸.

Since the current limited body of literature is mostly in line with the healthy nutrition advice for general population, more in-depth research on eating and mealtime behaviors of autistic children is required to prevent the nutrition-related deficiencies and better understand the behavioral issues that make mealtimes challenging for the parents. Most studies on nutrition-related behaviors of children with ASD have been conducted in high-income countries¹⁹⁻²³. Yet, there is a big research gap in low-and-middle-income countries, such as Türkiye, where especially nutrition-related issues are seldomly addressed in ASD research. Since individuals with ASD are considered a disadvantaged group, most research studies could be performed with a limited scope. However, more country-specific research is needed to understand the nutrition-related behavioral dimension of ASD to inform support services and resources. Despite improved efforts to provide national and local capacity to support families of members with ASD, families are often compelled to face heavy social, emotional, and financial consequences in Türkiye²⁴. As dietary behaviors develop in the family context²⁵ more research is needed regarding eating and mealtime problems in various countries.

Aim

Drawing on the Children's Eating Behavior Inventory (CEBI), the aim of the present study is to evaluate the relationship between cross-sectional determinants and eating behaviors among children with autism in a case-control study design.

MATERIAL and METHODS

Study Design

This cross-sectional study was carried out to evaluate the eating behaviors of children with autism along with a comparison group.

Study Sample

Participants of the current study comprised of parents of 122 children aged 4 to 18 years old. The parents of the autistic children were recruited from a government-run special education and practice center (n=60), and the parents of the comparison group were recruited from a state primary school (n=62). All the participants were recruited from facilities that are located in Istanbul, Türkiye. All the parents who were willing to participate in the study with formal written consent were included. The parents of the children with ASD were included if the diagnosis was

given by a psychiatrist or a pediatrician with the Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association (DSM-V) criteria.

Data Collection Tools

A short demographic survey, the Children's Eating Behavior Inventory (CEBI), and self-reported anthropometric measures were used. The demographic survey included fifteen questions that inquired about the child's date of birth, sex, and chronic disease status, as well as the age and employment status of the mother and father and family income status. A special education teacher was also consulted to determine the appropriateness of the language of the instrument.

Children's Eating Behavior Inventory: CEBI was developed and standardized by Lynda A. Archer in 1990, in Canada²⁶. The scale was designed for families to fill out regarding issues with children's eating and mealtimes. The scale was found to have six sub-domains while adaptation to Turkish was done. The names of the sub-domains (i.e. factors) were established as the Child's Positive Eating Behaviours, Negative Eating Behaviours Shown by the Child during the Meal, Negative Eating Behaviours Shown by the Child after the Mealtime, Opinions and Behaviors of Mother, Child's Behaviour Related to Food Preparation, Adverse Conditions in Terms of Child at the Mealtime²⁷. Each item of the scale includes response options such as "always-1, often-2, sometimes-3, rarely-4, never-5" prepared with a five-point Likert system to determine how often the behavior in question occurs. Some items are reverse coded. The adaptation of the scale to Turkish society was carried out by Ünlü H, in 2011²⁷.

In our study, as a result of the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) and Barlett analysis, it was seen that the KMO value was 0.806, and the Barlett value was less than 0.05, so that factor analysis was feasible. As a result of factor analysis, 6 factors with a total variance of 67.94% were formed, and the scale was reduced to 28 items. The general reliability of 28 items on the scale was found to be 0.813. The test-retest reliability was found to be 0.87.

Data Collection

Mothers provided information on the weight (in kilograms) and height (in centimeters) of their children. The body mass index (BMI) values were calculated and evaluated by using BMI-for-age percentile charts by the CDC that referenced the sex- and age-specific childhood growth values⁶. The BMI-for-age percentile categories were used as follows: Underweight <5th percentile, Normal Weight 15th – 85th percentile, Overweight 85th – 95th percentile, and Obesity >95th percentile. During the data collection process, each participant had to read and give their written informed consent for voluntary participation without pay or compensation.

Data Analysis

The Shapiro-Wilks test was used to assess the normality of data. In addition to descriptive statistical methods (mean, standard deviation, frequency), the Student t-test was used for the between-group evaluation of normally distributed quantitative data. The Mann-Whitney U test was used for

the between-group evaluation of quantitative data that did not show normal distribution. The Kruskal Wallis test was used to evaluate the quantitative data that did not show normal distribution between more than two groups, the Mann-Whitney U test was used to determine the group that caused the difference, and the Chi-Square test and Continuity (Yates) Correction were used to evaluate the qualitative data. One-way multivariate analysis of covariance (MANCOVA) was used to test for univariate and multivariate effects of CEBI sub-domains (i.e. the 6 factors) while controlling for autism status, sex of the child, age of the child, family income status, and BMI percentile categories. In all the tests, significance was accepted at the $p < 0.05$ level. The data were analyzed with SPSS software, version 21 (IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. IBM Corp: Armonk, NY, USA).

Ethical Considerations

Before the research, permission was obtained from the relevant institutions and Non-Interventional Research Ethics Committee of Medipol University (Decision No: 384 / 27.06.2018). All the participants were mothers.

RESULTS

A total of 122 parents completed the survey, among whom 60 had children with autism. Nearly 67 percent ($n=81$) of the children were boys, compared to 33.6 percent ($n=41$) of the girls. The ages were between 4 and 18 years. The BMI percentile of the children ranged from 1.06 to 99.9, with a mean of 69.99 ± 32.02 . Of the children, 3.3% ($n=4$) were underweight, 48.4% ($n=59$) had normal weight, 17.9% ($n=22$) had overweight, and 30.1% ($n=37$) had obesity according to CDC weight status category.

It was found that 13.9% ($n=17$) of the children had a chronic disease, and 38.5% ($n=47$) used drugs continuously (Table 1). Table 1 also includes information about the sociodemographics of the families. The age of the mothers was between 24 and 67, with a mean of 38.27 ± 6.44 and a median of 38 years. The fathers were between the ages of 30 and 65, with a mean of 42.37 ± 6.92 and a median of 41 years. It was determined that 30.3% ($n=37$) of them were employed. The employment rate was 93.4% ($n=114$) among the fathers. While 64.8% ($n=79$) of the participants had an income level that covered their expenses, families having a child with ASD were found to have significantly lower income levels compared to the control families (p -value 0.016).

It was found that the mean age of the children with autism along with their parents, the ratio of males, and the rate of continuous drug use of children with autism were significantly higher than those children without autism (Table 1).

In Table 2, scores of the Children's Eating Behavior Inventory were evaluated depending on autism status.

MANCOVA analyses were performed for six CEBI factor mean scores taken as dependent variables for the children with independent variables of autism status, sex of children, age of children, family income level, and BMI-percentile categories (Table 3).

Eating Behaviors and Autism in Children
Çocuklarda Yeme Davranışı ve Otizm

Table 1. Descriptive Characteristics of Children and Their Parents

Descriptive Characteristics		Autistic Children (n=60)	Non-autistic Children (n=62)	Total	t/χ ²	p
		n (%)	n (%)	n (%)		
Age of the child	$\bar{X} \pm SD$	11.63±3.82	8.06±1.28	9.85±3.33	6.961	0.001**
Sex of the child	Girl	7 (11.7%)	34 (54.8%)	41(33.6%)	23.572	0.001**
	Boy	53 (88.3%)	28 (45.2%)	81(66.4%)		
BMI percentile	Underweight	3 (5%)	1 (1.6%)	4 (3,3%)	2.766	0.429
	Normal	25 (41.7%)	34 (54.8%)	59 (48.4%)		
	Overweight	12 (20%)	10 (16.1%)	22 (18%)		
	Obesity	20 (33.3%)	17 (27.4%)	37 (30.3%)		
Chronic disease status	Yes	12 (20%)	5 (8.1%)	17(13.9%)	2.695	0.101
	No	48 (80%)	57 (91.9%)	105(86.1%)		
Presence of medical treatment	Yes	40 (66.7%)	7 (11.3%)	47(38.5%)	37.178	0.001**
	No	20 (33.3%)	55 (88.7%)	75(61.5%)		
Age of the mother (years)	$\bar{X} \pm SD$	39.57±7.26	37.02±5.29	38.27±6.44	2.222	0.028*
Age of the father (years)	$\bar{X} \pm SD$	43.88±8.09	40.90±5.22	42.37±6.92	2.425	0.017*
Education level of the mother (last graduated)	Primary school	18 (30%)	11 (17.7%)	29 (23.8%)	6.219	0.101
	Secondary school	11 (18.3%)	8 (12.9%)	19 (15.6%)		
	High school	18 (30%)	32 (52.6%)	50 (41%)		
	University	13 (21.7%)	11 (17.7%)	24 (19.7%)		
Employment status of the mother	Employed	13 (21.7%)	24 (38.7%)	37 (30.3%)	3.424	0.064
	Unemployed	47 (78.3%)	38 (61.3%)	85 (69.7%)		
Education level of the father (last graduated)	Primary school	15 (25%)	10 (16.1%)	25 (20.5%)	3.571	0.312
	Secondary school	12 (20%)	9 (14.5%)	21 (17.2%)		
	High school	18 (30%)	28 (45.2%)	46 (37.7%)		
	University	15 (25%)	15 (24.2%)	30 (24.6%)		
Family income status	Income meets expenses	32 (53.3%)	47 (75.8%)	79(64.8%)	5.799	0.016*
	Income does not meet expenses	28 (46.7%)	15 (24.2%)	43(35.2%)		

\bar{X} : Mean, SD: Standard Deviation, t: Student-t Test, χ^2 : Chi-Square Test and Continuity (Yates) Correction, *p<0.05, **p<0.01

Table 2. Children's Eating Behaviour Inventory Scores of Children

Children's Eating Behaviour Inventory (CEBI)	Autistic Children (n=60)	Non-autistic Children (n=62)	Z	p
	Mean ±SD (Median)	Mean ±SD (Median)		
Child's positive eating behaviours	3.67±0.86 (3.8)	4.35±0.56 (4.4)	-4.761	0.001**
Negative eating behaviours shown by the child during the meal	1.91±0.54 (1.83)	1.97±0.67 (1.83)	-0.227	0.821
Negative eating behaviours shown by the child after the mealtime	2.21±0.69 (2.17)	1.80±0.50 (1.67)	-3.583	0.001**
Opinions and behaviors of mother	2.89±0.62 (2.83)	2.66±0.46 (2.67)	-2.580	0.011*
Child's behaviour related to food preparation	2.47±0.89 (2.33)	2.72±0.75 (2.67)	-1.555	0.120
Adverse conditions in terms of child at the mealtime	1.33±0.59 (1)	1.07±0.30 (1)	-3.312	0.001**

SD: Standard Deviation, Z: Mann Whitney U Test, *p<0.05, **p<0.01

Significant differences were found for CEBI Factors 1 and 6 (p-values of <0.001 and 0.014, respectively) for the autism status variable. Children with autism had significantly lower scores on the domain of "Child's positive eating behaviours", while they had significantly higher scores in the domain of "Adverse conditions in terms of child at the mealtime" compared to the non-autistic children after adjusting for all the covariates. CEBI Factor 1 was found to be 3.67 ± 0.86 for children with autism vs. 4.35 ± 0.56 for the comparison group. For CEBI Factor 6, children with autism had an average score of 1.34 ± 0.6, and the comparison group had a score of 1.07 ± 0.3 (Table 4). For our research sample, autism status did not affect CEBI Factors 2, 3, 4, and 5 when controlling for age, sex, income, and BMI percentile categories. Moreover, a significant difference was found for CEBI factor 4 (p-value of 0.035) for the family income variable (Table 3). Parents with lower income had significantly higher scores for CEBI factor 4 compared to the parents with higher income (2.96 ± 0.66 vs. 2.68 ± 0.46). Parents of the children with autism had significantly higher scores on the domain of "Opinions and

behaviors of mother" (Table 3). The rest of the MANCOVA analyses did not show any significant results for the sex of the child, age of the child, and BMI percentile categories (p>0.05). However, the relationship between each factor and the aforementioned variables was in the expected direction (Table 3).

DISCUSSION

The current study results support previous literature that autistic children exhibit more eating behavior problems as evaluated by CEBI compared to non-autistic peers in Türkiye, although negative eating behaviors during and after mealtime were present in both groups of children. The present findings indicate that the main difference between cases and comparison group was in the domains of Child's Positive Eating Behavior and Adverse conditions in terms of child at the mealtime (such as vomiting and choking) after adjusting for potential confounders. This is in line with Caliskan Demir and Ozcan's (2022) findings where they investigated the nutritional behavior of children with ASD in a case-control study in Türkiye. In their study, the autistic participants also displayed more food selectivity behaviors along with emotional over- and undereating, which led parents to use emotional feeding more².

Unexpectedly, despite significantly lower positive eating behavior and higher adverse conditions reported among children with ASD, no statistically significant differences were found between cases and comparison group on BMI-percentiles and weight status category (p>0.05). In both groups, obesity frequencies were above the national and Istanbul-wide pediatric obesity levels (33.3% for children with autism and 27.4% for the comparison group). According to the most recent Türkiye Demographic and Health Survey, which was conducted in 2018, the prevalence of overweight/obesity was found to be 8% among children below five years of age (7% for girls and 9% for boys). Among the Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) regions of Türkiye, Central Anatolia Region (8.7%) and Istanbul (8.1%) were found to have the highest rates of childhood obesity²⁷. Furthermore, Türkiye Childhood (Primary School 2 Grade Students) Obesity Surveillance Initiative (COSI-TUR) 2016 reported that 9.9% of all the primary school grade 2 students had obesity and 14.6% had overweight. According to that study, the highest prevalence of obesity was found first in Aegean Region with 15.9% and the second was in Istanbul Region with 13.4%²⁸. Considerably high rates of obesity among the study participants could be due to the presence of negative eating behaviors during and after the mealtime in both cases and controls in our study. Parallel to our study findings, Bicer and Alsaffar (2013) also reported obesity levels to be 32.3% in their study, where they evaluated 164 children with autism, whose ages ranged from 4 to 18 years in Istanbul⁷. This finding is also in line with a comprehensive meta-analysis, which reported feeding problems that are found among children with ASD not always manifested as a higher risk for compromised growth¹⁴.

Table 3. MANCOVA Table for The Factors of Children’s Eating Behavior Inventory (n=122)

Variables		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Autism status	CEBI Factor 1 ¹	8.281	1	8.281	16.344	0.000**	0.124
	CEBI Factor 2 ²	0.004	1	0.004	.012	0.914	0.000
	CEBI Factor 3 ³	1.291	1	1.291	3.571	0.061	0.030
	CEBI Factor 4 ⁴	0.764	1	0.764	2.619	0.108	0.022
	CEBI Factor 5 ⁵	0.117	1	0.117	.169	0.682	0.001
	CEBI Factor 6 ⁶	1.358	1	1.358	6.260	0.014*	0.052
Sex of the child	CEBI Factor 1	0.495	1	0.495	0.976	0.325	0.008
	CEBI Factor 2	0.034	1	0.034	0.090	0.764	0.001
	CEBI Factor 3	0.527	1	0.527	1.458	0.230	0.013
	CEBI Factor 4	0.277	1	0.277	0.951	0.331	0.008
	CEBI Factor 5	1.202	1	1.202	1.732	0.191	0.015
	CEBI Factor 6	0.000	1	0.000	0.001	0.973	0.000
Family income status	CEBI Factor 1	1.352	1	1.352	2.669	0.105	0.023
	CEBI Factor 2	0.238	1	0.238	0.639	0.426	0.006
	CEBI Factor 3	0.042	1	0.042	0.116	0.734	0.001
	CEBI Factor 4	1.325	1	1.325	4.541	0.035*	0.038
	CEBI Factor 5	0.029	1	0.029	0.042	0.838	0.000
	CEBI Factor 6	0.008	1	0.008	0.037	0.848	0.000
Age of the child	CEBI Factor 1	1.199	1	1.199	2.366	0.127	0.020
	CEBI Factor 2	0.809	1	0.809	2.177	0.143	0.019
	CEBI Factor 3	0.293	1	0.293	0.811	0.370	0.007
	CEBI Factor 4	0.417	1	0.417	1.430	0.234	0.012
	CEBI Factor 5	0.172	1	0.172	0.249	0.619	0.002
	CEBI Factor 6	0.117	1	0.117	0.540	0.464	0.005
BMI percentile categories	CEBI Factor 1	1.581	2	0.790	1.560	0.215	0.026
	CEBI Factor 2	0.464	2	0.232	0.624	0.537	0.011
	CEBI Factor 3	0.438	2	0.219	0.606	0.547	0.010
	CEBI Factor 4	0.171	2	0.085	0.293	0.747	0.005
	CEBI Factor 5	0.078	2	0.039	0.056	0.946	0.001
	CEBI Factor 6	1.016	2	0.508	2.342	0.101	0.039

¹R Squared = 0.241 (Adjusted R Squared = 0.201), ²R Squared = 0.033 (Adjusted R Squared = -0.018), ³R Squared = 0.136 (Adjusted R Squared = 0.091), ⁴R Squared = 0.098 (Adjusted R Squared = 0.051), ⁵R Squared = 0.039 (Adjusted R Squared = -0.011), ⁶R Squared = 0.119 (Adjusted R Squared = 0.073)CEBI Factor 1: Child’s positive eating behaviors, CEBI Factor 2: Negative eating behaviors shown by the child during the meal, CEBI Factor 3: Negative eating behaviors shown by the child after the mealtime, CEBI Factor 4: Opinions and behaviors of mother, CEBI Factor 5: Child’s behavior related to food preparation, CEBI Factor 6: Adverse conditions in terms of child at the mealtime

Table 4. Descriptive Results of The MANCOVA Table for The Factors of Children’s Eating Behavior Inventory (n=122)

	CEBI Factor 1	CEBI Factor 2	CEBI Factor 3	CEBI Factor 4	CEBI Factor 5	CEBI Factor 6
Autism Status						
With autism	3.67 ± 0.86	1.91 ± 0.54	2.21 ± 0.69	2.91 ± 0.61	2.48 ± 0.89	1.34 ± 0.6
Without autism	4.35 ± 0.56	1.97 ± 0.66	1.8 ± 0.5	2.66 ± 0.46	2.72 ± 0.75	1.07 ± 0.3
Sex						
Female	4.32 ± 0.6	1.94 ± 0.61	1.78 ± 0.47	2.65 ± 0.51	2.79 ± 0.83	1.11 ± 0.43
Male	3.87 ± 0.85	1.94 ± 0.61	2.11 ± 0.68	2.85 ± 0.56	2.5 ± 0.81	1.25 ± 0.51
Family income status						
Low income	3.79 ± 0.89	1.98 ± 0.65	2.04 ± 0.62	2.96 ± 0.66	2.57 ± 0.97	1.24 ± 0.54
Meets expenses	4.14 ± 0.72	1.92 ± 0.59	1.98 ± 0.64	2.68 ± 0.46	2.62 ± 0.74	1.18 ± 0.45
BMI-percentile categories						
Under/normal weight	3.97 ± 0.83	1.98 ± 0.65	1.98 ± 0.53	2.78 ± 0.53	2.6 ± 0.86	1.1 ± 0.3
Overweight	4.17 ± 0.78	1.93 ± 0.59	1.9 ± 0.72	2.8 ± 0.6	2.56 ± 0.79	1.23 ± 0.51
Obesity	4.01 ± 0.75	1.87 ± 0.54	2.09 ± 0.73	2.75 ± 0.59	2.6 ± 0.82	1.35 ± 0.67

CEBI Factor 1: Child’s positive eating behaviours, CEBI Factor 2: Negative eating behaviours shown by the child during the meal, CEBI Factor 3: Negative eating behaviors shown by the child after the mealtime, CEBI Factor 4: Opinions and behaviors of mother, CEBI Factor 5: Child’s behavior related to food preparation, CEBI Factor 6: Adverse conditions in terms of child at the mealtime

Similarly, in a recent comparative study that was conducted in India, there were no significant differences in anthropometric measures between autistic participants and the comparison group²⁹. Therefore, these findings indicate a need for routine screening of selective eating habits and adverse conditions that lead to food refusal among children with ASD in order not to miss any underlying nutritional deficiency³⁰.

For CEBI factors, MANCOVAs did not show any significant association with the age and sex of the children. The results of the present study suggest that eating behaviors do not change depending on these factors. However, the factor that corresponds to "opinions and behaviors of mother" was higher among lower income participants. The effect of age on nutrition-related behaviors has been disputed widely as some findings demonstrate dietary choosiness to decrease with increased age and others not supporting this claim. In the original article where CEBI was developed, Archer et al. reported age to be irrelevant as a factor for the occurrence of eating and mealtime problems²⁶. Similarly, in a research that was conducted in Massachusetts, USA, Bandini et al. (2010) also did not find an association between decreased food selectivity and age when children with ASD compared with typically developing peers⁴⁹. Furthermore, in a recent scoping review on problematic eating behavior of women with autism, the writers concluded that adult women with autism not only exhibited eating behaviors that are frequently seen in ASD, but also they exhibited high levels of disordered eating behavior that is commonly seen in eating disorders³¹. Unfortunately our findings do not support the commonly held belief that dietary choosiness is outgrown with age.

Maternal views and behaviors sub-dimension scores in children with autism were found to be statistically significantly higher for lower-income families. It has been suggested that family income level affects nutrition in children with ASD³². In a study conducted by Taşyürek (2017), it was determined that there is a significant relationship between the negative behaviors observed during feeding in the parents of autistic children and higher Beck depression scores³³. In this study, it is seen that the average score of the sub-dimension of opinion and behaviors of the mother is low, and it can be said that the mothers are under stress, in terms of the nutritional behaviors of children with ASD. In studies conducted, mothers with autistic children stated that mealtimes were a source of stress for them, and they regularly felt nervous, sad, and helpless³⁴. This might indicate that the eating behaviors of children might negatively affect the social lives of families in lower-income settings. Furthermore, lower-income mothers might face challenges in providing a variety of foods that could accommodate the sensory sensitivities of children with ASD. Also, the restricted food preferences of children with ASD could undermine the parents' efforts to provide balanced and nutritious meals amidst financial constraints. Since children with ASD could have difficulty communicating their hunger or fullness, lack of resources to access speech therapy could further aggravate the problematic feeding behaviors. Last but not least, the

burden of raising a child with ASD could be compounded by financial difficulties. Girli (2014), found that parents are afraid of going out to dinner in a public place such as a restaurant because they are ashamed of their children's strange behavior while eating. This finding is in parallel with the literature that those family members will need expert support in this regard.

While the present study provided an updated insight into the eating behaviors of Turkish children with autism, the lack of in-depth nutritional assessment limited the evaluation of dietary intake. An additional possible weakness of the present study was inherent to the using a cross-sectional sample from Istanbul only; therefore, future multi-center, longitudinal studies could be carried out to assess the long-term effect of eating behaviors on the nutritional status of children from multiple regions of Türkiye. Last but not least, in Türkiye, person-first language is used in scientific and official documents when referring to autism despite the growing demand of the local community to be addressed with identity-first language³⁵. Since there is no ultimate consensus on the preferred language of autistic people³⁶. We hope to extend the perspective by using multiple terminologies to describe autism in Turkish people. The findings in this study paralleled the literature, showing that negative behaviors occur during meals in autistic children, which negatively affects the nutrition of children with ASD. In this context, while evaluating the nutrition status of the children, dietitians and nurses should not only rely on using anthropometric measures and dietary intake but also inquire about eating behavior.

Nurses have a very important role in the early diagnosis and management of ASD. In this context, nurses should have the adequate knowledge and skills to detect ASD. They should be able to make early interventions for supporting the growth and development of the individuals with ASD as well as supporting their families. In order for nurses to take a more active role in the care of autistic individuals, in-service training for primary health care nurses as well as supplementing undergraduate and graduate health sciences programs with elective courses related to developmental disorders could be suggested. Health professionals should develop various strategies to manage the treatment process of ASD in an interdisciplinary manner.

It was determined that autistic children had significant problems in eating behaviors compared to non-autistic children. For this reason, it is important to support and educate family members with autistic children in this regard and to monitor the development of the children. Based on these results, it can be said that families should be informed about the nutritional status of children and be trained on the regulation of their children's nutritional behaviors by focusing on the development of positive attitudes. Recruiting more dietitians and nurses to enhance capacity building in primary healthcare settings would contribute to fostering a family approach to nutrition by including all the members of the family to improve their skills in behavior management.

CONCLUSION

In this case-control study, eating and mealtime behaviours of autistic and non-autistic children were compared with multivariate analysis of covariance by controlling for age, sex, income, and child's obesity status. "Child's Positive Eating Behavior" and "Adverse conditions in terms of child at the mealtime" (such as vomiting and choking) factors differed significantly depending on the autism status, although negative eating behaviors during and after mealtime were present in both groups. No statistically significant differences were found between the autism and comparison group on weight status category along with age and sex of the children. Our results highlight the need for evaluating the nutrition status of children at every age by not only using anthropometric measures and dietary intake, but also assessing eating behaviors. Families could be guided in regulating their children's nutritional behaviors by focusing on the development of positive attitudes.

Ethics Committee Approval: Approval was obtained from the Non-Interventional Research Ethics Committee of Medipol University (Decision number: 384 / 27.06.2018).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

Exhibitor Consent: Informed consent was obtained from the participants for this study.

Author contributions

Study design: SK, BK, HK

Data collection: SK, AY

Literature search: SK, ZBKA

Drafting manuscript: ZBKA, SK

Data analysis: ZBKA

Acknowledgment: The preliminary results of this study were presented as an oral presentation at the Conference on Disability Research on November 15-16, 2018, in Istanbul, Türkiye.

*The preliminary results of this study were presented as an oral presentation at the Conference on Disability Research on November 15-16, 2018, in Istanbul, Türkiye

Etik Kurul Onayı (Kurul adı, tarih ve sayı no): Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Karar No: 384, Karar Tarihi: 27.06.2018).

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yoktur.

(Finansal destek alındıysa belirtiniz.)

Katılımcı Onamı: Bu çalışma için katılımcılardan aydınlatılmış onam alınmıştır.

Yazar katkıları

Araştırma dizaynı: SK, BK, HK

Veri toplama: SK, AY

Literatür araştırması: SK, ZBKA

Makale yazımı: ZBKA, SK

Veri analizi: ZBKA

Teşekkür: Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde katkıda bulunan tüm katılımcılara içtenlikle teşekkür ederiz.

*Bu çalışmanın prelinimer sonuçları 15 -16 Kasım 2018 tarihlerinde İstanbul, Türkiye'de gerçekleştirilen Engellilik

Araştırmaları Konferansı'nda sözel bildiri olarak sunulmuştur.

REFERENCES

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. (Vol. 5, No. 5). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. Demir AC, Özcan Ö. The nutritional behavior of children with autism spectrum disorder, parental feeding styles, and anthropometric measurements. *Nord J Psychiatry*. 2021;76(1):64-70. doi:10.1080/08039488.2021.1934109.
3. Türkoğlu S, Bilgiç A, Uslu R. Otistik spektrum bozukluğu olan ayrı yumurta üçüzleri: Olgu sunumu ve gözden geçirme. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2012;49,167-171.
4. Otizm Platformu, Otizm [Internet]. 2022 [Erişim Tarihi 11 Mart 2023]. Erişim Adresi: <http://www.odfed.org/otizm>
5. WHO, Autism spectrum disorders [Internet]. 2020 [Erişim Tarihi 11 Mart 2023]. Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>.
6. Defining Child BMI Categories [Internet]. 2023 [Erişim Tarihi 11 Mart 2023]. Erişim Adresi: <https://www.cdc.gov/obesity/basics/childhood-defining.html>
7. Bicer AH, Alsaffar AA. Body mass index, dietary intake and feeding problems of Turkish children with autism spectrum disorder (ASD). *Research in developmental disabilities*. 2013;34(11):3978-87.
8. Baxter AJ, Brugha TS, Erskine HE, Scheurer RW, Vos T, Scott JG. The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders. *Psychol Med*. 2015;45(3):601-13.
9. Facts about Autism [Internet]. 2021 [Erişim Tarihi 21 Aralık 2021]. Erişim Adresi <https://nationalautismcenter.org/autism/>
10. Kahane L, El-Tahir M. Attachment behavior in children with autistic spectrum disorders. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*. 2015;9(2):79-89.
11. Özbaran B, Gökçen Köse S ve Eremiş S. Yaygın Gelişimsel Bozukluklarda Sosyal Biliş. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2014;19:323-32.
12. Van der Wurff I, Oenema A, de Ruijter D, Vingerhoets C, van Amelsvoort T, Rutten B et al. Scoping Literature Review of the Relation between Nutrition and ASD Symptoms in Children. *Nutrients*. 2022;26;14(7)
13. Pehlivan Türk B, Bakkaloğlu B, Ünal F. Otistik Bozukluk Etiyolojisi: Genetik Etkenler. *TJCAMH*. 2003;10:88-96.
14. Sharp WG, Berry RC, McCracken C, Nuhu NN, Marvel E, Saulnier CA et al. Feeding problems and nutrient intake

- in children with autism spectrum disorders: Meta-analysis and comprehensive review of the literature. *JADD*. 2013;43(9):2159-73.
15. Marshall J, Hill RJ, Ziviani J, Doherty P. Features of feeding difficulty in children with Autism Spectrum Disorder. *International journal of speech-language pathology*. 2014;16(2):151-8.
 16. Nogay NH, Nahikian-Nelms M. Effects of nutritional interventions in children and adolescents with autism spectrum disorder: an overview based on literature review. *International Journal of Developmental Disabilities*. 2022;31:1-4.
 17. Mari-Bauset S, Zazpe I, Mari-Sanchis A, Llopis-Gonzalez A, Suárez-Varela MM. Anthropometric measurements and nutritional assessment in autism spectrum disorders: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2015;9:130-43.
 18. Bilim N. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Temel Bulgular. 2019. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/2018_TNSA_Ozet_Rapor.pdf
 19. Bandini LG, Anderson SE, Curtin C, Cermak S, Evans EW, Scampini R et al. Food selectivity in children with autism spectrum disorders and typically developing children. *J. Pediatr*. 2010;157(2):259-64.
 20. De Crescenzo F, D'Alo GL, Morgano, GP, Minozzi S, Mitrova Z, Saulle R et al. Impact of polyunsaturated fatty acids on patient-important outcomes in children and adolescents with autism spectrum disorder: A systematic review. *Health Qual. Life Outcomes*. 2020;18:1-12.
 21. González-Domenech PJ, Díaz Atienza F, García Pablos C, Fernández Soto ML, Martínez-Ortega JM, Gutiérrez-Rojas L. Influence of a Combined Gluten-Free and Casein-Free Diet on Behavior Disorders in Children and Adolescents Diagnosed with Autism Spectrum Disorder: A 12-Month Follow-Up Clinical Trial. *J. Autism Dev. Disord*. 2020;50:935-48.
 22. Piwowarczyk A, Horvath A, Pisula E, Kawa R, Szajewska H. Gluten-Free Diet in Children with Autism Spectrum Disorders: A Randomized, Controlled Single-Blinded Trial. *JADD*. 2020;50:482-90.
 23. Hannant P, Cassidy S, Renshaw D, Joyce A. A double-blind, placebo-controlled, randomised-designed GABA tea study in children diagnosed with autism spectrum conditions: A feasibility study clinical trial registration: ISRCTN 72571312. *Nutr. Neurosci*. 2019;24:45-61.
 24. T.C. Sağlık Bakanlığı Şişmanlık Araştırması Cösi-Tur [Internet]. 2016. [Erişim Tarihi 11 Mart 2023]. Erişim Adresi: <https://tekirdagism.saglik.gov.tr/TR-44030/cocukluk-cagi-sismanlik-arastirmasi-turkiye-2016-cosi-tur-2016.html>
 25. Figueroa R, Kalyoncu ZB, Saltzman JA, Davison KK. Autonomous motivation, sugar-sweetened beverage consumption and healthy beverage intake in US families: differences between mother-adolescent and father-adolescent dyads. *Public health nutrition*. 2019;22(6):1010-8.
 26. Archer LA, Rosenbaum PL, Streiner DL. The children's eating behavior inventory: reliability and validity results. *Journal of Pediatric Psychology*. 1991;16(5):629-42.
 27. Ünlü H. Okul öncesi dönem çocuklar için yeme davranışı değerlendirme ölçeğinin Türk çocuklarına uyarlanması [Doktora tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2011
 28. Data & Statistics on Autism Spectrum Disorder [Internet]. 2023 [Erişim Tarihi 11 Mart 2023]. Erişim Adresi: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>
 29. Malhi P, Venkatesh L, Bharti B, Singhi P. Feeding problems and nutrient intake in children with and without autism: A comparative study. *The Indian Journal of Pediatrics*. 2017;84(4):283-8.
 30. Mazurek MO, Vasa RA, Kalb LG, Kanne SM, Rosenberg D, Keefer A et al. Anxiety, sensory over-responsivity, and gastrointestinal problems in children with autism spectrum disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2013;41(1):165-76.
 31. Schröder SS, Danner UN, Spek AA, van Elburg AA. Problematic eating behaviours of autistic women—A scoping review. *European Eating Disorders Review*. 2022;30(5):510-37.
 32. Demirel F, Üner A, Kırımı E. Van İli Kırşalındaki Annelerin Çocuk Beslenmesindeki Alışkanlıkları ve Uygulamaları. *Van Tıp Dergisi*. 2001;8(1):18-22.
 33. Taşyürek E. Otizm Spektrum Bozukluğu Tanısı Konulan Çocuklarda Uyku ve Beslenme Sorunları [Uzmanlık tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2017.
 34. Girli A. An Examination Of The Relationships Between The Social Skill Levels, Self Concepts And Aggressive Behavior Of Students With Special Needs In The Process Of Inclusion Education. *Cukurova University Faculty of Education Journal*. 2014;42(1):23-38.
 35. Aydın Y. Otizimli mi Otistik mi [Internet]. 2021 [Erişim Tarihi 21 Aralık 2021]. Erişim Adresi: <https://gelecekbilimde.net/otizimli-mi-otistik-mi/>
 36. Vivanti G. Ask the editor: What is the most appropriate way to talk about individuals with a diagnosis of autism?. *J. Pediatr*. 2020;50:691-3.

Araştırma makalesi Research article

Attitudes Towards Death and Perceptions of Spiritual Support of Nurses Caring for Patients in the Terminal Period: A Descriptive and Correlational Study



Yurdağül SELVİ¹, Figen İNCİ², Zehra ÇALIŞKAN³

ABSTRACT

Aim: This descriptive and correlational study was conducted to analyze the attitudes towards death and spiritual support perceptions of nurses who care for patients in the terminal period and their relationship.

Material and Methods: The population consisted of 378 nurses. The study sample was calculated according to the sample size of a specific population and included 198 nurses. The data were collected with the Personal Information Form, Attitude towards Death Scale, and Perception of Spiritual Support Scale. Data were analyzed using Kruskal Wallis Analysis of Variance, Correlation Analysis, and Mann-Whitney U Test.

Results: The nurses' gender and education level caused a difference in terms of their attitudes towards death. Fear of death and death avoidance scores of women were higher than those of men. As the educational level of nurses increases, their attitudes towards death change positively. As the perception of spiritual support increases, the positive attitude towards death also increases.

Conclusion: It can be said that paying attention to variables such as gender, education level, and attitude towards death while planning the nurse workforce in inpatient units where end-of-life care is provided will increase the quality of nursing care.

Keywords: End-of-life care, death anxiety, nursing, spiritual care

ÖZ

Terminal Dönemdeki Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Ölüme Karşı Tutumları ve Manevi Destek Algıları: Tanımlayıcı ve İlişki Arayıcı Çalışma

Amaç: Araştırma, terminal dönemdeki hastalara bakım veren hemşirelerin ölüme karşı tutumları, manevi destek algıları ve bunlar arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Evreni 378 hemşire oluşturmuştur. Örneklem ise, evreni bilinen örneklem büyüklüğü yöntemine göre hesaplanmış ve 198 hemşire örnekleme alınmıştır. Veriler Kişisel Bilgi Formu, Ölüme Karşı Tutum Ölçeği ve Manevi Destek Algısı Tespit Ölçeğiyle toplanmıştır. Veriler Kruskal Wallis Varyans Analizi, Korelasyon Analizi ve Mann-Whitney U Testiyle değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hemşirelerin cinsiyetleri ve eğitim düzeyleri ölüme ilişkin tutumları açısından farklılığa neden olmuştur. Kadınların ölüm korkusu ve ölümden kaçınma puanları erkeklere göre daha yüksektir. Hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça ölüme ilişkin tutumları olumlu yönde değişmektedir. Ölüme ilişkin olumlu tutum arttıkça manevi destek algıları da artmaktadır.

Sonuç: Yaşam sonu bakımın verildiği kliniklerde hemşire işgücü planlanırken cinsiyet, eğitim düzeyi ve ölüme ilişkin tutum gibi değişkenlerin dikkate alınmasının hemşirelik bakımının niteliğini artıracığı söylenebilir.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, manevi bakım, ölüm kaygısı, yaşam sonu bakım

¹Science Specialist, Health Science Faculty, Nursing Department, Nuh Naci Yazgan University, Kayseri, Turkey, yurdagulselvi@gmail.com, Phone: +905552895853, ORCID:0000-0001-6095-8956

²Assoc. Prof. Dr, Department of Psychiatric Nursing, Niğde Ömer Halisdemir University, Niğde, Turkey. e-mail: figeninci@gmail.com, Phone: +90 5335445374, ORCID: 0000-0002-9977-4297

³Assoc. Prof. Dr, Department of Child Health and Diseases Nursing, Nevşehir Hacı Bektaş Veli University, Nevşehir, Turkey, e-mail: zcaliskan26@gmail.com, Phone: +90 5362381138, ORCID: 0000-0002-4726-5052

Received: 16 Eylül 2022, Accepted: 24 Ekim 2023

Citation: Yurdağül S, İnci F, Çalışkan Z. Attitudes Towards Death And Perceptions of Spiritual Support of Nurses Caring for Patients in the Terminal Period: A Descriptive and Correlational Study. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2024;11(2),116-124 DOI: 10.31125/hunhemshire.1176526

INTRODUCTION

The most compatible action with human consciousness is to continue one's existence. Therefore, it is not easy to accept the disappearance of human consciousness, in other words, the fact that our existence has an end¹. Every situation that reminds us of human mortality, such as diseases and old age, causes anxiety.

The improvements in the field of health, thanks to rapidly developing technology, make it possible to treat most life-threatening diseases and prolong people's lives. However, the number of chronic diseases and patients who need terminal care continues to increase^{2,3}. During the terminal period, no treatment options are left, symptoms become more difficult to control, challenging questions are asked by the patients and their relatives, and emotional and spiritual needs increase, making caregiving difficult³. Additionally, the fact that "the patient is dying" means a loss for the nurse who provides care for them⁴. Like the patients' relatives, nurses may give emotional reactions such as fear, anger, or depression. These challenges may negatively affect the standard of care, which is a right of the terminally ill patient^{2,3,5-7}.

A holistic approach should be adopted, and patients' all biopsychosocial needs should be evaluated and met to provide terminally ill patients with quality care. For this to happen, first, the healthcare professionals working in this area should exhibit positive attitudes towards death^{2,3,8}.

The International Council of Nursing Ethics Committee states that "nurses should respect the spiritual beliefs, values, traditions, and human rights of individuals, families, and society". Nurses should provide appropriate care for patients' bio-psycho-socio-cultural and spiritual needs⁹⁻¹⁰. Studies showed that nurses were insufficiently aware of patients' spiritual needs, and the patient care plan included very limited information about the patients' spiritual needs^{11,12}. Nurses' attitudes towards death may be effective in determining the spiritual needs of terminal patients. A limited number of studies on the subject have shown that one of the reasons for nurses' poor perception of spiritual support is their negative, non-accepting, and anxious attitudes towards death^{9,13,14}. It is important to determine nurses' death attitudes to provide standard terminal care^{1,3,15,16}. In order to improve the limited literature in the field and to provide quality terminal care, there is a need for more studies in different samples evaluating nurses' attitudes towards death, perceptions of spiritual support, and the relationship between them.

Aim

This research was conducted to analyze the attitudes towards death and the spiritual support perceptions of the nurses who provide care for terminally ill patients and the relationship between them.

MATERIAL and METHODS

Study Design

This study is a descriptive and correlational study.

Study Sample

The population consists of 378 nurses from two hospitals (one public and one private) in a city in the Central Anatolia

Region of Turkey. The study sample was calculated according to the sample size of a specific population and included 198 nurses. The 131 nurses who participated in this study work in public hospitals and 67 nurses work in private hospitals. All nurses worked in inpatient units where terminal care was provided and agreed to participate in the research by choice. The units where end-of-life care is provided were determined as intensive care units, oncology units, and palliative care units. In a public hospital, there are 38 nurses working in general intensive care (adult), 16 in general intensive care (pediatric), 20 in oncology intensive care, 17 in palliative care, 36 in anesthesia intensive care, and 4 other (specialty nurses). In a private hospital, there are 16 nurses in general intensive care (adult), 7 in general intensive care (pediatric), 11 in oncology intensive care, 5 in palliative care, 8 in cardiovascular surgery intensive care, 16 in anesthesia intensive care and 4 other (specialty nurses). (131 in a public hospital, and 67 in a private hospital). The inclusion criteria included nurses working in intensive care units, oncology units, palliative care units and nurses who agreed to participate in the study.

Data Collection Tools

The data was collected using a personal information form created based on a literature review, the Death Attitudes Profile (DAP), and the Spiritual Support Perception Scale (SSPS). The personal information form consisted of nine questions on the participants' sociodemographic and professional characteristics^{3,17}. The DAP is a 7-point Likert-type scale including 26 questions. It was developed to measure individuals' attitudes towards death. The scale consists of three subscales: Neutral Acceptance and Approach Acceptance (Subscale 1), Escape Acceptance (Subscale 2), and Fear of Death and Death Avoidance (Subscale 3). High mean scores in the subscales indicate a negative attitude. In the validity and reliability study, Cronbach alpha coefficients of the scales were determined as 0.86, 0.74, and 0.76, respectively¹⁵. The SSPS is a 5-Point Likert-type scale with 15 items. The scale has no subscale. It was developed to measure individuals' perceptions of spiritual support. High scale scores indicate good spiritual support perception and attitude. Cronbach alpha value of the scale was determined as 0.94¹⁷.

Data Collection

The data collection forms were administered between August and October 2017 after written permissions were obtained from the required institutions. The data were collected through face-to-face interviews in the inpatient units where the participants worked during business hours (8:00 a.m. and 4:00 p.m.). Each interview lasted an average of 20 minutes.

Data Analysis

Statistical evaluations were carried out using the IBM SPSS Statistics 22 package program. The independent variables were the nurses' sociodemographic and professional characteristics, such as age, gender, education level, duration of time working as a nurse, and duration of time working in the clinic. The dependent variables were the

participants' scores on the DAP subscales and SSPS. For statistical significance, a p-value of less than 0.05 was accepted.

While the statistics were analyzed using numbers, percentages and averages, the relationship between the scales was analyzed using Spearman Correlation analysis since the data were not normally distributed. The differences between the scale scores according to the independent variables regarding the nurses' sociodemographic and professional characteristics were analyzed using the Mann-Whitney U test for binary groups and the Kruskal-Wallis test for more than two groups. Bonferroni correction was used for further analysis in more than two groups.

Ethical Dimension

The ethical conformity of the study was evaluated by the Ethics Committee of a university (2017/03-01) and the study was ethically approved. The required written permissions were obtained from the public hospital affiliated with the Turkish Public Hospitals Union, the General Secretary of a public hospitals union, and a private hospital. The participating nurses in the study were informed of the purpose of the research, and their verbal and written consent was acquired.

Limitations

Public hospitals are health institutions with higher capacity than private hospitals. Therefore, the number of nurses employed in public and private hospitals is not equal. This difference constitutes the limitation of the study.

RESULTS

Table 1 shows that the average age of the nurses was (31.01±6.65) years, and the average duration of employment was eight years (8.64±6.29). Approximately half of the nurses (52.5%) were undergraduate graduates. It is seen that they mostly worked in intensive care (adult) units (38.4%) and oncology services (19.2%).

Table 2 shows the participant scores on the scales. The nurses' positive death attitudes (Neutral Acceptance and Approach Acceptance/DAP Subscale 1) yielded the highest mean score; 63.45±9.87. The mean scores of the nurses' Escape Acceptance Attitudes (DAP Subscale 2) were 19.47±6.48, and Fear of Death and Death Avoidance (DAP Subscale 3) were 31.42±9.49. Their total SSPS score was 50.98±7.98.

Table 3 shows a statistically significant association connecting the nurses' scale scores according to their ages, duration of time working as a nurse, and duration of time working in their unit. The nurses' age (r= -0.145, p<0.05) and years of working (r= -0.160, p<0.05) had a negative, weak, and statistically significant association with the Escape Acceptance Attitudes (DAP Subscale 2). A negative, weak, and statistically significant association was found connecting the nurses' duration of time working in the unit and the Neutral Acceptance and Approach Acceptance (DAP Subscale 1) (r= -0.154, p<0.05). In addition, a positive, moderate, and statistically remarkable association was found between the nurses' SSPS scores and the Neutral

Acceptance and Approach Acceptance (DAP Subscale 1) (r= 0.305, p<0.05).

Table 1. Nurses' Sociodemographic Characteristics (n= 198)

Characteristics	X̄±SD	
Age	31.01±6.65	
Duration of time working as a nurse (years)	8.64±6.29	
Duration of time working in the unit (month)	45.82±39.91	
	Number	%
Gender		
• Female	143	72.2
• Male	55	27.8
Marital Status		
• Single	79	39.9
• Married	119	60.1
Education Level		
• High School	46	23.2
• Associate's Degree	34	17.2
• Bachelor's Degree	104	52.5
• Postgraduate	14	7.1
The Unit They Worked in		
• Intensive Care (adult)	54	27.3
• Intensive Care (pediatric)	23	11.6
• Oncology	31	15.6
• Cardiovascular Surgery Intensive Care	8	4
• Palliative Care	22	11.2
• Anesthesia Intensive Care	52	26.3
• Other (Special Branch)	8	4
The Hospital Worked in		
• Public Hospital	131	66.2
• Private Hospital	67	33.8
Total	198	100.0

X̄: Mean, SD: Standard Deviation

Table 2. The Nurses' Mean Scores on the DAP and SSPS

SCALES	X̄±SD	Med (Min-Max)
Death Attitude Profile		
Neutral Acceptance and Approach Acceptance	63.45±9.87	63.00 (12.00-84.00)
Escape Acceptance	19.47±6.48	19.00 (5.00-35.00)
Fear of Death and Death Avoidance	31.42±9.49	31.00 (9.00-63.00)
Spiritual Support Perception Scale	50.98±7.98	52.00 (19.00-60.00)

X̄: Mean, SD: Standard Deviation, Med: Median (median value), Min: Minimum, Max: Maximum

Table 3. The Relationship between Nurses' Sociodemographic Characteristics and Mean Scores on the DAP and SSPS and between the DAP and SSPS Scores

Correlation	SSPS Total Score	Neutral Acceptance and Approach Acceptance (DAP Subscale 1)	Escape Acceptance (DAP Subscale 2)	Fear of Death and Death Avoidance (DAP Subscale 3)
Age				
Spearman's Correlation (r)	0.071	-0.045	-0.145	-0.034
Sig (p)	0.32	0.52	0.04	0.63
Years of Working				
Spearman's Correlation (r)	0.099	-0.040	-0.160	-0.037
Sig (p)	0.16	0.57	0.02	0.60
Duration of Working in the Unit				
Spearman's Correlation (r)	-0.113	-0.154	-0.111	-0.21
Sig (p)	0.11	0.03	0.12	0.77
SSPS Total Score				
Spearman's Correlation (r)	-	0.305	0.03	0.27
Sig (p)		0.00	0.67	0.07

DAP: Death Attitudes Profile, SSPS: Spiritual Support Perception Scale

Table 4 shows the distribution of nurses' DAP and SSPS scores according to some of their characteristics. A statistically significant difference was found between the Fear of Death and Death Avoidance (DAP Subscale 3) scores of the nurses according to gender; the mean Fear of Death and Death Avoidance scores of female nurses were significantly higher than male nurses ($p < 0.05$). A statistically significant difference was found between the mean scores of Neutral Acceptance and Approach Acceptance (DAP Subscale 1) according to the educational level of the nurses. The nurses with a postgraduate degree had a statistically significantly higher mean score on the Neutral Acceptance and Approach Acceptance (DAP Subscale 1) compared to those who had a high school, associate's, or bachelor's degree ($p < 0.05$).

The nurses working in the oncology unit had statistically significantly higher total mean SSPS scores compared to those working in the (pediatric) critical care, cardiovascular surgery intensive care, end-of-life care, and anesthesia intensive care units ($p < 0.05$). No statistically significant difference was found between their mean scores on the Neutral Acceptance and Approach Acceptance (DAP Subscale 1), Escape Acceptance (DAP Subscale 2), and Death Avoidance (DAP Subscale 3) ($p > 0.05$).

In the comparison made according to the hospital (Public Hospital, Private Hospital) where the nurses work, no statistically significant difference was found between their mean scores on Neutral Acceptance and Approach Acceptance (DAP Subscale 1), Escape Acceptance (DAP Subscale 2), and Death Avoidance (DAP Subscale 3) ($p > 0.05$).

DISCUSSION

Nursing is a profession that is involved in the entire human life from birth to death. Accordingly, this study focuses on the relationship between death and perception of death, one of the most important phenomena nurses face, and nurses' perception of spiritual support.

The participant nurses' mean scores on the scales were analyzed, and it was found that they had the highest mean score on the positive death attitudes (Table 2). This shows that the nurses perceived death, which they frequently encounter, as a phenomenon that is natural and should be experienced and accepted. The literature includes studies with similar results^{1,6,16,18-22}. A study reported that the nurses had the highest mean score on the positive death attitudes, which was not consistent with the finding of the present study²³. This can be attributed to nurses' defense mechanism of avoidance against their fear and anxiety of death. A positive, moderate, and statistically significant difference was found between the SSPS and Neutral Acceptance and Approach Acceptance in the present study ($p < 0.05$) (Table 3). As nurses' positive/accepting death attitude increased, their level of perceiving patients' spiritual support needs also increased. A study conducted with nursing students found that 17.2% of the students felt 'sad' and 10.2% 'continued to provide care without knowing what they felt'²⁴, that most of the students did not want to care for the dying patients²¹ and that spiritual care was ignored. Braun and Gordon (2010) found that nurses with a high fear of death and death avoidance had less positive attitudes while giving care to dying patients²⁵. In a study, it was stated that nurses were afraid to care for the patient as death approached, they avoided communicating about death, they coped with the phenomenon of death by crying, and the care they provided could also be negatively affected²⁶. İnci and Öz (2012) reported that nurses with awareness and positive attitudes towards death would have lower levels of anxiety of death, and in parallel, their negative attitudes towards caregiving to terminal patients would change³. In the present study, the nurses who regarded death as a natural and inevitable part of life had better spiritual support perceptions and were better at detecting spiritual needs.

The participant nurses' age had a negative, weak, and statistically significant association with the Escape Acceptance Attitudes ($p < 0.05$) (Table 3). This means that as the age of the nurses increases, their death-avoidance attitudes decrease. The literature indicates studies with similar results²⁷⁻²⁹.

Table 4. Distribution of the Nurses' Mean Scores on the DAP and SSPS according to their Sociodemographic Characteristics (n = 198)

Nurses' Characteristics	SSPS Total Score		Neutral Acceptance and Approach Acceptance (DAP Subscale 1)		Escape Acceptance (DAP Subscale 2)		Fear of Death and Death Avoidance (DAP Subscale 3)	
	$\bar{X}\pm SD$	Med (Min-Max)	$\bar{X}\pm SD$	Med (Min-Max)	$\bar{X}\pm SD$	Med (Min-Max)	$\bar{X}\pm SD$	Med (Min-Max)
Gender								
• Female	51.66±7.06	52.00 (28.00-60.00)	63.26±9.99	64.00 (12.00-84.00)	19.43±6.63	19.00 (5.00-35.00)	32.56±9.58	32.00 (12.00-63.00)
• Male	49.22±9.87	51.00 (19.00-60.00)	63.96±9.62	64.00 (35.00-80.00)	19.58±6.16	20.00 (6.00-31.00)	28.45±8.69	29.00 (9.00-53.00)
p*	0.209		0.482		0.817		0.015	
Education Level								
• High School	51.17±7.86	52.50 (28.00-60.00)	64.28±7.38	64.00 (49.00-81.00)	19.54±7.43	19.00 (5.00-33.00)	32.54±10.20	32.50 (16.00-57.00)
• Associate's Degree	49.21±8.73	50.00 (22.00-60.00)	62.76±7.46	63.00 (43.00-75.00)	19.50±5.65	18.50 (8.00-30.00)	29.29±8.29	29.50 (9.00-51.00)
• Bachelor's Degree	51.19±7.90	52.00 (19.00-60.00)	62.43±11.31	64.00 (12.00-81.00)	19.08±6.21	18.00 (6.00-35.00)	31.64±9.69	32.00 (12.00-63.00)
• Postgraduate	53.07±7.18	55.50 (40.00-60.00)	70.00±8.65	70.50 (53.00-84.00)	22.14± 7.6	25.00 (9.00-31.00)	31.21±8.50	31.50 (17.00-43.00)
p**	0.430		0.050		0.374		0.647	
The Unit They Worked in								
• Intensive Care (adult)	49.49±9.27	52.00 (19.00-60.00)	62.41±11.20	63.50 (12.00-81.00)	19.71±6.49	20.00 (7.00-35.00)	30.14±9.26	31.00 (9.00-63.00)
• Intensive Care (pediatric)	50.96±8.08	50.50 (28.00-60.00)	66.21±5.94	65.50 (54.00-77.00)	19.83±7.80	20.00 (5.00-35.00)	36.25±11.24	36.00 (10.00-57.00)
• Oncology	53.92±7.45	56.00 (26.00-60.00)	62.92±10.47	64.00 (34.00-81.00)	17.18±6.35	16.50 (8.00-32.00)	32.79±10.19	31.00 (12.00-55.00)
• Cardiovascular Surgery Intensive Care	48.83±7.70	49.50 (31.00-60.00)	64.78±11.48	65.00 (40.00-80.00)	21.05±6.79	19.00 (6.00-31.00)	30.89±10.69	28.00 (14.00-53.00)
• Palliative Care	50.38±6.63	51.50 (40.00-60.00)	68.38±7.80	70.50 (53.00-78.00)	20.50±8.57	22.50 (8.00-30.00)	26.63±8.47	27.50 (17.00-38.00)
• Anesthesia Intensive Care	51.28±3.73	51.00 (44.00-60.00)	62.45±6.43	62.00 (53.00-77.00)	20.38±4.54	19.00 (11.00-27.00)	31.24±6.00	32.00 (15.00-47.00)
• Other (Special Branch)	58.40±1.67	58.00 (56.00-60.00)	63.40±11.78	60.00 (54.00-84.00)	19.00±4.64	19.00 (14.00-25.00)	27.80±5.76	31.00 (19.00-33.00)
p**/p***	0.045		0.109		0.210		0.072	
The Hospital They Worked in								
• Public Hospital	50.52±7.63	51.00 (19.00-60.00)	63.73±8.84	64.00 (34.00-84.00)	19.31±5.95	19.00 (6.00-32.00)	31.43±8.66	32.00 (10.00-54.00)
• Private Hospital	51.88±8.64	54.00 (26.00-60.00)	62.93±11.68	64.00 (12.00-81.00)	19.81±7.46	20.00 (5.00-35.00)	31.40±11.03	29.00 (9.00-63.00)
p*	0.058		0.897		0.742		0.455	

\bar{X} : Mean, SD: Standard Deviation, Med: Median (median Value), Min-Max: Minimum, Maximum Value, *Mann Whitney U Test, **Kruskall Wallis Test, ***Bonferroni Correction, DAP: Death Attitudes Profile, SSPS: Spiritual Support Perception Scale

On the other hand, some studies found no association between the anxiety of death and age^{28,30-33}. Youth may lead nurses to perceive death as a remote possibility and think less about death. In conclusion, facing the truth of death may increase nurses' anxiety^{3,28}.

