

Çok değerli okuyucularımız,

Yeni yılla birlikte yeni bilgi paylaşımlarında bulunacağımız dergimizin 2019 yılı ilk sayısında bilimsel araştırmaları ve bir sistematik derlemeyi sizlere aktarmaktan, aynı zamanda bilimsel bir platformda sizlerle buluşmaktan mutluluk duymaktayız.

Bu sayıdaki paylaşımlarımız dokuz araştırma ve bir sistematik derleme makaleden oluşmaktadır. İlk araştırma, Dilek OLMAZ ve Papatya KARAKURT'un "Hemşirelerin Bakım Verirken Hemşirelik Sürecini Bilme ve Uygulama Durumları" isimli çalışması olup tanımlayıcı türde yapılmıştır. Araştırma 131 hemşire ile gerçekleştirilmiş ve hemşirelerin tamamına yakınının süreci bilme ve uygulama durumlarının yeterli olduğu fakat sürecin en çok veri toplama aşamasında sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda öğrenim süresince hemşirelik eğitiminde hemşirelik sürecinin önemi vurgulanmalı ve meslek hayatında hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi önerilebilir. Araştırma, hemşirelik bakımının sürece uygun yapılandırılmasına katkı sağlayıcı bir çalışmadır.

İkinci araştırma makalesi; Özden TOR, Gülçay MERT ve Betül TOSUN'un "Yoğun Bakım Hastalarına Verilen Pozisyonların Hemodinamik Ölçümlere Etkisi" isimli çalışmasıdır. Bir iç hastalıkları yoğun bakım ünitesinde yarı deneysel olarak yapılan bu çalışma, santral venöz ve arteriyel kateteri takılmış ve monitörlene olan 30 hasta ile yürütülmüştür. Araştırmada, bazı hemodinamik ölçümlerin yatak başının 45°'de olduğu seviyede, yatak başı 0° pozisyona getirilmeden güvenli olarak yapılabileceği değerlendirilmiştir. Uygulama alanına katkı sağlayıcı, sonuç olarak bakım alanında kullanılabilir bir uygulamadır.

Üçüncü çalışma; Selma BEZİRGAN GÖZMENER, Selmin ŞENOL ve Şeyda SEREN İNTEPELER'in "Hemşirelik Öğrencileri İçin Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması" başlıklı çalışmasıdır. Metodolojik tasarımdaki araştırma, bir hemşirelik fakültesinde öğrenim gören 305 öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda, kişisel Sağlık Verileri Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği yüksek, hemşirelik öğrencilerinin kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunması tutumlarını belirlemede yeterli bir ölçme aracı olduğu belirlenmiştir. Yasal anlamda veri güvenliğinin sağlanmasının öğrencilik yaşamında tutum haline getirilmesine katkı sağlayıcı bir çalışmadır.

Dördüncü çalışma; Diler AYDIN ve Yıldı Arzu ABA'nın "Annelerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ile Emzirme Öz-Yeterlilik Algıları Arasındaki İlişki" isimli çalışmasıdır. Bu araştırma, annelerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin doğum sonrası emzirme öz yeterlilik düzeyine etkisini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve ilişkisel tipte, bir ilçe devlet hastanesinin çocuk polikliniklerine başvuran ve doğum sonrası altı aya kadar bebeğe sahip 263 anne ile yürütülmüştür. Annelerin sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça emzirme öz-yeterlilik düzeyinin de arttığı bulunmuştur. Bu doğrultuda daha prekonsepsiyonel dönemde ve gebelik döneminden itibaren kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi ve artırılması, emzirme gibi sağlığı koruma davranışlarının kazanılmasında doğru yere, doğru zamanda, doğru şekilde ulaşılmasını sağlayacaktır.

Beşinci araştırma; Emel SEZİCİ'nin "Annelerin Hastanede Yatan Çocuklarında Ateş Deneyimleri: Niteliksel Bir Çalışma" başlıklı çalışmasıdır. Nitel araştırma tasarımında, odak grup görüşmeleriyle çocuklarını hastaneye yatıran sekiz anneden toplanmıştır. Çalışma verileri, Eylül-Kasım 2017 arasında iki odak grup görüşmesi ile toplanmış ve veriler geleneksel içerik analizi kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmada, "Ateş Algısı", "Yapılan Uygulamalar", "Duygusal Değişiklikler" ve "Bilgi Kaynağı" olmak üzere 4 tema ve 9 kategori belirlenmiştir. Çalışmanın sonucunda, ateşin anneler için korkutucu bir deneyim olduğunu, annelerin korkusunun nedeninin, ateşin konvülsiyona neden olabileceği yönündedir.

Altıncı araştırma makalesi; Dürdane TAŞDEMİR AKKAVAK ve Seher SARIKAYA KARABUDAK'ın "Hastanede Yatan Okul Çağı Çocukların Hemşireyi ve Hastaneyi Algılama Durumlarının İncelenmesi" isimli çalışmasıdır. Araştırma, bir üniversite hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Servisinde, ölçüt örnekleme yöntemi kullanılarak belirlenen 7-12 yaş 15 çocuk ile tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır. Çocukların bilgilendirilmesi konusunda yetersizlikler olduğu saptanmıştır. Oyun odası, okul en sık ifade edilen isteklerdir. Kendilerine bakan hemşirenin kadın hemşire olmasını ve renkli, desenli formalar giymesini tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Uygulama alanının geliştirilmesini destekleyen bir çalışmadır.

Yedinci çalışma; Bennur KOCA ve Aynur UYSAL TORAMAN'ın "Okul Çocuklarına Yönelik Yaralanma Tutum Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliliği" başlıklı çalışmasıdır. Metodolojik tipteki araştırmada, okul çocuklarına yönelik Yaralanma Tutum Ölçeği'nin (YTÖ) Türk diline kazandırılması amaçlanmış ve örnekleme 8-12 yaş grubu 400 öğrenci alınmıştır. Yaralanma tutum ölçeğinin, çocukların oyun alanı

yaralanmaları ile ilgili tutumlarının belirlenmesi için güvenilir ve geçerli bir ölçme aracı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Sekizinci araştırma, Serap SAYAR ve Dilek ERGİN'in "Ortopedi Servisinde Yatan Çocuk Hastalarda Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetiminde Müziğin Etkisinin İncelenmesi" başlıklı çalışmasıdır. Bu çalışma, yarı deneysel tasarımda bir üniversitesi hastanesinin Ortopedi ve Travmatoloji Servisi'nde, ameliyat olmuş 7-12 yaş grubundaki 60 çocuk hasta ile gerçekleştirilmiştir. Müziğin ameliyat sonrası ilk altı saatteki olumlu etkisi nedeniyle, farmakolojik olmayan hemşirelik girişimi olarak hemşirelik uygulamalarına dahil edilmesi önerilmiştir. Hemşirelik uygulamaları açısından katkı sağlayıcı bir araştırmadır.

Dokuzuncu çalışma; Deniz YASAL ve Neslihan PARTLAK GÜNÜŞEN'in "Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Travma Sonrası Stres Belirtilerini Etkileyen Faktörler ve Hemşirelerin Başetme Yollarının İncelenmesi" isimli araştırmadır. Araştırma tanımlayıcı niteliktedir ve üniversite ve eğitim-araştırma hastanelerinin acil ünitelerinde çalışan 108 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda hemşirelerin %38'inin travma sonrası stres yaşadığı, travma sonrası stres yaşayan hemşirelerin meslek seçimleri konusunda pişmanlık duydukları, istifa etmeyi düşündükleri belirlenmiştir. Hemşirelere travma sonrası stres belirtileri konusunda bilgi verilmesi, hem bireysel hem de kurumsal olarak başetme yollarını güçlendirilmesi önerilmektedir.

Bu sayımızda paylaştığımız sistematik derleme makalesi, Nursen BOLSOY, Nurcan ÇELİK ve Hanife Nurseven ŞİMŞEK'in "Doğum Korkusu Yaşayan Kadınlarda Psiko-Eğitim Obstetrik ve Maternal Sonuçları İyileştirir mi? Sistematik İnceleme" isimli makalesidir. Doğum korkusu günümüzde çözülmesi gereken öncelikli sorunlardan biri haline gelmiştir. Doğum korkusu yaşayan kadınlarda psiko-eğitimin obstetrik ve maternal sonuçlar üzerine olumlu etkilerinin olduğu görülmektedir. Bu sistematik incelemenin konu ile ilgili yapılacak olan çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Ocak sayımızda, araştırmalarıyla ve derleme makalesi ile literatüre, hemşirelik uygulamalarına ve yönetimine katkı veren tüm yazarlara, hakemlere, bölüm editörlerine ve tüm süreçlerde emek veren dergi yayın kuruluna teşekkürlerimi sunarım.

Mesleğimizin gelişimine katkı verecek değerli çalışmalarla bir sonraki sayımızda buluşmayı diliyorum.