A negative, weak, and statistically significant association was found between the nurses' years of working and the Escape Acceptance Attitudes ($p < 0.05$) (Table 3). Escape Acceptance, Subscale 2, is explained as believing that death will save people from the psychological and physical damages of life. Regarding death as avoidance or salvation is a negative attitude towards death. The literature includes studies with similar results^{34,35}. Professional experience may lead nurses to face death more and develop a more realistic attitude towards death. Unlike the present study, a study on nursing students' perceived death attitudes³⁶ and a study on nurses' spirituality and understanding of spiritual care³⁵ found that the duration of time worked had a negative weak relationship with death acceptance and positive death attitudes. Chen et al. (2006) conducted a study with nursing students and found that the students with more experience had higher death anxiety levels than the students with less experience³⁷. This difference can suggest that experienced students who provided care for dying patients for a longer period, experienced losses due to death, were unaware of their feelings, and could not effectively cope, which increased their death anxiety.

A negative, weak, and statistically significant association was found between the nurses' duration of time working in the unit and the Neutral Acceptance and Approach Acceptance ($p < 0.05$) (Table 3). This indicates that as the duration of time working with terminally ill patients increased, the nurses' positive and accepting death attitudes decreased. Similar studies in the literature have reported that nurses who encountered terminal patients exhibited more positive attitudes and that experienced nurses had more neutral and positive death attitudes^{38,39}. The discoveries of the present study were different from those in the literature. This can be attributed to the intense emotional burden and compassion fatigue created by providing long-term care for terminal patients and losing many patients they had provided care for.

A statistically significant difference was found between nurses' Death Avoidance scores according to their gender; female nurses' mean score was statistically significantly higher than that of male nurses ($p < 0.05$) (Table 4). Unlike the present study, some studies have shown that death anxiety had no relationship with gender⁴⁰ and that females' death anxiety was lower than that of males^{41,42}.

However, there are a more significant number of studies which reported that females' death anxiety was higher than that of males^{27,38}. Females' higher death anxiety can be attributed to the fact that they can more clearly notice and express their feelings and that females' overall anxiety levels are higher than that of males. In addition, males may express their feelings regarding death in this way to look strong and fearless due to gender roles. In Turkish society, men are expected to show no fear during frightening

situations, while it is accepted that females are more emotional during such situations^{38,43}.

According to their education level, a statistically significant difference was found between the nurses' mean scores on the Neutral Acceptance and Approach Acceptance. The nurses who had a postgraduate degree had a statistically significantly higher mean score on the positive death compared to those who had a high school, associate's, or bachelor's degree ($p < 0.05$). Neutral Acceptance and Approach Acceptance shows positive attitudes towards death. While the literature includes similar studies which have indicated that nurses' death attitudes positively changed as their education level increased^{40,44-46}. Some other studies found no relationship between education level and death anxiety⁴⁷⁻⁵⁰. These findings suggest that further studies should be conducted on how education level affects nurses' death anxiety. In addition to education level, the content of education should also be evaluated in terms of being rich in death and providing care to dying patients³. The literature includes various results regarding nurses' perceptions of spiritual needs. The present study, in line with some other studies in the literature^{12,13,17,50-54}, found that the participant nurses had a high level of perception of spiritual needs. Nursing is based on protecting and maintaining the integrity of individuals' physical, psychological, social, and spiritual needs. Accordingly, determining and meeting individuals' spiritual needs is a significant part of nursing care. A study found that nurses volunteered to provide patients with spiritual care⁵⁵. On the other hand, unlike the present study, other studies have reported that patients' spirituality is ignored and spiritual needs are insufficiently provided^{11,55-57}. These studies have reported that nurses are unable to realize their patients' spiritual needs sufficiently.

A statistically significant difference was found between the participant nurses' mean total SSPS scores according to the unit they worked in. With advanced analysis, it was determined that the difference was due to the oncology department. The nurses working in the oncology unit had statistically significantly higher total mean SSPS scores compared to those working in the (pediatric) intensive care, cardiovascular surgery intensive care, palliative care, and anesthesia intensive care units ($p < 0.05$). Unlike the present study, the literature has reported that the unit where nurses work does not affect their mean spirituality score^{9,12-14}. The units caring for terminally ill patients encounter death and dying patients more frequently. Thus, since the nurses working in these units had more experience with death, it is expected that their perception of death would be more positive, their death anxiety would be lower, and their spiritual support perception would be higher. In intensive care and palliative care units, patients are usually able to establish limited or no communication or are unconscious. Since death and spiritual needs, which are abstract concepts, cannot be discussed with children in pediatric clinics, accurate statistics cannot be obtained on these subjects. Oncology clinics, on the other hand, provide care for patients who are more open to communication and are conscious, with whom nurses spend longer times due to

their treatments, and who can share their opinions on death, the afterlife, their beliefs, and spirituality—which can explain the findings of the present study. In addition, this finding also shows that even though the frequency of encountering the truth of death is high, this situation may not disturb when accurately coped with. Different characteristics between the units and nurses and the fact that nurses work focused on patients may also have contributed to this finding.

CONCLUSION

According to the findings of this research:

- As nurses' positive/accepting death attitude increased, their level of perceiving patients' spiritual support needs also increased. As the education level of nurses increases, their positive attitudes towards death also increase. Additionally, a holistic approach and spiritual care to terminal patients should be given during nursing education and in-service training for effective spiritual care.
- This study shows that positive attitude towards death is lower in young nurses. Therefore, attention should be paid to educating young nurses on the subject and raising their awareness.

This study showed that the nurses perceived the patients' spiritual support needs. However, this does not indicate how much they met the spiritual needs they perceived. Future studies should analyze the status of terminally ill patients' spiritual support needs being met in order to reveal all aspects of the subject.

Ethics Committee Approval: Approval has been obtained from the Social and Humanities Ethics Committee of Niğde Ömer Halisdemir University (2017/03-01).

Conflict of Interest: None

Funding: None

Exhibitor Consent: Informed consent was obtained from the children and their parents.

Author contributions

Study design: YS, Fİ, ZÇ

Data collection: YS

Literature search: YS, Fİ

Drafting manuscript: YS, Fİ, ZÇ

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

Etik Kurul Onayı (Kurul adı, tarih ve sayı no): Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (2017/03-01).

Çıkar Çatışması: Yok

Finansal Destek: Yok

Katılımcı Onamı: Çocuklar ve ebeveynlerinden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Yazar katkıları

Araştırma dizaynı: YS, Fİ, ZÇ

Veri toplama: YS

Literatür araştırması: YS, Fİ

Makale yazımı: YS, Fİ, ZÇ

Teşekkür: Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hemşirelere teşekkür ederiz.

REFERENCES

1. Bilge A, Embel N, Kaya F. Attitudes of students who will become medical professionals regarding death and the variables that affect these attitudes. *J Psy Nurs.* 2013;4(3):119-12.
2. Akdemir N, Birol L. Internal medicine and nursing care. 5th ed. İstanbul: Vehbi Koç Yayınları; 2020.
3. İnci F, Öz F. Palliative care and death anxiety. *Curr Approaches Psychiatry.* 2012;4(2), 178–187.
4. Hov L, Tveit B, Synnes O. Nobody dies alone in the electronic patient record—a qualitative analysis of the textual practices of documenting dying and death. *Omega.* (in press). 2021. <https://doi.org/10.1177/00302228211019197>
5. Ay F, Gençtürk N. Midwifery student's opinions related to death, terminal period and palliative care: focus group study. *FNJN.* 2013;21(3):164-71.
6. Sanli D, İltus F. Experiences of a group of senior nursing students with end of life care and death in turkey. *OMEGA - Journal of Death and Dying.* 2022;85(4):936–57.
7. Üstükuş A, Eskimez Z. The effect of death anxiety in nurses on their approach to dying patients: A cross-sectional study. *PPC.* 2021;57(4):1929-36.
8. Ay MA, Öz F. Nurses attitudes towards death, dying patients and euthanasia: A descriptive study. *Nursing Ethics.* 2019;26(5):1442-57.
9. Ergül Ş, Bayık A. Nursing and spiritual care. *Journal of Cumhuriyet University School of Nursing.* 2004;8(1):37–45.
10. Aştı N, Pektekin Ç, Adana F. Cerrahi hemşirelik bakımının manevi boyutu. *İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi (HD).* 2005;54:27-34.
11. Narayanasamy A, Owens J. A critical incident study of nurses responses to the spiritual needs of their. *JAN.* 2001;33,446–55.
12. Çelik AS, Özdemir F, Durmaz H, Pasinlioğlu T. Determining the perception level of nurses regarding spirituality and spiritual care and the factors that affect their perception level. *HUHEMFAD.* 2014;1(3):1-12.
13. Akgün-Kostak M, Çelikkalp Ü, Demir M. Nurses' and midwives' thoughts on spirituality and spiritual care. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı.* 2010;1(1):218-25.
14. Daştan NB, Buzlu S. The effects of spirituality and spiritual care in breast cancer patients. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi.* 2010;3(1),73-9.
15. Işık E, Fadiloğlu Ç, Demir Y. Validity and reliability study of the Turkish translation of the attitudes towards death scale in the nurse population. *HEMAR-G.* 2009;2:28–43.
16. Juvet TM, Bornet MA, Desbiens JF, Tapp D, Roos P. "Do Not Protect Us, Train Us."-Swiss Healthcare Students' attitudes toward caring for terminally ill patients. *Omega.* (in press). 2021. <https://doi.org/10.1177/00302228211007003>

17. Kavas E, Kavas N. Determining the perception of spiritual support by doctors, midwives and nurses about the need for spiritual care in patients: The case of Denizli. *Turkish Studies*. 2015;10(14):449-60.
18. Benli SS, Yıldırım A. Relationship between nurses' life satisfaction and attitudes towards death. *Gümüşhane Univ Sağlık Bilim Derg*. 2017;6(4):167-79.
19. Çelik N. The intensive care nurses' attitudes toward of death and principles about die with dignity. *Mersin Univ Sağlık Bilim Derg*. 2019;12(2):316-27.
20. Gama G, Barbosa F, Vieira M. Factors influencing nurses' attitudes toward death. *Int J Palliat Nurs*. 2012;18(6):267-73.
21. Şahin M, Demirkıran F, Adana F. Nursing students' death anxiety, influencing factors and request of caring for dying people. *J Psy Nurs*. 2016;7(3):135-41.
22. Wang L, Li C, Zhang Q, Li YJ. Clinical nurses' attitudes towards death and caring for dying patients in China. *Int J Palliat Nurs*. 2018;24(1):33-9.
23. Yılmaz E, Vermişli S. The attitudes of nurses working in intensive care towards death and providing care to the dying individual. *CBU-SBED*. 2015;2(2):41-6.
24. Taşdemir G, Gök F. Determination of death anxiety of students studying in a health college. *JHS*. 2012;9:288-302.
25. Braun M, Gordon D, Uziely B. Associations between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *ONS*. 2010;37(1):43-50.
26. Öz-Seki H, Kargın MA. Hemşirelik ve ölümü konuşabilmek üzerine bir derleme. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*. 2021;13(2):452-6.
27. Dağlı EN. Yaşlılarda Ölüm Korkusu ve Dindarlık. [Yüksek Lisans Tezi]. Konya: Selçuk Üniversitesi; 2010.
28. Öztürk Z, Karakuş G, Tamam L. Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı. *Anadolu Psikiyatri De*. 2011;12(1):37-43.
29. İnci F, Öz F. Effects of death education on nurses' death anxiety, depression regarding death, and attitudes towards the dying patient. *Anadolu Psikiyatri De*. 2009;10:253-60.
30. Kaçan-Softa H, Uçukoğlu H, Ulaş Karahmetoğlu G, Esen D. Investigation of some factors affecting the level of death anxiety in the elderly. *YSAD*. 2011;1-2:67-79.
31. Orak OS, Gök Uğur H, Başköy F, Özcan M, Seyis N. Does the perception of God affect death anxiety in elderly patients? *Journal of International Social Research*. 2015;8(38):618-24.
32. Taka F. Determination of Death Anxiety in Nurses. [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2010.
33. Üstüner-Top F, Saraç A, Yaşar G. Determination of depression level, death anxiety and daily life functions in nursing home residents. *J Clin Psy*. 2010;13(1):1422.
34. Ayhan D. Hemşirelik Pratiğinde Ölümle Karşılaşma Durumu ve Sıklığının Hemşirelerin Ölümüne Yönelik Tutumlarına Etkisi. [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Gazi Üniversitesi; 2013.
35. McSherry W, Jamieson S. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *JCN*. 2011;20:1757-67.
36. Kumar S, Chris E, Pais M, Sisodia V, Kumar K. Nursing students' perceived attitudes towards death: a cross-sectional survey. *Indian J Forensic Med Pathol*. 2014;7(1):5-15.
37. Chen Y, Del Ben K, Fortson BL, Lewis J. Differential dimensions of death anxiety in nursing students with and without nursing experience. *Death Stud*. 2006;30(10):919-29.
38. Acehan G, Eker F. Death anxiety, death-related depression levels of medical personnel providing emergency medicine services and the coping methods they use. *J Psy Nurs*. 2013;4(1):27-35.
39. Dunn KS, Otten C, Stephens E. Nursing experience and the care of dying patients. *ONS*. 2005;32(1):97-104.
40. İnce F. Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerde Ölüm ve Ölüm Kaygısı Kavramının İncelenmesi. [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Haliç Üniversitesi; 2014.
41. Özdemir K. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Ölüm Kaygısı. [Yüksek Lisans Tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2014.
42. Chuin CL, Choo YC. Age, gender, and religiosity as related to death anxiety. *Sunway Academic Journal*. 2010;6:1-16.
43. Yüksel MY, Güneş F, Akdağ C. Investigation of the death anxiety and meaning in life levels among middle-aged adults. *In SPC*. 2017;2(2):165-81.
44. Ek K, Westin L, Prael C, Osterlind J, Strang S, Bergh I, et al. Death and caring for dying patients: exploring first-year nursing students' descriptive experiences. *Int J Palliat Nurs*. 2014;20(10):509-15.
45. Leombruni P, Miniotti M, Bovero A, Zizzi F, Castelli L, Torta R. Attitudes toward caring for dying patients: An overview among Italian nursing students and preliminary psychometrics of the FATCOD-B scale. *J Nurs Educ Pract*. 2014;4:188-96.
46. Youssef HAM. Nursing students' perception of dying and their contextualizing end of life and palliative care in nursing curriculum at taif university. *EJAE*. 2016;3(5):193-9.
47. Kayaoğlu K, Ekinci M. Death anxiety in intensive care nurses and affecting factors. *UHPPD*. 2016;5:21-36.
48. Sayın Kasar K, Karaman E, Say Şahin, Yıldırım Y. Şenuzun Aykar F. The relationship between death anxiety experienced by elderly individuals and standard of life. *Gümüşhane Univ Sağlık Bilim Derg*. 2016;5(2):48-55.
49. Şahin M, Demirkıran F, Adana F. "Hemşirelik öğrencilerinde ölüm kaygısı, ölmekte olan bireye bakım verme isteği ve etkileyen faktörler". *Psikiyatri Hemşireliği De*. 2016;7(3):135-41.
50. Tambağ H, Mansuroğlu S, Yıldırım G. Determination of the spiritual support perception of intensive care unit nurses: a pilot study. *JCM*. 2018;8(2):159-64.
51. Gurdogan EP, Kurt D, Aksoy B, Kınıcı E, Şen A. Nurses' perceptions of spiritual care and attitudes toward he principles of dying with dignity: A sample from Turkey. *Death Stud*. 2017;41(3), 180-87.

52. Periyakoil VS, Stevens M, Kraemer H. Multicultural long-term careurses' perceptions of factors influencing patient ignity at the end of life. JAGS. 2013;71:440–6.
53. Pour HA, Özvurmaz S, Kunter D. Evaluation of the perception and practice model towards spiritual care in nursing and midwifery intern students. J Contemp Med. 2017;7:225–33.
54. Wu L F, Tseng HC, Liao YC. Nurse education and willingness to provide spiritual care. Nurse Educ Today. 2016;38:36-41.
55. Uslu-Şahan F, Terzioğlu F. Hemşirelerin kanser hastalarına yönelik manevi bakım uygulamaları ve karşılaştıkları engeller. Gümüşhane Univ Sağlık Bilim Derg. 2020;9(4):340-4
56. Ercan F, Körpe G, Demir S. Spirituality and spiritual care related perceptions of nurses working at the inpatient services of a university hospital. GMJ. 2018;29(1):17-22.
57. Duran A, Özçelik H. Yoğun bakım klinilerinde çalışan sağlık profesyonellerinin spiritüalite ile ilgili bilgi ve tutumları. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2022;9 (1):2-10.

Araştırma makalesi

Research article

Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere
Yönelik Tutumunu Etkileyen Faktörlerin BelirlenmesiFatma AĞIR¹, Sevcan TOPTAŞ KILIÇ²

ÖZ

Amaç: Bu çalışma sağlık çalışanların ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik tutumunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma tanımlayıcı kesitsel türde bir çalışmadır. Örneklemi Aralık 2021-Mayıs 2022 tarihleri arasında Aksaray'da bir hastanede çalışan, dahil edilme kriterlerini taşıyan ve örnekleme seçimine gidilmeden çalışmaya katılmayı kabul eden 153 sağlık çalışanı oluşturmuştur. Veriler "Kişisel Bilgi Formu", "Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği" ve "Empati Düzeyi Belirleme Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, pearson korelasyon analizi ve stepwise regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Bulgular değerlendirildiğinde sağlık çalışanlarının ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumu, olumsuz düzeyde bulunmuştur. Ruhsal hastalığa yönelik olumsuz tutum geliştikçe empatik eğilimin azaldığı görülmektedir. Regresyon analizi sonucunda ruhsal hastalığı olan bireyin saldırgan olduğunu düşünme değişkeni toplum ruh sağlığı ideolojisi puanlarının %8,1'ini açıklarken, empatik eğilim değişkeni modele eklendiğinde %14,3'ünü ve "ev sahibi olduğu varsayıldığında ruhsal sorunu olan birine evinizi kiraya verir misiniz?" değişkeni modele eklendiğinde ise %16'sını açıklamaktadır.

Sonuç: Sağlık çalışanlarının ruh sağlığı bozuk bireylere yönelik olumlu tutum geliştirilmesinde etkili olan empati düzeyinin artırılmasına yönelik sağlık hizmetleri planlanması önemli olacaktır.

Anahtar kelimeler: Empati, ruhsal hastalık, sağlık çalışanları, tutum

ABSTRACT

Determining the Factors Affecting the Attitudes of Healthcare Professionals towards Individuals with Mental Illness

Aim: This study was conducted to determine the factors affecting the attitudes of healthcare professionals toward individuals with mental illness.

Material and Methods: This study is a descriptive cross-sectional study. The sample consisted of 153 healthcare workers working in a hospital in Aksaray between December 2021 and May 2022 who met the inclusion criteria and agreed to participate in the study without sample selection. The data were collected using the "Personal Information Form", "Community Attitudes towards Individuals with Mental Problems Scale" and "Empathy Level Determination Scale". In the evaluation of the data, descriptive statistics, Pearson correlation analysis, and stepwise regression analysis were performed.

Results: When the findings were evaluated, the attitudes of healthcare professionals towards individuals with mental illness were found to be negative. It is seen that empathic tendency decreases as the negative attitude towards mental illness develops. As a result of the regression analysis, the variable of thinking that the individual with mental illness is aggressive explains 8.1% of the community mental health ideology scores, 14.3% when the empathic tendency variable is added to the model, and 16% when the variable "would you rent your house to someone with mental problems assuming that he/she is a landlord?" is added to the model.

Conclusion: It will be important to plan health services to increase the empathy level of health professionals, which is effective in developing positive attitudes towards individuals with mental illness.

Keywords: Attitude, empathy, healthcare professionals, mental illness

¹ MSc, RN, Sultanhanı Aile Sağlığı Merkezi, Aksaray, Türkiye, E-mail: fatmaagir2020@outlook.com, Tel: +90 542 744 42 68, ORCID: 0009-0000-9286-6722

² Dr. Öğr. Üyesi, Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Gerontoloji Bölümü, Çankırı, Türkiye, E-mail:sevcantoptaskilic@karatekin.edu.tr, Tel: +90 5548704928, ORCID: 0000-0002-1476-9561

Geliş Tarihi: 28 Nisan 2023, Kabul Tarihi: 12 Şubat 2024

Atf/Citation: Ağır F, Toptaş Kılıç S. Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Tutumunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2024; 11(2), 125-134. DOI: 10.31125/hunhemsire.1289132

GİRİŞ

Ruhsal bozukluklar toplumda yaygın olarak karşılaşılmaması, kronikleşme eğilimi göstermesi ve pek çok bedensel hastalık kadar yeti yitiminin olmasından dolayı önem gösterilmesi gereken hastalıklardandır¹. Bununla birlikte ruhsal bozukluğu olan bireylerin daha fazla olumsuz tutumla karşılaştığı bilinmektedir². Toplumların çoğunda ruhsal bozukluğu olan bireylerin davranışları, hastalığa yönelik büyüklüğü, sihirli, yaratıcının ceza vermesi olarak düşünülebildiğinden ruhsal hastalıkların algılanması daha karmaşık hale gelebilmekte ve bu durum olumsuz tutumların oluşmasına neden olabilmektedir³. Bu düşünceler ruhsal bozukluğu bulunan bireylere karşı sosyal izolasyon, istihdam problemleri gibi sosyal handikapların ortaya çıkmasına neden olmaktadır⁴. Toplumun ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarının, hastanın bunu fark edebilmesini, çare arama davranışını, hekimle ilişki kurma biçimini, tedavi uygulamalarına uyumunu doğrudan etkilediği bilinmektedir⁵. Toplumun ruhsal bozukluklarla alakalı bilgi ve tutumlarının öğrenilmesi ve olumsuz olması halinde değiştirilebilmesinin ruhsal hastalıklara daha doğru tanının konulması, hastaların etkili ve uygun biçimde tedavi olabilmeleri için ilk şartı oluşturduğu bilinmektedir⁶⁻⁷.

İlgili literatür incelendiğinde hastaların tedaviye ulaşımı ve uyumunun sağlanmasında tutum konusunun önemli olması nedeniyle sağlık çalışanlarının tutumunu araştıran çalışmalara ilginin arttığı görülmektedir⁸⁻¹³. Sağlık çalışanları, ruhsal bozukluklara yönelik geliştirdikleri tutum nedeniyle hastanın aldığı sağlık hizmetini etkileyebileceğinden önemli bir gruptur. Kanıtlar, sağlık çalışanlarının tutumlarının genel toplumla benzer¹⁴ veya daha olumsuz^{10,15-18} olduğunu göstermektedir. Yalnızca psikiyatride değil psikiyatri dışı kliniklerde sağlık hizmeti veren ve toplum içinde sağlık konusunda “danışman” işlevi gören sağlık çalışanlarının tutumları, erken tanı, tedavi ve rehabilitasyon sürecinde etkili olmaktadır¹⁰.

Ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik tutumu etkileyen faktörler arasında empatinin pozitif yordayıcı bir faktör olduğu bilinmektedir^{19,20}. Bu konu ile ilgili yapılmış bir çalışmada, İtalya'daki tıp öğrencileri arasında empati ve toplumun ruhsal bozukluğa yönelik tutumları arasında önemli bir ilişki belirlenmiştir. Aynı çalışmanın sonucunda daha yüksek empati düzeyinin daha olumlu tutumla ilişkili olduğu tespit edilmiştir²¹. Sağlık çalışanlarının ruh sağlığı bozuk bireylere yönelik hizmetlerindeki inanç ve tutumları, bakım ve tedavinin kalitesini etkileyerek sosyal ayrımcılığa ve olası zorlayıcı profesyonel uygulamalara yol açtığından anlaşılması kritik öneme sahiptir. Bu çalışma ile sağlık çalışanlarının ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik tutumunu etkileyen sosyodemografik faktörlerin ve empatinin etkisinin belirlenmesi hedeflenmiştir. Böylelikle toplumun bir üyesi olan sağlık çalışanlarına yönelik olumlu tutum geliştirme müdahale çalışmaları için bu araştırmadan elde edilen sonuçların yol gösterici olacağı umut edilmektedir.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, sağlık çalışanlarının ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Soruları

Çalışmanın amacı yönünde aşağıdaki araştırma sorularına yanıt aranmıştır;

Sağlık çalışanlarının;

- Ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik tutum ve empatik eğilim düzeyleri nedir?
- Ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik tutumunu etkileyen tanımlayıcı faktörler nelerdir?
- Empatik eğilim ile ruh sağlığı bozukluğu olan bireye yönelik tutum düzeyi arasındaki ilişki nedir?
- Empatik eğilim ruh sağlığı bozukluğu olan bireylere yönelik tutumun yordayıcısı mıdır?

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Bu araştırma kesitsel türdedir.

Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Aksaray'da bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinin sağlık çalışanları oluşturmuştur. Araştırmanın yapıldığı Aralık 2021- Mayıs 2022 tarihleri arasında bu hastanede 7 diyetisyen, 139 ebe, 628 hemşire, 12 fizyoterapist, 57 pratisyen, 125 uzman hekim görev yapmaktaydı (N=968). Ulaşılan örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığını hesaplamak için G*Power paket programından yararlanılmıştır. Bu analiz sonucuna göre testin gücü %80 ve yanılma payı %5 olarak hesaplanmıştır. Bu durumda elde edilen örneklem büyüklüğü 153 sağlık çalışanı olarak bulunmuştur. Çalışma için 193 kişiyle görüşülmüştür ve bu araştırmada çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 153 sağlık çalışanı ile çalışılmıştır. Hastaların yoğunluğunu, işlerinin aksayacağını, yorgun olduğunu ifade ederek çalışmaya katılmak istemediğini ifade eden n=40 kişi çalışmaya dahil edilememiş ve çalışmada 153 kişiye ulaşılmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan, sağlık çalışanı olma kriterlerini taşıyanlar çalışmaya dahil edilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada; sağlık çalışanlarının sosyodemografik özelliklerinin ve ruh sağlığı bozukluğu bulunan bireylere yönelik tutumlarının yer aldığı araştırmacılar tarafından oluşturulan “Tanıtıcı Bilgi Formu” sağlık çalışanlarının ruh sağlığı bozuk bireylere yönelik tutumunu belirlemeye yönelik “Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (RSTTÖ)” ve empatik eğilim düzeyini belirlemeye yönelik “Empati Düzeyi Belirleme Ölçeği (EDBÖ)” kullanılmıştır.

Tanıtıcı Bilgiler Formu: Araştırmacılar tarafından literatür ışığında hazırlanan 24 soru, sağlık çalışanlarının cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyi gibi sosyodemografik özelliklerini ve ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarını etkileyebilecek tanıtıcı bilgileri elde etmek amacıyla oluşturulmuştur¹⁷⁻¹⁸.

Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (RSTTÖ): Taylor ve Dear (1981)²² tarafından geliştirilmiştir. Orjinali toplam 40 maddeden oluşan Ölçek beş dereceli Likert tipinde olup, her bir madde için 1 (Tamamen

katılıyorum), 2 (Katılıyorum), 3 (Kararsızım), 4 (Katılmıyorum), 5 (Kesinlikle katılmıyorum) şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Bağ ve Ekinci (2003) tarafından yapılmıştır. Ölçek, Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi (3, 5, 7, 10, 12, 14, 15, 17, 19, 21), İyi Niyet (2, 4, 6, 9, 11, 13, 16, 18, 20), Korku/Dışlama (1, 8) olarak üç alt boyuttan oluşmuştur. RSTTÖ ölçeğinin 21 maddelik Türkçe Formu'nun değeri Cronbach alpha katsayısı 0.72 olarak bulunmuştur. Ölçekte ters kodlanan maddeler (4, 9, 13, 16) bulunmaktadır. Ölçekte 'Korku/Dışlama' alt boyutundan alınan puan arttıkça bireyin olumsuz tutum geliştirdiği yönünde, 'Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi' ve 'İyi Niyet' alt boyutlarından alınan puan arttıkça ise olumlu tutum geliştirdiği yorumu yapılmaktadır¹¹. Bu çalışmada RSTTÖ alt boyutlarına ilişkin cronbach alpha katsayısı değerleri sırasıyla Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi 0.696, 'İyi Niyet' 0.614 ve 'Korku/Dışlama' 0.631 olarak bulunmuştur.

Empati Düzeyi Belirleme Ölçeği (EDBÖ): Lawrence ve ark. (2004)²³, tarafından geliştirilen üç faktörlü Empati Düzeyi Belirleme Ölçeği'nin geçerlik güvenirlik çalışması Kaya ve Çolakoğlu (2015)¹⁶ tarafından yapılmıştır. Beş dereceli Likert soru tipinde olup, ölçekte maddeler 1 (Kesinlikle katılmıyorum), 2 (Kısmen katılmıyorum), 3 (Kararsızım), 4 (Kısmen katılıyorum), 5 (Kesinlikle katılıyorum) şeklinde puanlandırılmıştır. Türkçe formunda toplam 13 madde bulunmaktadır. Ölçek üç alt boyuta sahip olup bunlar 'Sosyal Beceri' (1, 2, 3, 5), 'Duygusal Tepki' (6, 7, 8, 10) ve 'Bilişsel Empati' (4, 9, 11, 12, 13) olarak isimlendirilmiştir. Ölçekte ters kodlanan madde bulunmamaktadır. Toplam puan arttıkça empatik eğilim artmaktadır. Bu çalışmada EDBÖ Cronbach alpha katsayısı değeri 0.822, alt ölçeklerin değerleri ise sırasıyla 'Sosyal Beceri' 0.714, 'Duygusal Tepki' 0.639 ve 'Bilişsel Empati' 0.769 olarak bulunmuştur.

Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Anketler uygulanmadan önce Çankırı Karatekin Üniversitesi'nden etik kurul onayı alındıktan sonra Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden kurum izni alınmıştır. Aralık 2021-Mayıs 2022 tarihleri arasında yüzyüze veri toplama yöntemi kullanılarak araştırmayı kabul eden ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan diyetisyen, ebe, fizyoterapist, hemşire, pratisyen hekim ve uzman hekim ile çalışma yürütülmüştür. Uygulamanın başında katılımcılara araştırma ile ilgili sözlü bilgi verilmiştir. Katılımcılara; araştırmanın amacı, kimlik belirleyici bilgilerin istenmeyeceği, cevapların gizli tutulacağı ve sadece bilimsel amaçlar için kullanılacağı, katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğu belirtilmiştir. Katılımcıların sözlü onayları alınmıştır. Serviste ve yoğun bakımda çalışan hemşire ve ebelerle tedavi saatleri dışında, hastanın bakımlarını aksatmayacağı, diyetisyen ve fizyoterapistlere de mesai bitimine yakın yoğunluğun azaldığı bir zaman da iliminde anketler dağıtılmış olup soru sorma ihtimallerine karşı ortamdan uzaklaşmamıştır. Anketler yaklaşık 20 dakikada doldurulmuştur. Hasta yoğunluğunun genellikle fazla olduğu acil servisteki doktor ve hemşireler ile poliklinik yapan uzman doktorlara araştırma ile ilgili sözlü bilgi veriliş anketler sabahdan dağıtılmış olup mesai bitimine yakın toplanmıştır.

Verilerin Analizi

Verilerin analizi, SPSS-version 25.0 programı ile gerçekleştirilmiştir. Veriler değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımları, sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Araştırmada ölçme aracı olarak kullanılan ölçekler için güvenirlik analizi uygulanmış; ölçeklerin güvenilir çıkması sonucunda analize başlanmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Simirnov test ile ölçülmüştür ve pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumuna (bağımlı değişken) etki eden bağımsız değişkenlerin (empati düzeyi, ruhsal hastalığı olan bireyin saldırgan olduğunu düşünme, ev sahibi olduğu varsayıldığında ruhsal sorunu olan birine evinizi kiraya verir misiniz?) incelenmesinde Stepwise regresyon analizi uygulanmıştır.

Araştırmanın Etik Boyutu

Bu araştırma verileri toplanmaya başlamadan önce, Çankırı Karatekin Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 09.11.2021 karar tarihli ve 23 numaralı etik kurul izni alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı Eğitim ve Araştırma Hastanesinden kurum izni alınmıştır (03.12.2021 tarihli ve 66472688-30984361 sayılı). Bu çalışma Helsinki Deklerasyonu Prensipleri'ne uygun olarak yapılmış olup araştırmaya katılmaya gönüllü olan katılımcılardan bilgilendirilmiş onamları veri toplamaya başlamadan önce yazılı ve sözlü olarak alınmıştır ve onamlar anket formunun ön bölümünde belirtilmiştir. Ayrıca araştırmada kullanılan ölçekler için Türkçe geçerlilik güvenirliğini yapan yazarlardan e-posta yolu ile izin alınmıştır.

Araştırma Sınırlılıkları

Bu araştırma, literatüre katkılarının yanı sıra dikkate alınması gereken bazı sınırlılıklar da içermektedir. Öncelikle araştırmanın gerçekleştirildiği kurumda sağlık çalışanlarının büyük bir çoğunluğunun (%65) hemşirelerden oluşması, evreni temsilen seçilen örneklemin de ağırlıklı olarak hemşirelerden oluşmasına (%78) sebep olmuştur. Bu durumun araştırma sonuçlarının sağlık çalışanlarına genellenmesini sınırlayabileceği düşünülmüştür. Ayrıca bu araştırmada örneklemden elde edilen bulgular sadece tek bir hastanede çalışan sağlık çalışanlarını kapsamakta olup çıkan sonuçlar kendi evrenine genellenebilir. Bir diğer sınırlılık ise kullanılan araştırma deseni ile ilgilidir. Tutumun altında yatan faktörlerin nitel çalışma tasarımı ile ortaya çıkarılması önemli olacaktır.

BULGULAR

Sağlık çalışanlarının ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik tutumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada elde edilen sonuçlara göre sağlık çalışanlarının %73.9'u kadın ve yaş ortalaması 30.52±8.09 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca sağlık çalışanlarının %69.3'ü üniversite mezunu ve %78.4'ü hemşire olup %34'ü çalışma hayatında psikiyatri hastasına hizmet verdiğini belirtmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Sağlık Çalışanlarının Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	113	73.9
	Erkek	40	26.1
Yaş Ort±SS = 30.52±8.09	<= 25.00	53	34.6
	25.01 – 35.00	68	44.4
	35.01+	32	21.0
Eğitim durumu	Lise	21	13.7
	Üniversite	106	69.3
	Lisansüstü	26	17.0
Meslek	Diyetisyen	2	1.3
	Ebe	9	5.9
	Fizyoterapist	1	.7
	Hemşire	120	78.4
	Pratisyen hekim	1	.7
	Uzman hekim	20	13.0
Meslekte çalışma süresi	1 yıl ve daha az	45	29.2
	1-5 yıl	41	27.0
	6-10 yıl	25	16.3
	10 yıl ve daha fazla	42	27.5
Yönetici pozisyonunda çalışma durumu	Evet	6	3.9
	Hayır	147	96.1
Çalışma hayatında psikiyatri hastasına hizmet verme durumu	Evet	52	34.0
	Hayır	101	66.0
Ekonomik durum	Geliri giderinden az	37	24.2
	Geliri giderine eşit	83	54.2
	Geliri giderinden fazla	33	21.6
Medeni durumu	Evli	60	39.2
	Bekar	93	60.8
Doğduğu coğrafi bölge	Doğu Anadolu	1	.7
	Güneydoğu Anadolu	11	7.2
	Akdeniz	29	19.0
	İç Anadolu	98	64.1
	Ege	7	4.4
	Karadeniz	6	3.9
	Marmara	1	.7
Yetiştirdiği sosyal çevre	İl-ilçe	130	85.0
	Köy	17	11.1
	Kasaba	6	3.9

Katılımcıların %28.8'i ruhsal hastalıkların nedenini kalıtsal hastalık olarak görürken %44.4'ü travmatik olaylar olarak belirtmiştir. Katılımcıların %81.0'ı ruhsal hastalıklar konusunda bilgi sahibi olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca %59.5'i ruhsal hastalığı olan bireyler ile deneyim yaşadığını ve bu deneyimin olumlu (%45.9) olduğunu belirtmiştir. Sağlık çalışanlarının %45.8'i ruhsal hastalığı olan bireylerin saldırgan olduğunu düşündüğünü, %71.9'u ev sahibi olduğunu varsaydığında ruhsal bozukluğu olduğunu bildiği birine evini kiraya vereceğini belirtmiştir. Ayrıca %84.3'ü

ruhsal hastalığın türüne göre verilen tepkinin değişeceğini ifade etmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların Ruh Sağlığı Bozukluğu Olan Bireylerle İlgili Tutumlarına İlişkin Tanımlayıcı Veriler

		Sayı	Yüzde
Ruhsal hastalıkların nedenine yönelik düşünce	Kalıtsal Yatkınlık	44	28.8
	Dinsel Problemler	2	1.3
	Aile İçi Çatışmalar	38	24.8
	Büyük Gibi Doğüstü Güçler	1	.7
	Travmatik Olaylar	68	44.4
Ruhsal hastalıklar hakkında bilgi sahibi olma durumu	Evet	124	81.0
	Hayır	29	19.0
Ruhsal hastalığı olan birey ile deneyim yaşama	Evet	91	59.5
	Hayır	62	40.5
Cevabınız evet ise ne tür bir deneyim	Olumsuz	53	54.1
	Olumlu	45	45.9
Ruhsal hastalığı olan bireylerin saldırgan olduğunu düşünme	Evet	70	45.8
	Hayır	83	54.2
Ev sahibi olduğunuzu varsaydığınızda ruhsal sorunu olduğunu bildiğiniz birine evinizi kiraya verme konusunda düşünceniz	Evet	43	28.1
	Hayır	110	71.9
Ruhsal hastalığın türüne göre verilen tepkinin değişme durumu	Evet	129	84.3
	Hayır	24	15.7
Ruhsal sağlığı bozuk bireylerin sizde yaşattığı duygu	Sıkıntı	64	41.8
	Korku	42	27.5
	Üzüntü-endişe	23	15.0
	Şaşkınlık	15	9.8
	Diğer	9	5.9
Ruhsal hastalığın olma durumu	Evet	4	2.6
	Hayır	149	97.4
Ruhsal hastalığı olan yakına sahip olma durumu	Evet	33	21.6
	Hayır	120	78.4
Evet ise yakının kim olduğu	Anne	1	3.0
	Baba	3	9.1
	Kardeş	2	6.1
	Akraba	24	72.7
	Arkadaş	3	9.1
Yakın ile aynı evde yaşama durumu	Evet	4	7.4
	Hayır	50	92.6
Aynı evde yaşıyorsanız günlük vakit geçirme süresi	0-1 Saat	2	50.0
	2-5 Saat	2	50.0

Ölçeklere ilişkin tanımlayıcı istatistikler incelendiğinde, toplum ruh sağlığı ideolojisi alt boyut puan ortalaması 22.23±4.65; iyi niyet alt boyut puan ortalaması 18.86±4.21; korku/dışlanma alt boyut puan ortalaması için ise 6.46±1.55 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca empati düzeyi belirleme ölçeği için ortalama puanı 50.80±7.11; sosyal beceri alt boyutu ortalama puanı 15.38±2.72; duygusal tepki ölçeği için ortalama puanı 16.33±2.50 ve bilişsel empati alt boyut ortalama puanı 19.09±3.40 olarak hesaplanmıştır (Tablo 3).

Ruhsal hastalığa yönelik tutum ile empati düzeyi arasındaki ilişki Tablo 3' te gösterilmiştir. Ruhsal hastalığa yönelik olumsuz tutum geliştikçe empatik eğilimin azaldığı görülmektedir ($r=-0.250$; $p=0.002$). Toplumsal ruh sağlığı ideolojisi puanı arttıkça, sosyal beceri ($r=-0.249$; $p=0.002$), duygusal tepki ($r=-0.189$; $p=0.020$) ve bilişsel empati puanları azalmaktadır ($r=-0.185$; $p=0.022$) ($p<0.05$). Aynı şekilde RSTTÖ'nün alt boyutu olan iyi niyet puanları arttıkça, sosyal beceri ($r=-0.228$; $p=0.005$), duygusal tepki ($r=-0.227$; $p=0.005$), bilişsel empati alt boyutu puanları azalmaktadır ($r=-0.177$; $p=0.029$) ($p<0.05$). Diğer taraftan RSTTÖ'nün alt boyutu olan korku/dışlama puanları ile empatik eğilim puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4 incelendiğinde birinci modelde, ruhsal hastalığı olan bireyin saldırgan olduğunu düşünme değişkeni, ikinci modelde empatik eğilim puanı değişkeni, üçüncü modelde ise "ev sahibi olduğu varsayıldığında ruhsal sorunu olan birine evinizi kiraya verir misiniz?" değişkeni modele dahil edilmiştir. Son adımda eklenen değişkenden sonra nihai model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=10.660$; $p=0.000$). Eklenen birinci değişken toplum ruh sağlığı ideolojisi puanının %8.1'ini açıklarken, ikinci değişken modele eklendiğinde %14.3'ünü ve üçüncü değişken modele eklendiğinde %16'sını açıklamaktadır. Nihai modelde ruhsal hastalığı olan bireylerin saldırgan olduğunu düşünme değişkeni ruhsal hastalıklara yönelik tutumu negatif yönde, empatik eğilim ve ruhsal bozukluğu olan bireye evini kiraya verme değişkeni pozitif yönde yordamaktadır (Tablo 4)

Sonuçlar incelendiğinde birinci modelde empati puanı değişkeni, ikinci modelde ise ruhsal hastalığı olan bireyin saldırgan olduğunu düşünme değişkeni modele dahil edilmiştir. Son adımda eklenen değişkenden sonra nihai model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=8.501$; $p=0.000$). Eklenen empati değişkeni iyi niyet puanının %5.7'sini açıklarken, ruhsal hastalığı olan bireyin saldırgan olduğunu düşünme değişkeni modele eklendiğinde %9'u açıklanmaktadır. Nihai modelde empatik eğilim değişkeni iyi niyet puanlarını pozitif, ruhsal hastalığı olan bireylerin saldırgan olduğunu düşünme değişkeni ise negatif yönde yordamaktadır (Tablo 5)

TARTIŞMA

Sağlık çalışanlarının ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik tutumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırma ile elde edilen bulgular, araştırma soruları dikkate alınarak literatür ışığında tartışılmıştır.

Katılımcıların ruhsal hastalıklara yönelik tutumunun olumsuz olduğu saptanmıştır. Dünyanın farklı yerlerinde sağlık personelinin ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı tutumunu farklı ölçekler kullanarak değerlendiren çalışmalar bulunmaktadır²³⁻²⁸. Lebowitz ve Ahn'ın (2016)²⁹ yaptıkları çalışmada sağlık çalışanlarının, ruhsal bozukluğu olan kişilere yönelik olumsuz inanç ve davranışlara genel halk kadar duyarlı olduklarını belirtmişlerdir. Ruh sağlığı hemşirelerinin ruhsal hastalığı olan bireye yönelik tutumunu etkileyen faktörleri belirleyen bir diğer çalışmada da; daha

yaşlı, ruh sağlığı bakımında uzun süre klinik deneyime sahip ve daha fazla empati gösteren ruh sağlığı hemşirelerinin, ruhsal hastalığı olan bireylere karşı olumlu tutumlar sergileme eğiliminde oldukları tespit edilmiştir. Ancak, akut psikiyatri birimlerinde çalışan hemşirelerin, psikiyatrik rehabilitasyon birimleri, poliklinikler veya toplum psikiyatrik rehabilitasyon merkezlerinde çalışan meslektaşlarına kıyasla, ruhsal hastalıklara yönelik ise daha olumsuz bir tutum sergileme eğiliminde oldukları sonucu bildirilmiştir³². Wolska ve Malina (2020)¹⁸ tarafından Polonya'da ruhsal hastalıklara yönelik tutumun belirlendiği ve ön raporun sunulduğu çalışmada, toplumun hala ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik olumsuz tutum sergiledikleri saptanmıştır. Çin'in kırsal kesimindeki birinci basamakta hizmet sunan sağlık çalışanlarıyla yapılan çalışmada, çoğu birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcısının ruhsal bozukluklara karşı karamsar ve olumsuz bir tutum sergilediği bulunmuştur¹⁰. Ayrıca Şahin ve diğerleri (2021)³⁰ tarafından yapılan çalışmada acil servis hemşirelerinin konversiyon bozukluğu olan bireylere yönelik damgalama eğilimi gösterdikleri ve olumsuz tutum içinde oldukları belirtilmiştir. Bu çalışma sonuçlarının yanı sıra ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik olumlu tutumun olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır³¹⁻³³. Amaechi ve diğerlerinin (2023)³⁴ sağlık alanında klinik uygulamada olan öğrencilerin ruhsal hastalık, engellilik ve duygusal/davranışsal bozukluklara yönelik tutum-damgalamayı araştırdıkları çalışmada; öğrencilerden yaşça büyük, kadın ve sağlık mesleğinde daha yüksek eğitim düzeyleri olanların ruhsal hastalıklara yönelik daha olumlu tutum geliştirdikleri saptanmıştır. Benzer biçimde Kigozi Male ve diğerlerinin (2023)³⁵ halk sağlığı hemşireleri ile yaptıkları çalışmada da hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutum sergiledikleri sonucuna ulaşılmıştır. Farklı olarak Desai ve Chavda (2018)¹⁹ yaptığı çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik tarafsız bir tutum içinde oldukları belirtilmiştir. Ruhsal hastalıklara ilişkin olumsuz tutumun toplumda ve toplumun bir parçası olan sağlık çalışanlarında, bilgi çağında olunmasına rağmen hala görülüyor olmasının nedenleri arasında tutumun sosyo-kültürel etkenlerle derin ilişkisi olmasıyla alakalı olduğu düşünülmektedir. Bu durum, toplumun genel dünya görüşü, kültürel normları, eğitim seviyesi ve toplumsal algılar gibi faktörlerle şekillenmektedir. Toplumun bir üyesi olan sağlık çalışanları da ruhsal hastalıklara yönelik tutumları, eğitimi olmalarına rağmen sosyal ve kültürel normların etkisi altında kalarak olumsuz olabilir.

Katılımcıların RSTTÖ'ni etkileyebileceği düşünülen cinsiyet, yaş, medeni durum ve yetiştiği sosyal çevre tanıtıcı özellikleri istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Dolayısıyla regresyon modeline dahil edilmemiştir. Literatürde tanıtıcı özelliklerin ruhsal hastalıklara yönelik tutumu etkileme durumlarına göre yapılan çalışmalara bakılmıştır. Bu konu bağlamında yapılan bir çalışmada da hemşirelerin yaş, medeni durum, en uzun süre yaşadıkları yerleşim birimi, eğitim durumu, mesleki ve buldukları kurumdaki çalışma sürelerinin adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumlarını etkilemediği bulunmuştur³².

Sağlık Çalışanı Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum
Health Worker Attitudes Towards Mental İllness

Tablo 3. Çalışma Değişkenleri Ortalamalar, Standart Sapmalar ve Aralarındaki Korelasyonlar

	Ort. (ss)		1	2	3	4	5	6	7
Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi	22.23 (4.65)	r	1						
		p							
İyi Niyet	18.86 (4.21)	r	0.548**	1					
		p	0.000						
Korku Dışlanma	6.46 (1.55)	r	-0.110	0.031	1				
		p	0.176	0.703					
Empati düzeyi toplam	50.80(7.11)	r	-0.250**	-0.251**	-0.005	1			
		p	0.002	0.002	0.951				
Sosyal Beceri	15.38(2.72)	r	-0.249**	-0.228**	0.069	0.758**	1		
		p	0.002	0.005	0.397	0.000			
Duygusal Tepki	16.33(2.50)	r	-0.189*	-0.227**	0.055	0.829**	0.449**	1	
		p	0.020	0.005	0.502	0.000	0.000		
Bilişsel Empati	19.09 (3.40)	r	-0.185*	-0.177*	-0.106	0.877**	0.456**	0.639**	1
		p	0.022	0.029	0.193	0.000	0.000	0.000	

*p<0.05; **p<0.01; ***ort.(ss):ortalama(standart sapma)

Tablo 4. Katılımcıların Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi Puanlarını Etkileyen Faktörleri Belirlemek İçin Yapılan Regresyon Analizi

	B	SH	T	Sig.	VIF	F	p	R2	
1	Sabit	20.972	0.490	42.830	0.000		14.376	0.000	0.081
	Ruhsal hastalığı olan bireylerin saldırgan olduğunu düşünme= referans= Hayır								
	Evet	2.745	0.724	3.792	0.000	1.000			
2	Sabit	29.584	2.530	.	0.000		13.714	0.000	0.143
	Ruhsal hastalığı olan bireylerin saldırgan olduğunu düşünme= referans= Hayır								
	Evet	2.828	0.699	4.044	0.000	1.000			
	Empati düzeyi toplam	-0.170	0.049	-3.291	0.001	1.000			
3	Sabit	29.920	2.511	11.916	0.000		10.660	0.000	0.160
	Ruhsal hastalığı olan bireylerin saldırgan olduğunu düşünme= referans= Hayır								
	Evet	2.463	0.716	3.439	0.001	1.069			
	Empati düzeyi toplam	-0.165	0.049	-3.381	0.001	1.004			
	Ev sahibi olduğunuz varsayıldığında ruhsal sorunu olan birine evinizi kiraya verir miydiniz= referans= Hayır								
Evet	-1.589	0.794	-2.001	0.047	1.073				
DW=1,845									

*p<0.05; **B:Beta; SH:Stanadart Hata; VIF: Variance Inflation Factor(Varyans Enflasyon Faktörü) ; DW: Durbin Watson

Tablo 5. Katılımcıların İyi Niyet Puanlarını Etkileyen Faktörleri Belirlemek İçin Yapılan Regresyon Analizi

	B	SH	T	Sig.	VIF	F	P	R ²
1	Sabit	26.,412	2.389	11.053	0.000	10.191	0.000	0.057
	Empatik eğilim toplam	-0.149	0.047	-3.192	0.002	1.000		
2	Sabit	25.859	2.358	10.968	0.000	8.501	0.000	0.090
	Empatik eğilim toplam	-0.153	0.046	-3.335	0.001	1.000		
	Ruhsal hastalığı olan bireylerin saldırgan olduğunu düşünme= referans= Hayır							
Evet	1.654	0.652	2.539	0.012	1.000			
DW=1,894								

*p<0.05; **B:Beta; SH:Stanadart Hata; VIF: Variance Inflation Factor(Varyans Enflasyon Faktörü) ; DW: Durbin Watson

Bu sonuçların aksine demografik verilerin tutumu etkilediğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Güney Hindistan'da özel bir tıp fakültesi öğrencileriyle yapılan bir çalışmada cinsiyetin, ikamet yerinin, öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik tutumları etkilediği tespit edilen faktörler olarak raporlanmıştır²¹. Hendersen ve diğerlerinin (2014)²⁴ yaptıkları çalışmada da sağlık çalışanları arasında ileri yaş, yüksek eğitim ve daha uzun süreli klinik deneyim, ruhsal bozukluğu olan kişilere karşı daha olumlu tutumlarla ilişkilendirilmiştir. Ayrıca Sreeram ve diğerlerinin (2023)³⁶ yaptıkları çalışmada ruhsal hastalıklara yönelik daha az bilgi sahibi olduğunda olumsuz tutum geliştirme olasılığının daha fazla olduğu belirtilmiştir. Kolb ve diğerlerinin (2023)²⁵ yaptıkları çalışmada kendinde bir ruhsal hastalık deneyimine veya ruhsal hastalığı olan bir arkadaş veya aile üyesine sahip olmanın, ruhsal hastalığa yönelik daha düşük olumsuz tutum ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bir başka çalışmada ruhsal bozukluk geçirmiş olma öyküsü, öğrencilerin tutumları tarafından deneyimlenen ruhsal bozuklukla ilişkili yüksek olumsuz tutum düzeylerine atfedilebilecek olumsuz bir tutuma sahip olmakla ilişkilendirilmiştir⁸. Farklı eğitim düzeylerinin ruhsal bozukluğu olan kişilere yönelik tutumlardaki farklılıklar üzerinde etkili olduğunu göstermektedir²⁸. Bu çalışmada bazı tanıtıcı özelliklerin tutumu etkilemediği sonucunun nedeninin sınırlılıkta da belirtildiği gibi örneklemin çoğunluğunun hemşirelerden oluşması ile bu durumun sağlık çalışanları genel popülasyonunu temsil etmeyebileceğinden kaynaklanıyor olabilir.