Prof.Dr.Şeyda SEREN İNTEPELER

Editör

Hemşirelerin Bakım Verirken Hemşirelik Sürecini Bilme ve Uygulama Durumları*

Dilek OLMAZ ** Papatya KARAKURT ***

Öz

Giriş: Hemşirelik süreci bireyin bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve çözüme ulaştırılmasında kullanılan sistematik bir yöntemdir. **Amaç:** Bu araştırma hemşirelerin, bakım verirken hemşirelik sürecini bilme ve uygulama durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Tanımlayıcı türde olan bu araştırmanın evrenini, 151 hemşire, örneklemini ise 131 hemşire oluşturmuştur. Veriler "Kişisel Bilgi Formu" ve "Hemşirelik Süreci Bilgi ve Uygulama Düzeyi Belirleme Formu" kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde; sayı, yüzde, ortalama, Kruskal-Wallis Varyans, Mann-Whitney U ve Korelasyon analizleri kullanılmıştır. **Bulgular:** Araştırma kapsamına alınan hemşirelerden %77.9'unun hemşirelik sürecinde kendisini yeterli bulduğu, %94.7'sinin klinikte hastaya bakım verirken hemşirelik sürecini kullanmayı gerekli gördüğü belirlenmiştir. Hemşirelerin en çok hemşirelik sürecinin veri toplama (%36.6) aşamasında, en az ise değerlendirme (%8.5) aşamasında sorun yaşadıkları bulunmuştur. Hemşirelerin hemşirelik süreci ile ilgili teorik bilgilerine yönelik sorulara verdikleri doğru cevap ortalaması 80.09±14.10, uygulamaya yönelik hazırlanan 3 örnek vakaya ait sorulara verdikleri doğru cevap ortalaması 78.30±23.31 olarak bulunmuştur. Ayrıca hemşirelerin bilgi sorularına verdikleri cevapların doğru düzeyi ile uygulama soruları doğru düzeyleri arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($p<0,05$) olduğu saptanmıştır. **Sonuç:** Hemşirelerin tamamına yakınının süreci bilme ve uygulama durumlarının yeterli olduğu fakat sürecin en çok veri toplama aşamasında sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda öğrenim süresince hemşirelik eğitiminde hemşirelik sürecinin önemi vurgulanmalı ve meslek hayatında hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: Hemşire, Hemşirelik Süreci, Süreci Bilme, Süreci Uygulama.

Abstract

The Extent to which Nurses Knowledge and Apply the Nursing Process When Giving Care

Background: Nursing process is a systematic and method used to determine one's care needs and to answer them. **Objectives:** This study was conducted to determine the extent to which nurses know and apply the nursing process when giving care. **Methods:** This descriptive study was consisted of 151 nurses and the sample consisted of 131 nurses. The data were collected using a personal information form and a Nursing Process Knowledge Assessment Questionnaire. The data were analyzed using numbers, percentages, Kruskal-Wallis Variance Analysis, Mann-Whitney U test and Correlation analysis. **Results:** From the nurses included in the study, 77.9% stated that they found themselves competent in the nursing process and 94.7% that they considered it necessary to utilize the nursing process while giving care to patients in the clinic. The nurses experienced problems mostly in the data collection (36.6%) stage of the nursing process. It was found that average score obtained from questions that were correctly answered and addressed nurses' theoretical knowledge about nursing process was 80.09±14.10 while average score obtained from questions that were correctly answered and addressed their practical knowledge through 3 sample cases was 78.30±23.31. Besides; it was noted that there was a positive but weak correlation between correctly answered the theoretical questions and correctly answered practical questions ($p < 0.05$). **Conclusion:** It was identified that knowledge level and implementation level of nursing process of nearly all the nurses were satisfactory but they experienced difficulties during data collection phase most. In line with these results; it may be recommended that importance of nursing process should be emphasized during nursing education and reinforced during professional career through on the job trainings.

Keywords: Nurse, Nursing Process, Knowing the Process, Applying the Process.

Geliş tarihi: 29.06.2078

Kabul tarihi: 02.01.2019

Modern ve çağdaş hemşirelik 19.yüzyıl ortalarında Florence Nightingale ile başlamışsa da tarih öncesi dönemlerde ve her uygarlıkta hasta bakımıyla uğraşan insanlar olmuştur. Hemşirelik insanlık tarihi boyunca bakımın geleneksel örüntüsü içinde var olmuştur (Biol, 2013; Ay, 2008). Hemşireler var olduklarından bu yana gözlemlerine ve deneyimlerine dayalı pek çok problem çözme yöntemi geliştirmişlerdir. Bu problem çözme yöntemleri kullanışlı olsa da zaman içinde etkili olmamıştır. Çünkü bu yöntemler dizgesel olmayıp, gelişi güzel bir şekilde gerçekleşmiştir (Bayık, 2002). Hemşirelik eğitimi ve uygulama alanında meydana gelen gelişmeler, gelişen ve değişen tıp ve teknolojinin hemşirelik bakımında kullanılması, artan toplumsal beklentiler hemşirelik bakımının sezgisel değil, bilimsel bir temele dayandırılmasını gerektirmiştir (Özbıçakçı, 2009).

Hemşirelik mesleği kuramsal bilgi ve beceriyi içeren ve uygulama gerektiren bir sağlık disiplini. Hemşireler, birey, aile, grup ve toplumlar arasında sağlık/yaşam durumlarındaki uygulamalara karşı yanıtlarla ilgilenirler. Bu tür yanıtlar, hemşirelik bakımının temel ilgi alanını oluşturmaktadır. Bu nedenle her profesyonel disiplinde olduğu gibi hemşirelik mesleğinde de uygulamalar için bilimsel metotlar kullanılmaktadır (Gallagher-Lepak, 2018; Biol, 2013; Stuart, 1998). Hemşirelik bakımına bilimsel ve planlı bir yaklaşım getiren yöntem ise hemşirelik sürecidir (Biol, 2013). Hemşirelik süreci; sağlıklı/hasta bireyin, ailenin, grupların bakım gereksinimlerinin, sorunlarının, belirlenmesi gerekli hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulanması ve sonucun değerlendirilmesi aşamalarından oluşan sistemli bir yaklaşımdır (Biol, 2013; Alcan ve ark., 2011). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise hemşirelik sürecini, hemşirelik bakımında bilimsel problem çözme yönteminin sistemli bir biçimde kullanılması olarak tanımlamıştır (World Health Organization [WHO], 2009). Hemşirelik Kanununa göre, hemşireler uygulamalarında hemşirelik sürecini temel almalıdırlar (Türk Hemşireler Derneği [THD], 2014). Hemşirelik süreci, hemşirelerin hasta sorunlarını tanımlamalarını ve onların çözümleri için plan yapmayı öğrettelerini sağlayan en temel araçtır.

* Bu çalışma 5. Uluslararası 16. Ulusal Hemşirelik Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur (05-08 Kasım 2017, Ankara; Türkiye).
Uzm. Hemş.Tunceli Devlet Hastanesi, Merkez/Tunceli, * Doç. Dr. Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Erzincan. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0330-9807>

Sistemli hemşirelik bakımı verebilmek için hemşirelik sürecinin kullanılması önerilmektedir (Keski, 2009; Güner ve Terakye, 2000; Andsoy, Güngör, Dikmen ve Nabel, 2013). Günümüz bilişim çağında birçok sağlık kurumunda hemşireler, süreci bilgisayar ortamında her hastaya özel olarak kayıt altına alarak pratikte kullanmaktadır (Erer, Akbaş ve Yıldırım, 2017).

Hemşirelik süreci, hemşirelerin hastanın sorunlarını sistematik bir biçimde saptamalarını, bunların çözümü için plan yapmalarını, planı uygulamaya koyma ve yapılan planı tanımlama ve sorunların çözümündeki etkisinin derecesini değerlendirmeyi sağlayarak, karar verme, araştırma, savunma, değişim, liderlik, yardım etme ve eğitim gibi rollerini eleştirel düşünmenin ışığında kullanarak bakımı planlayıp uygulamalarını ve değerlendirmelerini sağlamaktadır (Erer, Akbaş ve Yıldırım, 2017). Ülkemizde yapılan bir araştırmada bir hastanenin kliniklerinde uygulanan değişim programı sonrasında bilgisayar destekli hemşirelik süreci sisteminin kullanılması, hemşirelik hizmetleri için bir kanıt temeli oluşturma, sağlık ekibi içerisinde etkin bir iletişimi sağlama, hemşirelere hasta bakımında zaman tasarrufu sağlama ve iş yükünü azaltma gibi olumlu sonuçlara gözlemler doğrultusunda ulaşılması bulgusu (Dikmen, Ak ve Yorgun, 2015), hemşirelik sürecinin uygulamadaki yararlarını göstermektedir. Hemşirelik sürecinin önemini eğitim sürecinde vurgulanmasına ve yasal düzenlemeye karşın, hemşirelerin çeşitli nedenlerden dolayı uygulamada süreci yeterince kullanmadığı bilinen bir gerçektir. Akredite olmuş sağlık kurumlarında ise hemşirelik sürecinin kullanıldığı, fakat uygulama süresince zorluk yaşandığı görülmüştür (Güner ve Terakye, 2000; Andsoy, Güngör, Dikmen ve Nabel, 2013). Hemşirelerin, hemşirelik süreci basamaklarını etkin bir şekilde kullanma durumlarının saptanmasının ve uygulama sürecinde yaşadıkları zorlukların belirlenmesinin önemli bir aşama olduğu düşünülmektedir. Bu araştırma hemşirelerin, hemşirelik sürecini bilme ve uygulama durumlarını saptamak amacıyla yapılmıştır.

Araştırma soruları

1. Hemşirelerin, hemşirelik sürecine ilişkin bilgi düzeyleri nedir?
2. Hemşirelerin, hemşirelik sürecine ilişkin uygulamaları nedir?
3. Hemşirelerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre hemşirelik sürecine ilişkin bilgi ve uygulamaları arasında fark var mıdır?