Ruhsal bozukluğu olan bireyle deneyimi olan katılımcıların tutumlarının daha olumlu olduğu bulunmuştur. Kaynaklar, ruhsal bozukluğu olan kişilere karşı tutum oluşturma sürecinde sosyal mesafenin rolü hakkında ilginç bilgiler vermektedir. Ruhsal bozukluğu olan kişilerle yakın temas deneyiminin, yanıtlayanların tutumlarını olumsuzdan olumluya değiştirdiğini göstermiştir^{29,31}. Sosyal temas, ruhsal bozukluk deneyimi olan kişilerle etkileşimleri de geliştirebilen en etkili damgalama azaltma stratejilerinden biri olarak kabul edilmiştir³². Müdahale çalışmaları ayrıca, sağlık çalışanlarına yönelik eğitim girişimlerinin, özellikle teması içeren programların (katılımcılar ve ruhsal bozukluğu olan kişiler arasında), damgalayıcı tutum, bilgi ve davranışları ele almada başarılı olduğunu bulmuştur³⁷⁻³⁸. Bu nedenle, önyargıları ve basmakalıp yargıları azaltmada olumlu bir etkiye sahip olabileceğinden, ruhsal hastalığı olan kişilerle temasın, damgalamayı azaltmak için kilit bir strateji olabileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların ev sahibi olduğu varsayıldığında ruhsal sorunu olan birine evimi kiraya veririm diyenlerin tutumu pozitif yönde yordadığı bulunmuştur. Literatürde konu ile ilgili yapılan bir çalışmada ise bizim sonucumuzun aksine katılımcıların büyük bir çoğunluğunun ev sahibi olduklarını düşündüklerinde şizofreni hastasına evlerini kiraya vermeyi düşünmeyecekleri bulunmuştur¹¹. Bu durum örneklemin çoğunluğunun hemşirelerden oluşması, mesleğin doğası gereği sürekli insanlarla etkileşim halinde olmaları nedeniyle insanların ruhsal sorunlarını daha iyi anlama ve empati kurma yetenekleri ile ilişkili olabilir. Dolayısıyla bu durum,

ruhsal sorunu olan birine yardım etmeye yönelik olumlu bir tutumu destekleyebilir. Buldukları topluma karşı sorumluluk hissi taşıma eğiliminde olabilirler. Bu nedenle, bir kişinin ruhsal sorunları olduğunda yardım etme dürtüsüyle, evlerini kiraya verme konusunda destekleyici olabilirler. Bir diğer neden de aldıkları eğitimler sayesinde ruhsal sağlık konularında daha bilinçli olabilirler. Bu farkındalık, ev sahibi olma konusundaki tutumlarını etkileyebilir.

Ruhsal hastalığı olan bireylerin saldırgan olduğunu düşünme değişkeninin tutumu negatif yönde yordadığı saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcılarının %71.3-%83.7'si "ruhsal bozukluğu olan hastaların genellikle dürtüsel görüldüğünü, davranışları bozduğunu", "ruhsal bozukluğu olan hastaların genellikle sebepsiz yere öfkelenildiğini" ve "ruhsal bozukluğu olan hastaların sıklıkla beklenmedik dürtüsel davranışlar sergilediğini" belirtmişlerdir¹⁰. İnsanlar, özellikle ruhsal bozukluğu olan birinin tehlikeli olduğu algısına sahipse onlara karşı olumsuz tutum geliştirebilmektedir³⁵. Yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarından bazılarının, ruhsal bozukluğu olan kişilerin şiddet yanlısı veya dengesiz olduklarına ve bu nedenle kilit altına alınmaları gerektiğine inandıklarını belirtmiştir¹⁰. Bizim çalışmamızda aynı zamanda empatik eğilimin ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik olan tutumu pozitif yönde yordadığı bulunmuştur. Yani empatik eğilimin yüksek olmasının sağlık çalışanlarında olumlu tutum gelişmesinde önemli bir faktör olduğu sonucu çıkarılabilir. Sağlık çalışanlarının empatik eğilim düzeyiyle saldırgan davranış düzeyleri ile ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada empatik eğilimi yüksek olan çalışanlarda düşük düzeyde saldırganlık; empatik eğilimi düşük olan kişilerde yüksek düzeyde saldırganlık olduğu bulunmuştur³⁸. Román-Sánchez ve diğerleri (2022)¹⁴ tarafından yapılan çalışma yüksek düzeyde empatinin, ruhsal bozukluğu olan hastalara karşı daha olumlu tutumlarla ilişkili olduğunu, damgalanmayı azalttığını göstermektedir. Konuyla ilgili literatürde, ruhsal bozukluğu olan kişilere yönelik tutumlar hakkında birçok rapor bulunmaktadır. Bunların çoğunda, başka herhangi bir işlev bozukluğu olan insanlara yönelik tutumlardan daha olumsuz olduğunu ve bu durumun empati eksikliği ile karakterize olduğu belirtilmiştir³⁹⁻⁴². Yapılan başka bir çalışmada kadın tıp fakültesi öğrencilerinin daha yüksek olumsuz tutuma ve daha düşük empatik düzeye sahip oldukları tespit edilmiştir¹³. Sonuç olarak, sağlık çalışanlarının ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik tutumlarını etkileyen faktörler incelendiğinde, empatik eğilim düzeyinin, ruhsal hastalığı olan bireyleri saldırgan olarak algılayanların tutumları üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Aynı şekilde, ruhsal hastalığı olan bir bireyin ev sahibi olup olmadığını varsaydıklarında, bu durumu evini kiraya vermem diyenlerin tutumlarını etkilediği tespit edilmiştir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumunu etkileyen faktörlerin araştırıldığı bu çalışmada ruhsal hastalığı olan bireylerin saldırgan olduğunu düşünme

değişkeninin, “ev sahibi olduğunuz varsayıldığında ruhsal sorunu olan birine evinizi kiraya verir miydiniz?” sorusuna hayır deme değişkenlerinin tutumu negatif yönde yordadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçtan yola çıkarak toplumda yaygın olarak var olan stigmatik düşünceleri azaltmak amacıyla eğitim ve bilinçlendirme programları düzenlenebilir. Bu programlar, ruhsal hastalıklar hakkında doğru bilgileri içermeli ve olumsuz algıları düzeltmeye odaklanmalıdır. Empatik eğitim değişkeninin ise tutumu pozitif yönde yordadığı saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda; ilk olarak ruhsal bozukluğu olan bireylerle sosyal etkileşimin sağlandığı etkinlikleri düzenleme önemli olacaktır. Böylelikle toplum içindeki anlayışı artırmaya katkı sağlanacaktır. Bir diğer öneri ise ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik empatinin geliştirilmesi konusunda medyanın iş birliğidir. Bu anlamda empatinin öneminin vurgulandığı film, belgesel ve haber içerikleri, toplumu bilinçlendirmeye yönelik kullanılabilir. Ayrıca sağlık çalışanlarının lisans eğitimi itibarıyla ruhsal hastalıklara yönelik alacakları eğitimde, empati içerikli müdahale çalışmalarının eğitim müfredatlarına yerleştirilmesi önemli olacaktır. Eğitim programları mezuniyet sonrası sürekli eğitim şekline dönüştürülmeli, bireylerin empati becerilerini geliştirmeye odaklanmalı ve hastaların yaşadığı zorlukları anlamalarına yardımcı olmalıdır. Empatiyi artırmaya yönelik simülasyon ve rol oyunları, sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklarla mücadele eden bireylerin bakış açısını deneyimlemelerine olanak tanıyabilir. Bu tür etkileşimler, sağlık profesyonellerinin daha iyi bir empatik anlayış geliştirmelerine yardımcı olabilir. Ek olarak sağlık kurumları, çalışanlarına ruhsal sağlık konularında daha duyarlı ve anlayışlı bir ortam sağlamak amacıyla iş yerindeki politikalarını gözden geçirebilir. Bu politikalar, olumlu bir tutumu destekleyecek şekilde tasarlanabilir.

Etik Kurul Onayı (Kurul adı, tarih ve sayı no): Çankırı Karatekin Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 09.11.2022 karar tarihli ve 23 numaralı etik kurul izni alınmıştır.

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yoktur.

Katılımcı Onamı: Bu çalışma için katılımcılardan aydınlatılmış onam alınmıştır.

Yazar katkıları

Araştırma dizaynı: FA, STK

Veri toplama: FA

Veri analizi: FA, STK

Makale yazımı: FA, STK

Teşekkür: Yazarlar, bu çalışmaya katılmayı kabul eden sağlık çalışanlarına teşekkür eder.

*Bu makale, Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Tutumunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi (2023) isimli yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

Ethics Committee Approval: Approval was obtained from the Ethics Committee of Cankırı Karatekin University (Decision date 09.11.2022 and number 23)

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

Exhibitor Consent: Informed consent was obtained from the participants for this study.

Author contributions

Study design: FA, STK

Data collection: FA

Data analysis: FA, STK

Drafting manuscript: FA, STK

Acknowledgment: The authors would like to thank the healthcare professionals who agreed to participate in this study.

*This article is derived from the master's thesis titled "Determining the Factors Affecting the Attitudes of Healthcare Professionals toward Individuals with Mental Disorders (2023)".

KAYNAKLAR

1. Medeni İ, İlhan MN, Medeni V. Bir İlçede Yaşayan 15 Yaş ve Üzeri Kişilerde Depresyon Sıklığı ve İlişkili Risk Etmenleri. *Kriz Dergisi*. 2020;28(3):125-34.
2. Evli M. Ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutum ilişkisinde psikiyatri hemşireliği eğitiminin etkisi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*. 2021;4(1):64-74.
3. Yadav T, Arya K, Kataria D, Balhara YS. Impact of psychiatric education and training on attitude of medical students towards mentally ill: A comparative analysis. *Industrial psychiatry journal*. 2012;21(1): 22-31.
4. Malas EM. Ruhsal duruma karşı stigma-derleme. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2019;8(1):1170-88.
5. Kihumuro RB, Kaggwa MM, Kintu TM, Rakandi RM, Muwanga DR, Muganzi DJ et al. Knowledge, attitude and perceptions of medical students towards mental health in a university in Uganda. *BMC Medical Education*. 2022;22(1):730-9.
6. Iqbal MZ, Rathi R, Prajapati SK, Zi QM, Pheng TS, Wei KH, et al. Knowledge, attitude, and practice about mental health challenges among healthcare students of a private university. *Journal of Pharmacy & Bioallied Sciences*. 2021;13(1):136-150.
7. Okpalauwaekwe U, Mela M, Oji C. Knowledge of and attitude to mental illnesses in Nigeria: a scoping review. *Integr J Glob Health*. 2017;1(1):5-13.
8. Puspitasari IM, Garnisa IT, Sinuraya RK, Witriani W. Perceptions, knowledge, and attitude toward mental health disorders and their treatment among students in an Indonesian University. *Psychology Research and Behavior Management*. 2020;3(5):845-54.
9. Riffel T, Chen SP. Stigma in healthcare? Exploring the knowledge, attitudes, and behavioural responses of healthcare professionals and students toward individuals with mental illnesses. *Psychiatric Quarterly*. 2019;91(4):1103-19.
10. Ma Z, Huang H, Nie G, Silenzio V. and Wei B. Attitude towards mental illness among primary healthcare providers: A community-based study in rural China. *BioMed research international*. 2018;3(4):35-42.
11. Bağ B, Ekinçi M. Sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarının araştırılması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi (elektronik)*.

- 2005;3(11):107-27.
12. Durat G, Atmaca GD, Açıl HC, Oksal HA. Şizofreni hastası olan hasta yakınlarının şizofreniye ilişkin tutumları. *Osmangazi Tıp Dergisi*. 2016;39(1):43-50.
 13. Praharaç SK, Salagre S, Sharma PS. Stigma, Empathy, and Attitude (SEA) educational module for medical students to improve the knowledge and attitude towards persons with mental illness. *Asian Journal of Psychiatry*. 2021; 65:102834-102839.
 14. Román-Sánchez D, Paramio-Cuevas JC, Paloma-Castro O, Palazón-Fernández JL, Lepiani-Díaz I, de la Fuente Rodríguez JM. et al. Empathy, Burnout, and Attitudes towards Mental Illness among Spanish Mental Health Nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(2):692.
 15. Pascucci M, Ventriglio A, Stella E, Sabatino DD, Montagna ML, Nicastro R. et al. Empathy and attitudes towards mental illness among Italian medical students. *International Journal of Culture and Mental Health*. 2017;10(2):174-84.
 16. Kaya B. ve Çolakoğlu ÖM. Empati Düzeyi Belirleme Ölçeği (EDBÖ) Uyarılama Çalışması. İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2015;16(1):17-30.
 17. Chapagai M, Dhungana S, Tulachan P, Ojha SP. Attitudes towards Psychiatry and Mental Illness among medical students in a university hospital. *Journal of Institute of Medicine*. 2016;11;39(1):53-7
 18. Wolska A, Malina A. Personality and attitudes towards people with mental disorders: Preliminary studies results. *International Journal of Social Psychiatry*. 2020;66(3): 270-8.
 19. Desai ND, Chavda PD. Attitudes of undergraduate medical students toward mental illnesses and psychiatry. *J Educ Health Promot*. 2018;7:50.
 20. Arabacı L, Çam O. Türkiye’de psikiyatri hastanelerinde çalışan hemşirelerin adli psikiyatri hastalarına yönelik tutumlarını etkileyen faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2013;24(4):253-9.
 21. Poreddi V, Thimmaiah R, Math, SB. Attitudes toward people with mental illness among medical students. *J Neurosci Rural Pract*. 2015;6:349-54.
 22. Taylor SM, Dear MJ. Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*. 1981;7:225-2.
 23. Lawrence EJ, Shaw P, Baker D, Baron-Cohen S, David AS. Measuring empathy: Reliability and Validity of the Empathy Quotient. *Psychological Medicine*. 2004;34:911-924.
 24. Henderson C, Noblett J, Parke H, Clement S, Caffrey A, Grant OG et al. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *The Lancet Psychiatry*. 2014;1(6):467-482.
 25. Kolb K, Liu J, Jackman K. Stigma towards patients with mental illness: An online survey of United States nurses. *Int J Ment Health Nurs*. 2023;32(1):323-36.
 26. Chukwujekwu CD. Knowledge and Attitude about Mental Illness of Students in a University in Southern Nigeria. *J Biosci Med*. 2018;06:95–104.
 27. Minty Y, Moosa MYH, Jeenah FY. Mental illness attitudes and knowledge in non-specialist medical doctors working in state and private sectors. *S Afr J Psychiatr*. 2021;27(3):56-65.
 28. Mirnezami HF, Jacobsson L, Edin-Liljegren A. Changes in attitudes towards mental disorders and psychiatric treatment 1976-2014 in a Swedish population, *Nordic Journal of Psychiatry*. 2016;70(1):38–44.
 29. Lebowitz MS, Ahn WK. Using personification and agency reorientation to reduce mental-health clinicians’ stigmatizing attitudes toward patients. *Stigma and Health*. 2016;1(3):176–84.
 30. Şahin M, Demirkıran F & Kocairi C. Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Konversiyon Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Tutumları ve Damgalama: Kesitsel Bir Çalışma. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021; 10(2), 125-133.
 31. Waugh W, Lethem C, Sherring S, Henderson C. Exploring experiences of and attitudes towards mental illness and disclosure amongst health care professionals: A qualitative study. *Journal of Mental Health*. 2017;26(5)457–63.
 32. Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ, Rafacz JD, Rüsç N. Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatr Serv*. 2012;63(10):963-73.
 33. Griffiths KM, Carron-Arthur B, Parsons A, Reid R. Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*. 2014;13(2):161-75.
 34. Amaechi IA, Nwani PO, Akadieze AO. Stigmatizing attitude towards mental illness, disabilities, emotional and behavioural disorders, among healthcare students in a Tropical University College of Health Sciences. *J Edu Health Promot*. 2023;12:82.
 35. Kigozi-Male NG, Heunis JC & Engelbrecht MC. Primary health care nurses’ mental health knowledge and attitudes towards patients and mental health care in a South African metropolitan municipality. *BMC nursing*. 2023; 22(1), 1-8.
 36. Sreeram A, Cross WM & Townsin L. Mental Health Nurses' attitudes towards mental illness and recovery-oriented practice in acute inpatient psychiatric units: A non-participant observation study. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2023; 32, 1112–1128.
 37. Stubbs A. Reducing mental illness stigma in health care students and professionals: a review of the literature. *Australas Psychiatry*. 2011;22(6):579-84.
 38. Bennett J, Stennett, R. Attitudes towards mental illness of nursing students in a Baccalaureate programme in Jamaica: A questionnaire survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2015;22(8):599–605.
 39. Kılınc M, Uludağ A. The relationship between aggressive behavior and empathic tendency levels of health workers. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*. 2017;16(3):809-825.
 40. Hsiao CY, Lu HL & Tsai YF. Factors influencing mental health nurses' attitudes towards people with mental

- illness. International journal of mental health nursing. 2015;24(3), 272-280.
41. Dzwota E. Stygmatyzacja osób chorych psychicznie [Stigmatization of mentally ill people]. Current Problems of Psychiatry. 2014;15(1):18–23.
 42. Świtaj P, Wciórka J, Grygiel P, Smolarska-Świtaj J, Anczewska M, & Chrostek A. Frequency of stigmatization experiences among patients with schizophrenia as compared to those with other health problems. Postępy Psychiatrii i Neurologii. 2010;19(4):269-274.

Araştırma makalesi Research article

Kanser Taraması Algı Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması



Arif BOZKURT¹, Medine YILMAZ²

ÖZ

Amaç: Kanser Taraması Algı Ölçeği'nin Türk dili ve kültürüne uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Metodolojik tipteki bu çalışma bir aile sağlığı merkezine başvuran 18 yaş üstü 301 birey ile yürütülmüştür. Veriler, görüşme formu ve Kanser Taraması Algı Ölçeği ile toplanmıştır. Veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 26.0 ve SPSS AMOS 24.0 programlarında analiz edilmiştir. Doğrulayıcı ve açıklayıcı faktör analizleri uygulanmıştır.

Bulgular: Yapı geçerliliği için Kaiser-Meyer-Olkin değeri 0.893 ve Kanser Taraması Algı Ölçeği'nin anlamlılık derecesi $p<0.0001$ 'dir. Uyum indeksleri CMIN/df=2.674, RMSEA=0.075, SRMR=0.072, CFI=0.923, NFI=0.883, GFI=0.835'dir. Maddelere ait tüm yol katsayıları istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$). Toplam öz değeri 1'in üzerinde olan beş boyutun açıkladığı toplam varyans %70.7'dir. En yüksek madde faktör yükü 0.958, en düşük madde faktör yükü ise 0.409'dur. Ölçek alt boyutlarının Cronbach Alpha değerleri sırasıyla Algılanan Engeller 0.90, Algılanan Şiddet 0.88, Algılanan Duyarlılık 0.94, Algılanan Faydalar 0.94, Harekete Geçme İpuçları alt boyutu için 0.63'tür.

Sonuç: Kanser Taraması Algı Ölçeği Türk dili ve kültürüne uygun, geçerli ve güvenilir olarak değerlendirilmiştir. Ölçek ülkemizde kanser tarama programlarıyla ilgili bireylerin algı ve tutumlarının ölçülmesinde kullanılabilir bir ölçüm aracıdır.

Anahtar kelimeler: Geçerlik, güvenilirlik, hemşirelik, kanser, kanser tarama programları

ABSTRACT

Adaptation of Cancer Screening Perception Scale to Turkish: A Validity and Reliability Study

Aim: To adapt the Cancer Screening Perception Scale to the Turkish language and culture and to conduct its validity and reliability study.

Material and Methods: This methodological study was conducted with 301 individuals over 18 who were admitted to a family health center. The data were collected with the interview form and the Cancer Screening Perception Scale. The data were analyzed in SPSS 26.0 (Statistical Package for Social Sciences) and SPSS AMOS 24.0 programs. Confirmatory and exploratory factor analyses were applied.

Results: The Kaiser-Meyer-Olkin value is 0.893 for construct validity, and the significance level of the Cancer Screening Perception Scale is $p<0.0001$. Compliance indices are CMIN/df=2.674, RMSEA=0.075, SRMR=0.072, CFI=0.923, NFI=0.883, GFI=0.835. All path coefficients of the items are statistically significant ($p<0.001$). The total variance explained by the five dimensions with a total eigenvalue above 1 is 70.7%. The highest item factor load is 0.958, and the lowest item factor load is 0.409. The Cronbach Alpha values of the scale sub-dimensions are as follows: 0.90 for Perceived Barriers, 0.88 for Perceived Severity, 0.94 for Perceived Sensitivity, 0.94 for Perceived Benefits, and 0.63 for Cues to Action.

Conclusion: The Cancer Screening Perception Scale is appropriate, valid, and reliable for the Turkish language and culture. Thus, the scale is a measurement tool that can be used to measure individuals' perceptions and attitudes regarding cancer screening programs in our country.

Keywords: Cancer, cancer screening programs, nursing, reliability, validity

¹Uzman Hemşire, Dr.Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir, Türkiye, E-mail:bozkurtarif@yahoo.com, Tel: +90 5418173564, ORCID: 0000-0003-3591-8172

² Profesör, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir, Türkiye, E-mail:medine.cyilmaz@ikcu.edu.tr, Tel: +90 5304193395, ORCID: 0000 0001 9409 6282

Geliş Tarihi: 17 Ağustos 2023, Kabul Tarihi: 18 Mart 2024

Atıf/Citation: Bozkurt A, Yılmaz M. Kanser Taraması Algı Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2024;11(2):135-142. DOI: 10.31125/hunhemsire.1344212

GİRİŞ

Kanser hem dünyada hem Türkiye’de kardiyovasküler hastalıklardan sonra en fazla ölüme neden olan ikinci hastalıktır. Türkiye’de kanser nedeniyle ölümler 2002 yılında %12 iken 2018 yılında bu oran %19.7’ye yükselmiştir. Kanser yayılımının bu hızla devam etmesi durumunda 2030 yılında yıllık 22 milyon kişinin kanser tanısı alacağı tahmin edilmektedir¹.

Bir toplumda kanserden ölümlerin azaltılabilmesi için kanserin erken evrede belirlenmesi hem birey ve ailesi hem de sağlık bakım sistemi açısından büyük önem taşımaktadır. Kanser erken evrede yakalandığı toplumlarda, kanser mortalitesi daha düşüktür. Ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde kanser sıklığı giderek artmakta, bu artış kanser tarama programlarına başlanması gerekliliğini ortaya koymaktadır².

Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri’nde (2030) bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için ülkelerin kapsamlı bir kanser kontrolü yapmasını, bireylere verilecek eğitim programlarıyla erken teşhisin hayat kurtardığını anlamasını, sağlık personellerinin sağlamış olduğu sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde kullanılmasını ve ülke politikacılarının kanser gibi kronik hastalıkların birincil sağlık hizmetlerini desteklemesini istemektedir³. Birey, aile ve toplum ile iç içe çalışan hemşireler kanserden korunma ve erken tanı için koruyucu sağlık davranışlarının kazandırılması konusunda gerekli yetkinlik ve becerilere sahiptirler. Bu bağlamda hemşirelerin toplumu, özellikle de risk altında olan bireyleri kanserden korunma ve erken tanı belirtileri konusunda bilgilendirmeleri, tarama programlarına katılımlarını sağlamaları önemlidir⁴.

Ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde tarama programlarına katılım henüz arzu edilen seviyede değildir⁵. Tarama programlarıyla ilgili yetersiz bilgi düzeyi, yanlış tutum ve inançlar, bireylerin sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik uygunsuz davranışlar geliştirmesine neden olmaktadır. Bu nedenle bireylerin sağlık durumlarına ilişkin sahip olduğu düşüncelerin, karşılaştıkları engellerin ve karar verirken geçirdikleri süreçlerin ve tutumların değerlendirilmesi çok önemlidir. Tarama programlarına katılıma yönelik algı, engel ve ciddiyet gibi tutumları incelemede sıklıkla Sağlık İnanç Modeli kullanılmaktadır (SİM)⁶. Sağlık İnanç Modeli; bireylerin bir sağlık davranışını benimserken sahip olduğu inanç ve değer yargılarının göz önünde bulundurulması gerektiğini temel almaktadır. Kişinin sahip olduğu yargılarda sağlık davranışını olumsuz şekilde etkileyecek bir durum olması tespit edilmesi durumunda verilecek sağlık eğitimi ile sağlık davranışı bireye kazandırılabilir⁷⁻⁹.

Literatürde Sağlık İnanç Modeli temel alınarak geliştirilmiş ölçekler mevcuttur. Champion’un 1993 yılında geliştirdiği Sağlık İnanç Modeli Ölçeği¹⁰ ülkemizde 2003 yılında meme kanseri tarama programlarıyla ilgili bireylerin tutumlarını ölçmek için kullanılmıştır¹¹. Jacobs aynı ölçeği (2002)¹² kolorektal kanser için uygulamış olup bu ölçeğin Türkçe’ye uyarlanması Kartal ve arkadaşları tarafından (2007) yapılmıştır¹³. Human Papilloma virüsüne karşı sağlık inanç

modeli ölçeği^{14,15}, prostat kanser taramaları sağlık inanç modeli ölçeği¹⁶ ve testis kanseri taramalarına ilişkin ölçekler^{17,18} de geliştirilmiştir. Ülkemizde yürütülen bu çalışmalar incelendiğinde kanser taramalarında kullanılan bu ölçeklerin tek bir kanser tipine yönelik olduğu görülebilir. Bireylerin genel kanser tarama programlarına yönelik tutum ve davranışlarını değerlendiren bir ölçeğe literatürde rastlanmamıştır. Mahmood ve arkadaşlarının 2016 yılında Sağlık İnanç Modeli temel alınarak geliştirdiği Kanser Taraması Algı Ölçeği¹⁹ ise diğer ölçeklerden farklı olarak bireylerin kanser tarama programlarına yönelik tutum ve davranışlarını ölçmektedir.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı kanser tarama programlarına ilişkin bireylerin bilgi, tutum ve davranışlarını ölçen Kanser Taraması Algı Ölçeği’nin Türk dili ve kültürüne uyarlanması, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılmasıdır.

GEREK ve YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Araştırma metodolojik tipte yürütülmüştür.

Araştırma Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evreni eğitim aile sağlığı merkezi’ne kayıtlı 18 yaş üstü bireylerden oluşmuştur. Amaçlı örnekleme yöntemi ile 1 Ocak – 1 Aralık 2021 tarihleri arasında aile merkezine başvuran 18 yaşından büyük, herhangi bir psikiyatrik sorunu olmayan, kanser tanısı almamış ve çalışmaya katılmayı kabul eden 301 birey araştırmaya dahil edilmiştir. Metodolojik araştırmalarda örneklem hacminin hesaplanmasında, ölçek madde sayısının 5 ile 10 kat büyüklüğünün dikkate alınması gerektiği belirtilmektedir²⁰. Bir diğer öneri de faktör analizi için 200 denek sayısı “orta”, 300 denek sayısı “iyi”, 500 denek sayısı “çok iyi”, 1000 ise “mükemmel” olarak değerlendirilmektedir^{21,22}. Bu nedenle orijinalinde 26 maddeli olan bu ölçek için 301 bireyden veri toplanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Görüşme Formu: Araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formunda bireylerin sosyo-demografik özellikleri, sağlık durumu ve kanser taraması yaptırma davranışları ile ilgili sorular yer almıştır.

Kanser Taraması Algı Ölçeği: Mahmood ve ark. tarafından (2016) geliştirilmiş, 26 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçek maddeleri genel olarak kanser tarama programlarına ilişkin bireylerin tutum, davranış ve düşüncelerini kapsamaktadır. Ölçekte “Algılanan Şiddet, Algılanan Duyarlılık, Algılanan Faydalar, Algılanan Engeller ve Harekete Geçme İpuçları” olmak üzere beş alt faktör bulunmaktadır. Ölçek 6’lı likert tipindedir (1=Kesinlikle katılmıyorum, 6=Kesinlikle katılıyorum). Karışıklığın önlenmesi için “kararsızım” şeklinde bir seçenek bulunmamaktadır. Ölçek toplanabilir özelliğe sahip değildir ve ölçekte yer alan her bir alt boyut kendi değerlendirilmektedir. “Algılanan Ciddiyet” alt boyutu bireyin kanser tarama programlarına olan ciddiyet algısını ölçmektedir (en düşük 5, en yüksek 30 puan). Puan artışı kanser tarama programlarına yönelik ciddiyet algısının düşük olduğunu göstermektedir. İkinci alt boyut olan “Algılanan Duyarlılık”, bireyin sağlığını etkileyebilecek olan kansere yönelik algısını göstermekte (en düşük 5, en yüksek 36 puan) olup puan artışı bireyin kanser ve tarama

programlarına yönelik duyarlılık algısının düşük olduğunu göstermektedir. “Algılanan Yarar” alt boyutu bireyin tarama testi yaptırdığında kanserden korunacağına yönelik hissettiği yarar algısını ölçmektedir (en düşük 5, en yüksek 36 puan). Puan artışı bireyin tarama testlerine yönelik yarar algısının yüksek olduğunu göstermektedir. Dördüncü boyut “Algılanan Engeller”, bireyin tarama testlerine yönelik karşılaşmış olduğu engelleri tespit etmekte (en düşük 5, en yüksek 36 puan) olup puan arttıkça bireyin karşılaşmış olduğu engellerin fazla olduğu şeklinde değerlendirilmektedir. “Harekete Geçme İpuçları” alt boyutu bireyin tarama testi yaptırması için sahip olduğu semptomları göstermektedir. Elde edilebilecek en düşük puan 6, en yüksek puan ise 36 olup elde edilen puan arttıkça bireyin sahip olduğu semptom sayısı artmaktadır. Orijinal ölçeğin Cronbach alfa değeri, ölçeğin tüm alt alanlarında 0.7'nin üzerindedir. Ölçek uyarlama ve geçerlik-güvenirlilik çalışmaları için e-posta yolu ile izin alınmıştır.

Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Eğitim aile sağlığı merkezi'ne başvuran ve dahil edilme kriterlerine uygun olan bireyler ile haftanın üç günü 08:30 ile 17:00 saatleri arasında yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak veriler toplanmıştır. İlk olarak 15 birey ile ön çalışma yapılarak veri toplama araçlarının anlaşılabilirliğinde herhangi bir sorun olmadığı değerlendirilmiştir. Bu bireylerin anketleri veri analizine dahil edilmemiştir. Bireylere öncelikle yapılan araştırma ile ilgili bilgi verilerek gönüllü kişiler arasında kâğıt-kalem yöntemiyle ASM'nin uygun olan odasında (emzirme, aşı, kan alma vb.) veriler toplanmıştır. Birinci araştırmacı tarafından okuma yazma bilmeyen bireylere sorular bire bir sorulmuştur. Ölçeklerin bazı maddelerini boş bırakan ve uygunsuz şekilde yanıt veren 12 adet veri geçersiz sayılarak araştırmanın örnekleme 301 kişiden oluşturulmuştur.

Verilerin Analizi

Dil ve Kapsam Geçerlik Çalışmaları: Ölçeğin dil ve kapsam geçerliliği çalışmaları Dünya Sağlık Örgütü'nün “Kültürlerarası Ölçek Uyarlama Aşamaları, Dil ve Kültür Uyarlaması Rehberi”ne göre yapılmıştır²³. Ölçeğin orijinal dili İngilizce olup İngilizce'den Türkçe'ye çevirisi araştırmacı, araştırmacının danışmanı ve çeviri konusunda uzman olan bir kişi tarafından yapılmış olup elde edilen Türkçe formlar tek bir form haline getirilerek Türkçe'ye ve Türkiye'deki kullanıma en uygun şekilde ifade edilmiştir. Ölçek geri çevirisi hem Türkçe'yi hem de İngilizce'yi anlayıp konuşabilen ve Türkiye'de yaşayan bir Amerikalı dil bilimci tarafından yapılmıştır. Bu işlem sonrasında geri çevirisi ile orijinal formu karşılaştırılmış, her iki ölçeğinde aynı olduğu belirlenmiştir. Konu ile ilgili 13 uzmandan görüş alınmıştır. Ölçek maddelerinin kapsam geçerlilik indeksi Davis tekniği ile gerçekleştirilmiştir²⁴. Uzmanlardan gelen görüşler incelendiğinde; ölçekteki “Bir tarama testi almak pahalıdır” olan 16. madde “Bir tarama testi yaptırmak pahalıdır” olarak, “Bir tarama testi almak zor çünkü ona ulaşmak için yeteri kadar param yok” olan 17. madde “Bir tarama testi yaptırmak zordur çünkü ona ulaşmak için yeteri kadar param yok” olarak, “Bir test almak için yeterli zamanım yok” olan 18. madde “Bir test yaptırmak için yeterli zamanım yok”

olarak yeniden düzenlenmiştir. İlgili düzenlemeler ölçek sahibi tarafından da uygun bulunmuştur.

Yapı Geçerliliği: Faktör analizinin yapılabilmesi için örneklem büyüklüğünün uygunluğunun hesaplanmasında Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett's Test of Sphericity analizleri kullanılmıştır. Yapı geçerliliği iki farklı faktör analizi tekniği kullanılarak değerlendirilmiştir. Ölçekteki değişkenler arasındaki ilişkinin ortaya çıkartılabilmesi için Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA), ölçeğin faktör yapısının incelenebilmesi için de Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA) uygulanmıştır. Açıklayıcı Faktör Analizinde faktörlerin sayısının belirlenebilmesi için Kaiser's criterion (eigenvalues >1) ve the Cattell Scree testleri yapılmıştır. Doğrulamalı faktör analizi ise maksimum likelihood tahmin yöntemine dayalı pearson korelasyon katsayıları kullanılarak yapılmıştır²⁵.

Ölçeğin Güvenirliği: Ölçeğin güvenirlilik analizinde zamana karşı değişmezlik ve iç tutarlılık analizleri yapılmıştır. İç tutarlılık Cronbach alfa ve madde toplam korelasyonu ile incelenmiştir²¹.

Verilerin Değerlendirilmesi: Veriler SPSS 26.0 (Statistical Package for Social Sciences) ve AMOS V24 programında analiz edilmiştir. Verilerin analizlere uygunluğu için aşırı uç değerler analizi yapılmıştır. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri, test-tekrar test puanlarının karşılaştırılmasında Eşleştirilmiş gruplarda t testi ve Wilcoxon testi kullanılmıştır. Ölçeğe ait yapıları belirlemek için açıklayıcı faktör analizi kullanılmıştır. Açıklayıcı faktör analizinde faktör çıkarımı için temel bileşenler analizi metodu ve döndürme işlemi için de Oblimin rotasyonu yöntemi, ölçeğe ait yapının doğrulanmasında birinci düzey DFA kullanılmıştır. Ölçeklere ait güvenirlilik için Cronbach's alfa ve Spearman Brown katsayısı kullanılmıştır. İkili grup karşılaştırmaları parametrik testler ile analiz edilmiştir. İstatistiksel önem düzeyi %95 güven aralığında $p < 0.050$ olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın Etik Boyutu

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Karar No/tarih:1011/ 2020) etik izinler alınmıştır. Eğitim ASM'nin bağlı bulunduğu sağlık uygulama merkezinden kurum izni alınmıştır. Ölçeğin uyarlama çalışmaları için ölçek sahibinden izin alınmıştır. Bireylere araştırma ile ilgili bilgi verilerek yazılı onamlarının alınması sağlanmıştır.

Araştırma Sınırlılıkları

Araştırmada sosyo-demografik özelliklere ve kanser taraması yaptırma davranışlarına göre ölçek alt boyutlarının değişme durumuna ilişkin karşılaştırma analizleri yapılmıştır, ancak araştırmanın odak noktası ölçek geçerlik- güvenirliliği olduğu için o bulgular verilmemiştir. Araştırma verilerinin toplandığı dönemde COVID-19 pandemisinin ikinci yılı olması nedeniyle bireylerin aile sağlığı merkezi kullanımının etkilendiği göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca çalışma örnekleme ülkemizin batısında bir eğitim aile sağlığı merkezine başvuran kişilerden oluşmuştur. Çalışma sonucu bireylerden alınan cevaplar farklı bölge ve illerdeki sosyo-demografik özelliklere sahip bireylerde değişiklik gösterebilecektir. Bu durumun farklı bölge/illerde kanser

tarama programlarıyla ilgili bilgi, tutum ve davranış ölçülen araştırmalarda göz önünde bulundurulması önerilebilir.

BULGULAR

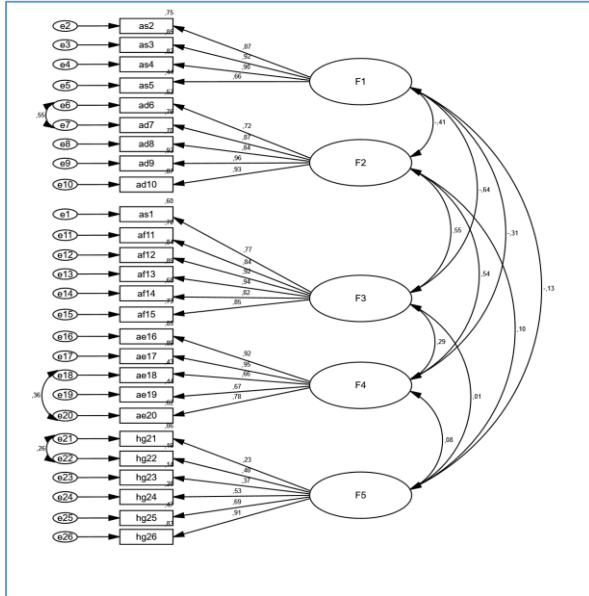
Sosyo-demografik Özelliklerin Dağılımı

Bireylerin %64.8'i kadın, %26.2'si ilkokul, %31.9'u lise, %20.6'sı üniversite mezunu, %68.7'si evlidir. Bir yakınında kanser tanısı alan kişilerin oranı %37.2'dir. Daha önce herhangi bir yerden kanser tarama programlarıyla ilgili bilgi alanların oranı %46.2, daha önce herhangi bir kanser taraması yaptıranların oranı %34.2'dir. En çok yapılan tarama sırasıyla pap-smear testi (%54.3), klinik meme muayenesi (%51.4) ve mamografidir (%39.0). Bireylerin %31.8'i tarama programları için zamanının olmadığını, %24.7'si nerede yapacağını bilmediğini, %22.1'i kanser tarama programından korktuklarını belirtmişlerdir (Tablo 1).

Geçerlik Analizleri

Kapsam Geçerliği: Kapsam geçerliği için farklı hemşirelik bilim alanlarından oluşan 13 uzmandan görüş alınmıştır. Davis tekniği ile yapılan kapsam geçerlik indeksine göre tüm ölçek maddeleri için KGİ değeri 1.0'dır.

Yapı Geçerliği: Orijinal ölçekteki toplam 26 madde ile oluşturulan birinci düzey DFA sonucunda üç modifikasyon işlemi gerçekleştirilmiştir (Şekil 1).



Şekil 1: Standartlaştırılmış DFA Diyagramı

F1: Algılanan Şiddet, F2: Algılanan Duyarlılık, F3: Algılanan Faydalar, F4: Algılanan Engeller, F5: Harekete Geçme İpuçları

Uyum iyiliği testleri $CMIN/df=2.674$, $RMSEA=0.075$, $SRMR=0.072$, $CFI=0.923$, $NFI=0.883$, $GFI=0.835$ 'dir ($p<0.001$). Açıklayıcı faktör analizinde KMO değeri 0.893 ve Bartlett testi ki-kare değeri de 6308.743 ($p<0.001$) olarak elde edilmiştir (Tablo 2). Temel bileşenler analizi ve Oblimin rotasyonu yöntemi sonrası ölçek maddelerinin yer aldığı alt boyutlar Tablo 2'de görülmektedir.

Tablo 1. Bireylerin Sosyodemografik ve Sağlık Özellikleri

Özellikler	n / Ort.± SS	% / Ortanca (min.-maks.)
Yaş	41.46 ± 13.42	40 (18 - 80)
Cinsiyet		
Kadın	195	64.8
Erkek	106	35.2
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	6	2.0
Okuryazar	16	5.3
İlkokul	79	26.2
Ortaokul	42	14.0
Lise	96	31.9
Üniversite	62	20.6
Medeni durum		
Bekar / Dul / Boşanmış	94	31.2
Evli	207	68.7
Yakınlarınız arasında kanser tanısı alan birisi var mı?		
Yok	189	62.8
Var	112	37.2
Kanser tarama programlarıyla ilgili daha önce herhangi bir yerden bilgi aldınız mı?		
Hayır	139	46.2
Evet	162	53.8
Daha önce bir kanser taraması yaptırdınız mı?		
Hayır	198	65.8
Evet	103	34.2
Daha önce yapılan kanser taramaları*		
Klinik meme muayenesi	54	51.4
Mamografi	41	39.0
Gaitada gizli kan testi	24	22.9
HPV testi	11	10.5
Pap-smear Testi	57	54.3
Kolonoskopi	15	14.3
Sigmoidoskopi	5	4.8
Kanser taraması yaptırmaya ilişkin görüşler*		
Tarama programlarının etkin olduğunu düşünmüyorum.	43	14.3
Tarama programlarının canımı acıtacağını düşünüyorum.	54	18.1
Tarama programlarını yaptırmak için zamanım yok.	95	31.8
Tarama programlarını nerede yapacağımı bilmiyorum.	74	24.7
Kanser taraması yaptırmaktan korkuyorum.	66	22.1
Diğer	97	32.4

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, min: Minimum, maks: Maksimum

*Birden fazla cevap verilmiştir.

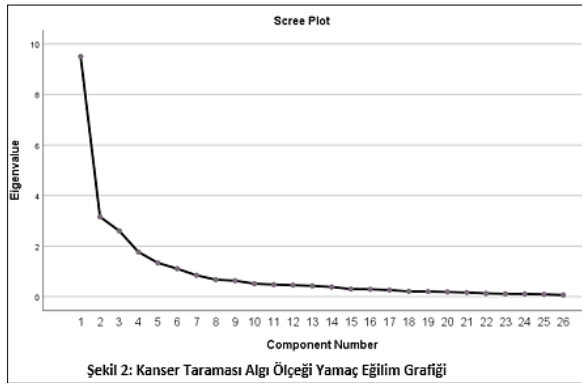
Kanser Taraması Algı Ölçeği
The Cancer Screening Perception Scale

maddeden (21, 22, 23, 24, 25, 26) ve dördüncü faktör beş maddeden (6, 7, 8, 9, 10), beşinci faktör ise 4 maddeden (2, 3, 4, 5) oluşmuştur. En yüksek madde faktör yükü 0.958, en düşük madde faktör yükü ise 0.409'dur (Tablo 3).

Tablo 2. Kanser Taraması Algı Ölçeğine İlişkin Uyum İndeksleri

Uyum Ölçüleri	Mevcut Modelin Uyum Değerleri	Kabul Edilebilir Uyum Değerleri
χ^2/sd	2.674	$0 < \chi^2/sd < 5$
RMSE	0.075	$0.05 < RMSE < 0.10$
SRMR	0.072	$0.05 < SRMR < 0.10$
GFI	0.835	$0.90 < GFI < 0.95$
NFI	0.883	$0.90 < NFI < 0.95$
CFI	0.923	$0.90 < CFI < 0.95$

Kanser Taraması Algı Ölçeğinin faktör yapısı scree plot testinde görülmektedir (Şekil 2). Buna göre 26 maddelik ölçeğin öz değeri 1'in üzerinde olan beş alt faktörde toplandığı belirlenmiş olup toplam varyans %70.7'dir. Orijinal ölçekten farklı olarak sadece ölçeğin orijinalinde AS1 maddesi Algılanan Şiddet boyutu içerisinde yer alırken yapılan AFA sonucunda "Algılanan Faydalar" alt boyutunda yer almıştır (Tablo 2). "Algılanan Faydalar" boyutu toplam varyansın %36.6'sını, "Algılanan Engeller" boyutu toplam varyansın %12.2'si, "Harekete Geçme İpuçları" boyutu toplam varyansın %10'unu, "Algılanan Duyarlılık" boyutu toplam varyansın %6.8'ini ve "Algılanan Şiddet" boyutu toplam varyansın %5.1'ini açıklamaktadır.



Alt faktörler arasında ve ölçeğin tümü arasında anlamlı ilişkinin varlığı Spearman's Rho Korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Algılanan Duyarlılık ile Algılanan Şiddet ($r:0.437$, $p<0.001$), Algılanan Faydalar ile Algılanan Şiddet ($r:0.529$, $p<0.001$) ve Algılanan Engeller ile Algılanan Şiddet alt boyutları arasında ($r:0.365$, $p<0.001$) negatif yönlü ilişki belirlenmiştir. Algılanan Faydalar ile Algılanan Duyarlılık ($r:0.493$, $p<0.001$), Algılanan Engeller ile Algılanan Duyarlılık ($r:0.565$, $p<0.001$) ve Algılanan Engeller ile Algılanan Faydalar alt boyutları arasında ($r:0.4$, $p<0.001$) ise pozitif yönlü ilişki saptanmıştır.

Güvenirlilik Analizi

Algılanan Şiddet, Algılanan Duyarlılık, Algılanan Faydalar, Algılanan Engeller ve Harekete Geçme İpuçları alt boyutları Cronbach Alpha değerleri sırasıyla 0.881, 0.943, 0.942, 0.904 ve 0.630'dur (Tablo 4). Ölçeğin zamana karşı değişmezliği durumu 30 kişinin katılımı ile test- tekrar test güvenirliliği ile incelenmiştir. Uygulama sonucunda %95 güven aralığında

"Algılanan Şiddet" alt boyutunda en düşük ICC=0.993 ve "Algılanan Engeller" boyutunda en yüksek ICC=0.998 elde

Tablo 3: Kanser Taraması Algı Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi

Madde	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5
AF13	0.920				
AF12	0.861				
AF15	0.832				
AF11	0.819				
AF14	0.776				
AŞ1	0.687				
AE16		0.895			
AE17		0.881			
AE20		0.795			
AE19		0.783			
AE18		0.718			
HG26			0.841		
HG25			0.71		
HG24			0.686		
HG23			0.583		
HG22			0.571		
HG21			0.409		
AD7				0.958	
AD6				0.888	
AD8				0.828	
AD9				0.82	
AD10				0.795	
AŞ3					0.892
AŞ2					0.892
AŞ4					0.816
AŞ5					0.543

AF:Algılanan Faydalar, AE:Algılanan Engeller, HG: Harekete Geçme İpuçları, AD: Algılanan Duyarlılık, AS: Algılanan Şiddet

Tablo 4: Kanser Taraması Algı Ölçeği İç Tutarlılık Analizi Güvenirlilik Sonuçları

Madde	Ortalama (SS)	Madde-toplam korelasyonu	Madde silindiğinde Cronbach's α	Cronbach's α	
AS1	1.814 (1.24)	0.748	0.941	0.942	
AF11	1.954 (1.28)	0.799	0.935		
AF12	1.920 (1.15)	0.879	0.925		
AF13	1.990 (1.19)	0.914	0.921		
AF14	2.093 (1.23)	0.797	0.935		
AF15	1.973 (1.27)	0.825	0.931	0.904	
AE16	2.399 (1.75)	0.809	0.873		
AE17	2.336 (1.71)	0.833	0.869		
AE18	2.954 (1.89)	0.697	0.898		
AE19	2.761 (1.81)	0.676	0.901		
AE20	2.455 (1.84)	0.800	0.875		
HG21	1.153 (0.68)	0.329	0.600		
HG22	1.269 (0.99)	0.469	0.567		
HG23	1.166 (0.67)	0.450	0.548		
HG24	1.120 (0.54)	0.373	0.584		
HG25	1.050 (0.31)	0.361	0.606	0.630	
HG26	1.023 (0.20)	0.548	0.599		
AD6	2.930 (1.89)	0.775	0.944		
AD7	2.814 (1.79)	0.898	0.920		
AD8	2.608 (1.72)	0.835	0.932		
AD9	2.435 (1.68)	0.880	0.924		
AD10	2.269 (1.69)	0.853	0.929		
AS2	5.562 (1.02)	0.780	0.837		0.881
AS3	5.588 (0.96)	0.824	0.826		
AS4	5.525 (1.02)	0.844	0.814		
AS5	5.120 (1.43)	0.626	0.925		

SS: Standart sapma

edilerek, ölçümler arasında güçlü bir ilişki olduğu görülmüştür ($p < 0.001$). Kullanılan ölçek sonucunda elde edilen tanımlayıcı istatistikler Tablo 5’de verilmiştir. Algılanan Şiddet’e ait alt boyut puan ortalaması 5.40 ± 0.94 , Algılanan Duyarlılık alt boyut puan ortalaması 2.61 ± 1.59 , Algılanan Faydalar alt boyut puan ortalaması 5.01 ± 1.10 , Algılanan Engeller alt boyut puan ortalaması 2.58 ± 1.53 ve Harekete Geçme İpuçları alt boyut puan ortalaması ise 1.13 ± 0.37 ’dir.

Tablo 5: KTAÖ Alt Boyut Puan Ortalamaları

Alt Boyutlar	Ort.	SS	Min- Max
Algılanan Faydalar	1.96	1.08	1-6
Algılanan Engeller	2.58	1.53	1-6
Algılanan Duyarlılık	2.61	1.59	1-6
Algılanan Şiddet	5.45	0.97	1-6
Harekete Geçme İpuçları	1.13	0.37	1-6

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, min: Minimum, maks: Maksimum

TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı daha önce kanser tanısı almayan bireylerden oluşan bir örnekleme bireylerin kanser tarama programlarına ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek için Kanser Taraması Algı Ölçeği’nin Türk dili ve kültürüne uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılmasıdır. Araştırmanın örneklemi daha çok kadınlardan, ilköğretim lise mezunu, evli ve geliri giderinden az kişilerden oluşmuştur.

Araştırmada faktör analizinin yapılabilmesi için örneklemin büyüklüğünün yeterliliğini belirlemede KMO analizi uygulanmıştır. Uygun ve yeterli bir örneklem büyüklüğü için KMO değerinin 0.80’den büyük ve 1’e yakın olması istenmektedir²⁶. Ölçeğin orijinal çalışmasında KMO değeri 0.825 olup¹⁹ bu çalışmada KMO değeri 0.893 elde edilerek verilerin faktör analizi için oldukça uygun olduğu belirlenmiştir.

Ölçeğin DFA ile uyum indeksleri ve modifikasyon değerleri modelin kabul edilebilir olduğunu göstermiştir. Bu değerlerin 0.95’e eşit veya büyük olması mükemmel uyumlu, 0.90’a eşit veya büyük olması iyi uyumlu, 0.80’e eşit ve büyük olması durumunda ise uyumlu olduğu kabul edilmektedir²⁷. Bu değerlere göre KTAÖ uyum iyiliği değerleri uyumlu olup 26 madde ve 5 alt boyut ile ölçek uyum içerisindedir. Orijinal ölçeğin uyum iyiliği değerleri bu araştırmadaki değerlerin bazıları ile aynı bazılarında kısmen yüksek olup orijinal ölçek ile benzer değerler elde edilmiştir¹⁹.

Ölçeğin faktör yapısını gösteren scree plot testine göre öz değeri 1’in üzerinde olan beş alt faktör yapısı ortaya çıkmıştır. Orijinal ölçekte de maddeler beş alt faktörde toplanmıştır. Sadece orijinal ölçekten farklı olarak bu araştırmada daha önce “Algılanan Şiddet” alt boyutu içerisinde yer alan birinci madde yapılan faktör analizi sonrasında “Algılanan Faydalar” alt boyutunda yer almıştır. Madde incelendiğinde (*test yaptırmak ciddi sağlık sorunlarını önleyebilir*) “Algılanan Faydalar” alt boyutunda olmasının uygun olduğu görülmüştür. Ölçeği geliştiren araştırmacıdan ilgili değişiklik için onay alınmıştır.

Geçerlik çalışmalarında faktör yüklerinin 0.40 ile 0.60 arasında olması kabul edilebilir olarak değerlendirilmektedir. Analiz sonucu elde edilen varyans

sonucu ne kadar yüksek olursa elde edilecek olan faktör yapısının da o kadar güçlü olacağı kabul edilmektedir²⁸. Bu araştırmada elde edilen sonuçlar incelendiğinde ölçeğin orijinal halinde de olduğu gibi çoklu faktör yapısına sahip olduğu görülmüştür. Ölçekte yer alan beş faktörlü yapı toplam varyansın %70.7’sini açıklamaktadır. Analiz sonucu elde edilen değerin %50’nin üzerinde olması nedeniyle ölçeğin faktör yapısı güçlüdür²⁹. Yapılan AFA’da en yüksek madde faktörü yükü 0.958, en düşük madde faktörü yükü ise 0.409 olarak elde edilmiştir. Literatürde bir faktörün 0.40 üzeri faktör ağırlığına sahip olmasının ölçeğin tek faktörlü yapıyı ölçtüğü belirtilmektedir³⁰. Buna bağlı olarak ölçekte yer alan maddelerin birlikte kullanılarak bireyin kanser programlarına olan bilgi, tutum ve davranışlarını ölçtüğü kabul edilebilir. Ölçeğin orijinal hali de beş faktör olup en düşük faktör yükü 0.409 ve en yüksek faktör yükü ise 0.923’tür¹⁹. Algılanan ciddiyet, algılanan hassasiyet, algılanan faydalar, algılanan engeller ve harekete geçme ipuçları alt alanları, Sağlık İnanç Modeli’nin ana bileşenleri olarak bu ölçekte yer almışlardır. İngilizcesinde olduğu gibi Türkçesinde de model, alt boyutları ile uyumludur. Faktör analizi yapıldıktan sonra elde edilen faktörlerin ölçeğin bütünü ile anlamlı bir ilişki kurup kurmadığının anlaşılması için korelasyon analizi yapılmıştır²². Ölçekte en yüksek korelasyon “Algılanan Faydalar” ile “Algılanan Şiddet” alt boyutları arasında; en düşük korelasyon “Algılanan Engeller” ile “Algılanan Şiddet” alt boyutları arasındadır.

Ölçek uyarlama çalışmalarında iç tutarlılık için Cronbach Alfa değeri hesaplanmaktadır²¹. Cronbach Alfa katsayısının 0.40’dan düşük olması durumunda kullanılan ölçeğin güvenilirliğinin düşük, 0.80-1.00 arasında olması ise yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir³¹. Bu değerlere göre ölçek yüksek derecede güvenilirdir.

Bu çalışmada iç tutarlılığın analizi Cronbach alfa ve madde toplam korelasyonu ile değerlendirilerek madde toplam korelasyon katsayısı >0.20 olarak belirlenmiştir²⁰. Madde toplam korelasyon analizinde 0.20 – 0.30 arası değerler maddelerin düzeltilmesi gerektiğini, 0.30-0.40 arasında maddelerin iyi olduğunu, 0.40 ve daha üstü durumlarda ise maddelerin çok iyi ayırt edici özelliğe sahip olduğunu göstermektedir²⁰. Buna göre en düşük madde korelasyon değeri 0.329 olmuştur. Buna bağlı olarak maddelerin herhangi birisinin değiştirilmesine gerek kalmamıştır. Orijinal ölçekte de en düşük madde korelasyon değeri 0.409 elde edilmiştir¹⁹. Bu değerler göz önüne alındığında orijinal ölçekle benzer değerler olduğu görülmüştür. Ayrıca faktörlere göre Cronbach Alpha değerlerinin en düşük “Harekete Geçme İpuçları” alt boyutunda, en yüksek ise “Algılanan Duyarlılık” alt boyutunda bulunduğu belirlenmiştir. Orijinal ölçekte de “Algılanan Faydalar” alt boyutu en yüksek katsayıya sahipken “Algılanan Engeller” alt boyutu en düşük katsayıya sahip olmuştur. Bu durumun araştırmaya katılan kişilerin sosyo-demografik özelliklerinin farklı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Kanser Taraması Algı Ölçeği; Türk dili ve kültürüne uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması sonucunda bireylerin kanser

tarama programlarıyla ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemede geçerli ve güvenilir olduğu belirlenmiştir. Orijinalinde olduğu gibi ölçek maddeleri beş alt boyutta toplanmaktadır. Farklı örneklem gruplarında yürütülecek çalışmalarda ölçeğin psikometrik özellikleri değerlendirilebilir. Ölçeğin, SiM'ne dayalı çalışmalarda bir ölçme aracı olarak kullanılması önerilebilir. Ayrıca kanser tarama programlarıyla ilgili eğitim ve bilgilendirme çalışmalarında kullanılabilir, elde edilecek sonuçlara göre bireylerin kanser tarama programlarına katılımını artıracak girişimler organize edilebilir.

Etik Kurul Onayı (Kurul adı, tarih ve sayı no): İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (tarih ve sayı no:2020/1011) alınmıştır.

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yoktur.

Katılımcı Onamı: Bu çalışma için katılımcılardan aydınlatılmış onam alınmıştır.

Yazar katkıları

Araştırma dizaynı:MY, AB

Veri toplama:AB

Veri analizi: AB, MY

Makale yazımı: AB, MY

Teşekkür: Yazarlar katılımcılara ve aile sağlığı merkezi çalışanlarına teşekkürlerini sunar.

Ethics Committee Approval: Izmir Katip Celebi University Non-Interventional Ethics Committee (date/no:2020/1011)

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

Exhibitor Consent: Informed consent was obtained from the participants for this study.

Author contributions

Study design: MY, AB

Data collection: AB

Data analysis: AB, MY

Drafting manuscript: AB, MY

Acknowledgment: The authors thank to participants and health professionals of family health center

KAYNAKLAR

1. Türkiye İstatistik Kurumu, Türkiye Ölüm İstatistikleri [Internet]. 2020 [Erişim Tarihi 10 Ocak 2023]. Erişim Adresi: https://hips.hacettepe.edu.tr/Tr/2018_Turkiye_Nufus_Ve_Saglik_Arastirmasi-55%2004%20Ocak%202023
2. Hacettepe Üniversitesi, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları [Internet]. 2018 [Erişim Tarihi 4 Ocak 2023]. Erişim Adresi: https://Hips.Hacettepe.Edu.Tr/Tr/2018_Turkiye_Nufus_Ve_Saglik_Arastirmasi-55_04_Ocak_2023
3. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı [Internet]. 2017 [Erişim Tarihi 5 Ocak 2023]. Erişim Adresi: <https://Hsgm.Saglik.Gov.Tr/Depo/Birimler/Kronik-Hastaliklar-Engelli-Db/Hastaliklar/Kalpvedamar/Raporlar/Bizzcasetrssf>

4. Baykara O. Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. BAUN Sağlık Bil Derg. (in press). 2016;5(3):154-165.
5. Güvenç G, Akyüz A, Açıkel C. Health Belief model scale for cervical cancer and pap smear test: Psychometric testing. J Adv Nurs. 2010;67(2):428-37.
6. Birhanu Z, Abdissa A, Belachew T, Deribew A, Segni H, Tsu V et al. Health seeking behavior for cervical cancer in Ethiopia: A qualitative study. Int J Equity Health. 2012;11(1):1-8.
7. Bulduk S, Yurt S, Dinçer Y, Ardıç E. Sağlık davranış modelleri. DÜ Sağlık Bil Enst Derg. 2015;5(1):28-34.
8. Gözüm S, Çapık C. Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: Sağlık İnanç Modeli. DEUHEFED. 2014;7(3):230-7.
9. Çenesiz E, Atak N. Türkiye'de sağlık inanç modeli ile yapılmış araştırmaların değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007;6(6):427-34.
10. Champion V, Skinner CS, Menon U. Development of a self-efficacy scale for mammography. Res Nurs Health. 2005;28(4):329-36.
11. Gözüm S, Karayurt Ö, Aydın İ. Meme kanseri taramalarında champion'un sağlık inanç modeli ölçeğinin Türkçe uyarlamalarına ilişkin sonuçlar. HEAD. 2004;6(1):71-85.
12. Jacobs L. Health beliefs of first-degree relatives of individuals with colorectal cancer and participation in health maintenance visits: Apopulation-based survey. Cancer Nurs. 2022;25(4):251-65.
13. Kartal A, Özsoy S. Validity and reliability study of the Turkish version of health belief model scale in diabetic patients. Int J Nurs Stud. 2007;44(8):1447-58.
14. Kim H. Knowledge about humanpapillomavirus (hpv) and health beliefs and intention to recommend hpv vaccination for girls and boys among Korean health teachers. Vaccine. 2012;30(36):5327-34.
15. Guvenc G, Seven M, Akyuz A. Health Belief model scale for human papilloma virus and vaccination: Adaptation and psychometric testing. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2016;29(3):252-58.
16. Çapık C, Gözüm S. Development and validation of health beliefs model scale for prostate cancer screenings (HBM-PCS): Evidence from exploratory and confirmatory factor analyses. Eur J Oncol Nurs. 2011;15(5):478-85
17. Barnes R. Beliefs and practices of active duty airforce males related to testicular cancer and testicular self-examination. [Master of Science Thesis]. Washington, USA: Uniformed Services University of Health Sciences; 2000.
18. Pınar G, Öksüz E, Beder A, Elbaş N. Testis kanseri taramalarında champion'un sağlık inanç modeli ölçeğinin Türkçe uyarlamasının güvenilirlik ve geçerliliği. Tıp Araştırmaları Dergisi. 2011;9(2):89-96.
19. Mahmood M, Shah S, Ahmad N, Rosli N. Cancer screening perception scale: development and construct validation. J Cancer Ed. 2018;33(2):269-77.

20. Karagöz Y. SPSS 23 ve AMOS 23 Uygulamalı İstatistiksel Analizler. 1.Baskı. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2016
21. Karakoç A, Dönmez P. Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. Tıp Eğitimi Dünyası. 2014;13(40):39-49.
22. Baştürk S, Dönmez G, Dicle A. Geçerlik ve Güvenirlik. Bilimsel Araştırma Yöntemleri Kitabı. Baştürk S, editör. Ankara: Vize Yayıncılık; 2013
23. Çapık, C, Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: güncellenmiş rehber. FNJN. 2018; 26(3):199-210.
24. Davis L. Instrument review: Getting the most from a panel of experts. Appl Nurs Res. 1992;5:194-7.
25. Karaman H, Atar B, Çobanoğlu D. Açıklayıcı faktör analizinde kullanılan faktör çıkartma yöntemlerinin karşılaştırılması. GEFAD. 2017;37(3):1173-93.
26. Hill PC, Hood RW. Measures of Religiosity. Birmingham, AL: Religious Education Press; 1999.
27. Brown A. Confirmatory Factor Analysis for Applied Research, 1st Ed. New York, USA: Guilford Publications; 2006.
28. Uyumaz G, Mor-Dirlik E, Çokluk Ö. Açıklayıcı faktör analizinde tekrar edilebilirlik: Kavram ve uygulama. BAİBÜ. 2016;16(2):659-75.
29. Akgül A. Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri SPSS Uygulamaları. 2. Baskı. Ankara: Emek Ofset; 2005.
30. Şencan H. Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenirlik ve Geçerlilik. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2005
31. Hasaıçebi B, Terzi Y, Küçük Z. Madde güçlük indeksi ve madde ayırt edicilik indeksine dayalı çeldirici analizi. GUFBD. 2020; 10(1): 224-40.

Araştırma makalesi Research article

COVID-19 Pozitif Olan ve İyileşen Üniversite Öğrencilerinde Travma Sonrası Stres Bozukluğu Riski ve İlişkili Faktörler



Aysun GÜZEL¹, Ayşe SEZER BALCI²

ÖZ

Amaç: Bu araştırmanın amacı COVID-19 pozitif olan ve iyileşen üniversite öğrencilerinde Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) riski ve ilişkili faktörlerin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki araştırmanın evrenini bir üniversitenin fakülte ve yüksekokullarında Aralık 2021-Ocak 2022 tarihleri arasında öğrenim gören tüm lisans öğrencileri (N=15.541), örneklemi araştırmaya katılmayı kabul eden 486 öğrenci oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak, Sosyo-Demografik Bilgi Formu, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kısa Ölçeği (TSSB-KÖ), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Riskli Davranışlar Ölçeği (RDÖ) kullanılmıştır. Veriler SPSS 25.0 programında yüzdelik, ortalama, tek yönlü varyans analizi, bağımsız örneklem t-testi, korelasyon ve çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılarak edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılanların %77'si kadındır ve TSSB-KÖ toplam puan ortalamaları 15.17±9.40 (min=0, max=36)'dır. Kadınların (p=0.001), kronik hastalığı olanların (p=0.01) ve sigara kullananların (p=0.004) TSSB-KÖ puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (p=0.01). ÇÇTÖ toplam, duygusal taciz, fiziksel taciz, duygusal ihmal, cinsel taciz ve aşırı koruma ve kontrol alt boyutları ile TSSB-KÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. RDÖ ölçeği tüm alt boyutları ile TSSB-KÖ puan ortalaması arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Öğrencilerin yaklaşık beşte birinde travma sonrası stres bozukluğu riski bulunmaktadır.

Anahtar kelimeler: COVID-19, travma sonrası stres bozukluğu riski, üniversite öğrencisi

ABSTRACT

Risk of Post-Traumatic Stress Disorder and Associated Factors in University Students Who Are COVID-19 Positive and Recovered

Aim: This study aims to determine the risk of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and associated factors in university students who are COVID-19 positive and recovered.

Material and Methods: The population of this descriptive study consisted of all undergraduate students (N=15.541) studying at a university between December 2021 and January 2022, and the sample consisted of 486 students who agreed to participate in the study. Socio-Demographic Questionnaire Form, Post Traumatic Stress Disorder Short Scale (PTSD-CS), Childhood Trauma Scale (CTS), and Risky Behaviors Scale (RDS) were used as data collection tools. The data were analyzed using the SPSS 25.0 program by percentile, mean, one-way ANOVA, independent sample t-test, correlation, and multiple linear regression analysis.

Results: 77% of the participants were women, and the mean PTSD-CS total score was 15.17±9.40 (min=0; max=36). The mean PTSD-CS scores of women (p=0.001), those with chronic diseases (p=0.01), and smokers (p=0.004) were found to be high (p=0.01). There was a statistically significant relationship between CTS total, emotional abuse, physical abuse, emotional neglect, sexual abuse, and overprotection and control sub-dimensions and the mean PTSD-CS scores. A significant relationship was found between all sub-dimensions of the RDS scale and the mean PTSD-CS score.

Conclusion: Approximately one-fifth of the students are at risk of post-traumatic stress disorder.

Keywords: College student, COVID-19, risk of post-traumatic stress disorder

¹ Doç. Dr. Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü, Burdur, Türkiye E-mail: ayurdakul@mehmetakif.edu.tr, Tel: +90 248 213 3500, ORCID: 0000-0002-7071-3511

² Dr. Öğr. Üyesi, Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Burdur, Türkiye, E-mail: asbalci@mehmetakif.edu.tr, Tel: +90 248 213 3500, ORCID: 0000-0002-6520-1669

Geliş Tarihi: 13 Nisan 2023, Kabul Tarihi: 29 Nisan 2024

Atıf/Citation: Güzel A, Sezer Balcı A. COVID-19 Pozitif Olan ve İyileşen Üniversite Öğrencilerinde Travma Sonrası Stres Bozukluğu Riski ve İlişkili Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2024;11(2):143-151. DOI: 10.31125/hunhemsire.1282597

GİRİŞ

Koronavirüs 2019 (COVID-19) salgını, öngörülemeyen ve uzun süreli oluşu, tedavi yönteminin belirsizliği ve günlük yaşamda yol açtığı değişimlerle toplum ruh sağlığı üzerinde önemli bir yük oluşturmaktadır^{1,2}. Salgın süreci, fiziksel ve ruhsal etkilerinin yanında ciddi ölüm tehdidi oluşturmasıyla travmatik olay olarak kabul edilmektedir³. COVID-19'u kendisi ya da yakınları geçiren, bu olaya tanık olan bireyler Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) için riskli konumdur⁴.

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının beşinci baskısında TSSB için şu tanım yazmaktadır: Kişinin maruz kaldığı, ölüm, ciddi yaralanma veya cinsel şiddet gibi tehdit edici bir olaya karşı verdiği normal dışı tepki sonucunda ortaya çıkan bir durumdur. Bu tepkiler arasında korku, dehşet ve çaresizlik hissi; olaya ilişkin nahoş hatıralar, düşünceler veya rüyalar; olayı hatırlatan uyaranlardan kaçınma veya onlardan aşırı derecede rahatsızlık duyma yer almaktadır. Bu belirtiler, olayın hemen ardından başlamayabileceği gibi, bazı durumlarda aylar veya yıllar sonra da ortaya çıkabilir. TSSB riski, kişinin işlevselliğini ciddi şekilde etkileyebilir ve özellikle tedavi edilmediği takdirde uzun sürebilir⁴. Literatürde pandemi, travmatik olaylar arasında yer almaktadır^{1,3}. COVID-19 salgınlarına ilişkin yapılan çalışmalarda, COVID-19 pozitif olan ve iyileşenlerde psikiyatrik bozuklukların, özellikle de TSSB riskinin arttığı bildirilmiştir³⁻⁶. TSSB riski, salgına tanık olan genel nüfusta %3 iken, COVID-19 pozitif olan ve iyileşenlerde %40'in üzerindedir⁷. Yapılan bir meta-analiz çalışmasında, COVID-19 pozitif olan ve iyileşen her 10 kişiden üçünün, her 10 sağlık çalışanından ikisinin ve genel popülasyondaki her 10 kişiden birinin TSSB riski yaşadığı bildirilmiştir⁸.

COVID-19 salgın sürecinin riskli grupları arasında yaşlılar, çocuklar, üniversite öğrencileri yer almaktadır^{9,10}. Üniversite öğrencileri ergenlikten yetişkinliğe geçişte yaşadıkları bireysel ve sosyal değişimler (akademik baskı, sosyal duyarlılık, kişilerarası etkileşim ve sosyalleşme isteğinin artışı gibi) ile ruh sağlığı sorunları açısından riskli grupta yer almaktadır^{11,12}. COVID-19 sürecinde sosyal izolasyon, okulların kapanması ile yüz yüze iletişimin kısıtlanması, günlük yaşam alışkanlıklarında ve yaşam düzeninde (düşük fiziksel aktivite, artan ekran süresi, düzensiz uyku ve sağlıksız beslenme) üniversite öğrencilerinin ruh sağlığını olumsuz etkileyen değişkenlerden bazılarıdır^{11,13}. Konu ile ilgili Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılan çalışmalarda üniversite öğrencilerinin COVID-19 nedeniyle TSSB riski, stres, depresyon, kaygı ve uyku bozukluğu gibi ruhsal sorunlar yaşadıkları belirtilmiştir^{14,15}.

Öğrencilerin stresli veya travmatik olaylara verdiği psikolojik tepkiler, bireysel (yaş dönemi, kişilik özellikleri, çocukluk çağı travmatik yaşantıları) ve sosyal (sosyoekonomik durum, aile yapısı gibi) faktörlere göre değişmektedir^{16,17}. Özellikle çocukluk çağındaki travmatik yaşantılar, TSSB riskini artırmaktadır¹⁸. Üniversite öğrencileri ile yapılan bazı çalışmalarda çocukluk çağındaki duygusal istismar, güvensiz bağlanma gibi durumların yetişkinlikte TSSB riskini artırdığı bildirilmiştir^{19,20}. Erişkinler ile yürütülen farklı bir çalışmada

da benzer olarak çocukluk çağı travma yükünün TSSB riski ile ilişkili olduğu bildirilmiştir²¹.

Bireyler travmatik olayda yaşadıkları stres ve kaygı durumlarını azaltmak ve bu rahatsız edici duygulardan kurtulabilmek için bazen riskli davranışlara yönelmektedir. Yapılan bir çalışmada TSSB riski arttıkça alkol/madde kullanımı gibi riskli davranışların da arttığı vurgulanmıştır²². Üniversite öğrencileri ile yapılan bazı çalışmalarda travmatik yaşantısı olan öğrencilerde alkol madde kullanımı ve reçetelendirilmemiş ilaç kullanımının daha fazla olduğu bildirilmiştir^{23,24}. Türkiye'de ve diğer ülkelerde üniversite öğrencileri ile yapılan bazı çalışmalarda salgın süreci ve kısıtlamaların ruh sağlığı üzerine yakın etkileri (anksiyete, depresyon gibi) incelenmiştir^{7,25-30}. İncelenen çalışmaların birinde toplum sağlığını etkileyen acil durumlarla karşılaşılacağına öğrencilerin ruh sağlığının doğrudan ve önemli ölçüde etkilendiği ifade edilmektedir. Öğrencilerin ruh sağlığını olumsuz etkileyen olaylara yönelik ailelerin, üniversitelerin, hükümetin dolayısıyla da tüm toplumun birlikte hareket etmesinin gerekli olduğu, öğrencilere onlara katkı sağlayacak düzeyde kriz odaklı psikolojik hizmetin zamanında sağlanabilmesi için okulların da diğer kurumlarla işbirliği yapmasının halk sağlığının korunması için önemli olduğundan bahsedilmektedir²⁸. Öğrencilerin pozitif ruh sağlığı düzeylerini artırmak ve hayatlarında değişiklik yapmak için planlanabilecek müdahale programları²⁵ toplum ruh sağlığı çalışanlarının yanı sıra halk sağlığı çalışanlarını da yakından ilgilendirmektedir. Yapılan çalışmalarda COVID-19 pozitif olan ve iyileşen bireylerde (toplumda ya da toplumu temsil eden bir örneklemede) TSSB riski ve ilişkili faktörleri ele alan çalışmaya rastlanmamıştır^{7,25-30}. COVID-19 pozitif olan ve iyileşen bireylerde TSSB riski ve ilişkili faktörleri ele alan çalışmaların yapılması, ruh sağlığı çalışanları ve halk sağlığı uzmanlarına TSSB'nin belirtilerini ve etkilerini daha iyi anlama ve tedavi etme konusunda yol gösterici olacaktır.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı COVID-19 pozitif olan ve iyileşen üniversite öğrencilerinde TSSB riski ve ilişkili faktörlerin belirlenmesidir.

Araştırma Soruları

1. COVID-19 pozitif olan ve iyileşen üniversite öğrencileri Travma Sonrası Stres Bozukluğu açısından yüksek riskli midir?
2. COVID-19 pozitif olan ve iyileşen üniversite öğrencilerinin bazı sosyo-demografik özellikleri açısından, TSSB-KÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark var mıdır?
3. COVID-19 pozitif olan ve iyileşen üniversite öğrencilerinde TSSB-KÖ puan ortalamaları ile ÇÇTÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
4. COVID-19 pozitif olan ve iyileşen üniversite öğrencilerinde TSSB-KÖ puan ortalamaları ile RDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
5. COVID-19 pozitif olan ve iyileşen üniversite öğrencilerinde TSSB-KÖ puan ortalamalarını yordayan bazı değişkenler var mıdır?

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Araştırma, tanımlayıcı - ilişkisel tipte planlanmıştır.

Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırma evreni, Aralık 2021-Ocak 2022 tarihlerinde bir üniversitenin il merkezinde bulunan fakülte ve yükseköğretimde eğitim alan 15.541 lisans öğrencisinden oluşmuştur. Araştırmada sadece COVID-19 pozitif olan ve iyileşen öğrencilere ulaşılmıştır. Veriler olasılıksız örnekleme yöntemleri arasında yer alan kartopu örnekleme yöntemiyle toplanmıştır. Kartopu örnekleme yöntemi evreni oluşturan birimlere erişmenin zor olduğu durumlarda kullanılmaktadır. Bu yöntemde ilk ulaşılan kişi aracılığıyla diğer kişilere zincirleme şekilde ulaşılmakta, yeterli veriye ulaşıldığında veri toplama aşaması tamamlanmaktadır³¹. Kartopu örnekleme yöntemine uygun olarak öncelikle evrendeki bir öğrenciyle, öğrenci temsilcisi aracılığıyla iletişim kurulmuştur. Öğrenci temsilcilerinden öğrenci gruplarına “COVID-19 geçiren ve iyileşen öğrencileri, öğretim elemanına özelden ulaşsın” şeklinde bir mesajı iletmeleri istenmiştir. Sonra ilk bağlantı kurulan öğrencinin yardımıyla başka bir öğrenciyle, daha sonra yine aynı yolla başka bir öğrenciyle temas kurulmuştur. Bu çalışmanın evreni bir üniversitenin lisans öğrencilerinden oluşmaktadır fakat literatürde üniversitelere özgü COVID-19 pozitif olan ve iyileşen öğrencilere yönelik net bilgi bulunmamaktadır. Bu nedenle bu çalışmada kartopu örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Ayrıca literatürde yer alan ve örneklem büyüklüğünü belirleyebilmek amacıyla oluşturulan hazır tablo incelendiğinde evren 15.000 kişi olduğunda 375 kişinin, evren 20.000 kişi olduğunda 377 kişinin örnekleme için yeterli olacağı ifade edilmektedir³². Eksik ya da yanlış cevaplar verilebileceği düşünülerek örnekleme sayısından daha fazla kişiye ulaşılması planlanmış ve 490 öğrenciye ulaşılmıştır. Dört öğrencinin anket formunda yer alan bilgilerde eksiklikler saptanması nedeniyle, 486 öğrenciye ait veriler değerlendirilmiştir.

Ön Uygulama

Ön uygulama örnekleme grubunda yer almayan 10 öğrenciyle yürütülmüştür. Öğrencilerin veri toplama aracına yönelik geri bildirim ve önerileri incelenmiş, kişisel bilgi formu düzenlenmiştir.

Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni travma sonrası stres bozukluğu toplam puan ortalaması olarak belirlenmiştir. Araştırmanın bağımsız değişkenleri cinsiyet, medeni durum, aylık gelir durumu gibi bazı sosyodemografik özelliklerin yanı sıra çocukluk çağı travmaları toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamaları ile riskli davranışlar alt boyut puan ortalamalarını kapsamaktadır.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri Kişisel Bilgi Formu, Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kısa Ölçeği (TSSB-KÖ), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Riskli Davranışlar Ölçeği (RDÖ) ile elde edilmiştir.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kısa Ölçeği: TSSB-KÖ, Lebeau ve ark. (2014)³³ tarafından geliştirilmiştir ve Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Evren ve ark. (2016) tarafından

üniversite öğrencilerinde yapılmıştır³⁴. Ölçek 9 maddeden ve tek boyuttan oluşan likert tipte bir ölçektir. Ölçeğin puanlandırılması hiç=0, biraz=1, orta=2, oldukça=3 ve aşırı=4 puan arasında değişmektedir (en düşük 0 puan, en yüksek 36 puan)³⁴. Ölçeğin Türkçe versiyonunda 24 puanın kesme noktası olduğu ifade edilmekte, 24 puan altı düşük riskli, 24 puan ve üzeri olan yüksek riskli olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin başlangıcında “Aşırı şiddetli olay ya da yaşantı sonrasında ortaya çıkan ya da daha da kötüleşen aşağıdaki her bir sorunu geçtiğimiz yedi (7) gün içinde sizi ne kadar rahatsız etti?” şeklinde bir soru sorularak ölçek maddelerinin bu duruma göre yanıtlanması istenmektedir. Ölçeğin ilk geliştirilen özgün şeklinde katılımcılara ilk olarak “İnsanlar bazen ölüm, ciddi yaralanma veya saldırı gibi aşırı stresli olaylar ve deneyimler yaşayabilirler ya da bu olaylara tanık olabilirler. Hayatının herhangi bir döneminde başına bu tür şeyler geldi mi?” şeklinde bir soru sorularak bu soruya “Evet” yanıtı veren bireyler ölçeği doldurmaya yönlendirilmiştir. Ölçeğe ait Cronbach alfa değeri 0.87’dir³⁴. Bu çalışmada ölçeğe ait Cronbach alfa değeri 0.91’dir.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği: ÇÇTÖ, Bernstein ve ark. (1994)³⁵ tarafından geliştirilmiş olup Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Şar ve arkadaşları (2021)³⁶ tarafından yapılmıştır. Son revizyon çalışmasında ÇÇTÖ 33 maddeden oluşmuştur. Beşli likert (hiçbir zaman=1, nadiren=2, kimi zaman=2, sık olarak=4 ve çok sık=5) tipte olan ölçek altı alt boyut içermektedir. Ölçeğin alt boyutları duygusal taciz, fiziksel taciz, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel taciz ve aşırı koruma-kontrol’dir Ölçekten alınabilecek toplam puan 25-150 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanı arttıkça travmaya uğrama sıklığı artmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.87’dir³⁶. Bu çalışmada Cronbach alfa değeri 0.80’dir. Ölçeğin bu çalışmada kullanılmasının amacı, yaşanan çocukluk çağı travmalarının travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkili olduğunun düşünülmesidir.

Riskli Davranışlar Ölçeği: RDÖ, Gençtarım (2014)³⁷ tarafından üniversite öğrencileri için geliştirilmiş, yedi alt boyut ve 60 maddeyi kapsayan likert tipte bir ölçektir. Ölçekte her zaman = 5, genellikle = 4, bazen = 3, nadiren = 2 ve hiçbir zaman = 1 olarak ifade edilmektedir. Ölçeğe ait ters kodlanan madde belirtilmemektedir. Ölçekte yer alan alt boyutlar birbirleriyle ilişkili olmadıkları için ölçeğin toplam puanı hesaplanmamaktadır. Ölçek alt boyutlarından alınan puanlar ayrı ayrı hesaplanmaktadır. İlgili alt boyutun puanının yüksek olması, ilgili boyuta ait risk düzeyinin fazla olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri alt boyutlar arasında 0.68 ile 0.90 arasında değişmektedir³⁷. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri alt boyutlar arasında 0.70 ile 0.86 arasında değişmektedir. Ölçeğin bu çalışmada kullanılmasının amacı, öğrencilerin sahip oldukları riskli davranış varlığı ve düzeyinin travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkili olduğunun düşünülmesidir.

Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmanın veri grubunu oluşturan öğrencilere ulaşılmaması, kartopu örnekleme yöntemiyle dolayısıyla zincirleme şekilde gerçekleşmiştir (öğrencilere herhangi bir zamanda sınıftayken, yurttayken ya da kantindeyken öğrenci temsilcisi aracılığıyla ulaşılmıştır). Öğrenci temsilcisi

tarafından bilgi verilen ve öğretim elemanına ulaşan tüm öğrencilere COVID-19 geçirip geçirmediği (geçmiş dönemde herhangi bir zamanda pozitif olup olmadıkları) sorulmuştur. COVID-19 pozitif olan ve iyileşerek okula geri dönen öğrencilerden çalışmaya katılmayı kabul edenler bir dersliğe davet edilmiş, anketler verilmiş ve anketlerin bitimine kadar yanlarında beklenmiştir. Anket formları doldurulma süresi 30-35 dakikadır. Öğrencilerin anlayamadıkları sorular veri toplayan kişiler tarafından katılımcılara tekrar tekrar açıklanmıştır.

Verilerin Analizi

Toplanan verilerin analizi SPSS 21 programında yapılmıştır. Analizlere başlamadan önce verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ve çarpıklık-baskıklık katsayısı ile belirlenmiştir. Sosyodemografik özelliklere ait tanımlayıcı istatistiklerin sunulmasında sayı ve yüzde kullanılmıştır. Ölçeklerin toplam ve alt boyut puan ortalamalarına ait tablolarda yer alan veriler ortalama±standart sapma şeklinde sunulmuştur. Araştırmada iki grup arasındaki farklılığın analizinde bağımsız örneklem t testi, üç ve daha fazla grup varlığında ise tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkinin analizinde pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Travma sonrası stres bozukluğu puanlarını yordamak için çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Araştırma bulguları %95 güven aralığı ve %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiş, regresyon analizinde değişkenler adimsal olarak eklenmiştir.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya ait etik kurul onayı Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Etik Kurul Birimi'nden (Protokol No: GO 2021/45) alınmıştır. Araştırmada kullanılan ölçekleri geliştiren ya da Türkçe uyarlamasını yapan araştırmacılardan e.posta aracılığıyla ölçek kullanım izni alınmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü öğrencilerin sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

Araştırma Sınırlılıkları

Çalışmada birçok sınırlılık mevcuttur. İlk olarak bu çalışma tanımlayıcı tipte olduğu için sadece bu örneklem büyüklüğü ile sınırlıdır. İkincisi çalışma hastalık geçirmiş ve iyileşmiş öğrenciler ile yürütüldüğü için araştırmanın örneklem seçimi rastgele değildir. Üçüncü olarak TSSB riskini değerlendirmede psikiyatrik belirtilere dayalı klinik tanı konmamış, öz bildirim dayalı anket uygulanmıştır. Araştırmanın diğer sınırlılıkları arasında tek bir üniversite evren ve örnekleminde ve araştırmacıların ulaşabildiği öğrencilerle yapılmış olması; hem toplum ruh sağlığı hem de halk sağlığını doğrudan ilgilendiren bu çalışmanın halk sağlığı alanından iki araştırmacı ile yürütülmesi (toplum ruh sağlığı araştırmacılarının dahil edilmemiş olması) bulunmaktadır.

BULGULAR

Katılımcıların %77'si kadın, %64.2'sinin algıladığı aylık gelir durumu iyi, %25.1'i sigara kullanmakta, %9.3'ünün kronik hastalığı bulunmakta ve %57'si ailesiyle birlikte il merkezinde yaşamaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Öğrencilerin Bazı Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=486)

Sosyo-demografik Özellikler	Sayı	%	
Cinsiyet	Erkek	112	23.0
	Kadın	374	77.0
Medeni durum	Evli	18	3.7
	Bekar	468	96.3
Algılanan aylık gelir durumu	Kötü	63	13.0
	Kararsızım	111	22.8
	İyi	312	64.2
Kronik hastalık varlığı	Evet	45	9.3
	Hayır	441	90.7
Sigara kullanım durumu	Evet	122	25.1
	Hayır	364	74.9
Alkol kullanım durumu	Evet	43	8.8
	Hayır	443	91.2
Aileyle birlikte yaşanılan yerleşim yeri	İl merkezi	277	57.0
	İlçe	154	31.7
	Köy	55	11.3
Yaşanılan evde engelli birey varlığı	Evet	33	6.8
	Hayır	453	93.2
Yaşanılan evde yaşlı birey varlığı	Evet	71	14.6
	Hayır	415	85.4
Toplam		486	100.0

Katılımcıların değerlendirilen sosyodemografik özellikleriyle TSSB-KÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kadın öğrencilerin ($p=0.001$), ailesiyle birlikte köyde yaşayanların ($p<0.001$), kronik hastalığı olanların ($p=0.01$) ve sigara kullananların ($p=0.004$) TSSB-KÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı biçimde yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 2. Öğrencilerin Bazı Sosyo-demografik Özellikleri ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kısa Ölçeği Ortalamalarının Dağılımı

Özellikler (n=486)	Sayı	Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği		
		Ort±SS	p	
Cinsiyet	Erkek	112	12.55±9.28	*0.001
	Kadın	374	15.95±9.31	
Kronik hastalık varlığı	Evet	45	18.35±9.72	*0.01
	Hayır	441	14.84±9.32	
Sigara kullanım durumu	Evet	122	17.26±10.46	*0.004
	Hayır	364	14.47±8.93	
Aile ile birlikte yaşanılan yer	İl	277	13.71±8.96	**<0.001
	İlçe	154	16.43±9.39	
	Köy	55	18.96±10.19	

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, *Bağımsız Örneklem t testi, **Tek Yönlü Varyans Analizi ve TUKEY HSD Testi

Katılımcıların TSSB-KÖ toplam puan ortalamaları 15.17±9.40 (min=0, max=36), olarak bulunmuştur. Katılımcıların ÇÇTÖ toplam puan ortalamaları 51.95±17.13 (min=30, max=109) olarak bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 3. Öğrencilerin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kısa Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Riskli Davranışlar Ölçeği Puan Dağılımları

	Ort±SS	Minimum / Maksimum
Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kısa Ölçeği	15.17±9.40	0.00 / 0.36
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği		
Toplam Ölçek Puanı	51.95±17.13	30.00 / 109.00
Duygusal taciz	7.74±4.04	5.00 / 25.00
Fiziksel taciz	6.24±2.92	5.00 / 25.00
Fiziksel ihmal	8.35±3.33	5.00 / 21.00
Duygusal ihmal	11.67±5.19	5.00 / 25.00
Cinsel taciz	6.51±3.51	5.00 / 25.00
Aşırı koruma ve kontrol	11.43±4.66	5.00 / 25.00
Riskli Davranışlar Ölçeği		
Riskli antisosyal davranış	17.69±5.92	10.00 / 42.00
Riskli alkol kullanımı	11.79±5.93	9.00 / 45.00
Riskli sigara kullanımı	15.28±8.48	8.00 / 38.00
Riskli intihar eğilimi	26.64±12.68	12.00 / 60.00
Riskli beslenme alışkanlıkları	19.63±7.67	8.00 / 40.00
Riskli okul terki	7.49±3.57	4.00 / 20.00
Riskli madde kullanımı	10.80±5.02	9.00 / 41.00

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

TSSB-KÖ Türkçe uyarlamasında 24 puan kesme noktası olarak belirlenmiş, 24 puan altı düşük riskli, 24 puan ve üzeri olan yüksek riskli olarak değerlendirilmiştir.³⁴ Bu kesme puanına göre katılımcıların %79.6'sı 24 puan ve altı puana sahiptir ve "travma sonrası stres bozukluğu riski yok" olarak saptanmıştır. Katılımcıların %20.4'ü 24 puan ve üzeri puana sahiptir ve "travma sonrası stres bozukluğu riski var" olarak saptanmıştır.

Araştırmaya katılanların TSSB-KÖ puan ortalamaları ile duygusal taciz, duygusal ihmal, cinsel taciz, aşırı koruma ve kontrol alt boyut puanları ve ÇÇTÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı, zayıf derecede ve pozitif yönde (sırasıyla $r=0.31$, $r=0.24$, $r=0.19$, $r=0.35$; $r=0.31$; $p<0.001$) ilişki bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 4. Öğrencilerin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kısa Ölçeği Puan Ortalaması ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Riskli Davranışlar Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği	
	*r	p
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği		
Toplam Puan	0.31	0.00
Duygusal taciz	0.31	0.00
Fiziksel taciz	0.10	0.01
Fiziksel ihmal	0.08	0.08
Duygusal ihmal	0.24	0.00
Cinsel taciz	0.19	0.00
Aşırı koruma ve kontrol	0.35	0.00
Riskli Davranışlar Ölçeği		
Riskli antisosyal davranış	0.33	0.00
Riskli alkol kullanımı	0.23	0.00
Riskli sigara kullanımı	0.23	0.00
Riskli intihar eğilimi	0.54	0.00
Riskli beslenme alışkanlıkları	0.31	0.00
Riskli okul terki	0.32	0.00
Riskli madde kullanımı	0.10	0.01

*Pearson Korelasyon Katsayısı

Araştırmaya katılanların TSSB-KÖ toplam puan ortalamaları ile RDÖ riskli antisosyal davranış, riskli alkol kullanımı, riskli sigara kullanımı, riskli beslenme alışkanlıkları ve riskli okul terki alt boyut puanları arasında anlamlı, zayıf derecede ve pozitif yönde (sırasıyla $r=0.33$, $r=0.23$, $r=0.23$, $r=0.31$, $r=0.32$; korelasyonların tamamında $p<0.001$) ilişki bulunmuştur. Araştırmaya katılanların TSSB-KÖ toplam puan ortalamaları ile RDÖ riskli intihar eğilimi alt boyut puanları arasında anlamlı, orta derecede ve pozitif yönde ilişki bulunmuştur ($r=0.54$, $p<0.001$) (Tablo 4).

Araştırmaya katılan öğrencilerin TSSB-KÖ puan ortalamalarını yordayan değişkenler regresyon analizi ile incelenmiş ve Tablo 5'te belirtilmiştir.

Tablo 5. Öğrencilerin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Kısa Ölçeği Puanlarının Yorumlanmasına İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği			
	B (SH)	p	Beta	%95 GA* En düşük / En yüksek
Sabit	-5.89 (1,683)	0.001	-	-9.196 / - 2.582
Cinsiyet ¹	3.768 (0.870)	<0.001	0.169	2.058 / 5.478
Aile ile birlikte yaşanılan yer ²				
Köy	4.301 (1.103)	<0.001	0.145	2.133 / 6.469
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği				
Cinsel taciz	0.279 (0.122)	0.023	0.104	0.038 / 0.519
Aşırı koruma ve kontrol	0.396 (0.098)	<0.001	0.197	0.204 / 0.588
Riskli Davranışlar Ölçeği				
Riskli anti sosyal davranış	0.167 (0.076)	0.029	0.105	0.017 / 0.316
Riskli intihar eğilimi	0.284 (0.036)	<0.001	0.382	0.213 / 0.354
Riskli okul terki	0.285 (0.129)	0.028	0.108	0.031 / 0.538
Riskli madde kullanımı	-0.316 (0.099)	0.001	-	-0.510 / - 0.122
R=0.64 R ² =0.41 F(20.618)=1107.574 p<0.001				

GA: Güven Aralığı. ¹Referans grup "erkek"; ²Referans grup "il merkezi"
B: Regresyon yükü, SH: Standart Hata

Regresyon analizinde çoklu bağlantı sorunu varlığı incelenmiş ve bağımsız değişkenler arasında yüksek korelasyonlara rastlanmamıştır. ÇÇTÖ toplam puan değişkeninin tolerans (VIF) değeri 10'dan büyük olduğu için, literatürde önerildiği gibi bu değişken analizden çıkarılmıştır³⁸. Bu değişken analizden çıkarıldığında diğer değişkenlerin VIF değerleri 5'in altında kalmıştır. VIF değeri, bir bağımsız değişkenin diğer bağımsız değişkenlerle ne kadar ilişkili olduğunu göstermektedir. Genel olarak, bir bağımsız değişkenin VIF değerinin 10'dan büyük olması endişe vericidir ve analizde ciddi bir çoklu doğrusallık sorunu olduğunu göstermektedir³⁸.

Cinsiyet ve aile ile birlikte yaşanan yer değişkenleri ile TSSB-KÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ve diğer değişkenler kontrol edildiğinde kadınların erkeklere göre, köyde yaşayanların il merkezinde yaşayanlara göre TSSB-KÖ toplam puan ortalaması 4 birim daha yüksektir (Tablo 5).

ÇÇTÖ cinsel taciz ve aşırı koruma ve kontrol alt boyut puanları ile TSSB-KÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ve diğer değişkenler kontrol edildiğinde; cinsel taciz alt boyut puanı bir birim arttığında TSSB-KÖ toplam puan ortalaması 0.27 birim, aşırı koruma ve kontrol alt boyut puanı bir birim arttığında TSSB-KÖ toplam puan ortalaması 0.39 birim artmaktadır (Tablo 5).

RDÖ riskli antisosyal davranış, riskli intihar eğilimi, riskli okul terki ve riskli madde kullanımı alt boyut puanları ile TSSB-KÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ve diğer değişkenler kontrol edildiğinde; riskli antisosyal davranış alt boyut puanı bir birim arttığında TSSB-KÖ toplam puan ortalaması 0.16, riskli intihar eğilimi alt boyut puanı bir birim arttığında TSSB-KÖ toplam puan ortalaması 0.28 birim, riskli okul terki alt boyut puanı bir birim arttığında TSSB-KÖ toplam puan ortalaması 0.28 birim artmaktadır. Riskli madde kullanımı alt boyut puanı bir birim arttığında TSSB-KÖ toplam puan ortalaması 0.31 birim azalmaktadır. TSSB-KÖ toplam puan ortalamasında ki değişimin %41'lik kısmı bu değişkenler tarafından açıklanmaktadır (Tablo 5).

TARTIŞMA

COVID-19 sürecinde, fiziksel ve ruhsal sağlığı olumsuz etkilenen riskli gruplar arasında üniversite öğrencileri de yer almıştır. Eğitimin uzaktan sürdürülmesi, sosyal ortama erişimin kısıtlanması, öğrencilerin COVID-19 pozitif olmaları ve iyileşme sürecinde yalnız kalmaları gibi durumlar riskli gruplar arasında atfedilmelerine neden olmuştur^{11,12}.

Bu çalışmada COVID-19 pozitif olan ve iyileşen üniversite öğrencilerinde TSSB belirtileri ve ilişkili faktörleri ele almak amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda COVID-19 geçirmiş her 5 öğrenciden 1'inde (%20.4) TSSB riskinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin TSSB-KÖ toplam puan ortalamaları (15.17±9.4) ölçeğin Türkçe versiyonu kesme noktasına göre (24 puan ve altı düşük risk) düşük riskli olarak kabul edilse de, TSSB riski gösteren öğrenci sayısı örneklem içerisinde oldukça fazladır. Konu ile ilgili Fransa'da yapılan bir çalışmada COVID-19 karantinasından 1 ay sonra üniversite öğrencilerinde TSSB riski %19.5³⁹, Çin'de yürütülen iki farklı çalışmada pandemiden 1 ay sonra üniversite öğrencilerde ise risk düzeyi %12.8-%25.2 olarak bildirilmiştir⁷. Çalışma sonuçları diğer ülkelerde yapılan çalışmalardaki sonuçlar ile benzerlik göstermiştir. Diğer çalışmalarda COVID-19 geçiren ya da geçirmeyen şeklinde bir ayırım yapılmazken, bu çalışmada sadece COVID-19 pozitif olan ve iyileşenlerde TSSB riski incelenmiştir. Bu çalışmada diğer çalışmalara göre TSSB riski puan ortalamasının daha yüksek olması beklenmesine rağmen, çalışma sonuçları diğer ülkelerde yapılan çalışmalardaki sonuçlar ile benzerlik göstermiştir. Sonuçların birbirine yakınlık göstermesinin nedeni öğrencilerin buldukları

ülke, yaş dağılımları, cinsiyetleri, ekonomik durumları gibi sosyo-demografik değişkenlerin farklılığından olabilir.

Pandemiye bağlı ölümlerde risk faktörleri arasında COVID-19'a eşlik eden kronik hastalıklar ön plana çıkmaktadır⁴⁰. Bu çalışmada kronik hastalığı olan öğrencilerde TSSB riski daha yüksek bulunmuştur. Ricotto ve ark (2021)⁴¹ tarafından yapılan çalışmada, kronik hastalığı olan bireylerin COVID-19'a ilişkin kaygı ve korkularının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Korkmaz ve Güloğlu (2021)⁴² tarafından yapılan çalışmada ise, kronik hastalıklı bireylerde COVID-19 sürecinde kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Çalışma sonuçları literatürdeki sonuçlar ile benzerlik göstermiştir. Kronik hastalığı olan öğrencilerde hastalığın seyrinin çok daha ciddi olacağına yönelik düşüncelerin varlığı, bu bireylerde stres ve kaygıyı arttırmış olabilir.

Bu çalışmada cinsiyetin TSSB riskini yordayan güçlü değişkenlerden biri (kadınlarda erkeklerden 3.7 kat fazla) olduğu saptanmıştır. Essadek (2020)⁴³ tarafından Fransa'da 8003 üniversite öğrencisi ile yapılan çalışmada kadınların depresyon, kaygı ve sıkıntı düzeylerinin erkeklerden yüksek olduğu belirlenmiştir. Çin'de genel halkta yürütülen bir çalışmada, kadınlarda TSSB riskinin erkeklerden daha fazla olduğu bildirilmiştir⁴⁴. Farklı gruplarda yapılan çalışmalarda da, kadınlarda erkeklerden daha fazla TSSB riski olduğu bildirilmiştir^{7,45}. Literatürde ortaya çıkan benzer sonuçlar, kadınların psikolojik, genetik, hormonal özelliklerinin farklı olması ve COVID-19 geçirmiş olmanın, stres ve kaygıyı artırmasından kaynaklanabilir. Burada Türkiye'de kadın olmanın kadınlık yükü ve zorlukları ile birlikte ve toplumsal cinsiyet kavramı kapsamında tartışılmasının daha uygun olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada öğrencilerin TSSB-KÖ puan ortalamalarını yordayan değişkenler arasında, çocukluk çağı travmalarından cinsel taciz de bulunmaktadır. Öğrencilerin cinsel taciz puanı bir birim arttığında TSSB riski 0.27 birim artmıştır. Kratzer ve ark. (2018) tarafından yapılan çalışmada, çocukluk çağı fiziksel ve cinsel istismarının TSSB riskini artırdığı bildirilmiştir⁴⁶. Literatürdeki bazı çalışmalarda da çocukluk çağı travmalarının TSSB gelişim riskini 2-5 kat artırdığı bildirilmiştir^{39,44-47}. Çocukluk çağında yaşanan ihmal ve istismar gibi durumlar, yetişkinlik döneminde karşılaşılan travmatik bir olay sırasında travma sonrası stres bozukluğu gelişimini artırmaktadır²². Bu durum çocukluk çağında yaşanan travmaların pandemi döneminde TSSB riski üzerindeki etkisini açıklamaktadır.

TSSB tanısı için Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının beşinci baskısında yer alan tanı kriterleri arasında kişinin pervasız ve kendine zarar verici davranışlarda bulunması semptomları yer almaktadır⁴. Bu durum TSSB riski olan bireylerin daha sık riskli davranışlarda bulunacaklarını düşündürmektedir. Bu bilgiden yola çıkarak çalışma kapsamında öğrencilerin TSSB riski ile riskli davranış göstermeleri arasındaki ilişki de incelenmiştir. Çalışma sonucunda riskli davranışlardan biri olan intihar eğiliminin öğrencilerin TSSB riskini yordadığı belirlenmiştir. Öğrencilerin intihar eğilimi puanındaki bir birim artış, TSSB riskini 0.28 birim artırmıştır. Essadek (2020) tarafından yapılan çalışmada, COVID-19 sürecinde öğrencilerin %14.86'sında kendine zarar verme veya intihar

düşüncelerinin olduğu saptanmıştır⁴³. Çin’de yapılan bir çalışmada COVID-19 pozitif olup iyileşen hastalarda TSSB riski artışına bağlı intihar eğilimlerinin arttığı bildirilmiştir⁴⁸. Bir diğer çalışmada, COVID-19 sırasında yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören bireylerde TSSB riski, depresyon ve uyku bozukluklarındaki artışın intihar eğilimini arttırdığı bildirilmiştir⁴⁹. Amerika merkezli yapılan başka bir çalışmada COVID-19 geçiren 907 katılımcının %17’sinin intihar düşüncesine sahip olduğu, %5’inin intihar girişiminde bulunduğu bildirilmiştir⁵⁰. COVID-19 pozitif olup iyileşen bireyler, enfeksiyonun neden olduğu semptomlar, hastaneye yatış, tedavi, karantina ve izolasyon gibi faktörler nedeniyle ruhsal sıkıntı ya da umutsuzluk yaşayabilirler. Yaşanan ruhsal sıkıntı, bazı bireylerde kendilerine zarar verme davranışlarına yönelik eğilimlere neden olabilir. Bu davranışlar, özellikle de kaygı, korku ve depresyon gibi semptomlar ile birleştiğinde TSSB riskini artırabilir. Bu çalışmada öğrencilerin TSSB-KÖ puan ortalamalarını yordayan riskli davranışlardan bir diğeri madde kullanımı olarak saptanmıştır. Öğrencilerin riskli madde kullanımındaki bir birim artış TSSB riskini 0.31 birim azaltmıştır. TSSB riski ve madde kullanımı arasındaki bu ilişki “başa çıkmak için içmek” ve “kendi kendine tedavi” ile açıklanmaktadır⁵¹. Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda benzer olarak TSSB riski ile alkol madde kullanımı arasında ilişki olduğu görülmüştür^{52,53}. Sosyal işlevselliği ve algılanan esenliği olumsuz etkilenen bireyler madde kullanımını stresi azaltan bir durum olarak görmekte ve yaşadıkları sorunlardan kurtulmak/rahatlamak için madde kullanmaktadır. Bu durum kısır döngüye neden olurken, stres ile baş edememe sonucunda oluşan ruhsal sıkıntı artmaktadır⁵⁴.

SONUÇ ve ÖNERİLER

COVID-19 geçirmiş olmanın üniversite öğrencilerinin ruh sağlığını önemli ölçüde etkilediği ve TSSB riskini arttırdığı saptanmıştır. Kadın olmanın, köyde yaşamının, yaşanan çocukluk çağı travmalarının, antisosyal davranış, intihar eğilimi, okul terki ve madde kullanımı gibi riskli davranışların TSSB riskini yordayan değişkenler olduğu belirlenmiştir. Gelecekte üniversite öğrencilerinin ruh sağlığını iyileştirmeye yönelik müdahalelerde bu değişkenlerin dikkate alınması yarar sağlayacaktır. Sağlık profesyonelleri, ruh sağlığı çalışanları, halk sağlığı çalışanları ve üniversite yöneticilerinin gençlerin COVID-19 ile ilgili psikolojik sorunlarını azaltmak ve ruh sağlığını iyileştirmek için; ruh sağlığını izleme, değerlendirme, koruma ve geliştirme çalışmaları planlaması önerilir.

Araştırma sonuçları COVID-19 salgınının üniversite öğrencilerinin ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini ortaya çıkarmıştır ve elde edilen sonuçların gelecekte öğrencilerin ruh sağlığını korumaya yönelik plan ve programlarda yarar sağlayacağı düşünülmektedir. Üniversite öğrencileri toplumun büyük bir kısmını kapsamaktadır ve onların sağlığının korunabilmesi için aileler, okullar, hükümet dolayısıyla da tüm toplumun iş birliği içinde olması gerekmektedir. Bu iş birliğinin sağlanabilmesi ve faydalı olabilmesi için sahada çalışabilen, toplumla iç içe olan halk sağlığı uzmanlarının saha

araştırmalarını artırması ve topluma ışık tutması gereklidir. Gelecekte daha uzun süreli takip ile geniş örneklem gruplarında, multidisipliner çalışmalar yapılmasına ihtiyaç vardır.

Etik Kurul Onayı (Kurul adı, tarih ve sayı no): Araştırmaya ait etik kurul onayı Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Etik Kurul Birimi’nden (Protokol No: GO 2021/45) alınmıştır.

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yoktur.

Katılımcı Onamı: Bu çalışma için katılımcılardan aydınlatılmış onam alınmıştır.

Yazar katkıları

Araştırma dizaynı: AG, ASB

Veri toplama: AG

Veri analizi: AG

Makale yazımı: AG, ASB

Teşekkür: Yazarlar, araştırmaya katılmayı kabul eden tüm öğrencilere teşekkürlerini sunar.

* Bu çalışma, 10-12 Mart 2022 tarihlerinde gerçekleştirilen 5. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi’nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Ethics Committee Approval: Approval was obtained from the Ethics Committee of Burdur Mehmet Akif Ersoy University (Protocol No: GO 2021/45).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

Exhibitor Consent: Informed consent was obtained from the participants for this study.

Author contributions

Study design: AG, ASB

Data collection: AG

Data analysis: AG

Drafting manuscript: AG, ASB

Acknowledgment: The authors thank all students who agreed to participate in the study.

* This study was presented as an oral presentation at the 5th International Health Sciences and Life Congress held on March 10-12, 2022.