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma hemşirelerin, hemşirelik bakımı verirken hemşirelik sürecini bilme ve uygulama durumlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Doğu Anadolu Bölgesindeki bir ilin merkezinde bulunan bir devlet hastanesinde yürütülmüştür. Araştırma Ocak-Eylül 2015 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini, bir ilin devlet hastanesinde görev yapmakta olan 151 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup “çalışmaya gönüllü olarak katılım” ve “hemşireye ulaşılabilirlik durumu (raporlu, izinli olma vb.)” esas alınarak 131 hemşire araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; Hemşirelerin cinsiyet, yaş, mezun oldukları okul, çalıştığı birimdeki görevi, mesleki deneyim süresi gibi sosyo demografik özellikleri ve hemşirelik süreci ve hemşirelik sürecinin uygulanmasına ilişkin düşünce ve önerileri, bağımlı değişkenleri ise hemşirelik sürecini bilme ve uygulamaya yönelik bilgi düzeyleridir.

Veri Toplama Aracı

Verilerin toplanmasında; araştırmacılar tarafından literatürden (Carpenito-Moyet, 2005; Ay, 2008; Keski, 2009; DeLaune ve Ladner, 2010; Kaya, 2010, 2013; Aştı ve Karadağ, 2011; Kaya, 2012; Birol, 2013) yararlanılarak geliştirilen Kişisel Bilgi Formu ve Hemşirelik Süreci Bilgi ve Uygulama Düzeyi Belirleme Formu kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu

Bu formda hemşirelerin cinsiyet, yaş, mezun oldukları okul, çalıştığı birimdeki görevi, mesleki deneyim süresi gibi sosyo demografik özellikleri (5 soru) ve hemşirelik süreci ve hemşirelik sürecinin uygulanmasına ilişkin düşünce ve önerilerini belirten toplam 11 soru bulunmaktadır.

Hemşirelik Süreci Bilgi ve Uygulama Düzeyi Belirleme Formu

Bu formun birinci bölümünde hemşirelerin, hemşirelik sürecine ilişkin teorik bilgi düzeyini belirlemeye yönelik 9 soru bulunmaktadır. İkinci bölümünde ise; Hemşirelere uygulamaya yönelik 3 örnek vaka verilip her vaka ile ilgili dört soru sorulmuştur. Vakalar, vaka 1,2,3 olmak üzere adlandırılmıştır. Bu formda toplam 21 çoktan seçmeli soru yer almıştır (Ek 1). Literatür (Carpenito-Moyet, 2005; Ay, 2008; Keski, 2009; DeLaune ve Ladner, 2010; Kaya, 2010, 2013; Aştı ve Karadağ, 2011; Kaya, 2012; Birol, 2013) dikkate alınarak cevap anahtarı oluşturulmuştur. Uzman görüşleri doğrultusunda formda gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra 10 hemşireye ön uygulama yapılmıştır. Formda yer alan çoktan seçmeli 21 sorunun değerlendirilmesinde; bilgi sorularında (9 soru) minimum 11 maximum 100 puan ve her vakaya yönelik olarak sorulan sorularda (Her vakaya özgü 4 soru soruldu) minimum 25 puan maximum 100 puan olarak belirlenmiştir. Doğru cevap sayısının hesaplanmasında ise cevaplar “doğru-yanlış” şeklinde değerlendirilerek doğru cevap sayısı esas alınmıştır.

Verilerin Toplanması

Araştırmacı, tüm hemşirelerin çalıştıkları birimdeki sayılarını, ulaşılabilirlik durumlarını, çalışma çizelgelerini esas alarak çalıştıkları birime giderek bizzat verileri toplamıştır. Araştırmaya yönelik olarak gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra çalışmaya katılma konusunda gönüllü hemşirelere form verilmiştir. Formların doldurulması 25-30 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS 21 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistik olarak sayı, yüzde ve ortalama kullanılmıştır. Sorulara verilen doğru cevapların normal dağılıma uygunluğunun incelenmesi amacıyla yapılan normallik testi (Shapiro-Wilk) sonucuna göre doğru sayıları değişkenleri normal dağılım göstermemektedir. Buna göre araştırmada parametrik olmayan test teknikleri kullanılmıştır. Bu analizler; Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi, Dunnet T3 Post Hoc testi, Korelasyon Analizi testleridir. Araştırmada anlamlılık seviyesi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

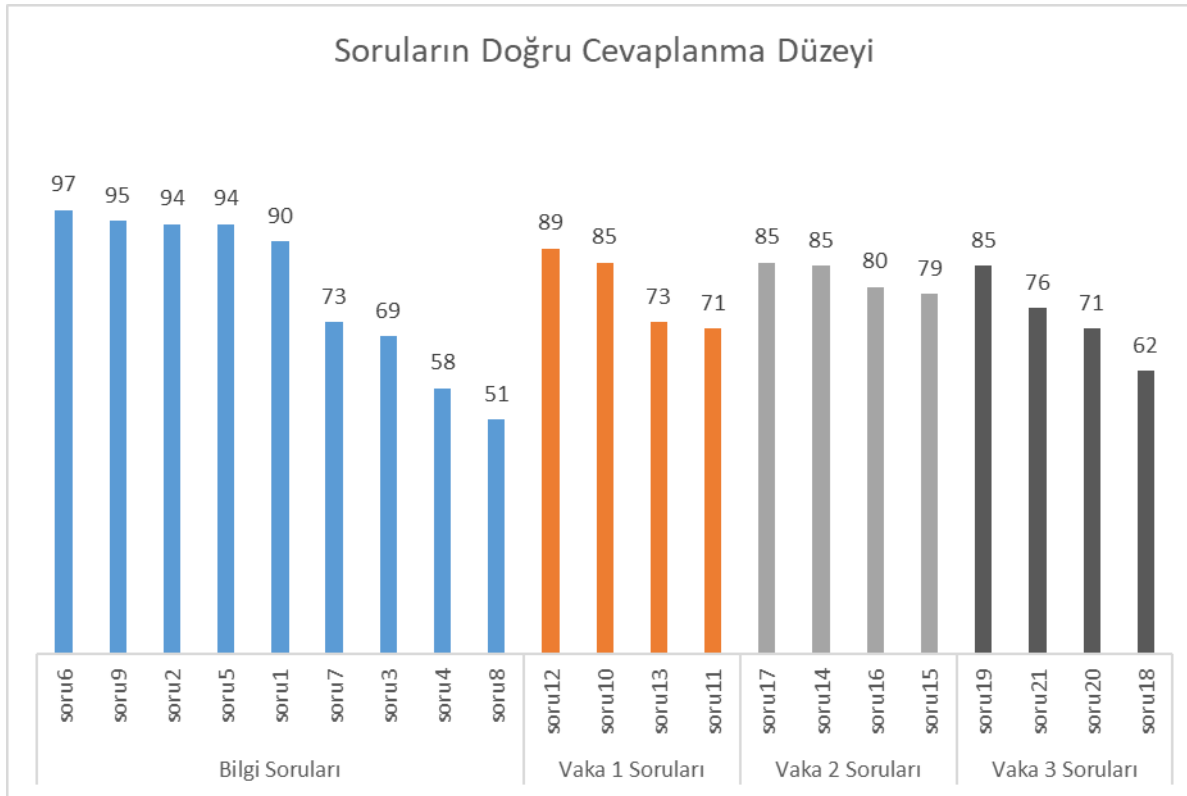
Araştırmanın yürütülebilmesi için Erzincan Üniversitesi Etik Kurulundan etik onayı alındıktan sonra (Etik karar no:44495147/190), hemşirelerin çalıştığı kurumdan yazılı izin alınmıştır. Hemşirelere çalışmanın amaç ve yararları, çalışmadaki rolleri açıklanmış olup sözel onamları alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada zaman sınırlılığı olduğu için hemşirelik sürecinin uygulanma durumu için gözlem yapılamamış ancak örnek vakalar kullanılarak hemşirelerin hemşirelik sürecini uygulama durumu belirlenmiştir. Ayrıca araştırma, verilerin toplandığı devlet hastanesinde görev yapmakta olan hemşirelerle sınırlıdır.

Bulgular

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %38.2'sinin 35-44 yaş aralığında, %78.6'sının kadın, %64.9'unun lisans -yüksek lisans mezunu olduğu, %32.8'inin 1-5 yıldır ve %79.4'ünün klinisyen hemşire olarak çalıştığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %93.1'inin eğitimi süresince hemşirelik sürecine ilişkin teorik eğitim aldığı, %77.9'unun hemşirelik sürecinde kendisini yeterli bulduğu ve %94.7'sinin klinikte hastaya bakım verirken hemşirelik sürecini kullanmayı gerekli bulduğu saptanmıştır (Tablo 1).



Grafik 1. Hemşirelerin Süreç ile İlgili Sorulara Verdikleri Doğru Cevaplanma Düzeyi

Grafik 1'de hemşirelerin bilgi ve vaka sorularına verdikleri cevaplama düzeylerine bakıldığında tamamına doğru cevap veren hemşirenin bulunmadığı görülmektedir. Hemşirelerin en fazla doğru cevap verdikleri soru, 6. soru (hemşirelik sürecinin son basamağı hangisidir) olup doğru cevap sayısı 127 (%96.9), en az doğru cevap verdikleri soru, 8. soru (hangisi hemşirelik sürecinin planlama aşamasındaki amaçlardan biri değildir) olup doğru cevap sayısının ise 67 (%51.0) olduğu görülmektedir.