KAYNAKLAR

1. Agorastos A, Tsamakidis K, Solmi M, Correll CU, Bozicas VP. The need for holistic, longitudinal and comparable, real-time assessment of the emotional, behavioral and societal impact of the COVID-19 pandemic across nations. *Psikiyatriki*. 2021;32:15-8.
2. Gautam M, Kaur M, Mahr G. COVID-19-Associated psychiatric symptoms in health care workers: Viewpoint from internal medicine and psychiatry residents. *Psychosomatics*. 2020;61:579-81.
3. Zhang L, Pan R, Cai Y, Pan J. The prevalence of post-traumatic stress disorder in the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and single-arm meta-analysis. *Psychiatry Investig*. 2021;18:426-33.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th. Ed.)*. Washington: Arlington, VA, American Psychiatric Association; 2013. p. 265-291.

5. Kaseda ET, Levine AJ. Post-traumatic stress disorder: A differential diagnostic consideration for COVID-19 survivors. *Clin Neuropsychol*. 2020;34:1498-514.
6. Xiao S, Luo D, Xiao Y. Survivors of COVID-19 are at high risk of posttraumatic stress disorder. *Glob Health Res Policy*. 2020;5(29):1-3.
7. Liang L, Ren H, Cao R, Hu Y, Qin Z, Li C, et al. The Effect of COVID-19 on youth mental health. *psychiatric quarterly*. *Psychiatric Quarterly*. 2020;91(3):841-52.
8. Salehi M, Amanat M, Mohammadi M, Salmanian M, Rezaei N, Saghadzadeh A, et al. The prevalence of post-traumatic stress disorder related symptoms in Coronavirus outbreaks: A systematic-review and meta-analysis *Journal of Affective Disorders*. 2021;282:527-38.
9. Loades ME, Chatburn E, Higson Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Brigden A, et al. Rapid systematic review: the impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2020;59(11):1218-39.
10. Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FHP. Pandemic fear and COVID-19: Mental health burden and strategies. *Braz J Psychiatry*. 2020;42(3):232-5.
11. Guessoum SB, Lachal J, Radjack R, Carretier E, Minassian S, Benoit L et al. Adolescent psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Psychiatry Res*. 2020;291:113264.
12. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020;395(10227):912-20.
13. Kara B. Understanding the psychological impact of the COVID-19 pandemic on university students. *AIMS Medical Science*. 2022;9(1):1-4.
14. Browning MHEM, Larson LR, Sharaievska I, Rigolon A, McAnirlin O, Mullenbach L, et al. Psychological impacts from COVID19 among university students: Risk factors across seven states in the United States. *PLoS ONE*. 2021;16(1):e0245327.
15. Huckins JF, daSilva AW, Wang W, Hedlund E, Rogers C, Nepal SK, et al. Mental health and behavior of college students during the early phases of the COVID-19 Pandemic: Longitudinal smartphone and ecological momentary assessment study. *J Med Internet Res*. 2020;22(6):e20185.
16. Chang J, Yuan Y, Wang D. Mental health status and its influencing factors among college students during the epidemic of COVID-19. *J South Med Univ*. 2020;40(2):171-6.
17. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5):1729.
18. Giannopoulou I, Galinaki S, Kollintza E, Adamaki M, Kypourouopoulos S, Alevyzakis E, et al. COVID-19 and post-traumatic stress disorder: The perfect 'storm' for mental health (Review). *Experimental and Therapeutic Medicine*. 2021;22(1162):1-7.
19. Chil X, Becker B, Yu Q, Willeit P, Jiao C, Huang L, et al. Prevalence and psychosocial correlates of mental health outcomes among Chinese college students during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic. *Frontiers in Psychiatry*. 2020;11(803):1-9.
20. Alpaya EH, Aydın A, Bellur Z. Çocukluk çağı travmalarının depresyon ve travma sonrası stres belirtileri ile ilişkisinde duygu düzenleme güçlüklerinin aracı rolü. *Klinik Psikiyatri*. 2017;20:218-26.
21. Ullman SE, Peter-Hagene LC. Longitudinal relationships of social reactions, PTSD, and Revictimization in sexual assault survivors. *J Interpers Violence*. 2016;31(6):1074-94.
22. Klanecky A, McChargue D, Tuliao A. Proposed pathways to problematic drinking via post-traumatic stress disorder symptoms, emotion dysregulation, and dissociative tendencies following child/adolescent sexual abuse. *J Addict Dis*. 2016;35(3):180-193.
23. Weiss NH, Bold KW, Contractor AA, Sullivan TP, Armeli S, Tennen H. Trauma exposure and heavy drinking and drug use among college students: Identifying the roles of negative and positive affectability in a daily diary study. *Addict Behav*. 2018;79:131-7.
24. Shin SH, McDonald SE, Conley D. Patterns of adverse childhood experiences and substance use among young adults: A latent class analysis. *Addictive behaviors*. 2018;8:187-92.
25. Arslan G, Yıldırım M, Karataş Z, Kabasakal Z, Kılınc M. Meaningful living to promote complete mental health among university students in the context of the covid-19 pandemic. *Int J Ment Health Addiction*. 2020;20(2):930-42.
26. Karasar B, Canlı D. Psychological resilience and depression during the COVID-19 pandemic in Turkey. *Psychiatric Danubina*. 2020;32(2):273-9.
27. Öz Ceviz N, Tektaş N, Basmacı G, Tektaş M. COVID-19 pandemi sürecinde üniversite öğrencilerinin kaygı düzeylerini etkileyen değişkenlerin analizi. *Uluslararası Eğitim Araştırmacıları Dergisi*. 2020;3(2):312-29.
28. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J, et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Res*. 2020;287:112934.
29. Kaparounaki CK, Patsali ME, Mousa DPV, Papadopoulou EV, Papadopoulou KK, Fountoulakis KN. University students' mental health amidst the COVID-19 quarantine in Greece. *Psychiatry Res*. 2020;290:113111.
30. Odriozola-González P, Planchuelo-Gómez Á, Irurtia MJ, de Luis-García R. Psychological effects of the COVID-19 outbreak and lockdown among students and workers of a Spanish university. *Psychiatry Res*. 2020;290:113108.
31. Baltacı A. Nitel araştırmalarda örnekleme yöntemleri ve örnek hacmi sorunsalı üzerine kavramsal bir inceleme. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2018;7(1):231-274.

32. Karagöz Y. SPSS ve AMOS uygulamalı nitel-nicel karma bilimsel araştırma yöntemleri ve yayın etiği. Birinci Baskı. İstanbul: Nobel Yayınevi; 2017. s.61.
33. LeBeau R, Mischel E, Resnick H, Kilpatrick D, Friedman M, Craske M. Dimensional assessment of posttraumatic stress disorder in DSM-5. *Psychiatry Res.* 2014;218(1-2):143-7.
34. Evren C, Dalbudak E, Aydemir O, Koroğlu E, Evren B, Ozen S, et al. Psychometric properties of the Turkish PTSD-short scale in a sample of undergraduate students. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni.* 2016;26(3):294-302.
35. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry.* 1994;151(8):1132-36.
36. Şar V, Necef I, Mutluer T, Parmis F, Türk Kurtça T. A Revised and expanded version of the Turkish childhood trauma questionnaire (CTQ-33): Overprotection-overcontrol as additional factor. *J Trauma Dissociation.* 2021;22(1):35-51.
37. Gençtarım D. Riskli davranışlar ölçeği üniversite formu: Geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları. *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi.* 2014;5(1):24-34.
38. Can A. Bir değişken ile ilişkisi olan bir dizi değişkendeki değişimlerin, incelenen değişken üzerindeki etkilerini inceleme. SPSS ile Bilimsel Araştırma Sürecinde Veri Analizi. Yedinci Baskı. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık; 2019. s. 291.
39. Wathet M, Fovet T, Jousset A, Duhem S, Habran E, Horn M, et al. Prevalence of and factors associated with post-traumatic stress disorder among French university students 1 month after the COVID-19 lockdown. *Transl Psychiatry.* 2021;11(1):327.
40. Zhou X, Doig SR, Liu X, Carvalho AF, Yang L, Xiao T, et al. Prevalence and psychosocial correlates of mental health outcomes among Chinese college students during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic. *Frontier Psychiatry.* 2020;11:803.
41. Ricotta EE, Kwan JL, Smith BA, Evans NG. Chronic diseases: Perceptions about COVID-19 risk and vaccination. *MedRxiv.* 2022;2021.03.17.21253760
42. Korkmaz H, Güloğlu B. The role of uncertainty tolerance and meaning in life on depression and anxiety throughout COVID-19 pandemic. *Pers Individ Dif.* 2021;179:110952.
43. Essadek A. Mental health of French students during the covid-19 pandemic. *J Affect Disord.* 2020;277:392-3.
44. Liu N, Zhang F, Wei C, Jia Y, Shang Z, Sun L, et al. Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry Res.* 2020;287:112921.
45. Jiang HJ, Nan J, Lv ZY, Yang J. Psychological impacts of the COVID-19 epidemic on Chinese people: Exposure, post-traumatic stress symptom, and emotion regulation. *Asian Pac J Trop Med.* 2020;13(6):252-9.
46. Kratzer L, Heinz P, Pfitzer F, Padberg F, Jobst A, Schennach R. Mindfulness and pathological dissociation fully mediate the association of childhood abuse and PTSD symptomatology. *J Trauma Dissociation.* 2018;2(1):5-10.
47. Kim AW, Nyengerai T, Mendenhall E. Evaluating the mental health impacts of the COVID-19 pandemic: perceived risk of COVID-19 infection and childhood trauma predict adult depressive symptoms in urban South Africa. *Psychol Med.* 2022;52(8):1587-1599.
48. Bo HX, Li W, Yang Y, Wang Y, Zhang Q, Cheung T, et al. Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychol Med.* 2021;51(6):1052-53.
49. Sher L. Are COVID-19 survivors at increased risk for suicide? *Acta Neuropsychiatrica.* 2020;32:270.
50. Ammerman BA, Burke TA, Jacobucci R, McClure K. Preliminary Investigation of the association between COVID-19 and suicidal thoughts and behaviors in the US. *J Psychiatr Res.* 2021;134:32-8.
51. Langdon KJ, Rubin A, Brief DJ, Enggasser JL, Roy M, Solhan M et al. Sexual traumatic event exposure, posttraumatic stress symptomatology, and alcohol misuse among women: A critical review of the empirical literature. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 2017;24(1):5-22.
52. Guliyev C, Kalkan Ö, Tekin K, Tuna ZO, Ögel K. Comparison of individuals with and without the risk of post-traumatic stress disorder in terms of substance use features and psychological problems according to their substance preferences. *Alpha Psychiatry.* 2021;22(3):153-8.
53. Yitayih Y, Soboka M, Tesfaye E, Abera M, Mamuru A, Adoran K. Trauma exposure and alcohol use disorder among prisoners in Jimma Zone correctional institution, Southwest Ethiopia: A cross-sectional study. *BMC Res Notes.* 2019;12(1):748.
54. Kargın M, Hiçdurmaz D. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde sosyal işlevsellik, algılanan esenlik ve stresle başa çıkma. *Bağımlılık Dergisi.* 2018;19(2):35-9.

Araştırma makalesi

Research article

Hemşirelerin Kanser ve Kanser Taramalarına Yönelik
Tutumlarının BelirlenmesiElif SÖZERİ ÖZTÜRK¹, Hatice Beyza GÜNEŞ²

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, hemşirelerin, kanser ve kanser taramalarına yönelik tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki araştırmanın örneklemini bir üniversite hastanesinde çalışan 198 hemşire oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında "Tanıtıcı Bilgiler Formu", "Kansere İlişkin Tutumları (Kanser Damgası) Ölçme Anketi" ve "Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği" kullanılmıştır.

Bulgular: Hemşirelerin; Kansere İlişkin Tutumları (Kanser Damgası) Ölçme Anketi toplam puan ortalaması 1.83 ± 0.45 ; alt boyutlardan "İyileşmenin İmkansız Olması" alt boyut puan ortalaması 2.36 ± 0.85 , "Ayrımcılık" alt boyut puan ortalaması 1.36 ± 0.42 ve "Kanser Tanısını Ortaya Çıkarma" alt boyut puan ortalaması 1.53 ± 0.51 olarak belirlenmiştir. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması ise 96.14 ± 12.65 'dir. Hemşirelerin Kansere İlişkin Tutumları (Kanser Damgası) Ölçme Anketi toplam puanlarının gelir düzeyi, mesleki deneyim süresi, şimdiki pozisyonlarında çalışma süresi ve kanser hastasına bakım verme durumlarına göre, Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği toplam puanlarının ise eğitim düzeyi ve çocuk sahibi olma durumlarına göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p < 0.05$). Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği ile Kansere İlişkin Tutumları (Kanser Damgası) Ölçme Anketi toplam puan ortalamaları arasında negatif yönlü zayıf düzey bir ilişki ($r = -0.273$) olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Sonuç: Çalışmada, hemşirelerin kanser ve kanser taramalarına yönelik olumlu tutum içerisinde oldukları ve tutumlarını etkileyen faktörler olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin kanser ve kanser taramalarına yönelik tutumlarını inceleyen farklı çalışmalar yapılmalı ve tutumlarına yönelik müdahalelerin etkinlikleri değerlendirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, kanser, kanser tarama, tutum

ABSTRACT

Determining Nurses' Attitudes Towards Cancer and Cancer Screenings

Aim: This study was conducted to determine nurses' attitudes towards cancer and cancer screenings.

Material and Methods: The sample of the descriptive study consisted of 198 nurses working at a university. "Descriptive Information Form", "Questionnaire for Measuring Attitudes Toward Cancer (Cancer Stigma)" and "Attitude Scale for Cancer Screenings" were used to collect the data.

Results: The total mean score of the Nurses' Attitudes Towards Cancer (Cancer Stigma) Measurement Survey was 1.83 ± 0.45 . Among the sub-dimensions, the mean score of "Impossibility of Healing" was determined as 2.36 ± 0.85 , the mean score of "Discrimination" was 1.36 ± 0.42 , and the mean score of "Revealing the Cancer Diagnosis" was 1.53 ± 0.51 . The total mean score of the Attitude Scale Towards Cancer Screenings is 96.14 ± 12.65 . It was found that nurses' total scores of the Questionnaire for Measuring Attitudes Toward Cancer (Cancer Stigma) showed a significant difference according to their income level, professional experience, length of time working in their current positions and caring for cancer patients, and their total scores of the Attitude Scale for Cancer Screenings showed a significant difference according to their education level and having children ($p < 0.05$). It was determined that there was a weak negative relationship ($r = -0.273$) between the total mean score of the Attitude Scale Towards Cancer Screenings and the Questionnaire for Measuring Attitudes Toward Cancer (Cancer Stigma) ($p < 0.05$).

Conclusion: In the study, it was determined that nurses had positive attitudes towards cancer and cancer screenings and there were factors affecting their attitudes. Different studies examining nurses' attitudes towards cancer and cancer screenings should be conducted and the effectiveness of interventions aimed at their attitudes should be evaluated.

Keywords: Attitude, cancer, cancer screening, nursing

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Gazi Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye, Email: esozeri@gazi.edu.tr, Tel: +90 554 635 8170, ORCID: 0000-0001-7505-2794

² Öğrenci, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara, Türkiye, Email: beyzagunes105@gmail.com, Tel: +90 542 628 25 71, ORCID: 0009-0003-3213-9082

Geliş Tarihi: 23.01.2024 Kabul Tarihi: 17.05.2024

Atıf/Citation: Öztürk E.S, Güneş H.B. Hemşirelerin Kanser ve Kanser Taramalarına Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2024;11(2):152-159. DOI: 10.31125/hunhemsire.1423776

GİRİŞ

Kanser hücrelerde meydana gelen genetik değişiklikler sonucunda kontrolsüz hücre çoğalması ile karakterize bir hastalık grubu olup, günümüzün önemli sağlık sorunlarından biridir¹. GLOBACAN (Global Cancer Observatory) 2020 yılı verilerine göre; dünya genelinde tahminen 19.3 milyon yeni kanser vakası ve yaklaşık 10.0 milyon kanser nedeniyle ölüm meydana geldiği bildirilmiştir². Ülkemizde 2018 yılı kanser istatistiklerine göre toplamda kanser insidansı ise yüz binde 225.2'dir. Kadınlarda en sık görülen meme kanseri her 4 kadın kanserinden birisi olmayı sürdürmektedir. Kolorektal kanserler, erkeklerde ve kadınlarda en sık görülen üçüncü kanserdir³. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); kolorektal kanser, serviks kanseri ve meme kanseri hastalarında kanserin erken dönemde tanılanması amacıyla topluma yönelik tarama programlarının kullanılmasını önermektedir. Bu doğrultuda ülkemizde meme, serviks kanseri ve kolorektal kanser taramalarına ilişkin ulusal standartlar oluşturulmuştur⁴.

2020 yılında tüm dünya genelinde en sık konulan kanser tanısının meme kanseri olduğu belirlenmiştir. 2020 yılında dünya genelinde yeni meme kanseri tanısı alan yaklaşık 2.3 milyon kadın olduğu ve meme kanseri nedeniyle 685000 ölüm yaşandığı belirtilmiştir. Yüksek gelire sahip ülkelerde tüm yaş gruplarında meme kanseri ölüm oranı 1980'ler ile 2020 arasında %40 düşmüştür. Meme kanseri ölümlerinin azaltılmasında başarılı olan ülkeler, bu kansere bağlı ölümlerde yılda %2-4'lük bir azalma olmasına neden olmuştur. Dünya genelinde yıllık ölüm oranlarında %2.5'lik bir azalma gerçekleşirse, 2020 ile 2040 arasında 2.5 milyon meme kanserine bağlı ölümün önüne geçileceği tahmin edilmektedir⁵. Serviks kanseri, yaşa göre standardize edilmiş ve her iki cinsiyette GLOBACAN 2020 verilerine göre en sık görülen yedinci kanser türüdür. 2020 yılında yeni serviks kanseri tanısı alan birey sayısı 604127 olduğu ve 341831 kişinin serviks kanseri nedeniyle öldüğü bildirilmiştir. Kolorektal kanserler her iki cinsiyette en sık görülen üçüncü kanserdir. 1931590 kişi 2020 yılında yeni kolorektal kanser tanısı almış kişi sayısıdır. 2020 yılında meme kanserinden sonra en sık ölüme neden olan kanser kolorektal kanserlerdir. 935173 kişinin ölüm nedeni kolorektal kanser olarak bildirilmiştir⁶.

Hemşirelerin kanser ve kanser taramalarına yönelik tutumları bakım verme davranışlarını ve kendi sağlıklarını koruma davranışlarını etkileyeceği için önemlidir. Hemşirelerin kanser ve kanser taramalarına yönelik tutumlarına yönelik yapılan farklı çalışmalar bulunmaktadır. İster ve Altınbaş tarafından (2021)¹ yapılan çalışmada hemşirelerin Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi (KİTÖ)'den aldıkları toplam puan ortalaması 1.71±0.42 olup hemşirelerin genel olarak kansere karşı olumsuz tutumları olmadığını göstermektedir. Onkoloji hastalarıyla çalışan sağlık profesyonellerinin kansere yönelik tutumlarının değerlendirildiği farklı bir çalışmada ise; sağlık profesyonellerinin kansere karşı olumsuz tutumlara sahip oldukları belirlenmiştir⁷. Kanser taramalarına yönelik hemşirelerin tutumları ve uygulamalarına yönelik çalışmalar ise daha fazla sayıdadır. Özellikle meme ve serviks kanserine

yönelik çok daha fazla sayıda çalışma olduğu görülmektedir⁸⁻¹⁰. Ülkemizde yapılan farklı çalışmalar, hemşirelerin kanser tarama programlarını bilmedikleri, ya da ulusal tarama programlarına uygun sağlık davranışları göstermediklerini ortaya koymaktadır¹¹. Hemşirelerin kanser ve kanser taramalarına yönelik tutumlarının belirlenmesi ilk olarak kendi sağlıklarını koruma davranışlarını etkileyecektir. Ayrıca hemşirelerin kanser ve taramalara ilişkin tutumlarını olumlu yönde geliştirmek amacıyla yapılacak eğitim gibi müdahaleler açısından da önemlidir. Bununla birlikte; hemşirelerin sağlığı koruma, bakım verme ve rehabilite edici davranışlarında, sağlıklı ya da hasta bireylere doğru ve uygun yaklaşım göstermelerine de katkı sağlanacağı düşünülmektedir. Bu çalışmadan elde edilecek sonuçların hemşirelerin toplumsal danışmanlık ve eğitici rollerini yerine istedik şekilde getirmeleri açısından oldukça önemlidir.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada hemşirelerin kanser ve kanser taramalarına yönelik tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Soruları

- Hemşirelerin kanser ve kanser taramalarına yönelik tutumları ne düzeydedir?
- Hemşirelerin kansere yönelik tutumlarını etkileyen faktörler nelerdir?
- Hemşirelerin kanser taramalarına yönelik tutumlarını etkileyen faktörler nelerdir?
- Hemşirelerin kanser ve kanser taramalarına yönelik tutumları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Tanımlayıcı bir çalışmadır.

Araştırma Evren ve Örneklemi

Bu çalışmanın evrenini bir Üniversite Hastanesi'nde çalışan hemşireler oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, örnekleme dahil edilme kriterlerini karşılayan hemşirelerin tamamına ulaşmaya çalışılmıştır. Örnekleme dahil edilme kriterleri ise; 30 yaş ve üzerinde olma, araştırmaya katılmaya gönüllü olma, sorulara yanıt vermeyi engelleyecek bilişsel, görsel ve ortopedik engelin bulunmaması olarak belirlenmiştir. Çalışma 198 hemşire ile tamamlanmıştır. Çalışma sonunda çalışmanın gücü G*Power (Version 3.1.9.6) ile yapılan güç analizi ile; çalışmanın güvenilirliği %95 etki düzeyi 0.273 alınmış ve güç %97.8 olarak hesaplanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada; "Tanıtıcı Bilgiler Formu", "Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi (KİTÖA)-Toplum Versiyonu" ve "Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği" veri toplama aracı olarak kullanılmıştır.

Tanıtıcı Bilgiler Formu

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulmuştur. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, çocuk sahibi olma durumu, hemşirelik mesleğini yapma süresi, çalışılan pozisyon, şimdiki pozisyonda çalışma süresi, kanser öyküsü, ailede kanser öyküsü ve kanser tanısı alan hastaya bakım verme

durumunu içeren 12 sorudan oluşmaktadır^{1,4,7,11}. Bu değişkenler araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

Kansere İlişkin Tutumları (Kanser Damgası) Ölçme Anketi

Ölçek, Cho ve arkadaşları tarafından 2013 yılında kanserli hasta yakınlarının ve toplumdaki bireylerin kansere ilişkin tutumlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir¹². Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yılmaz ve ark. (2017) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin orijinali dört alt boyuttan ve 15 maddeden oluşmaktadır. Ancak Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, üç alt boyuttan ve 12 maddeden oluştuğu belirlenmiştir. İyileşmenin imkansız olması (1-5.madde), Ayrımcılık (6-8.maddeler) ve Kanser tanısını ortaya çıkarma/ yayma (9-12.maddeler) yer almaktadır. Ölçek 4'lü likert yapıdadır. "1= (Kesinlikle katılmıyorum), 2= (Katılmıyorum), 3= (Katılıyorum), 4= (Kesinlikle katılıyorum)" şeklinde cevaplanmaktadır. Ölçekteki hiçbir madde ters puanlanmamaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde maddelerin puan ortalaması kullanılmaktadır. Ölçekten alınan 2.5 medyan ve üzerinde olan puanlar kansere ilişkin olumsuz (negatif) tutumların varlığını göstermektedir. Ölçeğin total Cronbach alfa katsayısı 0.92'dir¹³. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı ise 0.862 olarak belirlenmiştir.

Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği

Öztürk ve Uyar tarafından 2019 yılında geliştirilmiştir. Ölçek 24 maddeden ve tek boyuttan oluşmaktadır. Ölçek 5'li likert yapıdadır. "5=(Tamamen katılıyorum), 4=(Biraz katılıyorum), 3=(Ne katılıyorum ne katılmıyorum), 2=(Biraz katılmıyorum), 1=(Hiç katılmıyorum)" şeklinde yanıtlanmaktadır. Ölçeğin uygulanabileceği kişilerin; yaş aralığının 30-70 olması, en az okuryazar olması, ölçeğin yanıtlanmasına engel olacak düzeyde bilişsel, görsel ve ortopedik engelin bulunmaması gerekmektedir. Ölçeğin her iki cinsiyet için de kullanılması uygundur.

Ölçekten alınacak puan aralığı 24-120'dir. Ölçek için belirli bir kesim noktası belirlenmemiştir. Katılımcıların puanları 24'e yaklaştıkça kanser taramalarına yönelik olumsuz tutum. 120'ye yaklaştıkça kanser taramalarına yönelik olumlu tutum gösterdiği şeklinde yorum yapılması uygun olur. Ölçeğin puanlanmasında olumsuz anlamda olan maddeler (Madde 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24) ters kodlanmaktadır. Ters kodlama için "6-Katılımcı Cevabı" formülünün kullanılması önerilir. 24 maddeden oluşan ölçek için Cronbach alfa katsayısı 0.957 olarak hesaplanmıştır¹⁴. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı ise 0.851 olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın Uygulanması ve Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan (Sayı: E-77082166-604.01.02-275675) ve araştırmanın yapıldığı hastaneden (Sayı: E-73050022-903.07.01-316481) izin alınmıştır. Katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilmiş olup yazılı onamları alınmıştır. Çalışma verileri araştırmacılar tarafından 28 Şubat-30 Haziran 2022 tarihleri arasında araştırmaya katılmayı kabul eden ve örnekleme dahil edilme kriterlerini karşılayan hemşirelerle yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak

toplanmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanması yaklaşık 10 dakikadır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS 21.0 ile yapılmış olup. bu çalışmada %95 güven düzeyinde çalışılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğunun belirlenmesi için basıklık ve çarpıklık katsayıları incelenmiştir. Değişkenlerden elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +1.5 ile -1.5 arasında olması normal dağılım için yeterli görülmektedir.¹⁵ Ölçek puanlarında elde edilen çarpıklık basıklık değerleri normallik gösterdiği belirlendiği için parametrik testler kullanılmıştır. Ölçek puanlarının 2 gruplu değişkenler açısından incelenmesi t testi, 3 ve daha fazla gruplu değişkenler açısından incelenmesi ANOVA testi ile analiz edilmiştir. ANOVA testinde fark çıkması durumunda çoklu karşılaştırma Tukey testi ile analiz edilmiştir. Ölçek ve alt boyut puanları arasındaki ilişki ise Pearson korelasyon testi ile analiz edilmiştir. Bu çalışmada anlamlılık değeri p<0.05 olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerin %86.4'ü kadın cinsiyette olup; 35 yaş ve altı olanların oranı %65.2'dir. Hemşirelerin %59.1'i evli, %48.5'inin çocuğu vardır. Hemşirelerin %73.7'si lisans mezunu, %55.1'inin geliri giderine eşit, mesleki deneyimi 10-20 yıl olanların oranı %46.0'dır. Klinik hemşiresi olanların oranı %80.8 iken hemşirelerin şimdiki pozisyonunda çalışma süresi 1-5 yıl olanların oranı %46.0'dır. Hemşirelerin %5.6'sının kanser öyküsü olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin %42.4'ünün ailesinde kanser öyküsü olduğu ve %56.6'sının kanser hastasına bakım verdiği belirlenmiştir (Tablo 1).

Hemşirelerin; KİTÖA toplam puan ortalamaları 1.83±0.45; alt boyutlardan "İyileşmenin İmkansız Olması" alt boyutu puan ortalamaları 2.36±0.85, "Ayrımcılık" alt boyutu puan ortalamaları 1.36±0.42 ve "Kanser Tanısını Ortaya Çıkarma" alt boyutu puan ortalamaları 1.53±0.51 olarak belirlenmiştir. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği toplam puan ortalamaları ise 96.14±12.65'dir (Tablo 2).

Çalışmada, erkeklerin KİTÖA "İyileşmenin İmkansız Olması" alt boyutu puan ortalamaları anlamlı şekilde kadınlara göre yüksek bulunmuştur (p<0.05). Ayrıca medeni durumu bekar olanların KİTÖA "Kanser Tanısını Ortaya Çıkarma" alt boyutu puan ortalamaları anlamlı şekilde evli olanlara göre yüksek bulunmuştur (p<0.05). Çocuk sahibi olanların Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği puan ortalamaları anlamlı şekilde çocuk sahibi olmayanlara göre yüksek bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 1).

Ölçek puanlarının eğitim durumu açısından incelendiğinde; eğitim durumu farklı olan gruplar arasında KİTÖA "İyileşmenin İmkansız Olması" alt boyut puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0.05). Sonuçlar incelendiğinde lise/ön lisans mezunu olanların puan ortalaması en yüksek iken lisans mezunu olanların ortalaması en düşüktür. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği puan ortalamaları açısından bakıldığında; lisans mezunu olanların puan ortalaması en yüksek iken lisansüstü

**Kanser ve Kanser Taramalarına Yönelik Tutum
Attitudes Towards Cancer and Cancer Screenings**

mezunu olanların ortalaması anlamlı şekilde düşüktür ($p<0.05$) (Tablo 1).

Gelir düzeyi farklı olan gruplar arasında KİTÖA “İyileşmenin İmkansız Olması” alt boyutu ve KİTÖA toplam puan

ortalamaları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Geliri giderine eşit olanların puan ortalaması en yüksek iken geliri giderinden az olanların ortalaması en düşüktür.

Tablo 1: Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ve Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi ve Alt Boyutları, Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları

				Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi ve Alt Boyutları				
Özellik		n	%	İyileşmenin İmkansız Olması	Ayrımcılık	Kanser Tanısını Ortaya Çıkarma	KİTÖA Toplam Puan	Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Puan
Cinsiyet	Kadın	171	86.4	2.31±0.85	1.35±0.43	1.53±0.53	1.81±0.45	96.42±13.10
	Erkek	27	13.6	2.70±0.79	1.40±0.33	1.52±0.36	1.98±0.44	94.33±9.23
Analiz				t=-2.230 p=0.027*	t=-0.485 p=0.628	t=0.189 p=0.851	t=-1.802 p=0.073	t=-0.796 p=0.427
Yaş	35 yaş ve altı	129	65.2	2.34±0.84	1.36±0.43	1.53±0.52	1.83±0.46	96.29±12.28
	36-40 yaş	42	21.2	2.37±0.91	1.40±0.42	1.43±0.42	1.81±0.43	95.86±13.55
	41 yaş ve üstü	27	13.6	2.44±0.83	1.27±0.35	1.67±0.56	1.89±0.48	95.81±13.40
Analiz				F=0.142 p=0.868	F=0.766 p=0.466	F=1.758 p=0.175	F=0.250 p=0.779	F=0.029 p=0.972
Medeni durum	Bekar	81	40.9	2.23±0.84	1.42±0.44	1.65±0.54	1.83±0.49	95.35±13.21
	Evlü	117	59.1	2.45±0.85	1.32±0.40	1.45±0.47	1.83±0.43	96.68±12.27
Analiz				t=-1.829 p=0.069	t=1.716 p=0.088	t=2.672 p=0.008*	t=-0.053 p=0.958	t=-0.731 p=0.466
Çocuk sahibi olma durumu	Yok	102	51.5	2.33±0.85	1.38±0.43	1.58±0.54	1.84±0.48	93.96±13.32
	Var	96	48.5	2.39±0.86	1.34±0.41	1.48±0.46	1.83±0.43	98.45±11.52
Analiz				t=-0.479 p=0.632	t=0.595 p=0.553	t=1.278 p=0.203	t=0.235 p=0.814	t=-2.529 p=0.012*
Eğitim düzeyi	Lisansüstü	27	13.6	2.48±0.94	1.27±0.39	1.45±0.48	1.83±0.41	91.09±12.38
	Lisans	146	73.7	2.26±0.82	1.38±0.44	1.55±0.51	1.80±0.46	97.23±13.10
	Önlisans+lise	25	12.7	2.90±0.72	1.35±0.33	1.55±0.53	2.06±0.39	96.25±6.82
Çoklu Karşılaştırma				b<c				a<b
Analiz				F=5.609 p=0.004*	F=0.876 p=0.418	F=0.554 p=0.575	F=2.973 p=0.053	F=3.153 p=0.045*
Gelir düzeyi	Gelirim giderimden az	71	35.9	2.01±0.51	1.37±0.49	1.58±0.60	1.71±0.39	94.04±15.32
	Gelirim giderime eşit	109	55.1	2.61±0.95	1.38±0.40	1.54±0.45	1.94±0.47	97.11±11.15
	Gelirim giderimden fazla	18	9.0	2.26±0.80	1.20±0.17	1.26±0.29	1.66±0.41	98.50±8.26
Analiz				F=12.068 p=0.000*	F=1.376 p=0.255	F=2.999 p=0.052	F=7.965 p=0.000*	F=1.621 p=0.200
Çoklu Karşılaştırma				a<b			a<b c<b	
Mesleki deneyim süresi	1-5 yıl	61	30.8	1.78±0.51	1.24±0.40	1.52±0.59	1.56±0.38	95.30±15.10
	5-10 yıl	32	16.2	2.74±0.80	1.44±0.35	1.55±0.38	2.02±0.39	96.13±13.12
	10-20 yıl	91	46.0	2.65±0.87	1.42±0.45	1.54±0.48	1.97±0.44	96.13±10.55
	20 yıl ve üzeri	14	7.0	2.13±0.65	1.29±0.34	1.52±0.56	1.71±0.39	99.86±13.13
Analiz				F=20.023 p=0.000*	F=2.890 p=0.037*	F=0.037 p=0.091	F=15.360 p=0.000*	F=0.490 p=0.690
Çoklu Karşılaştırma				a<b a<c	a<b a<c		a<b a<c	

Tablo 1: Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ve Tanıtıcı Özelliklerine Göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi ve Alt Boyutları, Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları (devamı)

				Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi ve Alt Boyutları					
Özellik		n	%	İyileşmenin İmkansız Olması	Ayrımcılık	Kanser Tanısını Ortaya Çıkarma	KİTÖA Toplam Puan	Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Toplam Puan	
Çalışılan pozisyon	Klinik hemşiresi	160	80.8	2.33±0.88	1.34±0.41	1.51±0.50	1.81±0.47	96.87±12.01	
	Servis sorumlu hemşiresi	23	11.6	2.65±0.81	1.26±0.28	1.46±0.50	1.91±0.42	94.70±13.82	
	Diğer	15	7.6	2.21±0.54	1.69±0.53	1.92±0.42	1.98±0.29	90.53±16.41	
Analiz				F=1.674 p=0.190	F=5.662 p=0.004*	F=5.013 p=0.008*	F=1.357 p=0.260	F=1.907 p=0.151	
Çoklu Karşılaştırma					a<c b<c	a<c b<c			
Şimdiki pozisyonda çalışma süreniz	1 yıldan az	25	12.6	2.54±0.88	1.20±0.30	1.52±0.54	1.87±0.41	95.84±15.58	
	1-5 yıl	91	46.0	2.16±0.82	1.38±0.43	1.58±0.53	1.77±0.49	97.00±12.44	
	6-10 yıl	54	27.3	2.80±0.77	1.51±0.47	1.52±0.41	2.05±0.33	93.37±11.19	
	11 yıl ve üzeri	28	14.1	2.00±0.75	1.13±0.19	1.41±0.55	1.59±0.41	98.93±12.81	
Analiz				F=9.515 p=0.000*	F=6.847 p=0.000*	F=0.786 p=0.503	F=8.317 p=0.000*	F=1.472 p=0.223	
Çoklu Karşılaştırma				b<c d<c	a<c d<b d<c		b<c d<c		
Kanser öyküsü varlığı	Var	11	5.6	2.53±1.00	1.64±0.66	1.66±0.66	2.02±0.43	90.36±17.24	
	Yok	187	94.4	2.35±0.85	1.34±0.40	1.52±0.50	1.82±0.45	96.48±12.30	
Analiz				t=0.670 p=0.504	t=1.468 p=0.172	t=0.664 p=0.521	t=1.374 p=0.171	t=-1.563 p=0.120	
Ailede kanser öyküsü varlığı	Var	84	42.4	2.47±0.89	1.39±0.40	1.46±0.52	1.86±0.48	96.89±12.66	
	Yok	114	57.6	2.28±0.82	1.34±0.43	1.59±0.49	1.81±0.44	95.58±12.67	
Analiz				t=1.522 p=0.130	t=0.872 p=0.384	t=-1.761 p=0.080	t=0.740 p=0.460	t=0.722 p=0.471	
Kanser hastasına bakım verme durumu	Evet	112	56.6	2.52±0.84	1.47±0.46	1.55±0.50	1.94±0.44	96.47±12.93	
	Hayır	86	43.4	2.15±0.83	1.21±0.30	1.51±0.51	1.70±0.43	95.70±12.33	
Analiz				t=3.150 p=0.02*	t=4.477 p=0.000*	t=0.628 p=0.531	t=3.762 p=0.000*	t=0.427 p=0.670	

t= One Simple T Test, F: Oneway ANOVA, *: p<0.05

Mesleki deneyim süresi farklı olan gruplar arasında KİTÖA "İyileşmenin İmkansız Olması", "Ayrımcılık" alt boyut ve KİTÖA toplam ortalama puanlar açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0.05). Sonuçlar incelendiğinde mesleki deneyim süresi 5-10 yıl olanların puan ortalaması en yüksek iken 1-5 yıl olanların ortalaması en düşüktür (Tablo 1).

Çalıştığı pozisyon farklı olan gruplar arasında KİTÖA "Ayrımcılık" ve "Kanser Tanısını Ortaya Çıkarma" alt boyutları puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0.05). Diğer pozisyonlarda çalışan hemşirelerin puan ortalaması en yüksek iken servis sorumlu hemşiresi olanların ortalaması en düşüktür (Tablo 1).

Şimdiki pozisyonunda çalışma süresi farklı olan gruplar arasında KİTÖA "İyileşmenin İmkansız Olması", "Ayrımcılık" ve KİTÖA toplam ortalama puanları açısından anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0.05). Sonuçlar incelendiğinde çalışma süresi 6-10 yıl olanların puan ortalaması en yüksek

iken 11 yıl ve üzeri olanların ortalaması en düşüktür (Tablo 1).

Kanser hastasına bakım verenlerin KİTÖA "İyileşmenin İmkansız Olması" ve "Ayrımcılık" alt boyutları ve KİTÖA toplam puan ortalamaları bakım vermeyenlere göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 1).

Çalışmada, Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği ile KİTÖA "Ayrımcılık" alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki (r=-0.290) olduğu belirlenmiştir. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği ile KİTÖA "Kanser Tanısını Ortaya Çıkarma" alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönlü orta düzey bir ilişki (r=-0.372) olduğu bulunmuştur. Ayrıca Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği ile KİTÖA toplam puan ortalamaları arasında negatif yönlü zayıf düzey bir ilişki (r=-0.273) olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 2: KİTÖA Toplam ve Alt Boyutlar, Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler ve Normallik Testi

	n	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart sapma	Çarpıklık	Basıklık
İyileşmenin İmkansız Olması	198	1.00	4.00	2.36	0.85	.346	-.854
Ayrımcılık	198	1.00	3.00	1.36	0.42	1.092	.624
Kanser Tanısını Ortaya Çıkarma	198	1.00	3.00	1.53	0.51	.602	-.542
KİTÖA Toplam	198	1.00	3.00	1.83	0.45	-.094	-.888
Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği	198	68.00	120.00	96.14	12.65	-.557	-.278

KİTÖA: Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi-Toplum Versiyonu

Tablo 3: Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği
İyileşmenin İmkansız Olması	r	-.086
	p	.226
Ayrımcılık	r	-.290
	p	.000
Kanser Tanısını Ortaya Çıkarma	r	-.372
	p	.000
KİTÖA Toplam	r	-.273
	p	.000

r: Pearson korelasyon analizi, p<0.05 anlamlılık değeri olarak kabul edilmiştir.

TARTIŞMA

Kansere İlişkin Tutumları (Kanser Damgası) Ölçme Anketi hem kansere ve hastalıktan etkilenen insanlara karşı tutumları değerlendirmektedir¹². Bu çalışmada hemşirelerin hem KİTÖA toplam, hem de alt boyutlardan aldıkları puanlara bakıldığında; birey olarak kansere yönelik olumsuz tutumları olmadığı görülmektedir. İster ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hemşirelerin %98.6'sının kanser hastalarına karşı ayrımcı tutumları olmadığı belirlenmiştir.¹ Benzer şekilde bu çalışmada da olumlu tutumu olanların oranı %90.4'tür. Ayrıca çalışmada KİTÖA toplam ve alt boyutundan alınan puan ortalamaları da olumsuz tutumu göstermemektedir. Hemşirelerin aldıkları eğitim, klinik uygulamadaki deneyimleri ve kanserin yaygınlaşmasının bu tutumlar üzerindeki etkilerinin kaçınılmaz olduğunu düşündürmektedir.

Bu çalışmada hemşirelerin kanser taramalarına yönelik olumlu tutum içerisinde oldukları söylenebilir. Literatürde benzer ve farklı sonuçlar elde edilen çalışmalar yapılmıştır. Brezilya'da hemşirelerin meme kanserine yönelik bilgi ve tutumlarının değerlendirildiği çalışmada; bilgi düzeylerinin yeterli, tutumlarının ise olumlu olduğu sonucuna ulaşılmıştır¹⁶. Büyük çoğunluğunu hemşirelerin oluşturduğu sağlık profesyonelleri ile yapılan farklı bir çalışmada ise; çoğu sağlık çalışanı kanser uyarı işaretleri konusunda farkındalık gösterse de, düzenli önleyici tarama uygulamaları yapmadıkları belirlenmiştir.¹⁷ Ülkemizde üçüncü basamak

sağlık kuruluşundaki hemşirelerle yapılan çalışmada; her beş hemşireden biri Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezini (KETEM) duymamıştır. Hemşirelerin %32'sinin mezuniyet sonrası kanser taramasına yönelik bilgiyi televizyon-radyodan aldıkları bildirilmiştir. Hemşirelerin %46.4'ü, kanser taramalarının amacını 'kanseri erken dönemde yakalamak' olarak tam doğru cevap vermiştir. Ayrıca hemşirelerden 30 yaş üstünde olanların %20.7'si pap-smear, 40 yaş üstünde olanların ise %45.4'ü mamografi yaptırdığını belirtmiştir¹¹. Sağlık çalışanlarının kanser taramaları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada; tarama yaptırmaması gereken yaş grubunda olanların sayısı 58 (%14.87) olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılanların %60.76'sı düzensiz olarak tarama yaptırdığını, 24.35'i hiç yaptırmadığını belirtmiştir. Kanser taramalarını düzenli yaptırmayanların zaman bulamama ve sağlıklı olduklarını düşündükleri gibi nedenler bulunmuştur⁴. Hemşirelerin kanser taramalarına yönelik tutumlarını etkileyebilecek çok fazla faktör olduğu, bireysel özellikler ve ülkelerde sağlık hizmetlerine ulaşım gibi çok önemli faktörlerin sonuçları etkileyebileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada erkek hemşirelerin "İyileşmenin İmkansız olması", bekar olanların ise "Kanser Tanısını Ortaya Çıkarma" KİTÖA alt boyut puanları anlamı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur. Ülkemizde hemşirelerle yapılan çalışmada ise cinsiyet ve medeni durum açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır¹. Bu çalışmada edilen sonucun kadınların bakış açıları ve evli olmanın sorumluluklarının etkili olabileceği düşünülmektedir. Çocuk sahibi olanların kanser taramalarına yönelik tutumlarının anlamlı şekilde daha olumlu olması ise; çocuk varlığının bireye yüklediği sorumlulukla ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada lise/ön lisans mezunu olanlar kanserin iyileşmesini daha imkansız olarak düşünmekte olup, lisans mezunu hemşirelerin kanser taramalarına yönelik olarak daha pozitif tutum içinde oldukları belirlenmiştir. Kadın sağlık profesyonellerinin serviks kanserine yönelik bilgi, tutum ve taramalara yönelik davranışlarını eğitim düzeylerinin etkilediği bulunmuştur¹⁸. Meme kanserine yönelik kadın sağlık profesyonellerinin meme kanserine yönelik bilgi, tutumları ve mamaografi tarama davranışlarının değerlendirildiği çalışmada da benzer şekilde

eğitim seviyesinin olumlu bir faktör olduğu belirlenmiştir¹⁹. Eğitim düzeyinin artması hemşirelerin; kanser, kanser taramaları ve kanser tedavileri hakkında daha fazla bilgi sahibi olmalarına neden olması ile ilişkilendirilebileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada geliri giderinden az olan hemşirelerin KİTÖA “İyileşmenin İmkansız Olması” alt boyutu ve KİTÖA toplam puan ortalamaları diğer gruplara göre düşük olarak bulunmuştur. Gelir düzeyi özellikle kanser farkındalığı, kanser taramalarına ulaşım gibi konuları etkilemektedir²⁰. Bu bilgi çalışmadan elde edilen sonucu desteklemekte, gelir düzeyinin artması kanser taramaları ve sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştırmaktadır. Çalışmada mesleki deneyim süresi ve şimdiki pozisyonda çalışma süreleri hemşirelerin KİTÖA “İyileşmenin İmkansız Olması”, “Ayrımcılık” alt boyut ve KİTÖA toplam ortalamaya puanlar açısından anlamlı farklılığa neden olmuştur. Yapılan bir çalışmada hemşirelerin kansere ve kanser hastalarına yönelik olumlu tutumlarının daha uzun süre hemşirelik yapma durumlarından etkilendiği belirlenmiştir²¹. Yapılan bir çalışmada hemşirelerin mesleki deneyim süresinin artması ile kanserli hastalara yönelik empati becerilerinin de artırdığı bulunmuştur²². Hemşirelerin mesleki deneyim süresi, kanser ve kanser hastalarıyla deneyimlerinin kansere yönelik tutumlarını etkileyeceği düşünülmektedir.

Çalışmada kanser hastasına bakım veren hemşirelerin KİTÖA “İyileşmenin İmkansız Olması” ve “Ayrımcılık” alt boyutları ve KİTÖA toplam puan ortalamaları bakım vermeyenlere göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İster ve Altınbaş’ın yaptığı çalışmada (2021), onkoloji kliniğinde çalışma durumu ve kanser hastasına bakım verme sıklığı gruplar arasında puan ortalamalarında farklılığa neden olmadığı bulunmuştur¹. Kanser hastalarının süreç boyunca yaşadıkları fiziksel ve psikososyal zorlukların hemşireleri de etkiledikleri belirtilmektedir²³. Bu çalışmada elde edilen sonuçlarda, hemşirelerin kanser hastasına bakım verme süreci boyunca yaşadıkları deneyimlerin kansere yönelik tutumlarını etkileyeceğini düşündürmektedir.

Çalışmada, Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği ile KİTÖA “Ayrımcılık”, “Kanser Tanısını Ortaya Çıkarma” ve KİTÖA Toplam puan ortalamaları arasında negatif yönlü farklı düzeylerde ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada hem kanser hem de kansere yönelik tutumlara ilişkin hemşirelerin olumlu tutum içerisinde oldukları söylenebilir. Ancak kansere yönelik aşırı bilginin kansere yönelik taramalara ilişkin olumsuz tutuma neden olabileceği belirtilmektedir²⁴. Hemşirelerinde kansere yönelik farkındalıkları ve tutumlarının böyle bir etkisi olabileceği düşünülebilir. Hemşirelerin kanser ve kanser tarama tutumları arasındaki ilişkinin değerlendirildiği çalışmalar yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışma hemşirelerin kanser ve kanser taramalarına yönelik olumlu tutum içerisinde olduklarını göstermektedir. Bununla birlikte; cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim düzeyi, gelir düzeyi mesleki deneyim süresi, çalışılan pozisyon ve bu pozisyonda çalışma süresi, kanser

hastasına bakım verme durumu gibi değişkenler hemşirelerin ölçek puan ortalamalarını etkileyen faktörler olmuştur. Ölçek toplam ve alt boyut punaları arasında ise negatif yönde farklı düzeylerde ilişki olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin özellikle spesifik kanser ve bu kansere yönelik taramalara ilişkin tutumlarının değerlendirildiği farklı çalışmaların yapılması önerilebilir.

Etik Kurul Onayı: Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu, 27.01.2022, Sayı: E-77082166-604.01.02-275675

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Bu çalışma 2209-A - Üniversite Öğrencileri Araştırma Projeleri Destekleme Programı 2021 Yılı 2.Dönem Çağrısı Destek Hakkı Kazanmıştır.

Katılımcı Onamı: Bu çalışma için katılımcılardan aydınlatılmış onam alınmıştır.

Yazar katkıları

Araştırma dizaynı: ESÖ, HBG

Veri toplama: HBG, ESÖ

Literatür araştırması: ESÖ

Makale yazımı: ESÖ

Teşekkür: TÜBİTAK ve araştırmaya katılan tüm meslektaşlarımıza teşekkür ederiz.

Ethics Committee Approval: Gazi University Ethics Commission, 27.01.2022, E-77082166-604.01.02-275675

Conflict of Interest: Not reported.

Funding: This study was supported by TUBITAK within the scope of 2209-A-University Students Research Projects Support Program.

Exhibitor Consent: Verbal and written consent was obtained from the participants.

Author contributions

Study design: ESÖ, HBG

Data collection: HBG, ESÖ

Literature search: ESÖ

Drafting manuscript: ESÖ

Acknowledgement: The authors thank all nurses who participated in this study and TUBITAK.

KAYNAKLAR

1. İster ED, Altınbaş Y. Nurses attitudes toward cancer and affecting factors. Turk J Oncol. 2021;36(1):79–86.
2. The Globan Cancer Observatory- [Internet]. IARC. World Source: 2020. [Erişim tarihi: 01.05.2024]. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf>.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. [Internet]. Türkiye Kanser İstatistikleri 2018. [Erişim tarihi: 01.11.2023]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/Dokumanlar/Istatistikler/Kanser_Rapor_2018.pdf
4. Kaya C, Üstü Y, Özyörük E, Aydemir Ö, Şimşek Ç, Şahin AD. Sağlık çalışanlarının kanser taramaları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Ankara Med J. 2017; (1):73-83.

5. World Health Organization [Internet].2023. Breast cancer. [Erişim tarihi: 01.11.2023]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
6. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-49.
7. Kearney N, Miller M, Paul J, Smith K, Rice AM. Oncology health care professionals' attitudes to cancer: a professional concern. *Ann Oncol.* 2003;14(1):57-61.
8. Singh E, Seth S, Rani V, Srivastava DK. 2012. Awareness of cervical cancer screening among nursing staff in a tertiary institution of rural India. *J Gynecol Oncol.* 2012;23(3):141-6.
9. Pegu B, Dhiman N, Chaturvedi J, Sharma SK. Nurse's knowledge and attitude regarding cervical cancer screening at a tertiary care hospital. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2017;6:907-10.
10. Heena H, Durrani S, Riaz M, Alfayyad I, Tabasim R, Parvez G et al. 2019. Knowledge, attitudes, and practices related to breast cancer screening among female health care professionals: a cross sectional study. *BMC Womens Health.* 2019;19(1):122.
11. Şeker N, Yasin YK, Özaydın E, Çapacı B, Okyay P. Üçüncü basamak sağlık kuruluşundaki hemşirelerin kanser tarama programları bilgileri ile tarama testlerini yaptırma durumları. *Duzce Medical Journal* 2018;19(1):14-8.
12. Cho J, Smith K, Choi EK, Kim IR, Chang YJ, Park HY et al. Public attitudes toward cancer and cancer patients: a national survey in Korea. *Psychooncology.* 2013;22(3):605-13.
13. Yılmaz M, Dişsiz G, Göçmen F, Usluoğlu AK, Alacacıoğlu A. Kanserle İlişkin Tutumları (Kanser Damgası) Ölçme Anketi toplum Versiyonu'nun Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlilik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017;20(2):99-106.
14. Öztürk ENY. Kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği geliştirilmesi. [Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi]. Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2019.
15. Tabachnick BG, Fidell LS. Using Multivariate Statistics. 6th Edition, Boston: Pearson; 2013.
16. Ferreira DDS, Bernardo FMDS, Costa EC, Maciel NDS, Costa RLD, Carvalho CMDL. Knowledge attitude and practice of nurses in the detection of breast cancer. *Esc Anna Nery.* 2020;24(2):e20190054.
17. Sheikhalipour Z, Ghahramanian A, Sanaat Z, Onyeka TC, Jafarzadeh M, Vahedi. L. Cancer Screening: Knowledge, Attitudes, and Practices among Healthcare Personnel. *Middle East Journal of Cancer;* 2024; 15(1): 62-71.
18. Abebaw E, Tesfa M, Gezimu W, Bekele F, Duguma A. Female healthcare providers' knowledge, attitude and practice towards cervical cancer screening and associated factors in public hospitals of Northwest Ethiopia. *SAGE Open Med.* 2022; 12:10:20503121221095931.
19. Alenezi AM, Thirunavukkarasu A, Wani FA, Alenezi H, Alanazi MF, Alruwaili AS et al. Female healthcare workers' knowledge, attitude towards breast cancer and perceived barriers towards mammogram screening: A multicenter study in North Saudi Arabia. *Curr Oncol.* 2022;29(6):4300-14.
20. Biswas S, Syiemlieh J, Nongrum R, Sharma S, Siddiqi M. Impact of educational level and family income on breast cancer awareness among college-going girls in Shillong (Meghalaya). *India. Asian Pac J Cancer Prev.* 2020;21(12):3639-46.
21. Dedeli Ö, Daban UK, Pakyuz SC. Turkish Nurses' attitudes towards patients with cancer. *Int J Nurs Sci.* 2016;6(1):1-6.
22. Alkan A. The effects of nurses' empathy skills on attitudes towards patients with cancer. *Journal Of Clinical and Experimental Investigations* 2017;8(2): 70-4.
23. Lyu XC, Jiang HJ, Lee LH, Yang CI, Sun XY. Oncology nurses' experiences of providing emotional support for cancer patients: a qualitative study. *BMC Nursing* 2024;23(1):58.
24. Hançer AT, Eker PY. The Relationship Between Cancer Information Overload And Attitudes For Cancer Screening In Geriatric Patients Who Have Had Surgical Procedure: A Cross-Sectional Study. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2023;32(2):191-8.