Tablo 1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri (N=131)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Yaş	25 yaş altı	20 15.3
	25-34 yaş	46 35.1
	35-44 yaş	50 38.2
	45 yaş ve üstü	15 11.5
Cinsiyet	Kadın	103 78.6
	Erkek	28 21.4
Mezun olunan hemşirelik okulu	Sağlık meslek lisesi	25 19.1
	Ön lisans	21 16.0
	Lisans-yüksek lisans	85 64.9
Hemşirelik yapma süresi	1 yıldan az	7 5.3
	1-5 yıl	43 32.8
	6-10 yıl	19 14.5
	11-15 yıl	23 17.6
	16-20 yıl	14 10.7
	21 yıl ve üzeri	25 19.1
Çalışılan birimdeki görev durumu	Klinisyen hemşire	104 79.4
	Klinik sorumlu hemşiresi	12 9.2
	Yönetici hemşire	1 .8
	Eğitim hemşiresi	2 1.5
	Diğer (Enfeksiyon birimi, kan alma vb.)	12 9.2
Hemşirelik eğitimi süresince "Hemşirelik sürecine" ilişkin teorik eğitim alma durumu	Evet	122 93.1
	Hayır	9 6.9
Kendisini hemşirelik süreci konusunda yeterli bulma durumu	Evet	102 77.9
	Hayır	29 22.1
Klinikte hasta bireye bakım verirken "Hemşirelik sürecini" kullanmayı gerekli bulma durumu	Evet	124 94.7
	Hayır	7 5.3

Tablo 2'de hemşirelik süreci basamağında yaşanan sorunlar görülmektedir. Hemşirelerden hastaya bakım verirken hemşirelik sürecinin bir aşamasında sorun yaşayanların düzeyi %44.3 iken, sorun yaşamayanların düzeyi ise %50.4 olarak belirlenmiştir. Hemşirelerden hastaya bakım verirken hemşirelik sürecinin veri toplama aşamasında sorun yaşayanlar %36.6, uygulama aşamasında sorun yaşayanlar %31.7, tanılama aşamasında sorun yaşayanlar %12.2, planlama aşamasında sorun yaşayanlar %11.0, değerlendirme aşamasında sorun yaşayanların ise %8.5 olduğu görülmektedir (Tablo 2).

Tablo 2. Hemşirelik Süreci Basamağında Yaşanan Sorunlar (N=131)

		Sayı	%
Hasta bireye bakım verirken "Hemşirelik sürecinin" basamağında sorun yaşama durumu	Bir aşamada sorun yaşayan	58	44.3
	Sorun yaşamayan	66	50.4
	Birden fazla aşamada sorun yaşayan	7	5.3
Hasta bireye bakım verirken "Hemşirelik sürecinin" hangi basamağında sorun yaşıyorsunuz?	Veri toplama	30	36.6
	Uygulama	26	31.7
	Tanımlama	10	12.2
	Planlama	9	11.0
	Değerlendirme	7	8.5

Tablo 3. Hemşirelerin Bilgi ve Vaka Sorularına Verdikleri Doğru Cevap Sayılarının Bazı Değişkenlere Göre Dağılımı (N=131)

Doğru Cevap Sayıları	Yaş							
	25 yaş altı		25-34 yaş		35-44 yaş		45 yaş ve üstü	
	Ort.	Ss	Ort.	Ss	Ort.	ss	Ort.	Ss
Bilgi soruları doğru sayısı	7.20	1.11	7.35	1.23	7.24	1.33	6.67	1.35
Vaka 1 soruları doğru sayısı	3.15	.88	3.37	.74	3.02	.89	3.13	.99
Vaka 2 soruları doğru sayısı	3.35	.93	3.33	1.03	3.28	.90	3.13	1.06
Vaka 3 soruları doğru sayısı	2.80	1.06	3.11	.85	2.86	1.09	2.80	.86
Doğru Cevap Sayıları	Cinsiyet							
	Kadın				Erkek			
	Ort.	Ss	Ort.	Ss	Ort.	Ss	Ort.	Ss
Bilgi soruları doğru sayısı	7.21		1.34		7.18		.98	
Vaka 1 soruları doğru sayısı	3.22		.82		3.00		.98	
Vaka 2 soruları doğru sayısı	3.43		.85		2.79		1.20	
Vaka 3 soruları doğru sayısı	2.91		1.01		3.00		.86	
Doğru Cevap Sayıları	Mezun Olunan Hemşirelik Okulu							
	Sağlık Lisesi		Meslek		Ön Lisans		Lisans-Yüksek Lisans	
	Ort.	Ss	Ort.	Ss	Ort.	Ss	Ort.	Ss
Bilgi soruları doğru sayısı	6.96	1.02	6.95	1.72	7.34	1.20		
Vaka 1 soruları doğru sayısı	2.84	.85	2.86	1.01	3.35	.77		
Vaka 2 soruları doğru sayısı	3.00	.96	3.29	.96	3.38	.96		
Vaka 3 soruları doğru sayısı	2.76	.93	2.95	1.07	2.98	.98		

Bilgi sorularına 25 yaş altındaki hemşirelerin doğru cevap ortalaması 7.20 ± 1.11 , 25-34 yaşındakilerin 7.35 ± 1.23 , 35-44 yaşındakilerin 7.24 ± 1.33 , 45 yaş ve üstündekilerin ise 6.67 ± 1.35 olduğu belirlenmiştir. 25-34 yaş aralığındaki hemşirelerin bilgi sorularına doğru cevap sayısının diğerlerine göre daha fazla olduğu görülmektedir. Vaka 1 sorularına 25-34 yaş aralığındaki hemşirelerin doğru cevap ortalamasının 3.37 ± 0.74 , vaka 2 sorularına 25 yaş altındakilerin 3.35 ± 0.93 ve vaka 3 sorularına doğru cevap ortalamasının 25-34 yaş aralığındakilerin 3.11 ± 0.85 olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Bilgi sorularına kadınların doğru cevap ortalaması 7.21 ± 1.34 iken erkeklerin 7.18 ± 0.98 'dir. Kadınların bilgi sorularına doğru cevap sayısının erkeklerden daha fazla olduğu görülmektedir. Vaka 1 sorularına kadınların doğru cevap ortalaması 3.22 ± 0.82 iken erkeklerin 3.00 ± 0.98 , vaka 2 sorularına kadınların doğru cevap ortalaması 3.43 ± 0.85 iken erkeklerin 2.79 ± 1.20 ve vaka 3 sorularına kadınların doğru cevap ortalaması 2.91 ± 1.01 iken erkeklerin 3.00 ± 0.86 olduğu belirlenmiştir. Bayan hemşirelerin vaka 1 ve vaka 2 sorularına doğru cevap sayısı erkek hemşirelerden daha fazla iken erkek hemşirelerin ise vaka 3 sorularına doğru cevap sayısı bayan hemşirelerden daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Bilgi sorularına lisans-yüksek lisans mezunu hemşirelerin doğru cevap ortalamasının 7.34 ± 1.20 olduğu, lisans-yüksek lisans mezunlarının bilgi sorularına doğru cevap sayısının diğer okul mezunlarına göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Vaka 1 sorularına lisans-yüksek lisans mezunu hemşirelerin doğru cevap ortalamasının 3.35 ± 0.77 , vaka 2 sorularına 3.38 ± 0.96 ve

vaka 3 sorularına ise 2.98 ± 0.98 olduğu, her üç vaka ya da lisans-yüksek lisans mezunlarının diğer okul mezunlarına göre doğru cevap sayısının daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 4. Hemşirelerin Doğru Cevap Sayılarının Bazı Değişkenlere Göre Karşılaştırılması (N=131)

	Yaş	Sayı	Sıra Ort.	X ²	p
Bilgi soruları doğru sayısı	25 yaş altı	20	64.15	3.389	.335
	25-34 yaş	46	70.54		
	35-44 yaş	50	67.12		
	45 yaş ve üstü	15	50.80		
Vaka 1 soruları doğru sayısı	25 yaş altı	20	64.90	3.857	.277
	25-34 yaş	46	73.64		
	35-44 yaş	50	59.48		
	45 yaş ve üstü	15	65.77		
Vaka 2 soruları doğru sayısı	25 yaş altı	20	68.38	0.864	.834
	25-34 yaş	46	68.51		
	35-44 yaş	50	64.45		
	45 yaş ve üstü	15	60.30		
Vaka 3 soruları doğru sayısı	25 yaş altı	20	61.55	2.099	.552
	25-34 yaş	46	71.73		
	35-44 yaş	50	64.59		
	45 yaş ve üstü	15	59.07		
	Cinsiyet	Sayı	Sıra Ort.	U	p
Bilgi soruları doğru sayısı	Kadın	103	66.98	1341.500	.559
	Erkek	28	62.41		
Vaka 1 soruları doğru sayısı	Kadın	103	67.64	1273.500	.311
	Erkek	28	59.98		
Vaka 2 soruları doğru sayısı	Kadın	103	70.62	966.000	.003*
	Erkek	28	49.00		
Vaka 3 soruları doğru sayısı	Kadın	103	65.71	1412.000	.859
	Erkek	28	67.07		
	Mezun olunan hemşirelik okulu	Sayı	Sıra Ort.	X ²	p
Bilgi soruları doğru sayısı	Sağlık meslek lisesi	25	54.80	3.405	.182
	Ön lisans	21	63.50		
	Lisans-yüksek lisans	85	69.91		
Vaka 1 soruları doğru sayısı	Sağlık meslek lisesi	25	51.38	9.932	.007*
	Ön lisans	21	54.50		
	Lisans-yüksek lisans	85	73.14		
Vaka 2 soruları doğru sayısı	Sağlık meslek lisesi	25	53.10	4.723	.094
	Ön lisans	21	65.21		
	Lisans-yüksek lisans	85	69.99		
Vaka 3 soruları doğru sayısı	Sağlık meslek lisesi	25	58.58	1.310	.519
	Ön lisans	21	67.86		
	Lisans-yüksek lisans	85	67.72		

* $p < 0.01$

Hemşirelerin sorulara verdikleri doğru cevap sayılarının yaşa göre karşılaştırılması sonucuna göre farklı yaş grubundaki hemşirelerin bilgi soruları ile vaka 1, 2 ve 3 sorularına verdiği doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (Tablo 4).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin sorulara doğru cevap sayılarının cinsiyete göre karşılaştırılmasında kadınlar ile erkeklerin bilgi soruları ile vaka 1 ve 3 sorularına verdiği doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı, ancak kadınlar ile erkeklerin vaka 2 sorularına verdiği doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p < 0.01$) ve vaka 2 sorularına kadınların daha fazla sayıda doğru cevap verdiği belirlenmiştir (Tablo 4).