Araştırma makalesi

Research article

Yaşlılarda Teknoloji Kullanım Becerileri ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Belirlenmesi

Zeynep SAÇIKARA¹, Gizem DURAN², Dilek CİNGİL³

ÖZ

Amaç: Araştırmada yaşlıların teknoloji kullanım becerileri ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmiş ve sosyodemografik özellikleriyle ilişkisi incelenmiştir.

Yöntem: Tanımlayıcı-ilişkili arayıcı türde araştırmada; evren Konya il merkezinde yer alan farklı sosyodemografik yapıya sahip üç emekliler lokalidir. Veriler "Kişisel Bilgi Formu" ve "Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYÖ)" ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak Mayıs-Ağustos 2023 tarihleri arasında 330 yaşlıdan toplanmıştır.

Bulgular: Sağlık okuryazarlığının belirleyicileri arasında model 1' e göre yaş, emekliler lokalinin olduğu bölge, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, gelir durumu ve evde biriyle yaşama durumu bulunmuştur. Model 2' e göre teknoloji kullanımına yönelik olarak merak ettiği bir konuyla ilgili internette arama yapabilme, telefonda video/fotoğraf kaydedip paylaşabilme, internet üzerinden sesli ve yazılı görüşme yapabilme, merkezi hekim randevu sistemi üzerinden randevu oluşturabilme, dijital sağlık uygulamalarını kullanabilme, teknolojik aletleri karmaşık bulma ve fiziksel zararı olduğunu düşünme yer almıştır ($p<0.001$).

Sonuç: Yaşlıların teknoloji kullanım becerilerinin ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yeterli düzeyde olmadığı bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: hemşirelik, sağlık okuryazarlığı, teknoloji, yaşlı

ABSTRACT

Determination of Technology Usage Skills and Health Literacy Level in the Elderly

Aim: The study determined the technology usage skills and health literacy levels of the elderly and examined their relationship with their sociodemographic characteristics.

Material and Methods: The population of this descriptive, relationship-seeking study was three retiree clubs with different socio-demographic structures located in the city center of Konya. Data were collected from 330 elderly people by face-to-face interview technique using the "Personal Information Form" and "Health Literacy Scale (HLS)" between May and August 2023.

Results: According to model 1, age, the region where the retirement club is located, gender, marital status, education level, income level, and living with someone at home were found among the determinants of health literacy. According to model 2, regarding the use of technology, the ability to search on the internet about a subject one is curious about, the ability to record and share videos/photos from the phone, the ability to make voice and text conversations over the internet, the ability to create an appointment through the central physician appointment system, ability to use digital health applications, and finding technological devices complicated and thinking that they cause physical ($p<0.001$).

Conclusion: It was found that the technology usage skills and health literacy levels of the elderly were not sufficient.

Keywords: elderly, health literacy, nursing, technology

¹Öğr.Gör.Dr., Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği, Konya, Türkiye, E-mail: zeynep156hagar@gmail.com, zsaçikara@erbakan.edu.tr, Tel: 05383790186, ORCID: 0000-0003-0392-5327

² Hemşirelik 4. Sınıf öğrencisi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Konya, Türkiye, E-mail: gizemduran0101@gmail.com, Tel: 05339343074, ORCID: 0009-0001-3513-213X

³Doç.Dr., Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği, Konya, Türkiye, E-mail: ddayanircingil@gmail.com, Tel: 05058177683, ORCID: 0000-0001-8098-4190

Geliş Tarihi: 19.01.2024, Kabul Tarihi: 29.05.2024

Atıf/Citation: Saçikara Z, Duran G, Cingil D. Yaşlılarda Teknoloji Kullanım Becerileri ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2024;11(2):160-168. DOI: 10.31125/hunhemsire.1422376

GİRİŞ

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşam süresinin uzamasıyla toplumdaki yaşlı nüfus giderek artmaktadır^{1,2}. Yaşlılık süreci toplumsal ve kültürel olgulardan etkilenmektedir. Toplumun eğitim seviyesi, gelişmişlik düzeyi, coğrafi olarak konumu o toplumun kültürünü oluşturur ve yaşlılar bu kültür çerçevesinde farklılaşmaktadır³. Bu farklılaşma yaşlıların fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlık durumunda eşitsizlikler oluşmasına zemin hazırlamaktadır⁴. Yaşlı sağlığı ve sağlıkta eşitsizliklerin azaltılması Sürdürülebilir Kalkınma 2030 Hedefleri arasında yer alan önemli konulardandır⁵. Eşitsizliklerin en aza indirilebilmesi için bireyin çağın yeniliklerine uyum sağlaması ve teknoloji kullanım becerilerini geliştirmesi oldukça önemlidir^{4,6}.

Dijital teknolojilerin toplumsal ve ekonomik hayatta yaygın olarak kullanıldığı günümüz dijital çağında yaşlılar, iletişim, yönlendirme ve hareketlilik açısından teknolojik kısıtlamalara tabidir. Yeni teknolojilerle karşılaştıklarında fiziksel engeller veya psikolojik direnç nedeniyle bundan kaçmaya çalışabilirler. Özellikle bu tür teknolojilerle büyümeyen yaşlıların bunu kabul etmesi daha zordur⁷. Günümüzde teknolojinin gelişmesiyle insanlar sağlık bilgisine ulaşmak, semptom, teşhis ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi almak için internet kullanmaktadır.⁸ Avrupa Birliği ülkelerinde 2019 yılı verilerine göre dijital becerilere sahip olma oranı 55-64 yaş aralığında %40, 65-74 yaş aralığında ise %24'tür. Yaşın artmasıyla beraber dijital beceriler azalmakla birlikte ülkeler arasında da ciddi farklılıklar vardır. 65-74 yaş arasındaki bireylerin dijital becerilere sahip olma oranı İsviçre'de %57 iken bu oran Kuzey Makedonya'da %3, Türkiye'de ise %2'dir⁹. Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2019 verilerine göre yılın son üç ayı Türkiye'de internet üzerinden arama yapanların %69.3'ünün sağlıkla ilgili arama yaptığı bildirilmiştir. Teknolojinin yaşamın her alanında sunduğu imkânlar gün geçtikçe artmakla birlikte yaşlılar, diğer yetişkinlere kıyasla daha düşük internet kullanım oranlarına sahiptir¹⁰. Bu nedenlerle, yaşlı insanlar sağlık okuryazarlığı kapasiteleri açısından özellikle savunmasız bir konumdadır¹¹. Çalışmalar yaşlılarda genel olarak sağlık okuryazarlığının düşük olduğunu ve eğitim durumunun, medeni durumun, yaşın artmasının, internet teknoloji kullanım becerilerinin yordayıcısı olduğunu bulmuştur^{12,13}.

Sağlığın sosyal belirleyicilerinden olan sağlık okuryazarlığı, kişilerin sağlıklarını daha etkili yönetebilmeleri için önemli olduğundan halk sağlığının da önem verdiği konularından biri haline gelmiştir¹⁴. Bireylerin sağlık sorumluluğunu üstlenmesi için doğru tercihler yapacak sağlık okuryazarlığının içinde barındırdığı donanım ile becerilere sahip olması gereklidir¹⁵. Kişilerin sağlık alanındaki yazıları okuma ve anlamadaki farklılıklarının, sağlık sisteminde olan sağlık eşitsizliğini artırdığı ve özellikle yaşlı bireylerin bu durumdan daha fazla etkilediği görülmektedir¹². Sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan bireyler daha bilinçli sağlık hizmeti tercihinde bulunabilirken¹⁶ sağlık okuryazarlık düzeyi yetersiz olan bireylerde bir sonraki randevu tarihini

alamama, tetkik sonuçlarını anlamama, ilacı aç karnına alması gerektiğini bilmeme, kronik hastalıklar ile ilgili bilgi eksikliği, tedaviye uyma, eğitimleri anlamama bakımın kalitesini ve sürekliliğini kötüye götürmektedir^{17,18}.

Yaşlıların sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanabilmeleri için okuma ve hesaplama yeteneği gibi bazı becerilere ihtiyaçları vardır. Sağlık okuryazarlığı gelişmemiş bireyler sağlık durumlarını geliştirmek ve sağlıkla ilgili bilgilendirmelere ulaşmak için interneti kullanmak istemeyebilirler veya bu becerilere sahip olmayabilirler¹⁹. Bu nedenle hemşirelerin yaşlılarda teknoloji kullanımında yaşanan sorunları giderilebilmesi için mevcut teknoloji kullanım becerilerini ve sağlık okuryazarlığını değerlendirmesi önemlidir.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı 60 yaş ve üstü bireylerin teknoloji kullanım becerilerinin, sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi ve sosyodemografik özellikleriyle ilişkisinin incelenmesidir.

Araştırma Soruları

1. Yaşlıların teknoloji kullanım becerileri ne durumdadır?
2. Yaşlıların sağlık okuryazarlığı düzeyi nedir?
3. Yaşlıların teknoloji kullanım becerileri sosyodemografik değişkenlere farklılaşmakta mıdır?
4. Yaşlıların sağlık okuryazarlığı sosyodemografik değişkenlere göre farklılaşmakta mıdır?
5. Sağlık okuryazarlığı değişkeninin yordayıcı değişkenleri nelerdir?

GEREK ve YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı-ilişki arayıcı türde yapılmıştır.

Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Konya il merkezinde yer alan farklı sosyodemografik yapıları sahip olan Selçuklu, Meram ve Karatay ilçelerinde bulunan üç tane emekliler lokali oluşturmaktadır. Emekliler lokalleri belediyelere bağlı olup yaşlı bireylerin sosyalleştiği, televizyon izleme, gazete okuma gibi etkinliklerin yapıldığı, çay servisinin olduğu bir tesistir. Emekliler lokalinde sağlıkla ilgili herhangi bir uygulama yapılmamaktadır ve tüm yaşlılar ücretsiz olarak kullanılmaktadır. Araştırma örnekleminin belirlenmesinde kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısının değerlendirildiği çalışmanın ölçek puanı ortalaması $87.96 \pm (13.89)$ 'dir²⁰. $n = (z \times SS/d)^2$ formülünden yararlanılarak hesaplanmıştır²¹. Formülde %95 güven düzeyi ve sapma $d=1.5$ kabul edilerek $n = (1.9616 \times 13.89/1.5)^2 = 330$ bulunmuştur. Örneklem üç emekliler lokalinin olduğu bölgede yaşlı nüfus oranları benzer olduğundan eşit olacak şekilde orantılı dağıtılarak her bir emekliler lokalinden 110 yaşlıyla görüşüldü.

Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmaya en az okuryazar olan, akıllı telefona sahip, 60 yaş ve üzeri yaşlı bireyler dâhil edilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Veriler Kişisel Bilgi Formu ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği¹⁷ kullanılarak toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından literatür incelemesi sonucu hazırlanmıştır^{19,22}. Bu form sosyodemografik özellikler bölümü (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, öğrenim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, kiminle yaşadığı) 8 sorudan, teknoloji kullanım beceri bölümü (internette arama yapabilme, ekran görüntüsü alma, video/fotoğraf çekip paylaşma, internet üzerinde görüşme, Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) randevusu alma, internetten tahlil sonuçlarına bakma, dijital sağlık uygulamalarını kullanma, teknolojik aletleri karmaşık bulma, teknolojik aletlerin fiziksel zarar verdiğini düşünme, internetten dolandırıcılığından korkma) 11 sorudan oluşmaktadır.

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYÖ): Sorensen' in geliştirdiği 47 maddelik Health Literacy Survey in Europe formu daha sonra Toçi, Bruzari ve Sorenson tarafından sadeleştirilmiştir^{23,24}. Geçerlik ve güvenilirlik çalışması, ülkemizde Aras ve Bayık Temel tarafından 2017 yılında yapılmıştır¹⁷. Ölçek 25 maddeden oluşmakta ve alt boyutları erişim (5-25), anlama (7-35), değer biçme/değerlendirme (8-40) ve uygulama' dan (5-25) oluşmaktadır. Beşli likert tipteki bu ölçekten alınabilecek en düşük puan 25 ve en yüksek puan 125' dir. Ölçekten elde edilen puan artıka kişinin sağlık okuryazarlık düzeyi artmaktadır. Ölçeğin Chronbach alfa değeri 0.92, alt boyutların alfa değerleri de 0.62 ile 0.79 arasındadır. Bu çalışma için Chronbach alfa değeri 0.96 bulunmuştur.

Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veriler araştırmacı tarafından emekliler lokallerinde yaşlılarla yüz yüze görüşme tekniği ile Mayıs-Ağustos 2023 tarihleri arasında toplanmıştır. Anket formunun doldurulması ortalama 15-20 dakika sürmüştür.

Verilerin Analizi

Veriler SPSS 25 paket programıyla analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov- Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri ortalama, standart sapma, medyan, minimum-maksimum değer, yüzde ve frekans değerleri kullanılarak ifade edilmiştir. Veriler normal dağılıma gösterdiğinden analizlerde independent samples t test, One Way ANOVA kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki çoklu regresyon (enter modeli) kullanılarak değerlendirildi. Testlerin anlamlılık düzeyi için $p < 0.05$ değeri kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılması için Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan (08.02.2023, 2022/373) izin alınmıştır, yürütülmesi için Konya Selçuklu, Meram ve Karatay Belediyeleri'nden kurum izni alınmıştır. Kullanılan ölçekler için yazarlardan izin alınmıştır. Ayrıca çalışmaya katılanların yazılı aydınlatılmış onamları alınmıştır.

Araştırma Sınırlılıkları

Bu çalışmanın sonuçları veri toplama tarihi ve çalışma grubu ile sınırlıdır.

BULGULAR

Yaşlı bireylerin yaş ortalaması 67.08 ± 5.69 'dur. Yaşlıların %54.5'inin erkek, %88.2' sinin evli, %95.2' sinin çocuk

sahibi, %38.2'sinin ilkökul mezunu, %61.5' inin gelir durumun orta, %83.6'sının bir işte çalışmadığı ve %84.8'inin evde eşiyle birlikte yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Yaşlıların Sosyodemografik Özellikleri (n=330)

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Emekliler Lokalinin Bölgesi		
Meram	110	33.3
Karatay	110	33.3
Selçuklu	110	33.3
Cinsiyet		
Kadın	150	45.5
Erkek	180	54.5
Medeni Durum		
Evli	291	88.2
Bekâr	39	11.8
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Evet	314	95.2
Hayır	16	4.8
Öğrenim Durumu		
Okuryazar	69	20.9
İlkökul	126	38.2
Ortaokul	73	22.1
Lise	31	9.4
Üniversite	31	9.4
Gelir Durumu		
Düşük	46	13.9
Orta	203	61.5
İyi	81	24.5
Bir İşte Çalışma Durumu		
Çalışıyor	54	16.4
Çalışmıyor	276	83.6
Evde kiminle yaşadığı		
Eş	280	84.8
Çocuklar	22	6.7
Yalnız	28	8.5
Yaş (X ±SS)	67.08±5.69	

X:Ortalama, SS: Standart sapma

Yaşlı bireylerin teknoloji kullanım beceri özelliklerine bakıldığında %57.6'sının merak ettiği bir konuyla ilgili internette arama yapabildiği, %57.3'ünün telefondan ekran görüntüsü alamadığı, %68.8'sinin telefondan video/fotoğraf kaydedip paylaşabildiği, %71.5'inin internet üzerinden sesli ve yazılı görüşme yapabildiği, %69.4'ünün MHRS üzerinden randevu oluşturmadığı, %80.6'sının kan tahlili ve görüntüleme (röntgen, MR) sonuçlarına internetten bakmadığı, %69.4'ünün dijital sağlık uygulamalarını kullanmadığı (E-nabız, Adımsayar, Kilo Takibi vb.), %73'ünün telefon ve bilgisayar gibi teknolojik aletleri karmaşık bulduğu, %59.1'inin ekrandaki yazılar çok küçük olduğundan okuyamadığı, %84.5'inin telefon ve bilgisayar gibi teknolojik aletleri kullanmanın fiziksel zararı olduğunu düşündüğü, %66.4'ünün telefon ve bilgisayar kullanırken tehlikeli sitelere girmekten, dolandırılmaktan korktuğu saptanmıştır (Tablo 2).

Yaşlıların sağlık okuryazarlığı ölçeği toplam puan ortalaması 89.13 ± 20.24 olup; bilgiye erişim alt boyutu için 17.03 ± 5.40 , bilgileri anlama alt boyutu için 23.48 ± 6.03 , değer biçme/değerlendirme alt boyutu için 29.72 ± 7.22 ,

uygulama/kullanma alt boyutu için 18.89±4.28 bulunmuştur(Tablo 3).

Tablo 2. Yaşlıların Teknoloji Kullanım Beceri Özellikleri (n=330)

Değişkenler	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Merak ettiği bir konuyla ilgili internette arama yapabilme	190	57.6	140	42.4
Telefondan ekran görüntüsü alabilme	141	42.7	189	57.3
Telefondan video/fotoğraf kaydedip paylaşabilme	227	68.8	103	31.2
İnternet üzerinden sesli ve yazılı görüşme yapabilme	236	71.5	94	28.5
MHRS üzerinden randevu oluşturabilme	101	30.6	229	69.4
Kan tahlili ve görüntüleme (röntgen, MR) sonuçlarına internette bakabilme	64	19.4	266	80.6
Dijital sağlık uygulamalarını kullanabilme (E-nabız, Adımsayar, Kilo Takibi vb.)	101	30.6	229	69.4
Telefon ve bilgisayar gibi teknolojik aletleri karmaşık bulma	241	73	89	27
Ekrandaki yazılar çok küçük olduğundan okuyamama	195	59.1	135	40.9
Telefon ve bilgisayar gibi teknolojik aletleri kullanmanın fiziksel zararı olduğunu düşünme	279	84.5	51	15.5
Telefon ve bilgisayar kullanırken tehlikeli sitelere girmekten, dolandırılmaktan korkma	219	66.4	111	33.6

Tablo 3. Yaşlı Yetişkinlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine İlişkin Ortalama Puanları

Ölçek	Ortalama±SS	En küçük -En büyük değer	Cronbach Alfa
SOYÖ	89.13±20.24	32.00-123.00	0.965
Alt boyutlar			
Bilgiye erişim	17.03±5.40	5.00- 25.00	0.957
Bilgileri anlama	23.48±6.03	7.00-34.00	0.888
Değer biçme/ değerlendirme	29.72±7.22	9.00-40.00	0.949
Uygulama/ kullanma	18.89±4.28	7.00-25.00	0.864

SS: Standart sapma

SOY puan ortalamaları bakımından yaşlıların emekliler lokali bölgesi arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde farklılık bulunmuştur ($p<0.001$). İleri analiz sonuçlarında Meram bölgesinden yaşayanların Selçuklu ve Karatay bölgesine göre daha yüksek SOY puan ortalamasının olduğu bulunmuştur. SOY puan ortalaması ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde farklılık bulunmuştur ($p<0.001$). Cinsiyeti erkek olanların SOY puan ortalaması

yüksek olarak belirlenmiştir. Yaşlıların eğitim durumu, gelir durumu ve evde biriyle yaşama durumlarına

göre SOY puan ortalaması arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde farklılık belirlenmiştir ($p<0.001$). Ortaokul mezunu olanların ilkökul ve okuryazarlara göre, lise mezunu olanların okuryazar ilkökul ortaokula göre ve üniversite mezunu olan yaşlıların tüm eğitim durumlarına göre daha yüksek SOY puan ortalamasının olduğu saptanmıştır. Gelir durumu orta ve iyi olanların düşük olanlara göre SOY puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Eşiyle birlikte yaşayan yaşlıların yalnız ve çocuklarıyla birlikte yaşayanlara göre SOY puan ortalaması yüksek belirlenmiştir (Tablo 4).

Yaşlı bireylerin SOY puan ortalamaları bakımından teknoloji kullanım beceri özelliklerinden merak ettiği bir konuyla ilgili internette arama yapabilme, telefondan ekran görüntüsü alabilme, telefondan video/fotoğraf kaydedip paylaşabilme, internet üzerinden sesli ve yazılı görüşme yapabilme, MHRS üzerinden randevu oluşturma, kan tahlili ve görüntüleme (röntgen, MR) sonuçlarına internette bakabilme, dijital sağlık uygulamalarını kullanma (E-nabız, Adımsayar, Kilo Takibi vb.), telefon ve bilgisayar gibi teknolojik aletleri karmaşık bulma, ekrandaki yazılar çok küçük olduğundan okuyamama, telefon ve bilgisayar kullanırken tehlikeli sitelere girmekten, dolandırılmaktan korkma arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde farklılık saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 4).

Tablo 5' de sağlık okuryazarlığı toplam puanının belirleyicileri çoklu regresyon (enter modeli) kullanılarak değerlendirildi. Model 1'de sosyodemografik değişkenler araştırılmış ve yaş ($\beta=-1.479$), emekliler lokalinin bölgesi ($\beta=5.024$), cinsiyet ($\beta=-4.545$), medeni durum ($\beta=-15.952$), öğrenim durumu ($\beta= 1.541$), gelir durumu ($\beta=11.845$), evde biriyle yaşama ($\beta=10.485$) SOY toplam puanını etkilediği belirlenmiştir. SOY toplam puanı %43.1'lik varyansın sosyodemografik değişkenlere bağlı olduğu görülmektedir ($R^2=0.431$) (Tablo 5).

Model-2 Sosyodemografik değişkenler ve teknoloji kullanım becerileri ile ilgi değişkenler birlikte analiz edilmiş ve yaş ($\beta=-.624$), emekliler lokalinin bölgesi ($\beta=4.867$), cinsiyet ($\beta=-4.835$), medeni durum ($\beta=-10.088$), öğrenim durumu ($\beta= .868$), gelir durumu ($\beta=5.644$), merak ettiği bir konuyla ilgili internette arama yapabilme ($\beta= 5.453$), telefondan video/fotoğraf kaydedip paylaşabilme ($\beta=5.478$), internet üzerinden sesli ve yazılı görüşme yapabilme ($\beta= 12.031$), MHRS üzerinden randevu oluşturabilme ($\beta= 8.528$), dijital sağlık uygulamalarını kullanabilme (e-nabız, adımsayar, kilo takibi vb.) ($\beta= 7.310$), telefon ve bilgisayar gibi teknolojik aletleri karmaşık bulma ($\beta= 4.555$), telefon ve bilgisayar gibi teknolojik aletleri kullanmanın fiziksel zararı olduğunu düşünme ($\beta= 4.51$) SOY toplam puanını etkilediği belirlenmiştir (Tablo 5). SOY toplam puanı %64.2'lik varyansın teknoloji kullanım becerilerine bağlı olduğu görülmektedir ($R^2 =0.642$) (Tablo 5).

Tablo 4. Yaşlıların Sosyodemografik Özellikler ve Teknoloji Kullanım Becerileri İle Sağlık Okuryazarlığı Toplam Puanının Karşılaştırılması (n=330)

Değişkenler		$\bar{X}\pm SS$	Test	p
Emekliler Lokalinin Bölgesi	Meram ¹	95.55±18.22	F=10.394*	<0.001 1>2>3
	Karatay ²	84.40±19.64		
	Selçuklu ³	86.61±21.34		
Cinsiyet	Kadın	84.21±20.63	t=-4.123**	<0.001
	Erkek	93.22±19.01		
Medeni Durumunuz	Evli	90.16±19.79	t=2.557**	0.110
	Bekâr	81.41±22.08		
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	89.38±20.14	t=1.039**	0.300
	Hayır	84.00±22.10		
Öğrenim Durumu	Okuryazar ¹	73.02±19.48	F=36.504*	<0.001 5>4>3>2,1
	İlkokul ²	85.34±17.99		
	Ortaokul ³	96.28±15.56		
	Lise ⁴	105.41±12.24		
	Üniversite ⁵	107.19±12.60		
Gelir Durumu	Kötü ¹	74.30±18.11	F=16.825*	<0.001 3>1,2
	Orta ²	90.44±18.06		
	İyi ³	94.23±22.78		
Bir İşte Çalışma Durumu	Çalışıyor	87.68±18.08	t=-.572**	.568
	Çalışmıyor	89.40±20.65		
Evde kiminle yaşıyorsunuz?	Eşimle ¹	90.83±19.37	F=7.018*	<0.001 1>2,3
	Çocuklarımla ²	77.59±22.48		
	Yalnız ³	81.10±22.62		
Merak ettiği bir konuyla ilgili internette arama yapabilme	Evet	98.11±16.28	t=10.972**	<0.001
	Hayır	76.92±18.67		
Telefondan ekran görüntüsü alabilme	Evet	99.26±15.20	t=9.066**	<0.001
	Hayır	81.56±20.25		
Telefondan video/fotoğraf kaydedip paylaşabilme	Evet	97.76±15.48	t=14.874**	<0.001
	Hayır	70.08±16.05		
İnternet üzerinden sesli ve yazılı görüşme yapabilme	Evet	97.22±15.97	t=14.870**	<0.001
	Hayır	68.80±14.86		
MHRS üzerinden randevu oluşturabilme	Evet	104.01±11.71	t=12.272**	<0.001
	Hayır	82.55±19.73		
Kan tahlili ve görüntüleme (röntgen, MR) sonuçlarına internette bakabilme	Evet	104.98±11.01	t=10.643**	<0.001
	Hayır	85.31±20.10		
Dijital sağlık uygulamalarını kullanabilme (E-nabız, Adımsayar, Kilo Takibi vb.)	Evet	103.09±12.63	t=11.063**	<0.001
	Hayır	82.96±19.90		
Telefon ve bilgisayar gibi teknolojik aletleri karmaşık bulma	Evet	86.22±19.83	t=-4.400**	<0.001
	Hayır	96.97±19.32		
Ekrandaki yazılar çok küçük olduğundan okuyamıyorum	Evet	83.83±20.36	t=-6.011**	<0.001
	Hayır	96.77±17.47		
Telefon ve bilgisayar gibi teknolojik aletleri kullanmanın fiziksel zararı olduğunu düşünme	Evet	89.63±20.45	t=1.072**	0.284
	Hayır	86.33±18.97		
Telefon ve bilgisayar kullanırken tehlikeli sitelere girmekten, dolandırılmaktan korkma	Evet	85.25±20.38	t=-5.309**	<0.001
	Hayır	96.77±17.67		

\bar{X} :Ortalama, SS: Standart sapma, *One Way Anova, **Bağımsız gruplarda t testi p<0.0

Tablo 5. Sağlık Okuryazarlığı Toplam Puanın Belirleyicileri

	β	t	p
Model-1 Sosyodemografik değişkenler			
(Constant)	172.488	12.311	<0.001
Yaş	-1.479	-8.410	<0.001
Emekliler Lokali Bölgesi (0=Selçuklu, Karatay 1=Meram)	5.024	2.681	0.008
Cinsiyet (0=kadın, 1=erkek)	-4.545	-2.470	0.014
Medeni durum (0=bekar, 1=evli)	-15.952	-2.983	0.003
Öğrenim durumu	1.541	6.178	0.000
Gelir durumu (0=kötü, 1= iyi,orta)	11.845	4.568	0.000
Evde biriyle yaşama (0=çocukla, yalnız 1=eş)	10.485	2.176	0.030
Model 1	R=0.657	R ² =0.431	F: 34.875 p<0.001
Model-2 Sosyodemografik değişkenler ve teknoloji kullanım becerileri ile ilgili değişkenler			
(Constant)	100.336	7.588	0.000
Yaş	-.624	-3.872	0.000
Emekliler Lokali Bölgesi (0=Selçuklu, Karatay 1=Meram)	4.867	3.138	0.002
Cinsiyet (0=kadın, 1=erkek)	-4.835	-3.213	0.001
Medeni durum (0=bekar, 1=evli)	-10.088	-2.324	0.021
Öğrenim durumu	.868	4.232	0.000
Gelir durumu (0=kötü, 1= iyi,orta)	5.644	2.625	0.009
Evde biriyle yaşama (0=çocukla, yalnız 1=eş)	3.361	0.866	0.387
Merak ettiği bir konuyla ilgili internette arama yapabilme (0=hayır, 1=evet)	5.453	2.726	0.007
Telefondan ekran görüntüsü alabilme (0=hayır, 1=evet)	-2.516	-1.156	0.248
Telefondan video/fotoğraf kaydedip paylaşabilme (0=hayır, 1=evet)	5.478	2.219	0.027
İnternet üzerinden sesli ve yazılı görüşme yapabilme (0=hayır, 1=evet)	12.031	5.130	0.000
MHRS üzerinden randevu oluşturabilme (0=hayır, 1=evet)	8.528	3.417	0.001
Kan tahlili ve görüntüleme (röntgen, MR) sonuçlarına internette bakabilme (0=hayır, 1=evet)	-.868	-.285	0.776
Dijital sağlık uygulamalarını kullanabilme (E-nabız, Adımsayar, Kilo Takibi vb.) (0=hayır, 1=evet)	7.310	3.237	0.001
Telefon ve bilgisayar gibi teknolojik aletleri karmaşık bulma (0=evet, 1=hayır)	4.555	2.155	0.032
Ekrandaki yazılar çok küçük olduğundan okuyamıyorum (0=evet, 1=hayır)	2.169	1.325	0.186
Telefon ve bilgisayar gibi teknolojik aletleri kullanmanın fiziksel zararını düşünme (0=hayır, 1=evet)	4.511	2.288	0.023
Telefon ve bilgisayar kullanırken tehlikeli sitelere girmekten, dolandırılmaktan korkma (0=evet, 1=hayır)	-2.294	-1.476	0.141
Model 2	R=0.813	R ² =0.642	F: 33.734 p<0.001

(Bağımlı değişken: SOY Toplam puanı)

TARTIŞMA

“Teknoloji kullanım becerisini neler etkiler?” sorusuna verilecek yanıtı bireylerin yaşı, eğitim seviyesi, ekonomik konumları, yaşadığı toplum, teknolojinin özellikleri başta olmak üzere birçok değişken belirlemektedir²⁵⁻²⁷. Tekedere ve Arpacı 2016 çalışmalarında yaşlı bireylerin neredeyse yarısının internet kullanmayı bilmediği bulurken bu durum çalışmamızla benzerdir¹⁰. Yaşlı bireylerin teknoloji kullanım beceri özelliklerine bakıldığında %69.4’ ünün E-nabız, Adımsayar, Kilo Takibi vb. dijital sağlık uygulamalarını kullanmadığı görülmektedir. Yaşlılarda haftalık internet kullanımının sorulduğu bir çalışmada da haftalık ortalama internet kullanım süresinin 14.52 olduğu ve bunun yalnızca 0.36 saatinde e-sağlık uygulamalarının kullanıldığı tespit edilmiştir²⁸. Sinav’ın²⁹ 2020 yılındaki çalışmasında ise yaşlıların sosyal medya hesaplarında en çok sağlık içerikli paylaşım yapan hesapları takip ettiği belirtilmiştir. Boyacıoğlu ve arkadaşlarının³⁰ 2021 yılında yürüttüğü bir çalışmada yaşlıların interneti kullanma nedenleri incelendiğinde %4.4 oranında sağlık bilgisi edinme davranışı saptanmıştır. Bu durum yaşlanma süreciyle

birlikte artan sağlık sorunlarının yaşlıların sağlık bilgisi edinme davranışını geliştirmiş olsa da teknoloji kullanım becerilerinin yetersiz kalması nedeniyle sağlık bilgisi edinmede davranışını engellediği şeklinde yorumlanabilir. Sağlık okuryazarlığının belirleyicileri arasında model 1’e göre yaş, emekliler lokalinin bölgesi, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, gelir durumu ve evde biriyle yaşama durumu bulunmuştur. Yaşlı bireylerin gençlere oranla daha düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu bilinmektedir^{12,31,32}. Çalışma yapılan emekliler lokallerinden ekonomik ve eğitim düzeyi gelişmemiş bölgede bulunanların sağlık okuryazarlığı daha kötüdür. Yapılan bir çalışma da gelişmemiş bir bölgede ve kırsal alanda yaşamanın sağlık okuryazarlığının önemli belirleyicisi olarak bulunmuştur.³³ Çalışmamızda cinsiyet sağlık okuryazarlığının bir belirleyicisi bulunmuştur. Literatürde kadınların sağlık okuryazarlık düzeyinin erkeklerden daha düşük olduğu³³⁻³⁵ bilgileri çalışmamızı desteklerken, cinsiyetin sağlık okuryazarlığı düzeyini etkilemediğini^{12,19,36,37} gösteren çalışmalar da vardır. Çalışmamızda eğitim seviyesinin ve ekonomik durumun

artmasıyla sağlık okuryazarlığının arttığı bulunurken literatür de bunu desteklemektedir^{12,32,33,36}. Eğitim seviyesinin artmasının bir sonucu olarak bilgilere ulaşma, anlama, değerlendirme ve uygulama bilincinin de gelişmesiyle eğitim seviyesinin sağlık okuryazarlığı düzeyini olumlu etkilediği düşünülmektedir. Sağlık okuryazarlığını etkileyen diğer belirleyici ise evde biriyle yaşama durumu olmuştur. Çalışmamızda eşile birlikte yaşayanların yalnız ve çocuklarıyla yaşayanlara göre sağlık okuryazarlığı daha iyidir. Sağlık okuryazarlığını iyileştirmede aile bakımının önemini ortaya koymaktadır³³.

Sağlık okuryazarlığının belirleyicileri arasında teknoloji kullanımına yönelik olarak merak ettiği bir konuyla ilgili internette arama yapabileme, telefonda video/fotoğraf kaydedip paylaşabilme internet üzerinden sesli ve yazılı görüşme yapabileme, MHRS üzerinden randevu oluşturabilme, dijital sağlık uygulamalarını kullanabilme (E-nabız, adımsayar, kilo takibi vb.) telefon ve bilgisayar gibi teknolojik aletleri karmaşık bulma, telefon ve bilgisayar gibi teknolojik aletleri kullanmanın fiziksel zararı olduğunu düşünme yer almıştır. Sağlıkla ilgili bilgilere erişmekte internetin ve sosyal medya organlarının önemi oldukça fazladır³⁸. Yaşlıların interneti kullanması sağlık okuryazarlığının bir yordayıcısıdır¹¹. Yetersiz dijital katılım, cep telefonu sahibi olmama düşük sağlık okuryazarlığı ile ilişkili bulunmuştur³⁹. Çalışmalar yaşlı bireyler arasında dijital becerilerin sağlık okuryazarlığıyla ilişkili olduğunu göstermekte ve bizi desteklemektedir^{40,41}. Yüksek düzeyde teknoloji kullanım becerilere sahip yaşlılar sağlık okuryazarlığını geliştirmek amacıyla çevrimiçi sağlık bilgilerini bulmak ve elde etmek için arama motorlarını kullanarak elektronik cihazları doğru ve verimli bir şekilde kullanma konusunda daha yetkindir. Yaşlı bireylerin özelliklerini karşılayan bir mobil ilaç yönetimi uygulamasının kullanılması ile ilaç uyumu artırılabilen, olumsuz olaylar azaltılabilmekte ve daha iyi bir hastalık dönemi yönetimi sağlanabilmektedir. Bunun yanı sıra yaşlıların teknolojiyi kullanırken duydukları korku ve endişeler onların teknolojiyi kullanmasını ve benimsemesi açısından kritik öneme sahiptir⁴².

Teknolojinin özellikle de akıllı telefonların birçok işlevi vardır ve karmaşıktır. Öğrenme yeteneğinin zayıfladığı yaşlılık döneminde onlara teknolojiyi nasıl kullanacağını sabırla öğretecek birine ihtiyaç duyarlar. Teknolojiyle büyüyen çocuklarının ise çoğu zaman onlarla ilgilenecek zamanları olmamaktadır. Bu durum teknoloji kullanımına yönelik tutumu etkilemektedir²⁷.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Yaşlıların teknoloji kullanım becerileri ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin incelendiği çalışmada yaşlı bireylerin büyük bir kısmının teknolojik cihazları karmaşık bulduğu, teknoloji kullanım becerilerinin ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin yeterli düzeyde olmadığı bulunmuştur. Yaşlıların teknoloji kullanım becerileri sağlık okuryazarlığı düzeyinin önemli bir belirleyicisi olup göz ardı edilmemelidir. Yaşlıların teknoloji kullanım becerileri ve sağlık okuryazarlığı yordayıcılarının bilinmesi yaşlı sağlığının geliştirilmesinde hemşirelere yarar sağlayabilir.

Yaşlıların teknoloji kullanım becerilerini geliştirmek için sağlığın sosyal belirleyicilerinden olan cinsiyet, eğitim ve ekonomik durum değişkenlerinin göz önünde bulundurulduğu eğitimler ve müdahaleler planlanmalıdır. Bu eğitimlerin ve müdahalelerin gerçekleştirilmesinde hemşireler önemli bir konuma sahiptir. E-sağlık uygulamaları, yaşlı bireylerin kullanımını kolaylaştırmaya yönelik olarak düzenlenmelidir. Daha büyük puntolu yazılar, daha anlaşılır ara yüz sistemleri ve güvenlik güncellemeleri yaşlıların kullanımını kolaylaştıracaktır.

Etik Kurul Onayı : Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu, 08.02.2023, 2022/373

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Bu araştırma, TÜBİTAK Bilim Bursları ve Hibe Programları Başkanlığı (BİDEB) tarafından 2022/2 2209-A Lisans Öğrencileri için Araştırma Projesi Destekleme Programı kapsamında desteklenmiştir.

Katılımcı Onamı: Bu çalışma için katılımcılardan aydınlatılmış onam alınmıştır.

Yazar katkıları

Araştırma dizaynı: ZS, DC

Veri toplama: GD

Literatür araştırması: ZS, GD

Makale yazımı: ZS, DC, GD

Teşekkür: Yazarlar, araştırmaya katılmayı kabul eden yaşlılara teşekkürlerini sunar.

*Bu çalışma 17-19 Mayıs 2024 tarihlerinde Konya' da gerçekleştirilen HOCA AKHMED YESEVİ 8. Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Ethics Committee Approval: Necmettin Erbakan University Health Sciences Scientific Research Ethics Committee, 08.02.2023, 2022/373.

Conflict of Interest: None.

Funding: This research was supported by TÜBİTAK Science Scholarships and Grant Programs Directorate (BİDEB) within the scope of 2022/2 2209-A Research Project Support Program for Undergraduate Students.

Exhibitor Consent: Informed consent was obtained from the participants for this study.

Author contributions

Study design: ZS, DC

Data collection: GD

Literature search: ZS, GD

Drafting manuscript: ZS, DC, GD

Acknowledgment: The authors would like to thank the elderly who agreed to participate in the study.

This study presented at HOCA AKHMED YESEVİ 8th International Scientific Research Congress, date of congress 17-19 May 2024, Konya, Türkiye as oral as oral presentation.

KAYNAKLAR

1. Türkiye İstatistik Kurumu. Dünya Nüfus Günü. [Internet]. 2022 [Erişim Tarihi 18 Kasım 2022].

- Erişim adresi:
<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dunya-Nufus-Gunu-2022-45552>
2. WHO. Ageing and health. [Internet]. 2022 [Erişim Tarihi 20 Kasım 2022]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
 3. Vargün B. Kırsalda Yaşlılık: Ardahan İli Örneği. Antropoloji. 2022;(43):70-9.
 4. Akyazı A. Digitalized Commerce: A Research on Senior Friendly E-Commerce Sites. TOJDAC. 2018;8(4):602-614.
 5. UNDP. Ageing, Older Persons and the 2030 Agenda for Sustainable Development. [Internet]. 2023 [Erişim Tarihi 28 Ekim 2023]. Erişim adresi: <https://www.undp.org/publications/ageing-older-persons-and-2030-agenda-sustainable-development>
 6. Tuna Uysal M. Yaşlı Bireylerin Sosyalleşmesinde Dijital Teknolojinin Rolü: Dijital Yaşlılar Üzerine Bir Çalışma. SDÜ Fen-Edebiyat Fakültesi Sos Bilimler Dergisi. 2020;(50):43-59.
 7. Peek STM, Wouters EJM, van Hoof J, Luijckx KG, Boeije HR, Vrijhoef HJM. Factors Influencing Acceptance of Technology for Aging in Place: A Systematic Review. Int J Med Inform. 2014;83(4):235-248.
 8. Kıracı R, Öztürk YE. Health Seeking Behavior: Scale Development Study. SDÜ Vizyoner Derg. 2021;12(29):224-234.
 9. UNECE. Ageing in the Digital Era. [Internet]. 2021 [Erişim Tarihi 5 Aralık 2023]. Erişim adresi: <https://unece.org/ageing-digital-era>
 10. Tekedere H, Arpacı F. Orta Yaş ve Yaşlı Bireylerin İnternet ve Sosyal Medyaya Yönelik Görüşleri. TSAD. 2016;20(2):377-392.
 11. Van Hoa H, Giang HT, Vu PT, Van Tuyen D, Khue PM. Factors Associated with Health Literacy among the Elderly People in Vietnam. Biomed Res Int. 2020;2020:1-7.
 12. Kozak F, Çevik Akyıl R. Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ile Yaşam Kalitesi İlişkisi. Hemşirelik Bilimi Derg. 2021;4(3):122-132.
 13. Liu S, Zhao H, Fu J, Kong D, Zhong Z, Hong Y et al. Current Status and Influencing Factors of Digital Health Literacy Among Community-Dwelling Older Adults in Southwest China: A Cross-Sectional Study. BMC Public Health. 2022;22(1):996.
 14. Cengiz B, Karadağ G. Sosyal Hizmetlerde Sağlık Sosyal Belirleyicileri. Türkiye Klin. 2023:42-8.
 15. van der Vaart R, Drossaert C. Development of the Digital Health Literacy Instrument: Measuring a Broad Spectrum of Health 1.0 and Health 2.0 Skills. J Med Internet Res. 2017;19(1):e27.
 16. Akgül Gündoğdu N, Dağcı Günel B. Sağlık Okuryazarlığında Sağlık Sosyal Belirleyicileri. Türkiye Klin. 2023:64-70.
 17. Aras Z, Bayık Temel A. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik Ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi. F.N. Hem. Derg. 2017;25(2):85.
 18. Öztaş Ö, Aslan Korkmaz G. Yaşlı Bireylerin İlaç Uyumsuzluğu İle İlişkili İlaç Kullanım Davranışları ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi İle İlişkisi. HUHEMFAD. 2019;6(3):132-140.
 19. Hazer O, Ateşoğlu L. Yaşlılarda Sağlık Okuryazarlığının Başarılı Yaşlanma Üzerine Etkisi: Ankara İli Örneği The Effect of Health Literacy on Successful Aging: The Case of Ankara Province. Türkiye Klin. 2019:48-56.
 20. Bayık Temel A, Çimen Z. Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Algısı ve İlişkili Faktörler. EGEHFD. 2017;33(3):105-125.
 21. Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemleri. 15. baskı. Ankara; Nobel Yayınevi; 2005.
 22. Görgün Baran A, Koçak Kurt Ş, Serdar Tekeli E. Yaşlıların Dijital Teknolojileri Kullanım Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma. İletişim Kuram ve Araştırma Derg. 2017;(14):1-24.
 23. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, et al. Measuring Health Literacy in Populations: Illuminating the Design and Development Process of The European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). BMC Public Health. 2013;13(11):948.
 24. Toçi E, Burazeri G, Sorensen K, Jerliu N, Ramadani N, Roshi E et al. Health Literacy and Socioeconomic Characteristics among Older People in Transitional Kosovo. BJMMR. 2013;3(4):1646-1658.
 25. Bhattacharjee P, Baker S, Waycott J. Older Adults and Their Acquisition of Digital Skills: A Review of Current Research Evidence. In: 32nd Australian Conference on Human-Computer Interaction. ACM; 2020:437-443.
 26. Amini Pozveh Z, Shariat A, Tavakoli Moghadam N. Evaluating Daily Cell-Phone Use in Elderly and its Effect on Lifestyle, Isfahan Comprehensive Health Care Centers. ABR. 2023;12(1):37.
 27. Huang M, Ren Y, Wang X, Li X, Li L. What Affects the Use of Smartphones by the Elderly? A Hybrid Survey from China. NAR. 2023;5(3):245-260.
 28. Şahin B, Yıldırım A. Yaşlı Bireylerde İnternet Kullanımı İle Yaşam Doymu, Algılanan Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. YSAD. 2019;12(2):97-106.
 29. Sinav A. Sosyal Medya ve Yaşlı Kullanıcılar: Kullanımlar ve Doymular Yaklaşımı Çerçevesinde Bir Araştırma. AUAD. 2020;6(1):97-125.
 30. Boyacıoğlu NE, İrmak HS, Çaynak S. İnternet Use for Seeking Health Information in Old Age. Türkiye Klin J Heal Sci. 2021;6(3):641-650.
 31. Zang G, Shi Q, Xu T. The Related Research of Elderly Hemodialysis Patients' Electronic Health Literacy to the Quality of Life. Mod Prev Med. 2017;44(4):672-675.

32. Yang P, Ou Y, Yang H, Pei X, Li J, Wang Y, et al. Research on Influencing Factors and Dimensions of Health Literacy in Different Age Groups: Before and After the COVID-19 Era in Chongqing, China. *Front Public Health*. 2021;9.
33. Xu L mei, Xie L fang, Li X, Wang L, Gao Y meng. A meta-analysis of Factors Influencing Health Literacy among Chinese Older Adults. *J Public Health*. 2022;30(8):1889-1900.
34. Zibrik L, Khan S, Bangar N, Stacy E, Novak Lauscher H, Ho K. Patient and Community Centered eHealth: Exploring eHealth Barriers and Facilitators for Chronic Disease Self-management within British Columbia's Immigrant Chinese and Punjabi Seniors. *HPT*. 2015;4(4):348-356.
35. Salar S, Duran S. Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Yaşlı Bireylerin E-Sağlık Okuryazarlığı Durumunun İncelenmesi. *HUHEMFAD*. 2023;10(2):396-412.
36. Mehralian G, Yusefi AR, Davarani ER, Ahmadidarrehshima S, Nikmanesh P. Examining the Relationship between Health Literacy and Quality of Life: Evidence from Older People Admitted to the Hospital. *BMC Geriatrics*. 2023;23(1):147.
37. Meier C, Vilpert S, Borrat-Besson C, Jox RJ, Maurer J. Health Literacy among Older Adults in Switzerland: Cross-Sectional Evidence from a Nationally Representative Population-Based Observational Study. *SMW*. 2022;152:w30158.
38. Sbaffi L, Rowley J. Trust and Credibility in Web-Based Health Information: A Review and Agenda for Future Research. *JMIR*. 2017;19(6):e218.
39. Polonski TC, Zanin L, Oliveira AMG, Dutra ER, Silva Filho DA da, Flório FM. Influência da Inclusão Digital na Alfabetização em Saúde de Idosos. *ETD*. 2022;24(3):584-597.
40. Li S, Cui G, Yin Y, Xu H. Associations between Health Literacy, Digital Skill, and eHealth Literacy among Older Chinese Adults: A Cross-sectional Study. *Digital Health*. 2023;9:1-10.
41. Xesfingi S, Vozikis A. eHealth Literacy: In the Quest of the Contributing Factors. *i-JMR*. 2016;5(2):e16.
42. Poorcheraghi H, Negarandeh R, Pashaeypoor S, Jorian J. Effect of using a Mobile Drug Management Application on Medication Adherence and Hospital Readmission among Elderly Patients with Polypharmacy: A Randomized Controlled Trial. *BMC Health Serv Res*. 2023;23(1):1192.

Araştırma makalesi**Research article****The Use of Nursing Theory and Model in Mental Health and Psychiatric Nursing Doctoral Theses: Türkiye Sample****Emel ÖZTÜRK TURGUT¹****ABSTRACT**

Aim: The aim of this study is to identify nursing models used in doctoral theses in psychiatric and mental health nursing.

Material and Methods: In this descriptive-type retrospective document analysis study, theses in mental health and psychiatric nursing departments of health sciences institutes were reviewed at the National Thesis Center of the Council of Higher Education on from September to October 2023. The study was completed with 14 doctoral theses. Word and Excel programs were used to record and analyze data.

Results: The Roy Adaptation Model and then the Neuman Systems Model were mostly used in doctoral theses. It was determined that four theses were randomized controlled, and six theses were done within the scope of community mental health nursing when the sample group was examined.

Conclusions: The Roy Adaptation Model has positive effects on issues such as emotional expression, self-esteem, and treatment areas. As a sample group, there was a tendency towards preventive mental health services. Experimental designs with control groups were used in doctoral theses, and four theses were determined to be randomized controlled.

Keywords: Document analysis, models, nursing

ÖZ

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Doktora Tezlerinde Hemşirelik Kuram ve Model Kullanımı: Türkiye Örnekleme

Amaç: Bu çalışmanın amacı psikiyatri ve ruh sağlığı hemşireliği doktora tezlerinde kullanılan hemşirelik modellerini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipteki geriye dönük doküman analizi yapılan bu çalışmada, Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi'nde yer alan sağlık bilimleri enstitülerinin psikiyatri hemşireliği anabilim dallarında yapılan tezler, Eylül- Ekim 2023 tarihinde incelenmiştir. Çalışma 14 doktora tezi ile tamamlanmıştır. Verilerin kaydedilmesi ve analiz edilmesinde word ve excel programları kullanılmıştır.

Bulgular: Doktora tezlerinde en çok Roy Adaptasyon Modeli ve ardından Neuman Sistemler Modeli'nin kullanıldığı belirlenmiştir. Örneklem grubu incelendiğinde dört tezin randomize kontrollü olduğu ve altı tezin toplum ruh sağlığı hemşireliği kapsamında yapıldığı saptanmıştır.

Sonuç: Roy Adaptasyon Modeli duygusal ifade, benlik saygısı ve tedavi alanı gibi konularda olumlu etkilere sahiptir. Örneklem grubu olarak koruyucu ruh sağlığı hizmetlerine yönelme söz konusudur. Doktora tezlerinde kontrol gruplu deneysel desenler kullanılmış, dört tezin randomize kontrollü olduğu belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Doküman analizi, hemşirelik, modeller

¹ Research Assistant, Phd, RN, Ege University Nursing Faculty, Mental Health and Psychiatric Nursing Department, İzmir, Türkiye, E-mail:emel.ozturk@ege.edu.tr, Tel: +90 2323115559, ORCID: 0000-0003-0620-2749

Geliş Tarihi: 30.10.2023, Kabul Tarihi: 25.06.2024

Atıf/Citation: Öztürk Turgut E. The Use of Nursing Theory and Model in Mental Health and Psychiatric Nursing Doctoral Theses: Türkiye Sample. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2024;11(2):169-177. DOI: 10.31125/hunhemsire.1383389

INTRODUCTION

Nursing is a profession that combines science and art, relying on skills such as observation, research, and analysis. Numerous models and theories have been developed to ensure the scientific validity, sustainability, and standardization of services and methods used in the professionalization process, ultimately improving the quality of care. While nursing models and theories serve as a guide for nurses, they also provide the foundation for future research, evidence-based practices, and new models and theories. Therefore, it is critical to have a thorough understanding of nursing models and theories and to apply them effectively in practice to achieve professionalization. However, it is stated that model and theory-based interventions cannot be adequately transferred to clinical practices¹. At this stage, doctoral education becomes prominent as it internalizes the philosophy specific to one's field of specialization while also providing research competence.

Doctorate is an education program that provides people with current and advanced equipment, provides/increases innovation and creativity, enables them to conduct independent research, and supports them to contribute to the field they are interested in by using their knowledge and skills in an original way^{2,3}. Mental health and psychiatric nursing is a specialty of nursing and trains specialists at the doctoral level. Specialist nurses are expected to conduct research and incorporate research results into clinical practice⁴. Thesis work is an important stage in achieving the expected goals, and innovation in theses is important^{3,5}. Nurses benefit from models and theories in their theses⁶⁻⁸. When the literature has been examined, it is stated that theories and models are used especially in nursing doctoral theses, and the prominent theories and models are Roy Adaptation, Pender Health Promotion, and Health Belief Models. Additionally, public health nursing stands out in the use of theory and models⁶⁻⁸. There are studies examining postgraduate theses in mental health and psychiatric nursing^{9,10}. No studies examining the use of theory and models have been found.

Aim

The importance of using theories and models in the professionalization and dissemination of nursing initiatives has been noted^{1,11}. This research aims to determine the nursing models and theories used in the thesis studies of doctoral students who apply evidence-based current knowledge in an innovative way by adopting the philosophy of mental health and psychiatric nursing as expected from doctoral education. Doctoral education is the highest level of education attainable in a discipline. Therefore, the doctoral theses examined will provide data on the use of nursing models and theories among the most highly educated individuals in the field, who hold roles and responsibilities related to the profession's development.

Study Questions

The answers to the following questions were examined:

- Which nursing models or theories have been used in mental health and psychiatric nursing doctoral theses?
- What is the research type in the doctoral theses using nursing models?
- In which sample group have been nursing models studied?

MATERIAL and METHODS

Study Design

This is a descriptive-type, retrospective document analysis study.

Study Sample

Doctoral theses registered in the departments of "Mental Health and Disease Nursing, Mental Health and Psychiatric Nursing, Psychiatric Nursing" at the National Thesis Center of the Council of Higher Education were examined (N=181). The thesis review was carried out between 08.10.2023 and 08.11.2023. Approved, authorized, and completed theses were examined without any year limitation.

Inclusion and Exclusion Criteria

The inclusion criteria were to use a nursing model or a theory, to have permission to publish in the National Thesis Center of the Council of Higher Education, and to have been approved. As an exclusion criteria, master theses were not included in the research.

Data Collection Tools

"Data collection form" was created to make it easier for the researcher to classify data in accordance with the study objectives and to enable regular data record-keeping. The form that had two stages was created by consulting studies from the literature that examined the use of theories and models in nursing research⁶⁻¹⁰. In the first stage, the criteria below were evaluated as appropriate, partially appropriate, and not appropriate:

"The research title includes the name of the nursing model or theory."

"The research abstract makes clear that a nursing model or theory has been applied."

In the following step of the study, the theses deemed "not appropriate" were removed, and the theses deemed "appropriate and partially appropriate" were examined. In the second stage, the theses are examined by classifying them according to the nursing model or theory used, research type, sample group, and mental health and psychiatric nursing specialty.

Data Collection

The process of thesis selection is given below:

1. Theses were evaluated primarily according to their titles. Theses with direct model or theory names in their titles and expressions, such as psychoeducation/psychotherapeutic approach, were selected to evaluate the abstracts. The first list was created based on the choices that were made in accordance with the theses's titles.
2. The research has one author. To prevent bias, one month later, the author reviewed the theses again and re-evaluated the thesis titles, created the second list, and

compared it with the first list. No different record was found among the lists.

3. The abstracts of the selected theses were read. Theses that did not use a model, did not have a nursing model or theory, did not mention any model or theory in the abstract, and whose abstract was not accessible were excluded from the scope of the research in line with the inclusion criteria.

4. Twenty-three theses were included in the full-text evaluation. The study was completed with 14 doctoral theses which were confirmed to use a nursing model or a theory (Figure 1).

5. Theses were classified according to the nursing model or theory used, research type, sample group, and mental health and psychiatric nursing specialty.

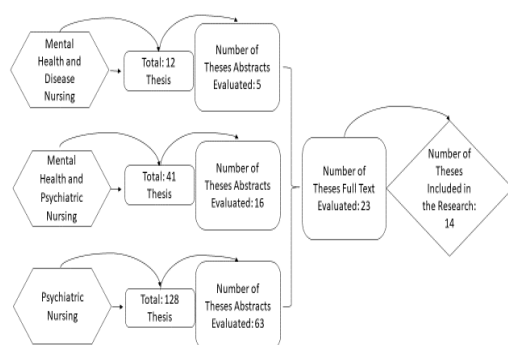


Figure 1. Thesis Selection Process

Data Analysis

The data were examined within the scope of the model used, research type, and sample. Word and Excel programs were used to record and evaluate the data.

Ethical Considerations or Ethical Approval

Conducting the research does not require approval from the ethics committee. The list of references includes the theses that were examined in the research.

Limitations

The study only examined doctoral theses completed on the day it was conducted and whose complete text was accessible.

RESULTS

It was determined that the theses included in the research were conducted between 2008 and 2022. The distribution of the doctoral theses in mental health and psychiatric nursing based on the model was presented in Figure 2. It was determined that the Roy Adaptation Model and then the Neuman Systems Model were mostly used in doctoral theses (Figure 2).

Caregivers in families, nurses, adolescents, individuals with mental diseases/ problems, individuals with physical diseases, and women who experienced challenging life events were sample groups of the doctoral theses (Table 1).

Doktora Tezlerinde Kuram ve Model Kullanımı The Use of Nursing Theory and Model in Doctoral Theses

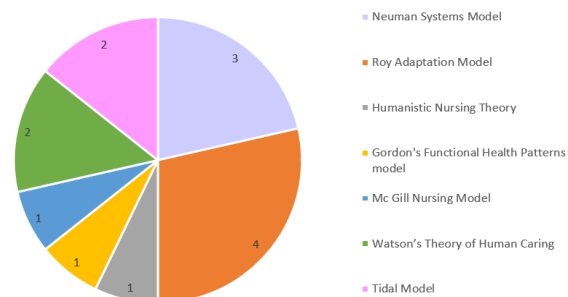


Figure 2. Number of Nursing Models Used in Doctoral Thesis

It was determined that four studies were randomized controlled in research type. Considering the sample group, five studies were conducted within the scope of secondary health services with people diagnosed with or had a history of physical diseases, and six studies were conducted within the scope of community mental health services (Table 1).

DISCUSSION

It was determined that the Roy Adaptation Model was used most frequently in mental health and psychiatric nursing doctoral theses. The model enhances emotional expression and regulation - especially anger - illness adjustment, and self-esteem; and it has been determined that it has a positive effect on the healing process and quality of life¹²⁻¹⁵. It can be said that the results are parallel to all fit areas of the model¹¹. The literature has stated that the adaptation model is widely used in other nursing specialties, both in theses and original research^{6-8,16,17}. It has been also reported in the international literature that the Roy Adaptation Model is widely used and has positive and evidence-based effects on patients' health¹⁸. The Neuman Systems Model, the second most frequently used model identified in the study, has been determined to have positive effects on self-perception and life perception, coping skills, emotional expression and regulation, and disease adaptation¹⁹⁻²¹. Neuman Systems Model deals with coping and emphasizes the importance of interaction with one's environment. The results obtained are compatible with the model in this respect¹¹. It seems that Neuman's model is among the frequently used ones in nursing theses and research^{8,16,17}. Moreover, it appears that mental health and psychiatric nurses are also compatible with the general trend in the literature. Harmony between the group, concept, and model to be studied is important in model selection. These two models can be used in studies with mental health and psychiatric nursing interventions to improve self-concept, emotional expression, and treatment adherence.

Table 1. Mental Health And Psychiatric Nursing Doctoral Theses Using Nursing Model (N=14)

Thesis title	Date	Research type	Sample	Research field	Intervention	Results
Tatar Yuksel (2008) ¹⁹ Evaluation of Life Experiences of Parents of Disabled Children with Betty Neuman's Systems Model	2008	Action research	Parents of children with disability	CMHN	After the participants were determined, pre-tests were implemented, and interviews were performed to create an action plan. Following the preparation of the subject guideline, a group session was held once a week for eight weeks.	Neuman individual interview evaluation form was identified as a tool that could be used to define problematic areas of the parents having disabled children. It has been determined that it is effective in helping parents with disabled children develop a style of coping with stress, increasing the perception of family support, and reducing the level of trait anxiety.
Partlak Gunusen (2009) ²⁰ The Effect of The Coping and The Social Support Groups on The Burnout Level of Nurses	2009	Randomized controlled-interventional and qualitative	Nurses experiencing burnout	CMHN	Group intervention was implemented five days a week. Follow-ups were carried out immediately after the intervention and at the third and sixth months. Interviews were held with nurses participating in the groups to evaluate the program.	Emotional burnout was found to be lower in the group that was given coping education compared to the control group. It was determined that the social support received from a special person increased over time following the intervention. Over time, it was observed that there was a decrease in the self-confident approach in the third month, and an increase in the optimistic approach after the intervention. It was also determined that the optimistic approach scores of the coping group were higher than those of the social support group in the sixth month. In addition, it was found that the social support-seeking approach enhanced following the intervention.
Bozkurt (2010) ¹² The Effect of Roy Adaptation Theory Based Nursing Approach on Working Adolescents Anger Management	2010	Semi-structured, quasi-experimental design, pre-test, post-test assessment and control group	Working adolescents	CMHN	9-12 individual interviews were carried out about anger at one-week intervals.	Trait anger, anger in, anger out, thoughts about anger, thoughts of anger towards others, thoughts of anger towards oneself, introverted reactions, passive-aggressive, revenge reactions, aggressive, negative self, somatization, hostility, and anxiety subscale scores were found to be significantly low in the experimental group. Anger management and calmness scores were found to be statistically significantly higher in the experimental group.
Bozdogan (2014) ²² Determination of Cancer Patients' Nursing Presence Evaluation within the context of Humanistic Nursing Theory	2014	Methodological, qualitative and quantitative, descriptive	Oncology patients	CLPN	The humanistic nursing model was used to determine the way patients perceived the nurse's presence. The model was used to categorize the data obtained qualitatively.	Patient satisfaction with the care received was determined to be the highest predictor of the perception of the nurse's presence. It has been determined that patients feel trust, interest, and satisfaction when they perceive the nurse's presence at a high level.
Inan (2014) ²¹ Effects of Home-Based Post-Treatment Psychoeducation on Breast Cancer Patients' Distress, Anxiety, Depression and Quality of Life	2014	1. Descriptive Qualitative 2. Pretest-posttest design quasi-experimental, in a single group	Breast cancer patients	CLPN	The data were obtained using the in-depth interview technique. Deductive content analysis was applied. The theoretical framework was created according to the model. The	The psychoeducation program created positive changes in people's perception of self and life, awareness, self-confidence, emotional expression, coping with the fear of relapse, taking responsibility, and personal development.

		3. Descriptive Qualitative			psychoeducation program was implemented. Afterwards, the effectiveness of the program was evaluated.	
Temel (2015) ²⁴ The Efficacy of Marjory Gordon's Functional Health Patterns Model in Coping with Depression	2015	Pre-test, post-test control group, repeated measures, quasi-experimental study	Individuals with mental disease (depressive disorder)	PN	Interventions were implemented for nursing diagnoses determined according to the areas of the model. Interventions were implemented by going to the clinic every day in line with the needs of the individuals. A test was administered at discharge, a follow-up study was conducted three months later.	When comparing the experimental and control groups in terms of depression and hopelessness scores, significant differences were determined in the post-test and follow-up test.
Boyacioglu (2015) ³¹ Effectiveness of Nursing Care Based on Mc Gill Model For Decrease of Burden Care of Elderly Caregivers	2015	Pre-test, post-test control group, repeated measures experimental study design	People who care for their elder family members	CMHN	The sample group was created by randomization. Seven sessions of interviews were held with the experimental group. There were three and six-month follow-up tests. Nursing care was provided in accordance with the model.	Differences were found between groups in terms of care burden at post-test and in the general self-efficacy at post-test and three months follow-up. In addition, significant differences were found in the positive focus and positive evaluation subscales at post-test and at three- and six-month follow-ups, as well as in the acceptance and plan focus subscales at post-test.
Tektas (2015) ²³ Effects of Nursing Care Based on Watson' Theory of Human Caring on the Mental Health of Women in Pregnancy Subsequent to Pregnancy Loss	2015	Randomized controlled, interventional	Women who experienced pregnancy loss	CLPN	A model-based intervention program was completed in five sessions.	It was determined that anxiety, depression, and hopelessness scores were decreased in the intervention group compared to the control group, and perinatal attachment was increased. It has been determined that the model has a positive effect on the mental health of women with a history of pregnancy loss.
Savasan (2015) ²⁵ The Effect of Psychiatric Nursing Approach Based Tidal Model on Alcohol-Dependent Persons with Nursing Diagnosis of Ineffective Coping and Disturbed Self-Concept	2015	Semi-structured, quasi-experimental design, pre-test, post-test, control group	Alcohol addicts	PN	A model-based intervention program was completed in average ten sessions.	The model was determined to be effective in increasing alcohol addicts' positive reinterpretation and development, active coping, holding back, emotional social support use and planning, self-esteem scores, and decreasing behavioral disengagement scores.

Ozturk Turgut (2018) ³² The Effect of Tidal Model-Based Psychiatric Nursing Approach on the Resilience of Women Survivors of Violence	2018	Experimental and descriptive; control group, pre-post-test design	Women experiencing intimate partner violence	CMHN	The model-based intervention, including seven sessions, was completed after two weeks on alternate days.	The model enhanced the resilience of women survivors of violence, a positive look to the future, and being goal-oriented.
Erdogan (2019) ¹³ The Effect of Psychoeducation Provided to Patients with Behçet's Disease in the Context of the Roy Adaptation Model on Adaptation to the Illness, Dyadic Adjustment, Self-Esteem and Psychiatric Symptoms	2019	Pre-test, post-test, control group, follow-up design, interventional study	Patients with Behçet's disease	CLPN	A 7-session psychoeducation program was implemented as 90-120 minutes once a week.	It was determined that model-based psychoeducation enhanced adaptation to illness and self-esteem among the patients with Behçet's disease and decreased psychiatric diseases.
Ayakdas Dagli (2019) ¹⁴ Individualized Nursing Interventions Based on The Roy Adaptation Model's Effects on Recovery In Alcohol Addicts	2019	Pre-test, post-test, control group and experimental follow-up	Alcohol addicts	PN	Model-based 11-session intervention program was carried out twice a week.	It was determined that the intervention affected recovery process, quality of life, craving and recurrence in a positive way.
Demir Gayretli (2022) ²⁶ The Effect of Human Care Model-Based Nursing Interventions on Psychosocial Adjustment in Patients with Cardioverter Defibrillator	2022	Pre-test post-test control group design, randomized controlled interventional	Patients who were implanted ICD	CLPN	Five interviews were carried out at two-week intervals. The interviews were online.	The psychosocial adaptation of the study group was enhanced following the intervention.
Kaçmaz (2022) ¹⁵ The Effect of Roy Adaptation Model Based Interventions on Emotion Management in University Students with Emotional Eating Behavior	2022	Randomized, control group, pre-test, post-test and follow-up measurement, interventional	University students with emotional eating behavior	CMHN	Seven online interviews were carried out once a week.	The ability of intervention group to show emotions as they are, to control negative physical responses, to cope and to manage anger was enhanced.

*PN: Psychiatric Nursing, CMHN: Community Mental Health Nursing, CLPN: Consultation Liaison Psychiatric Nursing

When the samples in the studies were examined, five studies were found to be conducted with people diagnosed with or had a history of physical illness, and three studies were found to be conducted with people having a mental illness^{13,14,21-26}. It was observed that the number of other sample groups was one (Table 1). When the sample groups were classified, it was seen that studies in the fields of community mental health nursing (CMHN) and then consultation liaison psychiatric nursing (CLPN) were predominantly preferred. Considering that a lot of studies have been conducted with nurse samples in the previous years²⁷, it can be seen that the theses using the model were more focused on risk groups and people with physical-mental diseases/problems. Furthermore, it has been stated that doctoral theses in mental health and psychiatric nursing are generally focused on CMHN and then CLPN predominantly⁹. In this study, it was determined that studies on CMHN were mostly within the scope of preventive mental health services. Improving preventive mental health services is among the goals of the National Mental Health Action Plan²⁸. This situation reflects the views of mental health and psychiatric nurses regarding the mental health needs of the country. It can be said that mental health and psychiatric nurses are aware of the need for preventive mental health services. It can also be considered that evidence has been produced to support the use of models or theories in CMHN and CLPN.

When the type of research was examined, it was determined that randomized controlled studies came first followed by experimental and quasi-experimental studies. Due to the high quality of evidence of randomized controlled studies²⁹, it can be thought that randomized controlled studies should be increased in research using models to ensure the validity and sustainability of the intervention applied in the relevant sample group. In studies using models in the literature, it has been indicated that the rates in mental health and psychiatric nursing are quite low compared to other specialties⁷. In their study examining doctoral theses, Tel and Sabancioglu (2014) found that the theses (n=87) were mostly semi-experimental and descriptive²⁷. In addition, Tas et al. (2019) determined that approximately 75% of 97 doctoral theses were experimental, and Seki Oz and Ayhan (2020) determined that approximately 30% of doctoral theses (n = 23) related to schizophrenia were experimental^{9,10}. Although there has been a change in the direction of evidence-based studies over the years, it is stated that the number of evidence-based studies in the field of mental health and psychiatric nursing is not sufficient; and, despite the findings, there are problems in the transfer of research into routine health practices. As a result, it is pointed out that the development of mental health and psychiatric nursing in research and practice has slowed down³⁰. For this reason, it is important that doctoral theses, which are expected to be innovative⁵, should also be evidence-based and can be integrated into healthcare services. Randomized controlled trials are important to establish and maintain standardized care protocols with models in mental health and psychiatric care.

Descriptive studies, often favored by researchers, are important feasibility studies that identify the needs of the group being served. Identifying evidence-based practices for the identified needs may ensure efficient use of academic knowledge, time, and manpower. It is important for researchers to have a good command of the literature. Theses that do not meet the needs of service users and have a low level of evidence will only be shelved as academic documents.

CONCLUSION

In this current study, it was determined that the Roy Adaptation Model was mostly used in mental health and psychiatric nursing theses using nursing theory/model, and CMHN came to the fore as a sample. It has been also determined that randomized controlled experimental studies are the most frequently preferred type of research. It may be recommended to create professional guidelines in doctoral theses, to use nursing models or theories in order to contribute to the nursing profession, and to increase randomized controlled studies so that theses are evidence-based. In addition, taking into account the priorities of the country in the groups studied is important for the widespread use and continuity of the interventions implemented in the theses. It is important for clinician nurses to follow doctoral research in the field. In order to disseminate evidence-based practice, clinician nurses may be encouraged to incorporate model or theory-based practice from doctoral research into their care. In mental health and psychiatric nursing, it is important to ensure that educators and nurse managers work together to inform and support clinical nurses in line with models and theories.

Ethics Committee Approval: Conducting the research does not require approval from the ethics committee.

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

Exhibitor Consent: Informed consent was required.

Author contributions

Study design: EÖT

Data collection: EÖT

Literature search: EÖT

Drafting manuscript: EÖT

Acknowledgment: None.

Etik Kurul Onayı : Doküman analizi olması nedeniyle etik kurul onayı gerekmemektedir.

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yoktur.

Katılımcı Onamı: Katılımcı onamı gerekmemektedir.

Yazar katkıları

Araştırma dizaynı: EÖT

Veri toplama: EÖT

Literatür araştırması: EÖT

Makale yazımı: EÖT

Teşekkür: Yoktur.

REFERENCES

1. Babacan Gümüş A. Hemşirelik kuram ve modelleri. Çam O& Engin E (Editörler). Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Psikiyatri Hemşireliği Bakım Sanatı. Geliştirilmiş 3.baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2021.
2. T.C. Yükseköğretim Kurulu. Türkiye yükseköğretim yeterlilikler çerçevesi [İnternet]. Kabul tarihi 13 Ocak 2011 [Erişim tarihi 19.09.2023]. Erişim adresi: <http://tyyc.yok.gov.tr/?pid=35>.
3. Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği. Resmî Gazete Tarihi [İnternet]. 20.04.2016 Resmî Gazete Sayısı: 29690 [Erişim tarihi 19.09.2023]. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=21510&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>.
4. Hemşirelik Yönetmeliği [İnternet]. Resmî Gazete Tarihi 08.03.2010 Resmî Gazete Sayısı: 27515 [Erişim tarihi: 19.09.2023]. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=13830&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>.
5. Keshavarz H, Shekari MR. Factors affecting topic selection for theses and dissertations in library and information science: A national scale study. *Libr Inform Sci Res* 2020; 42(4).
6. Dağcı M. Türkiye’de 2008-2018 yılları arasında model ve kuram kullanılmış hemşirelik araştırmaları: sistematik inceleme. *IGUSABDER* 2019; 9: 929-43.
7. Türen S, Atakoğlu R, Madenoğlu Kıvanç M, Gül A. Hemşirelikte kuram ve modele dayalı lisansüstü tez çalışmalarının incelenmesi. *IGUSABDER* 2020; 11: 202-16.
8. Şahin G, Buldak Cİ, Kaya V, Güvenç G, İyigün E. Türkiye’de hemşirelikte model kullanılarak yapılan lisansüstü tezlerin incelenmesi: sistematik derleme. *JERN* 2020;17(2):170-79.
9. Taş G, Dikeç G, Baysan Arabacı L. Türkiye’de ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği alanında yürütülen lisansüstü tezlerin niceliksel ve içerik açısından incelenmesi. *J Psychiatric Nurs* 2019;10(3):173-80.
10. Seki Öz H, Ayhan D. Şizofreni ile ilgili hemşirelik lisansüstü tezlerinin özellikleri. *SABAD* 2020; 2(1): 12-25.
11. Erdemir Ç. Hemşirelik Felsefesi Kuramlar- Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar. 1.Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2013.
12. Bozkurt S. Çalışan ergenlerin öfke yönetiminde roy adaptasyon kuramı temelli hemşirelik yaklaşımının etkisi. [Doktora Tezi]. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.2010.
13. Erdoğan N. Behçet hastalarına roy adaptasyon modeli bağlamında verilen psikoegitimin hastalık uyumu, çift uyumu, benlik saygısı ve psikiyatrik belirtiler üzerine etkisi. [Doktora Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2019.
14. Ayakdaş Dağlı D. Roy adaptasyon modeline dayalı bireyselleştirilmiş hemşirelik girişimlerinin alkol bağımlılarında iyileşmeye etkisi. [Doktora Tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2019.
15. Kaçmaz ED. Duygusal yeme davranışı olan üniversite öğrencilerinde roy uyum modeli temelli girişimlerin duyu yönetimine etkisi. [Doktora Tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2022.
16. Koç Ş, Yumru H. Türkiye’de çocuk sağlığı ile ilgili hemşirelik araştırmalarında kuram-model kullanımı: sistematik derleme. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2019; 21(3): 85-103.
17. Zuhur Ş, Özpancar N. Türkiye’de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin kullanımı: sistematik derleme. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2017; 19(2): 57-74.
18. Hasanah I, Nursalam N, Pandin MGR, Ikhwan DA, Rohita TA. Critical analysis of using Roy's adaptation model in nursing research as an empirical for clinical practice: a systematic review. *Preprints*. (in press) 2022. <https://doi.org/10.20944/preprints202205.0276.v1>
19. Tatar Yüksel Ç. Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin yaşam deneyimlerinin Betty Neuman’ın sistemler modeli ile değerlendirilmesi. [Doktora Tezi]. Ankara:Gülhane Askeri Tıp Akademisi; 2008.
20. Partlak Günüşen N. Başetme grubu ile sosyal destek grubunun hemşirelerin tükenmişlik düzeyine etkisi. [Doktora Tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2009.
21. İnan FŞ. Meme kanseri hastalarına tedavi sonrasında evde yapılan psikoegitimin distres, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesine etkisi. [Doktora Tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2014.
22. Bozdoğan S. Kanser hastalarının hemşirenin varlığını değerlendirmelerinin hümanistik hemşirelik kuramı bağlamında incelenmesi. [Doktora Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2014.
23. Tektaş P. Watson insan bakım modeline temellendirilmiş hemşirelik bakımının gebelik kaybı yaşayan gebelerin ruh sağlığına etkisi. [Doktora Tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2015.
24. Temel M. Depresyonla baş etmede marjory gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri modelinin etkinliği. [Doktora Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2015.
25. Savaşan A. Etkisiz bireysel baş etme ve benlik kavramında bozulma hemşirelik tanısı alan alkol bağımlılarında tidal (gel-git) model’e dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımının etkisi. [Doktora Tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2015.
26. Demir Gayretli Ö. Kardiyoverter defibrilatörlü hastalarda insan bakım modeli temelli hemşirelik girişimlerinin psikososyal uyuma etkisi. *Yayınlanmamış [Doktora Tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2022.*
27. Tel H, Sabancıoğulları S. Psikiyatri hemşireliği doktora tezlerinin özellikleri. *DEUHYO ED* 2014;7 (3),178-85.
28. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ulusal ruh sağlığı eylem planı (2020- 2023) [İnternet]. [Erişim tarihi 19.09.2023]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Eylem_Planlari/Ulusal_Ruh_Sagligi_Eylem_Plani_2021-2023.pdf.
29. Stanley K. Design of randomized controlled trials. *Circulation* 2007; 115: 1164-69.

30. Hiçdurmaz D. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin güncel sorunları. Türkiye Klinikleri J Med Ethics Law Hist-Special Topics 2017;3(1):22-7.
31. Boyacıoğlu NE. Yaşlıya bakım veren bireylerde hemşirelik bakımının etkinliği. [Doktora Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2015.
32. Öztürk Turgut E. Şiddet gören kadınlarda tidal modele dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımının psikolojik dayanıklılıklarına etkisi. [Doktora Tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2018.

Derleme makale

Review article

Psikofarmakoloji: Psikiyatri Hemşireleri Neleri, Neden Bilmeli?



Merve MURAT¹, Leyla KÜÇÜK²

ÖZ

Psikiyatrik bozuklukların tedavisinde yararlanılan psikofarmakolojik ilaçların sistemik etkileri mevcuttur. Sistemik etkilerin anlaşılması ve bireyde davranış değişikliklerinin gözlenmesi için ruh sağlığı profesyonellerinin temel psikofarmakolojik bilgiye sahip olması gerekmektedir. Psikiyatri hemşireleri ilacın sadece uygulama adımı değil, ilacın yarattığı etkilerin gözlenmesinde de önemli roller üstlenmektedir. Bu nedenle, psikiyatri hemşireleri psikofarmakolojik ilaçlar ile ilgili temel ve güncel bilgilere hâkim olmalıdır. Bu temel bilgiler, hastanın tedavi ve bakımının profesyonel bir şekilde yönetimine fayda sağlayacağı için psikiyatri hemşirelerine yol gösterici olacaktır.

Anahtar kelimeler: Farmakokinetik, psikofarmakoloji, psikiyatri hemşireliği

ABSTRACT

Psychopharmacology: What Should Psychiatric Nurses Know and Why?

There are systemic effects of psychopharmacological agents used in the psychiatric disorders' treatment. Mental health professionals must have basic psychopharmacological knowledge to understand the systemic effects and observe behavioral changes in the individual. Psychiatric nurses who spend the most time with patients play an essential role not only in the drug's administration but also in observing its effects. For this reason, psychiatric nurses should have basic and up-to-date knowledge of psychopharmacological agents. This basic information will guide psychiatric nurses as it will benefit the professional management of the patient's treatment and care.

Keywords: Pharmacokinetic, psychopharmacology, psychiatric nursing

¹Öğr. Gör., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye, E-mail: merve.murat@sbu.edu.tr, murat.merve@yahoo.com, Tel: 02167778777, ORCID: 0000-0002-5704-6814

²Prof., İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa, Florence Nigtingale Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye, E-mail: lkucuk@iuc.edu.tr, Tel: 02122242618, ORCID: 0000-0003-0102-2968

Geliş Tarihi: 01.09.2022, Kabul Tarihi: 17.12.2023

Atıf/Citation: Murat M, Küçük L. Psikofarmakoloji: Psikiyatri Hemşireleri Neleri, Neden Bilmeli?. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2024;11(2):178-186. DOI: 10.31125/hunhemsire.1169736

GİRİŞ

Farmakoloji, ilaçların canlı bir organizma üzerindeki etkilerinin çalışıldığı alandır. Psikofarmakoloji ise, bireyin duygudurum, düşünce ve davranışında değişikliğe neden olarak ruhsal bozuklukların tedavisinde ve semptomların hafifletilmesi/giderilmesinde, kullanılmak üzere geliştirilen alt alandır¹. 1900'lerin başlarında Emil Kraepelin, ruhsal bozukluklarda gözlemediği semptomlara göre sınıflandırma yaparak ruhsal bozuklukları anlama ve tedavi etmede çağdaş biyolojik bilim dünyasının temel ilkelerini ortaya koymuştur².

Sağlık Metrikleri ve Değerlendirme Enstitüsü (Institute of Health Metrics and Evaluation-IHME) verilerine göre 2019 yılında dünya genelinde her 8 kişiden 1'inin bir ruhsal bozukluk tanısının olduğu ve ruhsal bozukluklar arasında en yaygın olarak depresif bozukluklar ve anksiyete bozukluklarının görüldüğü bilinmektedir³. 2020 yılı verilerine bakıldığında, COVID-19 pandemisi nedeniyle son 1 yıl içerisinde anksiyete ve depresif bozukluk tanısı alan birey sayısında sırasıyla %26 ve %28'lik bir artış olduğu da görülmektedir⁴.

Psikofarmakoloji alanında gerçekleşen gelişmeler, ruhsal bozukluk semptomlarının azalması veya ortadan kaldırılmasında son derece önemlidir. Psikiyatri hemşireleri, tedavilerinin bir parçası olarak psikofarmakolojik ilaç kullanan bireylerle çalışmakta ve bizzat bu tedavilerin uygulayıcısı olmaktadır. Geçmişten günümüze ruhsal bozuklukların yaygınlığı ve tedavi süreci konusundaki bilimsel veriler arttıkça görülmektedir ki bu ilaçların reçete edilme oranı da artış göstermektedir. Ruh sağlığı hizmeti veren kurumlarda ve konsültasyon-liyezon psikiyatrisi alanının hasta değerlendirdiği diğer kurumlarda psikofarmakolojik ilaçların sıklıkla kullanımı söz konusudur. Bu nedenle psikiyatri dışı alanlarda çalışan hemşireler de dahil olmak üzere tüm hemşirelerin hastalara kaliteli bir tedavi ve bakım süreci sağlamak için psikofarmakoloji hakkında temel bilgiye ihtiyaç duydukları bilinmektedir⁵.

Amaç

Derlemenin amacı, psikofarmakolojinin tarihçesini ve nörobiyolojik boyutunu ele alarak hemşirelerin psikofarmakoloji hakkındaki farkındalıklarını ve bilgi düzeylerini arttırmaya yönelik literatür bilgisini sunmaktır.

Psikofarmakolojinin Tarihsel Gelişimi

Tarih öncesi dönemlerden günümüze hastalıkların tedavilerinde doğada yer alan bitkisel maddelerin kullanıldığı bilinmektedir. Psikofarmakoloji ile ilgili ilk yazılı belgelere milattan önce 4000'li yıllar itibarıyla rastlanmakta ve bu belgelerde ruhsal bozukluk tanısı alan bireylerin tedavilerinde haşhaş, afyon, hellebore (veratrum bitkisi), sarı kantaron ve yılan kökü bitkilerinin çeşitli yöntemlerle kullanıldığı yer almaktadır^{6,7}. Bu eski dönem çalışmaları gelecek dönemlerde modern psikiyatri ve psikofarmakolojiye önemli katkılar sağlamıştır.

Milattan sonraki gelişmeler incelendiğinde ise tedavinin yanı sıra insanlardaki belirtiler ve belirtilerin nedenleri üzerinde yoğunlaşmıştır. Bu nedenle, bireyde görülen belirtilere özgü farmakolojik ve non-farmakolojik tedavi

yöntemleri araştırılmaya başlanmıştır⁷. Psikofarmakolojik tedavilerin gelişim sürecine bakıldığında 1850'li yıllar itibarıyla mani ve melankoli tedavisinde kloralhidrat, 1900'lü yıllar itibarıyla sedasyon için barbitüratlar, 1930'lu yıllarda psikotik özelliklerin ortadan kaldırılması için yılan kökü bitkisi, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tedavisi için amfetaminin kullanıldığı bilinmektedir. 1950'li yıllara gelindiğinde liserjik asit dietilamid (LSD), lityum ve modern psikofarmakolojinin en önemli olayı olarak görülen klorpromazinin keşfi gerçekleşmiştir^{7,8}.

Klorpromazin, Dr. Paul Charpentier tarafından Fransız farmasötikal şirketi Rhône-Poulenc'te sentezlenmiş ve 1952 yılı itibarıyla genel anestezi etkisinin değerlendirilmesi için çalışmalara başlanmıştır⁹. Dr. Henri Laborit'in savaşta yaralanan askerlerde görülen cerrahi şok tedavisinde klorpromazini kullanması ile başlayan süreç, diğer birçok hekimin farklı hasta gruplarında ve çok merkezli yürütülen çalışmalarda kullanması sonucu psikiyatride kullanımının da önünü açmıştır^{10,11}. Klorpromazin sonrasında monoamin oksidaz (MOA) inhibitörü olan iproniazid ve anksiyolitik özellikli meprobamat ve benzodiazepin ilk keşfedilen psikofarmakolojik ilaçlar arasında yer almaktadır⁷.

İlk kuşak olarak bilinen bu ilaçların kullanımı sonucu hastalarda yan etkilerin görülmesi nedeniyle yeni ilaç formları üzerinde çalışmaya başlanmıştır. 1970'li yıllar itibarıyla klozapin, risperidon, klomipramin ve buspironun keşfi ve hastalarda kullanımı görülmektedir¹⁰. Günümüzde psikofarmakolojik ilaçlar, antipsikotikler, antidepresanlar, duygudurum düzenleyicileri, anksiyolitikler ve hipnosedatifler, antiparkinson ilaçları gibi birçok ana başlığa ayrılmaktadır. Her ana alan kendi içerisinde nörobiyolojik etkileri doğrultusunda alt alanlara ayrılmaktadır⁷.

Günümüzde ise ilaç isimlendirmelerine bakıldığında, antipsikotik grubu ilaçlar şizofreni ve psikotik belirtilerin tedavisinde kullanılmakta ve "nöroleptikler" şeklinde de isimlendirilmektedir. Antidepresan grubu ilaçlar ise depresif bozuklukların semptomatik tedavisi için tercih edilmektedirler. Bununla birlikte kaygı bozukluklarının tedavisinde anksiyolitiklerden yararlanılırken uyku bozukluklarında sedatif hipnotikler kullanılabilir. Duygudurum düzenleyiciler mani, hipomani ve bipolar bozuklukların (karma mani ve depresyon) tedavisi için, psikostimülanlar narkolepsi ve dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) tedavisi için kullanılabilir. Bozukluğa ve hastaya özgü olarak bu ilaç gruplarının çoklu kullanımı söz konusu ve etkileri nedeniyle tek bir semptom ile kısıtlamak doğru değildir⁷.

Psikofarmakolojik İlaç Kullanımı

Ruhsal bozukluk tanı sistemlerinin gelişmesi ve belirtilerin daha derinlemesine ele alınması sonucu, tedavi planlamalarında psikofarmakolojik ilaçların kullanımı da artmıştır². Braslow ve Marder'in (2019) çalışmasına göre günümüzde her altı kişiden birinin psikotrop ilaç kullandığı bilinmektedir². Her ne kadar psikofarmakolojik ilaç kullanımı oranı artmış olsa da hasta, sağlık profesyoneli ve toplumsal açıdan bazı zorluklar söz konusudur. Hastalar açısından psikofarmakolojik ilaç tedavisinin karmaşıklığı, diğer reçeteli ilaçların kullanımı, komorbid hastalıklar, reçetesiz ilaçlar

(vitaminler ve takviyeler), alkol/madde ve/veya ilaç kötüye kullanımı gibi zorluklar söz konusudur. Sağlık profesyonelleri açısından ise ilaç etkinliği ve ilaç bilgisi, yeni gelişen ilaçlar, ilaç-ilaç veya ilaç-besin etkileşimleri açısından zorluklar oluşturmaktadır. Son olarak stigma, ilaca bağımlılık ve ilacın getirdiği maliyet psikofarmakolojik ilaçların kullanımında karşımıza çıkan sosyal sorunlar arasında yer almaktadır¹². Bu nedenle psikofarmakolojik ilaçların uygulama yolları açısından uygun, etkili ve maliyeti etkin olmasının yanı sıra, hastalarda sıklıkla karşılaşılan tedaviye uyum sorununa da çözüm olacak şekilde geliştirilmesi gerekmektedir¹².

Psikofarmakolojik İlacın Vücutta İzlediği Yol

Psikofarmakolojik ilaç alımı sonrası belli bir zaman ve sıra içerisinde absorpsiyon (emilim), dağılım, metabolizma (biotransformasyon) ve eliminasyon (atılım) gerçekleşmektedir. Aynı zamanda, psikofarmakolojik ilacın etkisinin ya da etkinliğinin şekli, gücü ve süresi de değerlendirilmektedir. Vücutun ilaca ne yaptığının incelenme süreci farmakokinetik başlığı; ilacın bireyde yaptığı değişikliklerin incelenmesi ise farmakodinamik başlığı altında incelenmektedir^{13,14}. Psikofarmakolojik farmakodinamik süreçler sonrasında ilaca karşı tolerans geliştirme, ilacın kesilmesi ile yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması ve ilaca duyarlılaşma veya duyarsızlaşma söz konusu olabilmektedir¹⁵. Bunların yanı sıra bir diğer önemli bir nokta terapötik indeks kavramıdır. Psikofarmakolojik ilacın istenilen ve istenmeyen etkileri arasındaki ilişki, terapötik indeks ya da bir ilacın güvenlik derecesini ortaya koyduğu için güvenlik indeksi olarak da isimlendirilmektedir. Kısaca terapötik indeks, toksik etki oluşturan doz ile istenilen terapötik yanıtı oluşturan dozun karşılaştırılmasıdır¹⁵. Terapötik indeks aralığının dar ve geniş olması bilgisi, yani psikofarmakolojik ilaçların tedavi edici dozları ile toksik etkilere neden olan dozlarının birbirine yakın veya uzak olması, psikiyatri hemşirelerinin hasta bireyin takibi ve ortaya çıkabilecek toksik etkileri gözlemlemesi açısından önem taşımaktadır.

Psikofarmakolojide Önemli Kavramlar

Tedavi planında yer alan psikofarmakolojik ilacın uygulanması sonrasında oluşacak etkiyi anlayabilmek ve hasta bireyin takibini doğru yapabilmek için psikiyatri hemşirelerinin ilaç tedavilerinin hücresel boyutunu da bilmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda, ilaç doz-yanıt eğrisi, kan-beyin bariyeri, afinite, lipit çözünürlüğü, agonist ve antagonist etki gibi temel kavramlar bilinmelidir.

Bir psikofarmakolojik ilacın uygulanan doz kan konsantrasyonu ile ortaya çıkan etki gücü, birbirleriyle bağıntılıdır. Doz-yanıt bağıntısında ilacın etkileştiği reseptör alanları, ilacın reaktif bölgedeki konsantrasyonu ve uygulanan ilaç dozu önemli faktörlerdir. İlaçların farklı farmakokinetik özellikleri göz önüne alındığında, doz-yanıt ve konsantrasyon-yanıt bağıntıları her zaman paralellik göstermeyebilir. Bu nedenle ilacın toksik ve letal aralık değerlerinin gösterildiği ilaç doz-yanıt eğrisi önemlidir¹⁵.

Psikofarmakolojik ilacın vücuttaki etkisi üzerinde etkili bir diğer yapı, kan-beyin bariyeri (KBB)'dir. KBB merkezi sinir sistemi içerisinde yer almaktadır. Belirli büyük moleküller ve radyolojik görüntüleme kullanılan opak maddeler için çok

seçici olup, diğer nörotoksin maddelerin girişini sınırlamada görev yapmaktadır. Bu durum, bireyi toksik açıdan koruyan bir mekanizmadır. Ancak, bu durum nörolojik ve psikiyatrik hastalıkların tedavilerinde kullanılmak üzere geliştirilen yeni ilaçların geliştirilmesini zorlaştırıcı bir etmendir¹⁶.

Psikofarmakolojik ilaçların reseptöre yatkınlığı (afinitesi) ve etkisi farklı olabilmektedir. İstenen tedavi etkinliğinde, düşük dozlarda alınan ilaçlarda yüksek afinite, toksik yan etkilerin görüldüğü ilaçlarda ise düşük afinite şeklinde değerlendirilir¹⁵. İntraserebral veya intraserebroventriküler uygulama haricinde, ilaç uygulama yolları yalnızca bir ilacın kan plazmasına ulaşma hızında değişiklik göstermektedir. Kan dolaşımındaki bir ilacın beyindeki etki alanlarına ulaşma hızını belirleyen en önemli faktör, lipit çözünürlüğüdür. KBB, yalnızca suda çözünür moleküller için bir bariyerdir. Lipidlerde çözünebilir moleküller, merkezi sinir sistemindeki kılcak damarları hizalayan hücrelerden geçerek, beyinde hızla dağılmaktadır¹⁵. Psikofarmakolojik ilaçların sinaptik iletimde diğer bir kavram da agonist ve antagonist etkisidir^{15,17}. Antagonist etki belirli bir nörotransmitterin postsinaptik hücre üzerindeki etkisine karşı çıkan/inhibe eden madde antagonist bir etkiye neden olmaktadır. Bu madde bir reseptöre direkt bağlanarak onu inhibe ediyorsa doğrudan antagonist olarak görev yapmaktadır ve reseptör blokleri şeklinde isimlendirilmektedir. Belirli bir nörotransmitterin postsinaptik hücre üzerindeki etkisini arttıran madde ise agonist etkiye sahiptir. Bu madde bir reseptöre direkt bağlanıyor ve onu aktive ediyorsa doğrudan agonist görev yapmaktadır^{15,17}. İlaçların reseptöre yatkınlığı, lipit çözünürlüğü, antagonist ve agonist etkilerin bilinmesi ile verilen ilacın vücutta gerçekleşecek davranış değişikliklerinin takibi için önemlidir.

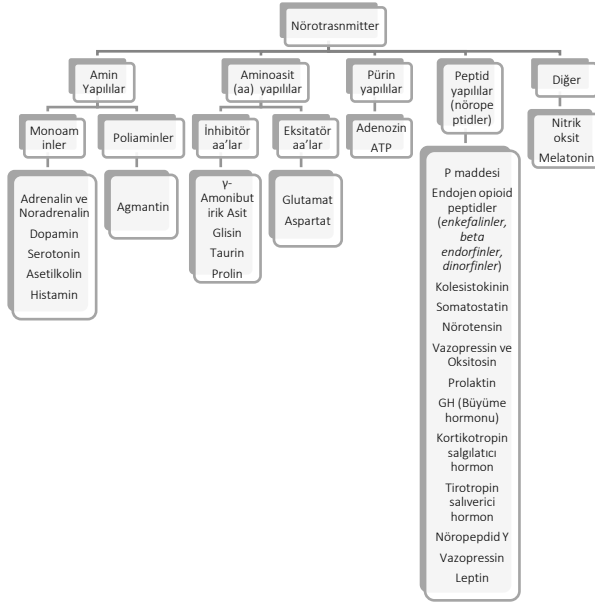
Psikofarmakolojik ilacın vücuda alınması ile nörotransmitter maddeler etkilenmektedir. Nörotransmitter maddeler, öncü maddelerinden sentezlenmektedirler. Öncü madde miktarına göre nörotransmitter sentez ve salınım hızı değişmektedir. Psikofarmakolojik ilaçlar; enzimleri, presinaptik ve postsinaptik reseptörleri ve/veya sinaptik veziküllerde taşıyıcı molekülleri etkileyerek nörotransmitterin sentezini düzenlemektedirler¹⁷.

Nörotransmitter ve Nöromodülatör Maddeler

Beyin, tanımlanmış en az 50 farklı nörotransmitter ve nöromodülatörü kullanmaktadır¹⁸. Nöron-nöron veya nöron-efektör hücre arasında sinaptik iletimi sağlayan nörotransmitter (nöroregülatör) ve nöromodülatör maddeler kimyasal yapılarına göre şu şekilde sınıflandırılabilirler^{17,18}.

Nörotransmitterlerden amin yapıllılar, klasik nörotransmitterler olarak adlandırılmaktadırlar. Aminoasit ve pürin yapıllılar etki ettikleri yere göre nörotransmitter veya nöromodülatör olarak görev yapmaktadırlar. Peptid yapıllı maddelerin ise nörohormon niteliği bulunmaktadır¹⁷. Nörotransmitterler postsinaptik membranlar üzerinde depolarizasyon veya hiperpolarizasyon (uyarıcı ve inhibitör) olmak üzere iki genel etki göstermektedir. Beyinde sinaptik iletim, çoğunlukla uyarıcı ve inhibitör etkiye sahip nörotransmitterler tarafından sağlanmaktadır. Nöronlar

arası aktivitenin çoğu, bu kimyasalların uyarıcı ve inhibe edici etkileri arasındaki dengeyi içermektedir¹⁹.



Şekil 1: Nöron-Nöron veya Nöron-Efektör Hücre Arasında Sinaptik İletimi Sağlayan Nöroregülatörlerin Kimyasal Yapılarına Göre Sınıflandırılması^{17,18}

Tedavide kullanılan birçok ilaç, nörokimyasal ileti üzerinde çeşitli kademelerde uyarıcı veya inhibe edici düzeyde etki oluşturur. Bu durum aynı zamanda birçok ilacın farmakolojik etki mekanizmasını da oluşturmaktadır. Nörokimyasal ileti üzerinden etkili olan ilaçlar merkezi sinir sistemini (MSS) etkileyen ilaçlar (psikotrop-nörotrop) şeklinde de sınıflandırılmaktadır. MSS'ni etkileyen ilaçlar klinik kullanımlarına göre (antiepileptikler, anksiyolitikler, antidepresanlar vb.), kimyasal yapılarına göre (benzodiazepinler, barbitüratlar vb.) ve sinapta veya nörokimyasal iletide oluşturdukları etkiye göre (dopaminerjikler, MAO inhibitörleri vb.) sınıflandırılmaktadır¹⁷.

MSS etkili ilaçlar nörokimyasal ileti üzerinde transmitterin işlevini arttıran ve azaltan olarak iki tür etki yapabilir¹⁷.

Nörotransmitterler

Dopamin

Dopamin hareket, dikkat, öğrenme ve insanların kötüye kullanma eğiliminde olduğu ilaçların pekiştirici etkileri dahil olmak üzere birçok önemli işlevde rol oynayan monoaminler arasında yer almaktadır^{20,21} (Şekil 1). Dopamin postsinaptik reseptöre bağlı olarak hem uyarıcı hem de inhibe edici etkiye neden olmaktadır. İki ana katekolamin olan dopamin ve norepinefrinin öncü maddesi amino asit olan tirozindir¹⁷.

Beyinde orta beyinde dopaminerjik yollar (nigrostriatal yolak, mezolimbik yolak ve mezokortikal yolak) bulunmaktadır. Bu yollardaki nöronlar frontal korteks üzerinde uyarıcı bir etkiye sahiptir. Kısa süreli hatıraların oluşumu, planlama, problem çözme, uyarıcı maddelerin kullanımını (ödül merkezi) pekiştirme gibi işlevleri etkilemektedir²².

Hepsi metabotropik olan birkaç farklı dopamin reseptörü türü tanımlanmıştır. Bunlardan D₁ reseptörleri ve D₂ reseptörleri en yaygın olanlarıdır. Beyinde D₁ reseptörleri yalnızca postsinaptik iken D₂ reseptörleri hem presinaptik hem de postsinaptik olarak bulunmaktadır²³. D₁ reseptörleri, nöronların gelişimini düzenlemeyle birlikte; ödül sisteminin, motor aktivitenin, hafızanın ve öğrenmenin düzenlenmesinde rol almaktadır^{23,24}. Dopaminin, D₂ reseptörleri antagonistleri yoluyla inhibisyonu sonucu motivasyon, dürtü, spontan olma ve disforide azalma görülebilmektedir. Ödül merkezinde önemli bir nörotransmitter olan dopamin depresyon, madde ve alkol bağımlılığı ve Parkinson hastalığı gibi bu semptomları içeren nöropsikiyatrik bozukluklarla ilişkilendirilmektedir. Ayrıca dopamin; halüsinasyonlar, sanrılar, mantıksal düşünce süreçlerinin bozulması gibi semptomları içeren şizofreni ve psikotik bozuklukların nörobiyolojisinde rol oynayan bir nörotransmitterdir. D₂ reseptörlerini bloke eden, klorpromazin etkili ilaçlar bu semptomları hafifletmektedir²⁴.

Norepinefrin (Noradrenalin)

Epinefrin (adrenalin) böbreklerde adrenal medullada ve az miktarda medulla oblongatada bulunan nöronlar tarafından üretilen amin yapı bir hormondur (Şekil 1). Epinefrin ayrıca beyinde bir nörotransmitter olarak işlev görmektedir¹⁷. Beynin çoğunlukla pons, medulla ve talamus bölgesi olmak üzere hemen her bölgesi noradrenerjik nöronlardan/ reseptörlerden girdi almaktadır. Adrenerjik reseptörlere bağlanan norepinefrin kaslarda kan akışını, kardiyak çıktı ve kan glukozunu artırarak "savaş ya da kaç" tepkisinde ve dikkatin artmasında önemli bir rol oynamaktadır^{25,26}. MSS'de α₁, α₂ ve β₁, β₂ ve β₃ adrenerjik reseptörler yer almaktadır. Adrenerjik reseptörlerin hem uyarıcı hem de inhibe edici etkileri vardır. Genel olarak, norepinefrin salınımının davranışsal etkileri uyarıcı, düz kasların kasılması ve sindirim aktivitesinin azalması inhibe edici etkisiyle gerçekleşir (Tablo 1)^{25,27}.

Tablo 1. Adrenerjik reseptörlerin görevleri şöyledir^{25,27}

β ₁ ve β ₂ reseptörleri	Postsinaptik nöronun uyarıcı tepkisini arttırmakta ve uyanıklıkta rol oynamaktadır.
β ₃ reseptörü	Lipoliz, termojenez ve bağırsak düz kasının gevşemesinden sorumludur.
α ₁ reseptörü	Kas kasılmasında ve glikojenolizde rol oynamaktadır.
α ₂ reseptörü	Cinsel davranışta ve iştahın kontrolünde rol oynamaktadır.

Serotonin (5-HT, 5-hidroksitriptamin)

Davranışsal etkileri karmaşık olan serotonin ruh halinin (mood), yeme, uyku, cinsel uyarılma ve ağrının düzenlenmesinde rol oynamaktadır²⁸. Ayrıca, şizofreni, anksiyete, depresyon, hipertansiyon, migren, ishal, kusma,

irritabl bağırsak sendromu, yeme bozuklukları gibi çeşitli hastalıklarda etkili bir nörotransmitterdir²⁹. Kimyasal yapısına bakıldığında, triptofan isimli aminoasit serotoninin öncü maddesidir ve enzimler yardımıyla öncelikle 5-hidrotriptofana ardından 5-hidroksitriptamine (serotonin) dönüşmektedir¹⁷.

Serotonin hem nörotransmitter hem de hormon görevi gören ve her yerde bulunan bir monoamindir (Şekil 1). Serotonerjik nöronların çoğu orta beyin, pons ve medulla'nın raphe çekirdeklerinde kümeler halinde bulunmaktadır ve serebral korteks ile bağlantılıdır. En az dokuz farklı tipte serotonin reseptörü tanımlanmıştır. Bunlardan bazıları 5-HT1A, 5-HT1B, 5-HT1D, 5-HT1F, 5-HT2A, 5-HT2C ve 5-HT3 şeklindedir. İyonotropik olan 5-HT3 reseptörü dışında tüm serotonin reseptörleri metabotropiktir. 5-HT3 reseptörü bir klorür kanalını kontrol etmekle beraber inhibe edici postsinaptik potansiyeller üretmektedirler. Bu reseptörlerin mide bulantısı ve kusmada rol oynadığı bilinmektedirler. Çünkü 5-HT3 antagonistlerinin, kanser tedavisi için kemoterapi ve radyoterapinin yan etkilerinin tedavisinde faydalı olduğu bulunmuştur^{17,29}.

Serotonin ve reseptörlerinin beyin işleyişinde etkili olduğundan serotonerjik sistemin düzensizliği çoğu durumda psikiyatrik ve nörolojik bozukluklarla sonuçlanmaktadır. Serotonin geri alımını engelleyen ilaçlar ruhsal bozuklukların tedavisinde çok önemli bir yer tutmaktadır. Bunlardan en iyi bilineni fluoksetin depresyon, anksiyete bozuklukları ve obsesif kompulsif bozukluğu tedavisinde sıklıkla kullanılmaktadır. Ayrıca fenfluramin maddesi serotoninin salınımını artırarak ve/veya geri alımını inhibe ederek obezite tedavisinde iştah azaltıcı olarak da kullanılmaktadır³⁰.

Asetilkolin (ACh)

Asetilkolin (ACh) 1921 yılında Alman bir fizyolog tarafından keşfedilen ilk nörotransmitter maddedir. ACh'in keşfedilmesi, nörotransmitter maddelerin beyindeki etkileri, işlevleri ve bireyde etkiledikleri davranışlar üzerine düşünülmesine yol açarak ruhsal bozuklukların tedavisinin temelini oluşturmaktadır. Periferik sinir sisteminin efferent aksonları tarafından salgılanan monoamin yapılı birincil nörotransmitterdir (Şekil 1). Vücuttaki tüm kas hareketleri ACh'in salınmasıyla sağlanmaktadır. ACh otonom sinir sisteminin ganglionlarında ve parasempatik sinir sistemi ile ilişkili organlarda da bulunmaktadır. Parasempatik sinir sisteminin ana nörotransmitteri olan ACh, beyinde nöronal uyarılabilirlik işlevlerini değiştirir, iletimi etkiler ve nöronların ateşlenmesini koordine eder^{26,31}.

Asetilkolinerjik nöronlar beyinde geniş bir şekilde dağılmaktadırlar. Bu kolinerjik yollar dorsolateral pons, bazal ön beyin ve medial septumda bulunmaktadır. Dorsolateral pons'ta bulunan asetilkolinerjik nöronlar, REM uykusunda rol oynamaktadır³². Bazal ön beyinde bulunan nöronlar serebral korteksi aktive etmeyi ve özellikle algısal öğrenme olmak üzere öğrenmeyi kolaylaştırmada rol oynamaktadır. Medial septumda bulunanlar ise hipokampusun elektriksel süreçlerinde etkili ve anıların oluşumunu içeren işlevleri düzenlemektedir³³.

İyonotropik ve metabotropik şekilde iki tür ACh reseptörü bulunmaktadır. İyonotropik reseptörler nikotin ile uyarılabilirken, metabotropik olanlar ise muskarin ile uyarılmaktadır. Bu nedenle bu reseptörler nikotinik ve muskarinik reseptör şeklinde isimlendirilmektedir. MSS'de her iki tür ACh reseptörü bulunmaktadır. Ancak muskarinik reseptörler daha fazladır. Muskarinik reseptörlerini atropin (belladonna alkaloid), nikotinik reseptörleri ise kürar maddesi inhibe etmektedir. Her iki madde günümüz sağlık uygulamalarında sıklıkla kullanılmaktadır. Atropin ACh'i bloke ederek kalp ritmini arttırmada sıklıkla temel yaşam desteği uygulamalarında; kürar ise kasları paralize ederek rahatlatmada genellikle anestezide uygulamalarında kullanılmaktadır^{34,35}.