Hemşirelerin sorulara verdikleri doğru cevap sayılarının mezun olunan hemşirelik okuluna göre karşılaştırılmasında, sağlık meslek lisesi, ön lisans ve lisans-yüksek mezunlarının bilgi soruları ile vaka 2 ve 3 sorularına verdiği doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı, ancak hemşirelerin mezun olunan okul ile vaka 1 sorularına verdiği doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu ve eğitim seviyesi arttıkça vaka 1 sorularına verilen doğru cevap sayısında da artma olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Tartışma

Hemşirelik süreci, bireyin sağlığını ya da yaşamını tehdit eden sorunlara bilimsel yaklaşımlara dayalı çözüm yöntemi bulan, sorunların çözümünde kullanılan, kritik düşünmeyi sağlayan ve hemşirelik bakımının temelini oluşturan bir yöntemdir (Craven ve Hirnle, 2010; Fesler-Birch, 2005). Bu nedenle verilen hemşirelik bakımında hemşirelik süreci kullanılmalıdır. Araştırma kapsamındaki hemşirelerden %77.9'unun hemşirelik sürecinde kendisini yeterli bulurken %22.1'i yeterli bulmamaktadır. Hemşirelerden hemen hemen tamamının klinikte hastaya bakım verirken hemşirelik sürecini kullanmayı gerekli bulurken %5.3'ü gerekli bulmamaktadır. Zaybak ve arkadaşlarının (2015) yaptığı bir çalışmada da hemşirelerin %78.8'inin hemşirelik sürecinin kullanılması gerektiğini, %60.2'si hemşirelik süreci ile ilgili kendisini kısmen yeterli gördüğünü belirtmiştir (Zaybak, İsmailoğlu ve Özdemir, 2015). Kaya ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları diğer bir çalışmada hemşirelerin %77.8'inin hemşirelik sürecinin kullanılması gerektiğine inandığı, öte yandan %83.1'inin bireyin bakımında hemşirelik sürecini kullandığı saptanmıştır (Kaya, Babadağ, Kaçar ve Uygur, 2010). Yapılan benzer çalışmalarda da yakın sonuçlar elde edilmiştir (Karabulut ve Çetinkaya, 2011; Çoban ve Kaşıkçı, 2008; Yılmaz, 2000; Yıldırım, 1988). Ülkemizde T.C. Sağlık Bakanlığı 8 Mart 2010 tarihli Resmi Gazetede yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliğine göre de hemşirelik bakımının verilmesi ve sürdürülmesinde hemşirelik sürecinin kullanılması hükmü yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı [SB], 2012). Dünya Sağlık Örgütü'nde hemşirelerin, hemşirelik sürecini kullanmalarını önermektedir (World Health Organization [WHO], 2009). Tüm hemşirelerin amacı kaliteli bakım vermektir ve bu araştırmaya katılan hemşirelerin %94.7'sinin hemşirelik bakımında süreci gerekli bulmaları olumlu bir sonuçtur.

Hemşirelerin hemşirelik süreci basamaklarında sorun yaşama durumları incelendiğinde, hemşirelerin en çok veri toplamada, en az değerlendirmede sorun yaşadıkları görülmektedir. Turaç, İpek ve Şahin'in (2015) yaptığı çalışma bu araştırmanın sonucu ile benzerlik gösterip en çok veri toplama (%56.8) basamağında hemşirelerin sorun yaşadığı görülmüştür (Turaç, İpek ve Şahin, 2015). Yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde Zaybak ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada hemşirelerin hemşirelik süreci adımlarında en yüksek düzeyde, veri toplama basamağında "hastaya ilişkin veri toplama"da (%30.2), "her zaman" güçlük yaşadıkları saptanmıştır (Zaybak ve ark., 2015). Avşar ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında ise hemşirelerin en fazla uygulama aşamasında (%25.9) güçlük yaşadığı saptanırken, hemşirelerin en fazla (%46.9) değerlendirme aşamasında güçlük yaşamadığı belirlenmiştir (Avşar, Ögünç, Taşkın ve Burkay, 2014). Yapılan benzer çalışmalarda en çok güçlük yaşanan basamaklar paralellik göstermese de hemşirelerin sürecin çeşitli basamaklarında sorun yaşadığı görülmüştür (Wagoro, ve Rakuom, 2015; Hao, ve ark., 2013; Andsoy ve ark., 2013; Fesci, Doğan ve Pınar, 2008; Yılmaz, 2000;). Bu bulgular, hemşirelerin hemşirelik süreciyle ilgili bilgilerinin yeterli olmamasından kaynaklanabilir. Hemşirelerin sürecin aşamalarında sorun yaşamaları hemşirelik sürecini doğru kullanmalarını olumsuz etkileyebilir (Axelsson, Bjorvell, Mattiasson ve Randers, 2005; Hedberg ve Satterlund, 2003). Doğru ve güvenli bakımın sağlanması için, yeterli veri toplanması gerekmektedir (Birol, 2007). Veri toplama, hemşirelik sürecinin başlangıç aşamasıdır ve hemşirenin hastayı bütüncül olarak değerlendirmesini gerektirir (Birol, 2013; Berman, Synder, Kozier ve Erb, 2008). Veri toplama hemşirelik sürecinin tüm aşamalarına temel olduğu için oldukça önemlidir (Birol, 2013). Bu aşamada yaşanan bir sorun, tüm aşamaların yanlış yorumlanmasına neden olabilir. Doğru ve yeterli veriyi elde edemeyen bir hemşire, bu verilerden yanlış bir hemşirelik tanısı koyacak, böylece doğru olduğunu düşündüğü hemşirelik girişimlerini yanlış belirleyerek yanlış uygulamalar yapacaktır. Yanlış yaptığı bu aşamaların sonucunda değerlendirmede doğru yapılamadığı için hemşire sorunu çözümleyemeyecektir. Araştırma kapsamındaki hemşirelerin çoğunlukla veri toplama aşamasında sorun yaşaması (%36.6) sürecin doğru ve güvenli bir şekilde ilerlemesine engeldir. Veri toplama aşamasında etkili iletişim önemlidir (Özcan, 2006). Karadağ ve Taşçı'nın (2005) yaptığı (%32.3), Karabulut ve Çetinkaya'nın (2011) yaptığı (%33.8) çalışmalarda da hemşireler hasta bakımı ve hasta bakım planı yapmada iletişim problemi yaşadıklarını belirtmişlerdir (Karabulut ve Çetinkaya, 2011; Karadağ ve Taşçı, 2005). Bulguların bu araştırma ile benzerlik göstermesi hemşirelerin veri toplamada güçlük yaşamamasında iletişim problemlerinin birer etken olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda bu araştırmanın yapıldığı yerde yaşayan hasta ve yakınlarının Türkçe bilmemelerinin de etkili olduğu söylenilebilir. Bunların yanı sıra ülkemizdeki hemşirelik okullarına süreci öğretmeye yönelik ortak standartlarının olmaması ve hastanelerde çalışan hemşirelere yeterli düzeyde sürece yönelik hizmet içi eğitimlerin ve ortak bir standardizasyonun uygulanmaması da bu sonuç üzerinde etkili olabilir. Bunların yanı sıra hemşirelik sürecinin dokümantasyon için kullanılması, hemşirelerin hastalara verilen bakımı kapsamlı bir şekilde belgeleyebildikleri bir çerçeveye sunmaktadır (Green, 2018). Hemşirelerin çalıştığı kurumda hemşirelik sürecinin uygulanmasına yönelik yeterli dokümantasyonun bulunmaması da sürecin basamaklarını uygulamada sorun yaşamalarına neden olabilmektedir.