Histamin

Histamin, histidin dekarboksilaz enziminin yardımıyla bir amino asit olan histidinden sentezlenmektedir. Beyinde histaminerjik nöronlar, yalnızca posterior hipotalamus tüberomamiller çekirdeğinde bulunmaktadır ve bütün histamin reseptörleri merkezi sinir sistemi ile bağlantılı monoamin yapılı bir maddedir (Şekil 1)²⁶. Histamin uyanıklık ve dikkat üzerinden etkilidir. Bu nedenle alınan ilaçlar histamin reseptörlerini bloke ederek uyku haline neden olmaktadır^{36,37}. Ayrıca, histaminin atopik dermatit, alerjik rinit ve astım dahil olmak üzere çeşitli alerjik hastalıkların patogeneğinde önemli bir rol oynadığı bilinmektedir²⁶. Histaminerjik nöronlar sindirim sistemi ve bağışıklık sisteminin kontrolünde rol oynamaktadır. H₁ ve H₂ reseptörleri uyarıcı, H₃ ve H₄ reseptörleri ise inhibe edici otoreseptörler olarak işlev görmektedir²⁶. H₁ reseptörleri kaşıntıdan ve astım ataklarında görülen bronşların daralmasından sorumlu iken H₂ reseptörleri hava yolu mukozitesini ve mide sekresyonlarını uyarmaktadır. H₃ reseptörleri nöroinflamatuvar hastalıklarda; H₂ ve H₄ reseptörlerinin ise immün reaksiyonlarda alerji ve iltihaplanmanın şiddetlenmesine yol açtığı bilinmektedir. Ayrıca son yıllarda H₃ ve H₄ reseptörlerinin nöropatik ağrı tedavisinde rol oynadığı üzerine araştırmalar artmaktadır. Alerjilerin semptomlarını tedavi etmek için kullanılan modern antihistaminikler kan beyin bariyerini geçemezler. Bu nedenle beyin üzerinde doğrudan etkileri bulunmamaktadır^{36,37}.

Gama Aminobütirik Asit (GABA, γ-Aminobütirik Asit)

Gama aminobütirik asit (GABA) bir karboksil grubunu ortadan kaldıran glutamik asit dekarboksilaz (GAD) enziminin aktivitesiyle glutamik asitten üretilen aminoasit yapılıdır ve beyinde sakinleştirici bir etkisi vardır (Şekil 1). GABA, inhibe edici bir nörotransmitterdir. Beyin ve omurilik boyunca yaygın bir dağılıma sahiptir¹⁷. Araştırmalar sonucu GABAA ve GABAB şeklinde isimlendirilen iki GABA reseptörü tanımlanmıştır. Beş farklı bağlanma yeri bulunan GABAA reseptörünün ikinci bölgede benzodiazepinler adı verilen sedatif etkili ilaçlarla ve alkole; üçüncü bölgede barbitüratlarla; dördüncü bölgede çeşitli steroidlerle ve beşinci bölgede ise pikrotoksin ile bağlandığı bilinmektedir³⁸. G proteinine bağlı metabotropik reseptör olan GABAB reseptörü ise hem bir postsinaptik reseptör

hem de bir presinaptik otoresptör olarak hizmet etmektedir³⁹.

Glisin

Glisin amino asidi, omurilikte ve beynin alt kısımlarında inhibe edici nörotransmitter olarak işlev görmektedir (Şekil 1). Glisin gıda alımını, davranış ve tüm vücut homeostazisini sağlamada rol oynamaktadır⁴⁰. Glisin reseptörü iyonotropiktir ve klorür kanallarını kontrol etmektedir. Bu nedenle aktif olduğunda inhibe edici postsinaptik potansiyeller üretmektedir. Yapılan çalışmalar sonucu striktin maddesi glisin için seçici bir madde olup; yüksek konsantrasyon salınımında GABA için de inhibitör etkisi olabilmektedir^{40,41}. Glisin ve GABA merkezi sinir sistemindeki majör inhibe edici nörotransmitterlerdendir. Bu iki nörotransmitterin korelasyonun belirgin avantajı, hızlı uzun süreli postsinaptik potansiyellerin üretilmesidir. Glisin hızlı iyonotropik reseptörleri uyarırken GABA uzun süreli metabotropik reseptörleri uyarılmaktadır⁴². Glisine özgü agonist olarak işlev gören hiçbir ilaç henüz bulunamamıştır¹⁷.

Glutamat (Glutamik asit)

Glutamat, postsinaptik reseptörleri aktive ederek postsinaptik potansiyel üretmekle birlikte, aksonlar üzerinde uyarıcı ve inhibe edici etkileri de mevcut olan eksitator aminoasit grubunda yer almaktadır (Şekil 1). Ayrıca, hücre uyarım eşliğini değiştirerek akson potansiyeli üzerinde etkili olan bir düzenleyici rolü de bulunmaktadır¹⁷. Glutamat beyin ve omurilikteki majör uyarıcı nörotransmitterdir. Hücrelerin metabolik süreçleri sırasında üretilmektedir. Hücrenin diğer metabolik süreçlerini değiştirmeden glutamat sentezini engellemenin yolu mümkün değildir (Şekil 1)^{17,43}.

Birçok türde glutamat reseptörü bulunmaktadır. N-metil-D-aspartat (NMDA), bellek oluşumunun temeli olduğuna inanılan sinaptik plastisitede rol oynayan bir reseptördür⁴³. NMDA reseptörlerinin çok önemli özellikleri vardır. Dördü reseptörün dışında ve ikisi iyon kanalının derinliklerinde bulunan altı farklı bağlanma bölgesi mevcuttur. NMDA reseptörü tarafından kontrol edilen iyon kanalları açıldığında hem sodyum hem de kalsiyumun hücreye girmesine izin vermektedir. Sodyum ve kalsiyumun hücreye girişi ile depolarizasyon gerçekleşmektedir. Özellikle kalsiyum, hücre içerisinde NMDA reseptörü üzerindeki glutamat bağlanma bölgesini bloke ederek sinaptik plastisiteyi ve öğrenmeyi olumsuz etkilemektedir⁴³. NMDA reseptörlerinin bağlanma bölgelerinden bir tanesi alkole duyarlıdır. Özellikle uzun dönem ağır alkol kullanımı sonrası yaşanan tehlikeli yoksunluk nöbetlerinde bu bağlanma bölgeleri etkilidir. Ayrıca vücutta üretilmeyen fenisiklidin isimli halüsinojen maddeye de duyarlıdır. Fenisiklidin de alkol gibi antagonist olarak işlev sergilemektedirler¹⁷.

Hemşirelerin nörotransmitterleri ve bunların işlevlerini etkileyen birçok psikofarmakolojik ilacı anlaması, güvenli hemşirelik bakımı uygulamaları için çok önemlidir. Öncelikle bireyin ruhsal bozukluk tanısının ve bu bozukluğun prognozunun iyi anlaşılmasında, tedavi yönetiminin, ilaç etki ve yan etkilerinin dikkatle izlenmesinde, hasta-hasta yakınlarının eğitiminde bu bilgilerden faydalanılır. Nakanishi

ve ark. (2006) araştırmasında hemşirelerin ilaç bilgisini aktif kullanarak tedavi yönetiminde diğer sağlık profesyonelleri ile işbirliği yapmasının, psikiyatrik bakımda hasta sonuçlarını iyileştirdiği bildirilmektedir⁴⁴.

Psikofarmakoloji Bilgisinin Psikiyatri Hemşireleri için Önemi

Hemşirelerin rol ve sorumlulukları arasında tedavi yönetimi de bulunmaktadır ve çalıştıkları servise/üniteye bağlı olarak tedavi yönetim süreci farklılaşmaktadır. Psikofarmakolojik ilaçlar, nörotransmitterleri dengeleyerek ruhsal bozuklukların belirti ve bulguları üzerinde etki göstermektedir. Nörotransmitterler, reseptörler ve psikofarmakolojik ilaçların hücresel düzeyde gerçekleştirdiği değişikliklerin bilinmesi istenen etkileri ve ortadan kaldırılması hedeflenen belirtileri gözlemlemek için önemlidir.

Hemşirelik lisans eğitimi itibarıyla doğru ilaç uygulamaları bilgisi, ilaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşimleri, acil durumlarda ilaç uygulamaları, yan etkiler ve yan etkilerin izlemi, terapötik etkinlik ve farmakogenomik konularının eğitimi verilmektedir. Bu eğitimlerin, klinik alana özgü olarak lisansüstü ve hizmet içi eğitimlerle devam etmesi tedavi yönetiminin daha iyi bir şekilde yapılmasına ve bakım kalitesinin artmasına katkı sağlayacaktır.

Brauer ve arkadaşlarının (2019) 65 ülke ve bölgede 12 yıllık psikofarmakolojik ilaç tüketim durumlarının incelediği longitudinal araştırmasında, ilaç tüketim oranının arttığı görülmektedir. Yüksek gelirli ülkelerde her 1000 kullanıcının 3.31 günlük doz kullanımının (95%CI 3.01–3.61) olduğu ve ilaç tüketim oranının yüksek seyrettiği tespit edilmiştir. Bununla birlikte, her 1000 kişi başına psikofarmakolojik ilaç satışları oranlarına bakıldığında, 2008 yılında 28.54 olan günlük kullanım dozunun 2019 yılında 34.77 olduğu belirlenmiştir ve bu bir yıllık değişim %4.08 oranında artış göstermektedir. İlerleyen dönemlerde bu oranların daha yüksek olacağı öngörülmekte ve bu talebe yanıt verilebilmesi için uygun sayıda sağlık profesyoneline ihtiyaç duyulacağı düşünülmektedir⁴⁵. Artan ilaç kullanımı ve gelişen ilaç sektörü sonucunda tedavi planları ve yönetiminde hemşirelere daha kritik sorumluluklar düşmektedir.

Ruh sağlığı hizmeti veren kuruluşlardan ve ayaktan ruh sağlığı hizmeti alan hastaların ilaçlarını kullanması, tedavi uyumunun sağlanması ve sürdürülmesi psikiyatri hemşireleri için oldukça önemli bir konudur. Hemşireler, ruhsal bozuklukların tedavi sürecinde hastanın işlevsellik düzeyini artırmayı da hedeflemektedirler. Bu nedenle hemşireler, tedavi yönetimi sürecinde olası yan etkileri yakından takip eder ve yarar-zarar oranını hemşirelik girişimleri ile dengeleyerek hastanın bu sürece uyum sağlamasını kolaylaştırır. Literatürde yer alan sınırlı araştırmalara bakıldığında; Virgolesi ve arkadaşlarının (2017) çalışmasına göre, sağlık durumları ve taburculuk sonrasında yapılacaklar hakkında daha fazla bilgi sahibi olan hastaların tedaviye uyumlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir⁴⁶. Loots ve arkadaşlarının (2021), şizofreni veya bipolar bozukluğu olan hastalar ile gerçekleştirdikleri

sistemik derleme ve meta-analiz çalışmasında ilaca uyumu artırmayı hedefleyen müdahalelerin etkinliği değerlendirilmiştir. Bu çalışmada psikiyatri hemşirelerinin hastalara uyguladıkları ilaç tedavisi eğitimlerinde hem davranışsal hem bilişsel stratejilerin kullanılmasının faydalı olduğu görülmüştür⁴⁷. Kore’de psikiyatri hemşirelerine özgü düzenlenen güncel psikofarmakoloji bilgisi modülünü içeren eğitim sonucunda ise hemşirelerin bakım, yönetim ve öğretim yetkinlik düzeylerini arttırdığı ve kendini geliştirme isteklerini güçlendirdiği saptanmıştır⁴⁸. Bu nedenle bilinmelidir ki hemşirelerin ilaç bilgisinin artması önemlidir. Hasta ve hasta yakınlarına yönelik planlanan psikoeğitimlerde de ilaç ile ilgili bilgiler anlatılmakta, doğru ilaç kullanımı üzerinde durulmaktadır. Hemşirelerin bu konudaki bilgisinin artması hastaların düzenli ilaç kullanımını üzerinde de etkili olabilir.

Yeni psikofarmakolojik ilaçların her geçen gün artması ve yeni kombinasyon yaklaşımlarının oluşturulması göz önüne alındığında, psikiyatri hemşireleri için psikofarmakoloji alanında hizmet içi eğitimlere ve psikiyatri hemşireliği lisansüstü eğitiminde bu konuya özgü derslere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu yönde yürütülen araştırmalarda, psikiyatri hemşireliği uzmanlık eğitiminde psikofarmakoloji, ruhsal bozuklukların ilaç tedavileri, tedavi uyumu gibi temel konulara yer verilmesinin psikiyatri hemşirelerinin uzmanlığını ve bilgisini artırabileceğini, eksikliklerini giderebileceğini ve olası hataların önlenebileceğini göstermektedir^{48,49,50}. Ek olarak psikofarmakoloji eğitiminin uygulama ile bütünleşmesi, hemşirelerin öğrenmek için gerekli zamanı ayırabilmesi, çalışma vardiyalarının bu eğitimlere göre düzenlenmesi etkili olabilir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuç olarak, hemşirelerin görevleri arasında yer alan tedavi yönetimi konusunda daha etkili ve kaliteli bir izlemin yapılabilmesi için tedaviye yönelik tarihsel gelişim süreci, hücresel boyutta meydana gelen değişiklikler, bireyde oluşan yan etkiler ve tedaviye uyum konularının bilinmesi gerekmektedir. İlaç grupları arasında psikofarmakolojik ilaçlar başta ruh sağlığı alanı olmak üzere konsültasyon-iyezon ile diğer sağlık alanlarında da sıklıkla kullanılmaktadır. Bu alanda çalışan hemşirelerin bilgi düzeyinin artması, bilginin uygulamaya aktarılması ve bu konudaki eğitim ihtiyaçlarının düzenli aralıklarla giderilmesi klinik alanlarda hemşirelik bakım kalitesinin artmasına olanak tanıyacaktır.

Etik Kurul Onayı : -

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yoktur.

Katılımcı Onamı: -

Yazar katkıları

Araştırma dizaynı: MM, LK

Veri toplama: -

Literatür araştırması: MM

Makale yazımı: MM, LK

Eleştirel İnceleme veya Revizyon: LK

Teşekkür:

*Bu çalışma herhangi bir kongrede sözel/poster bildiri olarak sunulmamıştır.

Ethics Committee Approval: -

Conflict of Interest: Not reported.

Funding: None.

Exhibitor Consent: -

Author contributions

Study design: MM, LK

Data collection: N/A

Literature search: MM

Drafting manuscript: MM, LK

Critical Review or Revision: LK

Acknowledgment:

*This study was not presented as an oral/poster presentation in any congress.

KAYNAKLAR

1. Britannica TE. Psychopharmacology [Internet]. 2019 [Erişim Tarihi 20 Mart 2022]. Erişim adresi: <https://www.britannica.com/science/psychopharmacology>
2. Braslow JT, Marder SR. History of psychopharmacology. Annu Rev Clin Psychol. 2019;15:25-50.
3. Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange [Internet]. 2022 [Erişim Tarihi 14 Mayıs 2022]. Erişim adresi: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
4. World Health Organization. Mental health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact [Internet]. 2022 [Erişim Tarihi 14 Mayıs 2022]. Erişim adresi: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1
5. Demiralp M. Psychiatric nursing practices in psychopharmacological treatments. Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics. 2016;2(3):87-99.
6. Dökmeci İ. Farmakoloji ilaçlar ve etkileri. İstanbul: Alfa Yayınları; 2007.
7. Soygür HT. Psikofarmakolojinin tarihsel gelişimi. Yüksel N, Tural Ü, Soygür HT, editörler. Temel Psikofarmakoloji. Ankara: Türk Psikiyatri Derneği; 2005; p. 1-13.
8. Howland RH. Serendipity and psychopharmacology. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2010;48(10):9-12.
9. Ban TA. Fifty years chlorpromazine: a historical perspective. Neuropsychiatr Dis Treat. 2007;3(4):495-500.
10. Robinson E. Psychopharmacology: From serendipitous discoveries to rationale design, but what next? Brain Neurosci Adv. 2018;22(2):1-11.
11. Kunz E. Henri Laborit and the inhibition of action. Dialogues Clin Neurosci. 2014;16(1):113-7.
12. Howland RH. The challenges of clinical psychopharmacological management. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2012;50(5):17-20.
13. Currie GM. Pharmacology, Part 1: Introduction to pharmacology and pharmacodynamics. J Nucl Med

- Technol. 2018;46(2):81-6.
14. Currie GM. Pharmacology, Part 2: Introduction to pharmacokinetics. J Nucl Med Technol. 2018;46(3):221-30.
 15. Rosenjack Burchum J, Rosenthal LD. Lehne's pharmacology for nursing care. St. Louis, Missouri: Elsevier; 2019.
 16. Daneman R, Prat A. The blood-brain barrier. Cold Spring Harb Perspect Biol. 2015;7(1):a020412.
 17. Carlson NR. Foundations of physiological psychology. Boston, MA:Pearson Education; 2006.
 18. Sawa A, Snyder SH. Schizophrenia: neural mechanisms for novel therapies. Mol Med. 2003;9(1-2):3-9.
 19. Sheffler ZM, Reddy V, Pillarisetty LS. Physiology, neurotransmitters. [Internet]. 2022 [Erişim Tarihi 8 Haziran 2022]. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539894/>
 20. Kempadoo KA, Mosharov EV, Choi SJ, Sulzer D, Kandel ER. Dopamine release from the locus coeruleus to the dorsal hippocampus promotes spatial learning and memory. Proc Natl Acad Sci USA. 2016;113(51):14835-40.
 21. Patriquin MA, Bauer IE, Soares JC, Graham DP, Nielsen DA. Addiction pharmacogenetics: a systematic review of the genetic variation of the dopaminergic system. Psychiatr Genet. 2015;25(5):181-93.
 22. Klein MO, Battagello DS, Cardoso AR, Hauser DN, Bittencourt JC, Correa RG. Dopamine: functions, signaling, and association with neurological diseases. Cell Mol Neurobiol. 2019;39(1):31-59.
 23. Beaulieu JM, Gainetdinov RR. The physiology, signaling, and pharmacology of dopamine receptors. Pharmacol Rev. 2011;63(1):182-217.
 24. Brisch R, Saniotis A, Wolf R, Bielau H, Bernstein HG, Steiner J, et al. The role of dopamine in schizophrenia from a neurobiological and evolutionary perspective: old fashioned, but still in vogue. Front Psychiatry. 2014;5:47.
 25. Saboory E, Ghasemi M, Mehranfard N. Norepinephrine, neurodevelopment and behavior. Neurochem Int. 2020;135:104706.
 26. Kumar P, Deb PK. Frontiers in pharmacology of neurotransmitters. Singapore: Springer; 2020.
 27. Berridge CW, Schmeichel BE, España RA. Noradrenergic modulation of wakefulness/arousal. Sleep Med Rev. 2012;16(2):187-97.
 28. Palacios JM. Serotonin receptors in brain revisited. Brain Res. 2016;1645:46-9.
 29. Berger M, Gray JA, Roth BL. The expanded biology of serotonin. Annu Rev Med. 2009;60:355-66.
 30. Yohn CN, Gergues MM, Samuels BA. The role of 5-HT receptors in depression. Mol Brain. 2017;10(1):28.
 31. Picciotto MR, Higley MJ, Mineur YS. Acetylcholine as a neuromodulator: cholinergic signaling shapes nervous system function and behavior. Neuron. 2012;76(1):116-29.
 32. Niwa Y, Kanda GN, Yamada RG, Shi S, Sunagawa GA, Ukai-Tadenuma M, et al. Muscarinic acetylcholine receptors Chrm1 and Chrm3 are essential for REM sleep. Cell Rep. 2018;24(9):2231-2247.e7.
 33. Haam J, Yakel JL. Cholinergic modulation of the hippocampal region and memory function. J Neurochem. 2017;142(2):111-21.
 34. Hurst R, Rollema H, Bertrand D. Nicotinic acetylcholine receptors: from basic science to therapeutics. Pharmacol Ther. 2013;137(1):22-54.
 35. Brown DA. Muscarinic acetylcholine receptors (mAChRs) in the nervous system: some functions and mechanisms. J Mol Neurosci. 2010;41(3):340-6.
 36. Haas HL, Sergeeva OA, Selbach O. Histamine in the nervous system. Physiol Rev. 2008;88(3):1183-241.
 37. Obara I, Telezhkin V, Alrashdi I, Chazot PL. Histamine, histamine receptors, and neuropathic pain relief. Br J Pharmacol. 2020;177(3):580-99.
 38. Zhu S, Novello CM, Teng J, Walsh RM Jr, Kim JJ, Hibbs RE. Structure of a human synaptic GABAA receptor. Nature. 2018;559(7712):67-72.
 39. Frangaj A, Fan QR. Structural biology of GABAB receptor. Neuropharmacology. 2018;136(Pt A):68-79.
 40. Bowery NG, Smart TG. GABA and glycine as neurotransmitters: a brief history. Br J Pharmacol. 2006;147(1):S109-19.
 41. Dutertre S, Becker CM, Betz H. Inhibitory glycine receptors: an update. J Biol Chem. 2012;287(48):40216-23.
 42. Ito S. GABA and glycine in the developing brain. J Physiol Sci. 2016;66(5):375-9.
 43. Jansson LC, Åkerman KE. The role of glutamate and its receptors in the proliferation, migration, differentiation and survival of neural progenitor cells. J Neural Transm (Vienna). 2014;121(8):819-36.
 44. Nakanishi M, Koyama A, Ito H, Kurita H, Higuchi T. Nurses' collaboration with physicians in managing medication improves patient outcome in acute psychiatric care. Psychiatry Clin Neurosci. 2006;60(2):196-203.
 45. Brauer R, Alfageh B, Blais JE, Chan EW, Chui CSL, Hayes JF, et al. Psychotropic medicine consumption in 65 countries and regions, 2008-19: a longitudinal study. Lancet Psychiatry. 2021;8(12):1071-82.
 46. Virgolesi M, Pucciarelli G, Colantoni AM, D'Andrea F, Di Donato B, Giorgi F, et al. The effectiveness of a nursing discharge programme to improve medication adherence and patient satisfaction in the psychiatric intensive care unit. J Clin Nurs. 2017;26(23-24):4456-66.
 47. Loots E, Goossens E, Vanwesemael T, Morrens M, Van Rompaey B, Dilles T. Interventions to improve medication adherence in patients with schizophrenia or bipolar disorders: A Systematic review and meta-analysis. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(19):10213.
 48. Song YO, Kimi H, Nam Y, Choe K, Ha J. Effects of a competency-based education program for inpatient psychiatric nurses: A pre-post intervention study. J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs. 2022;31(1):

- 80-7.
49. Parikh SV, Bostwick JR, Bastida M, Taubman DS. Improving psychiatric medication use through the Michigan e-psychopharmacology course for nurse practitioners: A pre-post/follow-up study. *Perspect Psychiatr Care*. 2020;56(3):547-53.
 50. DiGiacomo JN, Robert LS. Managing malpractice risks during psychopharmacologic treatment. *The Evolution of Forensic Psychiatry: History, Current Developments, Future Directions*. 2015;181-192.

Olgu Sunumu

Case Report

Hemşirelik Eğitiminde Takıma Dayalı Öğrenme
Yönteminin Kullanılması: Bir Uygulama ÖrneğiMenevşe YILDIRIM¹, Hasan Fehmi DİRİK², Hawva ARSLAN YÜRÜMEZOĞLU³, Şeyda SEREN İNTEPELER⁴,
Veysel Karani BARIŞ⁵

ÖZ

Yükseköğretimde eğitici merkezli geleneksel yaklaşım yerine öğrenen merkezli eğitim yaklaşımına doğru hızlı bir değişim yaşanmaktadır. Beklenmeyen krizlerin yaşanması, eğitim programlarından beklenen çıktılara ulaşamaması ve öğrenenlerin gereksinimlerinin farklılaşması yaşanan değişim sürecini hızlandırmaktadır. Dünyada ve ülkemizde, hemşirelik eğitiminde geleneksel eğitimin ve kalabalık sınıfların getirdiği olumsuz sonuçlar, farklı eğitim yöntemlerinin kullanılmasına yönelik arayışları gündeme getirmiştir. Takıma dayalı öğrenme, kalabalık öğrenci gruplarında kullanılabilen öğrenen merkezli yöntemlerden birisidir. Kalabalık sınıflarda öğrenenlerin etkileşimli olarak derslere katılımına, kendi öğrenme sorumluluklarını almalarına ve etkili öğrenmelerine olanak sağlamaktadır. Bu makale, takıma dayalı öğrenme yöntemi kullanılarak yürütülen bir hemşirelik lisans programı dersine ilişkin uygulama deneyimi olarak ele alınmıştır. Makalenin, öğrencilerin öğrenme çıktılarına ulaşmasına katkı sağlayacak nitelikli bir hemşirelik eğitimi için eğitimciler için yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik eğitimi, hemşirelik öğrencileri, öğrenme yöntemleri, takıma dayalı öğrenme

ABSTRACT

Using Team-Based Learning Method in Nursing Education: An Implementation Example

There has been a rapid change in higher education from a traditional educator-centered approach to a learner-centered approach. Experiencing unexpected crises, limited achievement in the expected learning outcomes, and the learners' widely varied needs accelerate these change processes. The negative consequences of traditional lecture-based techniques and crowded classrooms in nursing education have brought to the agenda the search for different methods. Team-based learning is one of the learner-centered methods that institutions/educators can apply in large student groups. This method facilitates learners to participate in courses interactively and motivates them to take responsibility for their learning aims and, therefore, helpful in learning effectively. Regarding these, we present a nursing undergraduate program course -as an implementation experience- through this article using the team-based learning method. We expect this discursive paper will guide educators to enhance the nursing education processes that will contribute to the students' achievement of learning outcomes.

Keywords: Learning methods, nursing education, nursing students, team-based learning

¹ Dr. Öğretim Üyesi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Fethiye Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Muğla, Türkiye, E-mail: menevseyildirim@mu.edu.tr, Tel: 0 252 211 58 95, ORCID: 0000-0001-6033-6196

² Dr. Öğretim Üyesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye, E-mail: fehmidirik@gmail.com, Tel: 0 232 412 47 97, ORCID: 0000-0003-4606-4942

³ Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye, E-mail: hawva.arslan@gmail.com, Tel: 0 232 412 47 93, ORCID: 0000-0001-7180-9833

⁴ Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye, E-mail: seydaseren@gmail.com, Tel: 0 232 412 47 50, ORCID: 0000-0001-8615-9765

⁵ Dr. Öğretim Üyesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye, E-mail: veyselkaraniobaris@gmail.com, Tel: 0 232 412 69 67, ORCID: 0000-0001-5322-4081

Geliş Tarihi: 03.04.2023, Kabul Tarihi: 02.02.2024

Atıf/Citation: Yıldırım M, Dirik HF, Arslan Yürümezoğlu H, Seren İntepeler Ş, Barış VK. Hemşirelik Eğitiminde Takıma Dayalı Öğrenme Yönteminin Kullanılması: Bir Uygulama Örneği. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2024;11(2):187-192. DOI: 10.31125/hunhemsire.1276380

GİRİŞ

Hemşirelik eğitiminin temel amacı öğrencileri gelecekteki mesleki rollerine hazırlamaktır. Hemşirelik programlarının mesleki rollere hazırlamada yetersiz kalması ve eğitimde değişim çağrılarının artması ile birçok hemşirelik programı eğitim yaklaşımlarını değiştirmek için adımlar atmaya yönelmiştir¹. Hemşire eğiticiler de mezunların gerçek hayata daha iyi hazırlanması ve yaşam boyu öğrenme becerilerini kazanması için eğitim programlarını yenileme çalışmaları yürütmektedir². Öğrenme çıktılarına ulaşmak için eğitim-öğretim faaliyetlerini öğrenen odaklı olması ve öğrencilerin öğrenme gereksinimlerini karşılayabilecek şekilde yapılandırılması gerekmektedir. Geleneksel eğitimin getirdiği sınırlılıkları aşmada öğrenen odaklı bir eğitim için geliştirilen yöntemlerden birisi de “Takıma Dayalı Öğrenme”dir. Kalabalık sınıflarda etkili öğrenmenin gerçekleştirilememesine yönelik kaygılar yöntemin çıkış noktasını oluşturmaktadır³.

Takıma Dayalı Öğrenme

Takıma Dayalı Öğrenme (TDÖ), kalabalık sınıflarda küçük gruplar oluşturarak öğrencilerin etkileşimini sağlayan, iş birliğine dayalı, öğrenen merkezli, yenilikçi bir öğrenme yöntemi olarak tanımlanmaktadır^{4,5}. TDÖ, öğrenenlere aktif bir tartışma ortamı sunmakta ve eğiticilerden hızlı bir şekilde geribildirim almalarına olanak sağlamaktadır⁶. Bu yöntem, bir içerik transferinin ötesinde, yeni bilginin kavramsallaştırılmasına ve gerçek yaşam problemlerinin çözümüne fırsat vermektedir⁷. TDÖ özellikle tıp ve hemşirelik gibi sağlık disiplinleri eğitiminde, az sayıda öğrenciyle yürütülebilen probleme dayalı öğrenme yöntemine bir alternatif olarak doğmuştur³. Konuyla ilgili yapılan sistematik derlemeler, TDÖ'nün geleneksel eğitim yaklaşımlarına göre öğrencilerin öğrenmeye ilişkin deneyimleri ile akademik başarısı üzerine olumlu etkisi olduğunu göstermektedir^{8,9}.

Hemşirelik eğitiminin en önemli sorunlarından birisi kalabalık sınıflar ve eğitici-öğrenci oranının yüksek olmasıdır¹⁰. Bu koşullarda nitelikli eğitimi sürdürmek üzere TDÖ yöntemi, bir çözüm stratejisi olarak acil bakım¹¹, yenidoğan bakımı¹², patofizyoloji¹³, etik¹⁴, toplum sağlığı hemşireliği¹⁵, hemşirelikte liderlik¹⁶, ana-çocuk sağlığı^{17,18}, dahili ve cerrahi hastalıklar hemşireliği¹⁸, ruh sağlığı hemşireliği¹⁹ derslerinde uygulanmıştır. Ülkemizde¹⁶ ve farklı ülkelerde¹¹⁻¹⁵ yönetime olan ilgideki artış göze çarpmakla birlikte; yöntemin tanıtılması, uygulanması ve yaygınlaştırılmasına yönelik daha fazla çabaya gereksinim vardır¹¹⁻¹⁶.

Amaç

Bu makale, bir hemşirelik lisans programında “Hemşirelikte Yönetim” dersinin takıma dayalı öğrenme yöntemine göre planlanması ve yürütülmesine ilişkin deneyimleri paylaşmayı amaçlamaktadır.

OLGU SUNUMU

Dersin Takıma Dayalı Öğrenme Yöntemi ile Yürütülmesi ve Aşamaları

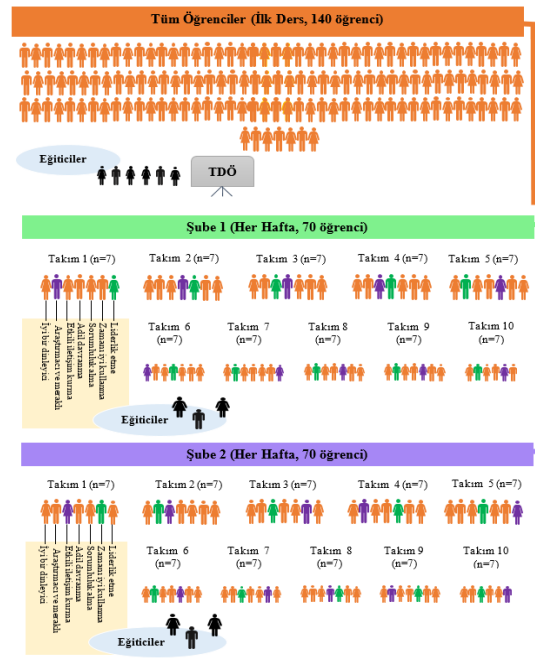
Hemşirelikte yönetim dersi, dönemlik zorunlu bir derstir. Dersin teorik bölümü haftada üç saat olarak yürütülmektedir. Hemşirelikte yönetim dersinde TDÖ, ilk

kez 2019-2020 eğitim-öğretim yılında derse kayıtlı 140 öğrenci ile uygulanmıştır. COVID-19 pandemi sürecinde de yöntemin kullanımına çevrimiçi olarak devam edilmiş, 2021-2022 eğitim-öğretim yılından itibaren ise yüz yüze sınıflarda kullanımı sürdürülmüştür. Hemşirelikte yönetim dersinin TDÖ yöntemine göre yapılandırılması ve yürütülme basamakları sırasıyla aşağıda sunulmuştur.

1. Aşama: Ders Akışlarının Oluşturulması

Her dersin akışı temelde üç başlıktan oluşmuştur. Oturum başında; öğrencilere kısa sınav uygulanmış ardından grup aktiviteleri gerçekleştirilmiştir. En son eğiticiler tarafından ders konusu ile ilgili özetleme yapılmış ve öğrencilerden konunun işleyişine ilişkin haftalık geribildirim alınması sağlanmıştır. Ayrıca dönem sonunda TDÖ yönteminin kullanımına ilişkin öğrencilerden yazılı geribildirim alınmış ve öğrencilerin takımdaki her bir akranını değerlendirmesi beklenmiştir.

Dersin haftalık konu ve içerikleri TDÖ ilkelerine uygun bir şekilde her haftaya özgü hazırlıklar yapılarak düzenlenmiştir. Kısa sınav soruları, konuların ana başlıkları ile temel kavramları içerecek şekilde çoktan seçmeli olarak hazırlanmıştır. Kısa sınav sorularına paralel olarak dersin ana etkinlikleri tasarlanmıştır. Etkinlikler, konunun önemli noktaları üzerinden takım çalışmasını tetikleyici, merak ve ilgi uyandırıcı nitelikte yapılandırılmıştır. Öğrencilerin kısa sınav soruları ile konu içeriklerine hazırlıklı gelebilmesi için öğrenme kaynakları (makale, kitap, video vb.) hazırlanarak çevrimiçi öğrenci sistemine yüklenmiştir. Öğrenme kaynaklarının, konularla birebir uyumlu ve rehberlerde önerildiği üzere, sayısının en az üç en fazla beş olmasına dikkat edilmiştir. Eğiticiler derslerde ortak bir akışı ve zamanı planlamak için “Etkileşimli Ders Formları'nı” kullanmıştır. Genel ders akışı Şekil 1'de, etkileşimli ders formu kullanılarak hazırlanan örnek ders planı Tablo 1'de gösterilmiştir.



Şekil 1. Takımların Oluşturulması

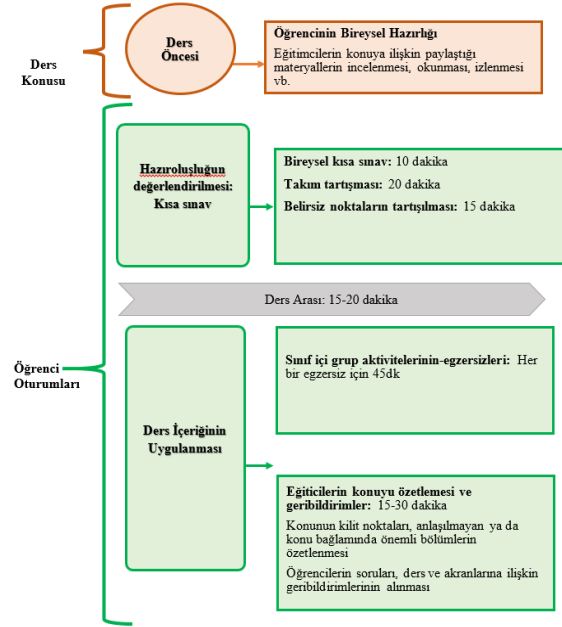
Tablo 1. Etkileşimli Ders Formu Kullanılarak Hazırlanan Örnek Ders Planı

Etkileşimli Ders Planlama Formu			
Sınıf	3		
Dersin Adı	Hemşirelikte Yönetim		
Ders Konusu	Motivasyon, İş Doymu ve Tükenme		
Amaç	Motivasyon, iş doymu ve tükenme kavramlarını bilmesi, bu kavramlarla ilgili hemşirelerin yaşadıkları olumlu ve olumsuz durumları anlamlandırarak kendi mesleki yaşamı için stratejiler belirleyebilmesi.		
Program Çıktısı	Yaşam boyu öğrenme becerilerini kullanabilme		
Öğrenme Hedefleri	Motivasyon, iş doymu ve tükenme kavramlarını tanımlayabilme Hemşirelikte motivasyon kaynaklarını fark edebilme Hemşirelerin iş doymunu etkileyen faktörleri tartışabilme Tükenmişliğin nedenlerini anlayabilme Tükenmişliği önlemek için kullanılacak bireysel stratejileri bilme		
Oturum Süreci	Bölmeler	Yöntem ve Teknikler	İçerik ve Notlar
	Giriş Süre:15 Dk	Kısa sınav: Bireysel yanıtlama	Kısa sınavın bireysel yanıtlanması
	Gövde Süre:30 Dk	Kısa sınav: Takım tartışması	Kısa Sınavın takım olarak yanıtlanması ve büyük (sınıf) grupta tartışılması
	Ara:15 dk		
	Gövde Süre:45 Dk	-Takım çalışması -Video izleme ve analizi	ICN-BBC iş birliğinde hazırlanan videoların takım olarak izlenmesi Videolardaki örnek olayların motivasyon, iş doymu ve tükenmişlik konuları açısından tartışılması
	Ara 15 dk		
	Gövde Süre:30 Dk	Menti uygulaması	Menti uygulamasında kelime bulutları üzerinden tükenmeyle baş etme stratejilerini belirleme ve tartışma
	Özet Süre:15 Dk	Soru-cevap	Konunun kilit noktalarının vurgulanması ve özetleme
Öğrenme Kaynakları	Ders kitapları, ilgili makaleler ve web siteleri. Okuma kaynakları üniversitenin çevrim-içi ders sistemine yüklenmektedir.		

2. Aşama: Takımların Oluşturulması

Dersin ilk haftası TDÖ yöntemine ilişkin öğrencilere bilgi verilmiş ve beraberinde takımları oluşturmak üzere sekiz özellik sunulmuştur. Öğrencilerden; liderlik etme, zamanı iyi kullanma, sorumluluk alma, adil davranma, etkili iletişim kurma, araştırmacı ve meraklı bir ruha sahip olma, iyi bir dinleyici olma özelliklerinden kendilerini en çok tanımlayan üç tanesini seçmeleri istenmiştir. Öğrenci seçimleri doğrultusunda her takımda farklı özelliklere sahip

öğrenciler olacak şekilde 5-7 kişilik takımlar oluşturulmuştur^{4,7}. Oluşturulan takımlar öğrencilere ilk hafta duyurulmuştur. Derse gelmeyen veya ilk hafta devamsızlık yapan öğrenciler eksik kalan takımlara dağıtılmıştır. Öğrencilerden dönem boyunca takımları ile birlikte oturmaları ve her hafta değişecek şekilde takım lideri ve grup sözcüsü seçmeleri istenmiştir. Takım lideri, sınıf içi egzersizlerde tüm arkadaşlarını takım çalışmasına katma, sözcüler ise tartışma sonuçlarını büyük sınıf grubu ile paylaşma sorumluluğunu üstlenmiştir. Takımların oluşturulması Şekil 2'de şematize edilmiştir.



Şekil 2. Derslerin Genel Akışı

Hemşirelikte yönetim dersinde 140 öğrenci (ilk uygulama yılında) olduğu için dersin iki şubede yürütülmesi kararlaştırılmıştır. Her şubede iki eğitici yedişer öğrenciden oluşan 10 takıma rehberlik etmiştir (Şekil 1). Literatürde; alanında yetkin ve uzman eğiticilerin 20 ve üzeri takıma kadar rehberlik edebileceği belirtilmektedir⁴. Bu doğrultuda, öğrenci ve eğitici sayısına göre şube ve takım planlamasında değişiklik yapılabilmektedir.

3. Aşama: Oturumların Yürütülmesi

Her hafta oturumlar öğrenme hedefleri ile uyumlu kısa sınavlarla başlatılmıştır. Devamında öğrenme hedeflerine ilişkin öğrenme etkinlikleri [vaka tartışmaları, konuk daveti, rol oynama (role play), video gösterimi] gerçekleştirilmiştir. Öğrenme etkinlikleri sırasında eğiticiler takımlarla etkileşim içerisinde olmuştur. Bu noktada eğiticiler, takım çalışması sırasında pasif kalan öğrencileri motive etmek, öğrencilerin sordukları soruları yanıtlamak ve öğrencilere bilgi kaynağı sunmak gibi görevler üstlenmiştir. Takım tartışmaları tamamlandıktan sonra eğiticiler, öğrenme hedeflerine yönelik olarak konuyla ilgili kısa bir özetleme yapmış ve öğrencilerden geribildirim alarak oturumu tamamlanmıştır.

a) Öğrencilerin Derse Hazıroluşluğunun Değerlendirilmesi: Kısa Sınavlar

TDÖ'de, öğrencilerin kaynakları inceleyip (yazılı kaynakları okuma, görsel-ışitsel kaynakları izleme) derse hazırlıklı olarak gelmeleri önemlidir. Bu nedenle ders konularına yönelik makale, ön hazırlık soruları, video gibi materyaller ilgili konudan/dersten en az bir hafta önce uzaktan eğitim portalı üzerinden öğrencilerin erişimine açılmıştır. Oturumlar, TDÖ yöntemine uygun olarak 5-10 tane çoktan seçmeli sorudan oluşan kısa sınav ile başlatılmıştır. Kısa sınavlar hem öğrencilerin hazıroluşluğunu değerlendirmek hem de haftanın konusuna ilgilerini çekmek için kullanılmaktadır. Soruların, basılı ya da çevrimiçi platform üzerinden hazırlanması eğiticinin tercihine ve kurumun olanaklarına göre planlanabilir. Hemşirelikte yönetim dersi için kısa sınavlar pandemiye kadar basılı, pandemi sonrası çevrimiçi platform üzerinden yürütülmüştür. Basılı yöntem tercih edilecek ise soruların yanıtlanması için kazı-kazan kartları kullanılabilir (Doğru seçenek kazındığında yıldız işareti görünmektedir). Kazı kazan kartlarında doğru yanıt bulununcaya kadar seçenekleri kazıma işlemine devam edilmesi öğrenci motivasyonu ve heyecanı açısından önem taşımaktadır. Kısa sınavlar öncelikle bireysel olarak yanıtlanmış, ardından takımlar halinde sorular yeniden yanıtlanmış ve doğru/yanlış seçenekler üzerinden tartışmalar gerçekleştirilmiştir. Bu aşamada öğrencilerin derse hazırlıklı gelmeleri tartışma sırasında fikir çeşitliliği sağlaması ve tartışmayı zenginleştirilmesi açısından önemlidir⁷. Takım tartışmalarından sonra, eğiticinin özellikle öğrencilerin açıklık getiremediği sorulara odaklanarak belirsizliği gidermesi öğrenmeye katkıda bulunmaktadır.

b) Grup Aktiviteleri

Grup aktiviteleri, haftanın öğrenme hedefleri ile uyumlu ve öğrencilerin aktif rolde olduğu, çevrimiçi oyunlar, senaryo-vaka tartışmaları, yenilikçi fikir geliştirme egzersizi, poster hazırlama, rol oynama ve video gösterimi gibi çeşitli sınıf içi faaliyetlerden oluşmaktadır. Grup aktivitelerine ilişkin örneklere Tablo 1'de yer verilmiştir. Takımlar sınıf içi egzersizleri yaparken, eğiticiler sınıf içerisinde tüm takımları dolaşarak her bir öğrencinin tartışmaya katılımlarını izlemiş/desteklemiş, öğrencilerin sorularını yanıtlamış, tartışmaları güçlendirecek sorular yöneltilmiş ve öğrencilerin ders hedefine ulaşması için geribildirimler vermiştir. Takımlar egzersizleri tamamladıktan sonra sözcü öğrenciler takımlarındaki o haftaya özgü etkinlik içeriğine göre tartışma sonuçlarını tüm sınıfla paylaşmış ve diğer takımlarla benzer/farklı sonuçlar toplu olarak tartışılmıştır. Eğer tartışmalar yeterli ise ders geribildirimler ile sonlandırmıştır. Ancak tartışmada göz ardı edilen ya da ulaşılamayan önemli bağlamlar varsa eğitici ilgili noktalara dikkat çekerek kısa özetleme/sunu yaparak belirsizlikleri gidermiş ve konunun ana bağlamlarını netleştirmiştir.

c) Akran Değerlendirmeleri

Öğrenciler, akranlarını derse hazır gelme, takım üyesine güvenme, tartışmaya aktif katılma, grubu motive etme ve öğrenmeye katkı sağlama parametrelerini içeren

yapılandırılmış bir form doğrultusunda değerlendirmişlerdir.

d) Yönteme İlişkin Geribildirimler

Bu yönteme ilişkin geribildirimler, yöntemin uygulandığı altı dönem boyunca "TDÖ yöntemine ilişkin geribildirimlerinizi açıkça yazınız" ifadesine verilen yazılı geribildirimlerin özeti şeklinde aşağıda sunulmuştur.

Öğrenci Geribildirimleri

Derslerin işleyişine ilişkin öğrencilerden dönem ortasında ve sonunda sözlü-yazılı geribildirimler alınmıştır. Öğrencilerin büyük çoğunluğu kısa sınavları derse hazırlama/ısınma ve ders konularını öğrenmeyi kolaylaştırması açısından yararlı bulmuştur. Takımlar halinde kısa sınav sorularını ve oturumlarda kullanılan örnek durumları tartışmalarının öğrenmelerini pekiştirdiğini ifade etmiştir. Çevrimiçi uygulamaları ise merak uyandırıcı ve eğlenceli olarak tanımlayan öğrenciler, bu tür eğitim aktivitelerinin derslere aktif katılımı ve oturumlara olan ilgiyi artırdığını belirtmiştir. Derslere konuk edilen meslektaşların deneyim paylaşımlarının çalışma yaşamına (özellikle mezuniyetin hemen sonrası için) hazırlayıcı olarak nitelendirmiştir. Bu geribildirimlerin yanı sıra daha az sayıda öğrenci ise geleneksel sunum yönteminin öğrenmeleri için daha etkili olduğuna yönelik geribildirim vermiştir.

Öğretim Elemanı Geribildirimleri

TDÖ, geleneksel eğitimin monoton akışı yerine eğitici ve öğrencileri dinamik kılmaması, öğrenci-öğrenci ve öğrenci-öğretim elemanı etkileşimini artırması açısından eğitimcileri olumlu etkilemiştir. Derslerde bazı öğrencilerin derse hazırlıksız gelmesi ve takımlarda öğrenme etkinliklerine az katkı vermesi ya da hiç katkı vermek istememesi, eğiticinin bu durumları yönetmede zorlanması yöntemin olumsuz yönleri olarak ifade edilmiştir.

DEĞERLENDİRME ve SONUÇ

TDÖ yöntemi ile yürütülen bu ders deneyimi, öğrenenin öğrenme sürecine katılımı ile öğrenen ve eğitici motivasyonu açısından olumlu katkılar sunmuştur. TDÖ yönteminde öğrencilerin, sınıf içi aktivitelere katılımı, takımlarda farklı fikirleri tartışması ve akranlarıyla bilgiyi paylaşması öğrenmeyi pekiştirmekte ve zenginleştirmektedir^{7,20}. Yapılandırılmış bu süreçte, öğrencilerin derse hazırlıklı gelmeleri ve etkinliklere öğrenme hedeflerine odaklanmaları öğrenme süreçlerinde kolaylaştırıcı olmaktadır⁷. Bu aşamada eğitimcilerin rehberliği kilit rol oynamaktadır. TDÖ yönteminin aşamalarının dersin yürütülmesinde iyi planlanması ve yönteme özgü hazırlanan rehberlerden yararlanılması, yöntemin derslerle başarılı şekilde bütünleştirilmesi açısından önem taşımaktadır^{3,4,6-8}. Bununla birlikte, öğretim elemanları ve öğrencilerin alışlagelmiş öğretim yöntemlerini değiştirmeye karşı isteksizlikleri, özellikle daha fazla zaman kullanımı gerektirmesi ile ilgili endişeler, TDÖ yöntemini kullanmaya yönelik direnç göstermelerine neden olabilmektedir. Karşılaşılabilecek bu engelleri aşmak için yöntemin içeriği, aşamaları, uygulama deneyimleri ile avantajlarının açık ve anlaşılır bir şekilde öğrencilerle ve eğitimcilerle çeşitli platformlarda paylaşılması etkili bir

strateji olarak önerilmektedir^{3,21}. TDÖ'nün eğitim programı ile bütünleştirilmesi sonrası güncel gelişmelerin izlenmesi - örneğin yeni teknolojilerin derste kullanılması- ise, kalıcılık ve süreklilik açısından yararlı ve etkili olacaktır²². Özellikle ülkemizde hemşirelik programlarının büyük çoğunluğunda teorik eğitimlerin kalabalık sınıf ortamlarında sürdürüldüğü dikkate alındığında, TDÖ yöntemini kullanan eğitimcilerin deneyimlerini paylaşması ve deneyimlerin öğrenme ortamını iyileştirmede kullanılması, etkili ve öğrenme odaklı bir eğitim yaklaşımının yaygınlaştırılmasında ivme kazandıracaktır.

Etik Kurul Onayı: Bulunmamaktadır.

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yoktur.

Katılımcı Onamı: Bulunmamaktadır.

Yazar katkıları

Fikir ve Tasarım: MY, HFD, HAY, SSİ, VKB

Veri toplama ve analiz: MY, HFD, VKB

Literatür araştırması: MY, HFD, HAY

Makale yazımı: MY, HFD, HAY, SSİ, VKB

Teşekkür: TDÖ yönteminin hemşire eğitimcilerle tanıştırılmasında ve dersimizde uygulanmasında öncülük eden Prof. Dr. Gülseren KOCAMAN'a, ilk uygulamalarımızda sorularımızı yanıtlayarak bize rehberlik eden Prof. Dr. Ferhan GİRĞİN SAĞIN'a teşekkür ederiz.

Ethics Committee Approval: Not applicable.

Conflicts of Interest: Not reported.

Funding: None.

Exhibitor Consent: Not applicable.

Author Contributions:

Conceptualization & Methodology: MY, HFD, HAY, SSİ, VKB

Data Curation & Formal Analysis: MY, HFD, VKB

Investigation & Literature Screening: MY, HFD, HAY

Writing - Original Draft & Review & Editing: MY, HFD, HAY, SSİ, VKB

Acknowledgement: We are grateful to Prof. Gulseren Kocaman for her efforts in introducing the method to the nursing field. We would also like to thank Prof. Ferhan GİRĞİN SAĞIN for her guidance through the initial implementation processes.

KAYNAKLAR

1. Mennenga HA, Smyer T. A model for easily incorporating team-based learning into nursing education. *Int J Nurs Educ Scholarsh.* 2010;7:Article4.
2. Ratta CBD. Flipping the classroom with team-based learning in undergraduate nursing education. *Nurse Educ.* 2015;40(2):71-4.
3. Burgess A, van Diggele C, Roberts C, Mellis C. Team-based learning: Design, facilitation and participation. *BMC Med Educ.* 2020;20(S2).
4. Parmelee D, Michaelsen LK, Cook S, Hudes PD. Team-based learning: A practical guide: AMEE Guide No. 65. *Med Teach.* 2012;34(5):e275-87.
5. Khogali, S. E. Team-based learning: A practical guide: guide Supplement 65.1-Viewpoint. *Med Teach.* 2013;35(2), 163-5.

6. Burgess AW, McGregor DM, Mellis CM. Applying established guidelines to team-based learning programs in medical schools. *Acad Med.* 2014;89(4):678-88.
7. Michaelsen LK, Sweet M. The essential elements of team-based learning. *New Dir Teach and Learn.* 2008;2008(116):7-27.
8. Burgess A, Mellis C. Team-based learning in health care education: Maintaining key design elements. *J Nurs Care.* 2015;S1:008.
9. Reimschisel T, Herring AL, Huang J, Minor TJ. A systematic review of the published literature on team-based learning in health professions education. *Med Teach.* 2017;39(12):1227-37.
10. Kocaman G, Yurumezoglu HA. Situation analysis of nursing education in Turkey: Nursing education with numbers (1996-2015). *Journal of Higher Education and Science.* 2015;5(3):255.
11. Considine J, Payne R, Williamson S, Currey J. Expanding nurse initiated X-rays in emergency care using team-based learning and decision support. *Australas Emerg Nurs J.* 2013;16(1):10-20.
12. Kang KA, Kim SJ, Oh J, Kim S, Lee MN. Effectiveness of simulation with team-based learning in newborn nursing care. *Nurs Health Sci.* 2016;18(2):262-9.
13. Branney J, Priego-Hernández J. A mixed methods evaluation of team-based learning for applied pathophysiology in undergraduate nursing education. *Nurse Educ Today.* 2018;61:127-33.
14. Hickman SE, Wocial LD. Team-based learning and ethics education in nursing. *J Nurs Educ.* 2013;52(12):696-700.
15. Chan BC, Jayasinghe UW, Christl B, Laws RA, Orr N, Williams A, et al. The impact of a team-based intervention on the lifestyle risk factor management practices of community nurses: Outcomes of the community nursing SNAP trial. *BMC Health Serv Res.* 2013;13(1).
16. Göktepe N, Türkmen E, Zeybekoğlu Z, Yalçın B. Use of Team-Based Learning in a Nursing Leadership Course. *Nurse Educ.* 2018;43(6):E1-4.
17. Cheng CY, Liou SR, Tsai HM, Chang CH. The effects of Team-Based Learning on learning behaviors in the maternal-child nursing course. *Nurse Educ Today.* 2014;34(1):25-30.
18. Cheng CY, Liou SR, Hsu TH, Pan MY, Liu HC, Chang CH. Preparing nursing students to be competent for future professional practice: applying the team-based learning-teaching strategy. *J Prof Nurs.* 2014;30(4):347-56.
19. Harmon RB, Hills RL. Transforming psychiatric mental health nursing education with team based learning. *Arch Psychiatr Nurs.* 2015;29(6):413-8.
20. El-Banna MM, Whitlow M, McNelis AM. Improving pharmacology standardized test and final examination scores through team-based learning. *Nurse Educ.* 2020;45(1):47-50.
21. Whitley HP, Bell E, Eng M, Fuentes DG, Helms KL, Maki ED, et al. Practical team-based learning from planning

- to implementation. Am J Pharm Educ. 2015;79(10):149.
22. Rajalingam P, Rotgans JI, Zary N, Ferenczi MA, Gagnon P, Low-Beer N. Implementation of team-based learning on a large scale: Three factors to keep in mind. Med Teach. 2018;40(6):582-588.