Hemşirelerin süreci bilme ve uygulamaya yönelik sorulara verdikleri cevaplar incelendiğinde; tüm sorulara doğru cevap veren hemşire bulunmamaktadır. Hemşirelerin hemşirelik süreci ile ilgili en yüksek düzeyde doğru cevapladıkları ilk üç soru; "hemşirelik sürecinin son basamağı" olan 6. soru, " veri toplamada en iyi veri kaynağı " olan 9. soru ve "objektif veriyi ayırt etme " olan 2. sorudur. Hemşirelerin en düşük düzeyde doğru cevapladıkları ilk üç soru ise; "planlama aşamasının amaçları", verilen bulgulardan hemşirelik tanısı belirleme", "ilgili vakadaki hasta bireyin hemşirelik tanısını belirlemeye" yönelik olduğu bulunmuştur. Tüm bu veriler doğrultusunda araştırma kapsamındaki hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun bilgi aşamasında kalmadığını, bilgilerinin vakalar üzerinden analiz, sentez ve değerlendirme yolu ile kullandıkları söylenilebilir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin doğru cevap sayıları yaşa göre incelendiğinde; farklı yaş grubundaki cevaplayıcıların bilgi soruları ile Vaka 1,2 ve 3 sorularına verdiği doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. Ancak hemşirelerin yaşa göre doğru cevap ortalamaları incelendiğinde bilgi, Vaka 1,Vaka 3 sorularına 25-34 yaş grubunda olanların doğru cevap ortalamaları daha yüksektir. Vaka 2 sorularında ise 25 yaş altı grubun doğru cevap ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Pettigrew ve King'in (1993) ve Kelleci, Gölbaşının (2004) yaptıkları çalışmada genç yaş grubundaki hemşirelerin daha iyi sorun çözdükleri, sorunlara daha yenilikçi ve farklı çözümler buldukları sonucu çalışmamızdaki bu yaş grubunda ortalamaların yüksek çıkmasına birer etken olarak gösterilebilir (Kelleci ve Gölbaşı, 2004; Pettigrew ve King, 1993). Andsoy ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada da çalışma yılı arttıkça bakım planı kullanmada

daha az güçlük yaşandığı belirlenmiştir (Andsoy ve ark., 2013). Araştırmamızda da deneyim yılı arttıkça daha çok vakayla karşılanacağı düşünüldüğü için ileri yaş dönemindekilerin de vakaları daha iyi yorumlaması ve doğru cevap ortalamasının daha yüksek çıkması beklenilmiştir. Ancak bu araştırma bulgularında genç yaş grubundakilerin bilgi soruları ve vaka sorularına daha çok doğru cevap verdiği sonucu ortaya çıkmıştır. Genç yaştaki hemşirelerin bilim ve teknolojik gelişimleri daha yakından takip etmeleri ve aldıkları eğitim bu sonuçlar üzerinde etkili olabilir.

Hemşirelerin doğru cevap sayılarının cinsiyete göre karşılaştırılmasında kadınlar ile erkeklerin bilgi soruları ile Vaka 1 ve 3 sorularına verdiği doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. Ancak kadınlar ile erkeklerin Vaka 2 sorularına verdiği doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ve Vaka 2 sorularına kadınlar daha fazla sayıda doğru cevap vermiştir. Vaka 2'de yer alan hastanın kadın olması ve vakanın günümüz hastalığından olan ve kadınlarda daha çok risk teşkil eden hipertansiyon olmasının bunda birer etken olduğu düşünülmüştür (TURDEP II Sonuçları, 2016). Ayrıca araştırmaya katılan kadın sayısının (%78.6) fazla olması bu sonuç üzerinde etkili olduğu düşünülebilir.

Araştırmadaki hemşirelerin mezun oldukları okul ile sorulara verdikleri doğru cevap ortalamalarına bakıldığı zaman Lisans-Yüksek lisans mezunlarının tüm sorulara verdikleri doğru cevap ortalamaları daha yüksek çıkmıştır. Aynı zamanda doğru cevap sayılarının mezun olunan hemşirelik okuluna göre karşılaştırılmasında Sağlık Meslek Liseli, Ön lisans ve Lisans-Yüksek lisans mezunlarının Vaka 1 sorularına verdiği doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ve eğitim seviyesi arttıkça Vaka 1 sorularına verilen doğru cevap sayısı da artmıştır. Bu sonuçlardan Lisans-Yüksek lisans mezunu hemşirelerin hemşirelik okulları ders müfredatlarında hemşirelik sürecine daha çok yer verildiğinin payı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca süreci bilme ve uygulama durumlarına yönelik soru tarzlarından ya da sorulan örnek vakaların içeriğinden de kaynaklanabilir.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Hemşirelerin bakım verirken hemşirelik sürecini bilme ve uygulamalarına yönelik olarak 131 hemşire ile tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırmanın sonuçları aşağıdaki gibidir.

- Hemşirelerin yarıdan fazlasının hemşirelik sürecinde kendisini yeterli bulduğu, tamamına yakının ise klinikte hastaya bakım verirken hemşirelik sürecini kullanmayı gerekli bulduğu saptanmıştır.
- Hemşirelerin süreci uygulamada sorun yaşadıkları belirlenmiştir.
- Hemşirelerin hastaya bakım verirken en çok hemşirelik sürecinin veri toplama aşamasında, en az ise değerlendirme aşamasında sorun yaşadıkları bulunmuştur.
- Bilgi ve uygulamaya yönelik 21 çoktan seçmeli soruların tümüne doğru cevap veren hemşire bulunmamıştır.
- Hemşirelerin eğitim seviyesi arttıkça Vaka 1 sorularına verilen doğru cevap sayısı da artmıştır.
- Hemşirelere ait bazı değişkenlerin süreci bilme ve uygulamalarını etkilediği belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin hemşirelik süreci ile ilgili bilgilerini unutmamaları ve teorik bilgilerini uygulamada kullanmaları için hizmet içi eğitimlerin verilmesi, karşılaşılan sorunların bu eğitimler sırasında çözülmesi gerekmektedir. Hemşirelik eğitim müfredatlarında hemşirelik sürecine yer verilerek, müfredatta hemşirelik sürecine ayrılan zaman artırılmalıdır. Ayrıca hemşirelik okullarında hemşirelik sürecine yönelik ortak bir standartta eğitim verilmesi, hastanelerde çalışan hemşirelere süreci uygulamaya yönelik düzenlemelerin yapılması, hasta bakımında sürecin önemini vurgulayan çalışmalar yapılması önerilebilir.

Kaynaklar

- Alcan, Z., Aksoy, A., Civil, B., Tekin, D. E., Ekim, R., Civil, S. Ö., ve ark. (2011). *Hemşirelik hizmetleri ışığında hastane süreçleri* (1. Baskı, ss.1-50). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi. Ltd. Şti.
- Andsoy, I. I., Güngör, T., Dikmen, Y., & Nabel, E. B. (2013). Hemşirelerin bakım planını kullanırken yaşadıkları güçlükler. *Journal of Contemporary Medicine*, 3, 88-94.
- Aştı, T. A., & Karadağ, A. (2011). *Klinik uygulama becerileri ve yöntemleri*. (ss.51-52). Adana: Nobel Tıp Kitabevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama Ltd. Şti.
- Avşar, G., Ögünç, A. E., Taşkın, M., & Burak, Ö. F. (2014). Hemşirelerin hasta bakımında kullandıkları hemşirelik süreci uygulamalarının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17, 216-221.
- Axelsson, L., Bjorvell, C., Mattiasson, A. C., & Randers, I. (2005). Swedish registered nurses' incentive to use nursing diagnosis in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 936-45.
- Ay, F. A. (2008). Mesleki temel kavramlar. İçinde Ay, F. A. (Ed.), *Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler* (3.Baskı, ss:2-28) İstanbul: Medikal Yayıncılık Ltd Şti.
- Bayık, A. (2002). Hemşirelik disiplini ve araştırma. İçinde Erefe İ. (Ed.), *Hemşirelikte araştırma ilke süreç ve yöntemleri*. İstanbul: Odak Ofset.
- Berman, A., Synder, J.S., Kozier, B., & Erb, G. (2008). *Fundamentals of nursing concepts, process and practice*. (8th ed.). New Jersey: Pearson International Edition.
- Biröl, L. (2007). *Hemşirelik süreci* (8. Baskı, ss:21-28). İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti.
- Biröl, L. (2013). *Hemşirelik süreci: Hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım*. (10. Baskı). İzmir: Berke Ofset Matbaacılık.
- Carpenito-Moyet, L. J. (2005). *Hand book of nursing diagnosis* (çev:Erdemir F.), (2. Baskı) İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2010). *Fundamentals of nursing. human health and function*. (4rd Edition pp.126-137). Lippincott. Philadelphia: Williams andWillkins.
- Çoban, G.İ., & Kaşıkçı, M. (2008). Hastaların hemşirelik bakımını algılayışları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 16, 165-171.
- DeLaune, C. S.,& Ladner, P. K. (2010). *Fundamentals of nursing standards & practice*. (4rd ed.). Canada: Thomson Delmar Learning.
- Dikmen, Y., Ak, B., & Yorgun, S. (2015). Teorikten pratiğe: Bilgisayar destekli hemşirelik süreci uygulaması. *Journal of Human Rhythm*, 4:162-167.
- Erer, M. T., Akbaş, M., & Yıldırım G. (2017). Hemşirelik sürecinin evrimsel gelişimi hemşirelik süreci. *Lokman Hekim Dergisi*, 7, 1-5.
- Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi

- Fesci, H., Doğan, N., & Pınar, G. (2008). İç hastalıkları kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta bakımında karşılaştıkları güçlükler ve çözüm önerilerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11, 40-50.
- Fesler-Birch, D.M. (2005). Critical thinking and patient outcomes: a review. *Nursing Outlook*, 53 (2), 59-65.
- Gallager-Lepak, S. (2018). Hemşirelik tanısının temelleri. İçinde Herdman, T. H., Kamitsuru, S. (Ed.). Acaroğlu R, Kaya H. (Çeviri Ed.). *NANDA International hemşirelik tanıları tanımlar ve sınıflandırma 2015-2017*. (ss.17-30). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Green, C. (2018). Using instrumentation in psychiatric nursing to assess documentation of the nursing process for emergentnon-psychiatric patient events. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32, 702-706.
- Güner, P., & Terakye, G. (2000). Hemşirelik yüksekokulu son sınıf öğrencilerinin hemşirelik tanılarını belirleyebilme düzeyleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4, 9-15.
- Hao, A. T. H., Wu, L. P., Kumar, A., Jian, W. S., Huang, L. F., Kao, C. C., et al. (2013). Nursing process decision support system for urology ward. *International Journal of Medical Informatics*, 8, 604-612.
- Hedberg, B., & Satterlund, U. L. (2003). Observations, confirmations and strategies-useful tools in the desicion making process for nurses in practice. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 215-222.
- Izumi, S., Konishi, E., Yhiro, M., & Kodama, M. (2006). Japanese patient' descriptions of "The good nurse" personel involvement and professionalism. *Advances in Nursing Science*. 29, 14-26.
- Karabulut, N., & Çetinkaya, F. (2011). Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta bakımında karşılaştıkları güçlükler ve motivasyon düzeyleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14, 14-23.
- Karadağ, S., & Taşçı, S. (2005). Kayseri devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin verdiği hemşirelik bakımı ve bakımı etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14, 13-21.
- Kaya, H. (2012). Uygulama ve değerlendirme. İçinde Aşti T. A., Karadağ A. (Ed.). *Hemşirelik esasları, hemşirelik bilimi ve sanatı*. (ss. 201-209). İstanbul: Akademik Basın ve Yayıncılık.
- Kaya, N., Babadağ, K., Yeşiltepe, Kaçar, G., & Uygur, E. (2010). Hemşirelerin hemşirelik model/kuramlarını, hemşirelik sürecini ve sınıflama sistemlerini bilme ve uygulama durumları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3, 24-33.
- Kaya, N. (2008). Yaşam modeli. İçinde Babadağ K, Aşti T. (Ed.). *Hemşirelik esasları uygulama rehberi*, (ss.1-7). İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd Şti.
- Kaya, N. (2010). Onkoloji hemşireliği ve hemşirelik tanıları. İçinde Can, G. (Ed.). *Onkoloji hemşireliğinde kanuta dayalı bakım*. (ss.3-10). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.
- Kaya, N. (2013). Hemşirelik süreci. İçinde Aşti T. A., Karadağ A. (Ed.). *Hemşirelik Esasları*. İstanbul: Esen Ofset.
- Kelleci, M., & Gölbaşı, Z. (2004). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin problem çözme becerilerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8, 1-8.
- Keski, Ç. (2009). Son sınıf hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik süreci hakkında bilgi düzeylerinin incelenmesi. Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara, Türkiye.
- Özbuçakçı, Ş. (2009). Hemşirelik uygulamalarında bilişimin yeri. 12.Ulusal "Uluslararası Katılımlı" Hemşirelik Kongresi (Kongre Kitabı). Sivas. 20-24 Ekim, 87-89.
- Özcan, A. (2006). *Hemşire-hasta ilişkisi ve iletişim*. (2.Basım). Ankara: Sistem Ofset Bas. Yay. San. Tic. Ltd. Şti.
- Pettigrew, A. C., & King, M. O. (1993). A comparison between scores on Kirtons' inventory for nursing students and a general student population. *The Journal Psychological Research*, 73, 339-345.
- Stuart, G.W. (1998). *Implementing the nursing process: standards of care. principles practice psychiatric nursing*. (6th Edit. pp.177- 191). St. Louis Missouri: Mosby.
- T.C Sağlık Bakanlığı, Hemşirelik Yönetmeliği. (08.03.2010). (Erişim: 10 Kasım 2012). <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10070/hemşirelik-kanununun-4-uncu-maddesine-dayanilarak-hazir-.html>.
- Turaç, N., İpek, S., & Şahin, E. (2015). Hemşirelerin hemşirelik sürecine ilişkin bilgi ve görüşlerinin incelenmesi. 15.Ulusal Hemşirelik Kongresi (Kongre Kitabı). Erzurum. 10-12 Eylül, 274.
- TURDEP II Sonuçları. (2010, Ekim). Erişim: 31.05.2016. http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf.
- Türk Hemşireler Derneği. Hemşirelik Kanunu. (02.05.2007). Erişim: 11.08.2014. <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/tr/yasa-ve-yonetmelikler/yasa/hemşirelik-kanunu.aspx>.
- Wagoro, M. C. A., & Rakuom, C. P. (2015). Main streaming Kenya-Nursing Process in clinical settings: The case of Kenya. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 3, 31-39.
- World Health Organization. (2009). Lemon Learning Material on Nursing. Chapter 4: Nursing Process and Documentation. Erişim: 10.03.2016. <http://www.who.int/topics/nursing/en/>.
- Yıldırım, A. (1988). Yataklı tedavi kurumlarında çalışan hemşirelerin hizmetlerinde yer alması gereken hemşirelik işlevleri hakkında bilgi düzeylerinin araştırılması. Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul, Türkiye.
- Yılmaz, N. (2000). Hemşirelerin hemşirelik sürecine ilişkin bilgi ve görüşlerinin incelenmesi. Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul, Türkiye.
- Zaybak, A., İsmailoğlu, E. G., & Özdemir, H. (2015). Hemşirelerin hemşirelik süreci uygulamasında yaşadıkları güçlüklerin incelenmesi. 15.Ulusal Hemşirelik Kongresi (Kongre Kitabı). Erzurum. 10-12 Eylül, 63.

**EK 1: HEMŞİRELİK SÜRECİ BİLGİ VE UYGULAMA DÜZEYİ
BELİRLEME FORMU**

1. Aşağıdakilerden hangisi hemşirelik sürecinin basamaklarından değildir?
- (a) Veri toplama
(b) Tanılama
(c) Planlama
(d) Amaç belirleme **(Cevap: d)**
2. Aşağıdakilerden hangisi objektif veridir?
- (a) Hastanın ağrı şikayeti
(b) Nabzının dakikada 72 olması
(c) Çarpıntı hissi
(d) Hastanın bunaldığını ifade etmesi **(Cevap: b)**
3. Aşağıdaki seçeneklerin hangisinde etiyolojik faktör ve hemşirelik tanısı bir arada doğru olarak verilmiştir?
- (I) Çok sık idrara çıkma ve diyareye bağlı sıvı elektrolit dengesizliği riski
(II) Proteinden eksik beslenmeye bağlı intravasküler sıvı volüm fazlalığı
(III) Bulantı ve kusmaya bağlı sıvı elektrolit dengesizliği riski
(IV) Oral alamama ve hemorajiye bağlı sıvı volüm eksikliği
- (a) I-II-IV
(b) I-III-IV
(c) I-II-III
(d) I- II-III-IV **(Cevap: b)**
4. Bireyde fizyolojik, psikolojik ya da çevresel faktörler nedeniyle oksijen tüketiminin/enerji kullanımının artmasına bağlı olarak aktivite kapasitesinin değişmesi, azalması ve hareket toleransızlığı tanımlayan bir hemşirenin aşağıdaki hemşirelik tanılarından hangisini koymasına uygun olur?
- (a) Güçsüzlük
(b) Yorgunluk
(c) Aktivite İntoleransı
(d) Fiziksel Harekette Bozulma **(Cevap: c)**
5. Aşağıdakilerden hangisi bir hemşirelik tanısıdır?
- (a) Akciğer CA
(b) Hipertansiyon
(c) Pnömoni
(d) Hava Yolu Açıklığında Yetersizlik **(Cevap: d)**
6. Hemşirelik sürecinin son basamağı aşağıdakilerden hangisidir?
- (a) Tanılama
(b) Uygulama
(c) Veri toplama
(d) Değerlendirme **(Cevap: d)**
7. Trafik kazası sonucu pelvis kırığı nedeniyle hastaneye yatırılan bir hasta kalçalarında kaşıntı, kızarıklık ve ağrıdan yakınmaktadır. Hemşire devamlı yatmanın basınç bölgelerinde dolaşımı engellediği bilgisini kullanarak bu veriyi yorumlar ve hastaya "Cilt Bütünlüğünde Bozulma" tanısını koyar. Aşağıdaki seçeneklerden hangisinde bu tanının etiyolojik faktörü doğru olarak gösterilmiştir?
- (a) Ağrı
(b) Hastaneye yatma
(c) Kaşıntı, Kızarıklık
(d) Pelvis kırığı nedeniyle immobilizasyon **(Cevap: d)**
8. Aşağıdakilerden hangisi hemşirelik sürecinin planlama aşamasındaki amaçlardan biri değildir?
- (a) Bakım amaçlarının beklenen hasta sonuçlarının belirlenmesi
(b) Bakım planının yazılması
(c) Sonuçların değerlendirilmesi
(d) Hemşirelik girişimlerine karar verilmesi **(Cevap: c)**

9. Hemşirelik sürecinde veri toplarken en iyi veri kaynağı aşağıdakilerden hangisidir?

- (a) Bireyin kendisi
- (b) Bireyin ailesi
- (c) Bireyin arkadaşları
- (d) Bireyin hekimi

(Cevap: a)

VAKA-1: Bayan NK 42 yaşında, ilkokul mezunu, evli 2 çocuk annesidir. Yaklaşık bir yıldır çok su içme, çok idrara çıkma, halsizlik ve yorgunluk, son 1-2 ay yaklaşık 6 kilo kaybı şikayetleriyle hastaneye başvurmuş. Sol ayak parmağında 3 haftadır iyileşmeyen enfekte yara, şişlik kızarıklık ve ağrı var. Alt ekstremitelerde (+) ödem mevcut. Tedavisi: kan şekere göre kristalize insülin 4x1(sc), duocidflk 4x1,5gr iv, izotonik 1000cc +40mp NaHCO₃, 1400cal. Diyetetik diyet.

Yaşam Bulguları

TA: 130/90mmHg
Nb: 88/dkPh-asit
S: 28dk
A: 37.5°C

Laboratuvar Bulguları

İdrarHematoloji

Lökosit:11.700
Şeker(++) Eritrosit:4.300.000
Aseton(+++) Hb:13.1
Protein(++) Htc:32

Aşağıdaki 10, 11, 12, 13. soruları Vaka 1'deki bilgileri dikkate alarak cevaplayınız.

10. Yukarıdaki vakaya göre bayan NK'nın Lökosit 11.700, Ateş 37.5°C, lokal şişlik, kızarıklık, ağrı bulgularına yönelik aşağıdaki tanılardan hangisini koymak uygun olur?

- (a) Enfeksiyon
- (b) Cilt Bütünlüğünde Bozulma
- (c) Sıvı Volüm Fazlalığı
- (d) Bilgi Eksikliği

(Cevap: a)

11. Bayan NK'ya "Sıvı Volüm Fazlalığı" tanısı koyan bir hemşire aşağıdaki girişimlerden hangilerini planlar?

- (I) Aldığı çıkardığı takibi
 - (II) Günlük kilo ve ödem takibi
 - (III) Aseptik teknikler anlatılır
 - (IV) Laboratuvar bulguları değerlendirilir
- (a) I-II-III
 - (b) I-IV
 - (c) I-III-IV
 - (d) I-II-IV

(Cevap: d)

12. Yukarıdaki verilere dayanarak Bayan NK'ya aşağıdaki tanılardan hangisini koymanız uygun değildir?

- (a) Enfeksiyon
- (b) Sıvı Volüm Fazlalığı
- (c) Cilt Bütünlüğünde Bozulma
- (d) Hipotermi

(Cevap: d)

13. Bayan NK'nın "Sıvı volümün dengede olması" cümlesi aşağıdakilerden hangisini ifade etmektedir?

- (a) Bakımın amacını
- (b) Etiyolojik faktörü
- (c) Değerlendirmeyi
- (d) Hemşirelik uygulamasını

(Cevap: a)

VAKA-2: 10 yıldır hipertansiyon hastası olan DÇ 52 yaşında bayan hasta. 20 gün önce el ve ayaklarda karıncalanma tarzında uyuşukluk olmuş fakat gün içerisinde geçtiği için önemsememiş. Bu süre içerisinde yutması giderek güçleşmiş. İki gün önce birden yere yığılınca yakınları tarafından hastaneye getirilmiş. Çekilen bilgisayar tomografisi sonucunda sol arterioserebrimediya alanında infekt saptanmış. İdrar inkontinansı olduğu için foleykatater, yutma bozukluğu olduğu için nazogastrik sonda takılmış.

Yaşam Bulguları:

TA: 180/110mmHg, Nb: 88/dkA: 36.5 °C S: 20dk

Aşağıdaki 14, 15, 16 ve 17. soruları Vaka 2'deki bilgileri dikkate alarak cevaplayınız.

14. Yukarıdaki verilere dayanarak Bayan DÇ'ye "Fiziksel Harekette Bozulma" tanısını koyan bir hemşirenin etiyolojik faktörü aşağıdakilerden hangisidir?

- (a) Hemipleji
- (b) Yutma Güçlüğü
- (c) Damar Yolunun Bulunması
- (d) Foley Sondasının Olması

(Cevap: a)

15. Bayan DC'nin yutma güçlüğü ve nazogastrik sondasının bulunmasına bağlı aşağıdaki hangi potansiyel risk tanısı konulabilir?

- (a) Aspirasyon Riski
- (b) Enfeksiyon Riski
- (c) Cilt Bütünlüğünde Bozulma Riski
- (d) Doku Perfüzyonunda Bozulma Riski

(Cevap: a)

16. Yutma bozukluğu tanısına yönelik "Etkili yutmanın sağlanması için yutma işlemi sırasında hastanın başı desteklenir." cümlesi hangisini ifade etmektedir?

- (a) Etiyolojik Faktör
- (b) Hemşirelik Girişimi
- (c) Bakımın Amacını
- (d) Değerlendirme

(Cevap: b)

17. DC'nin dilde pelteleşmesinin ve konuşma güçlüğünün olmasına bağlı olarak aşağıdaki tanılardan hangisinin konulması uygundur?

- (a) Fiziksel Harekette Bozulma
- (b) Enfeksiyon Riski
- (c) Sözel İletişimde Bozulma
- (d) Öz Bakımda Yetersizlik

(Cevap: c)

VAKA-3: Bayan FA 25 yaşında evli ve okuma yazma bilmiyor. Bir yıldır halsiz ve yorgun. Ancak son günlerde yerinden kalkmakta zorluk çekiyor. En küçük bir harekette nefes nefese kalıyor ve çarpıntısı oluyor. Son bir haftadır dilinde yemek yemesini engelleyecek derecede acıma ve hafif şişlikten yakınması var. Daha önceki aylarda özellikle hamileliği döneminde yakınmaları fazla olduğu için doktora gitmek istemiş ancak ilaçları alacak paraları olmadığı için gidememiş. FA hastanedeki yemeklerin kendisi için iştah açıcı olduğunu ancak yiyecek halinin olmadığını acının engel olduğunu söylüyor. Toprak yeme alışkanlığı da olan hastanın soğuk soluk ve kaşık tırnakları mevcut. Tedavide lüzum halinde kan transfüzyonu, Ferrumdrj. 300mg 3x1, C vit draje 1x1, TalcidSüsp. 4x2 ölçek.

Laboratuvar DeğerleriYaşam Bulguları

Hb: 6.9 Eritrosit: 2.800.00 TA: 90 /60 mmHg
Htc: 25.7 Lökosit: 4900 Nb:118/dk Ateş: 36.5°C
Trombosit: 180.000 S: 32/dk
Demir:40mg/dl (60-190)
Fe bağlama kapasitesi: 420mg/dl (25-420)

Aşağıdaki 18, 19, 20, 21. soruları Vaka 3'teki bilgileri dikkate alarak cevaplayınız.

18. FA'nın halsizlik yorgunluk hareketle artan nefes darlığı, çarpıntı şikayetleri düşünüldüğünde aşağıda verilen hemşirelik tanılarından hangisini almak uygun olur?

- (a) Bilgi eksikliği
- (b) Aktivite intoleransı
- (c) Kardiyak outputta artma
- (d) Hipotermi

(Cevap: b)

19.FA'nın ekonomik durum nedeniyle doktora gidememeye bağlı aşağıda verilen tanılarda hangisini almak uygun olur?

- (a) Sağlığın sürdürülmesinde yetersizlik
- (b) Sözel iletişimde bozukluk
- (c) Anksiyete
- (d) Bilgi eksikliği

(Cevap: a)

20. Yukarıda verilen bilgilere yönelik FA'ya "Beden Gereksiniminden Az Beslenme" tanısı koyan bir hemşirenin amaç cümlesiaşağıdakilerden hangisi olmalıdır?

- (a) FA'nın diyetisyenle görüşüp yumuşak gıdalar alması
- (b) FA'nın fazla sıcak soğuk yiyeceklerden kaçınması
- (c) FA'nınmetabolik gereksinimine ve aktivite düzeyine uygun beslenmesi
- (d) FA'nın demir yönünden zengin besinlerle beslenmesi

(Cevap: c)

21. FA'ya "Aktivite İntoleransı" tanısı koyan bir hemşire aşağıdaki hangi girişimleri planlar?

- (I) Oksijen tüketimini azaltmak için hastanın istirahat planı yapılır.
- (II) Aktiviteleri ne derece tolere ettiği izlenilir.
- (III) Giderek artan egzersiz planı yapılır.
- (IV) Sosyal hizmet uzmanı ile görüşülür.

- (a) I-II-III
- (b) I-II
- (c) I-IV
- (d) I-II-IV

(Cevap: a)

Yoğun Bakım Hastalarına Verilen Pozisyonların Hemodinamik Ölçümlere Etkisi*

Özden TOR** Gülçay MERT*** Betül TOSUN****

Öz

Amaç: Bu çalışmada; yoğun bakım ünitesinde hastalara verilen değişik açılardaki (0° ve 45°) yatak başı pozisyonlarının hemodinamik ölçümlere etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Bir iç hastalıkları yoğun bakım ünitesinde yarı deneysel olarak yapılan bu çalışmanın örneklemini santral venöz ve arteriyel kateteri takılmış, monitörlene olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 30 hasta oluşturmuştur. Veri toplama aşamasında; yoğun bakımda izlenen hastalara sırası ile 0° supine ve yatak başı 45° semifowler pozisyonu verilmiştir. Bu pozisyonlarda 0. dakika ve 10. dakikada hemodinamik ölçümler yapılmıştır. Hastaların sosyodemografik verileri, hastalık bilgileri, pozisyonları ve elde edilen hemodinamik ölçümler kayıt edilmiştir. Veriler SPSS for Windows 15.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama ± standart sapma olarak ifade edilmiştir. Pozisyonlar sonrası elde edilen hemodinamik ölçüm değer ortalamaları arasındaki fark normal dağılıma uymayan veriler için Man Whitney U testi kullanılarak analiz edilmiştir. **Bulgular:** Hastaların 17'si (%56) kadın, yaş ortalaması 61.16 ± 15.85'dir. Hastalara verilen pozisyonlar (0° ve 45°) sonrasında 1. ve 10. dk.'da elde edilen hemodinamik ölçüm değerleri incelendiğinde; CVP, sistolik, diastolik, ortalama arteriel basıncı ve kalp atım hızı ortalamalarının, yatak başı yüksekliklerinin değişiminden istatistiksel olarak etkilenmediği saptanmıştır (p > .05). **Sonuç:** Sonuç olarak; bazı hemodinamik ölçümlerin yatak başının 45°'de olduğu seviyede, yatak başı 0° pozisyona getirilmeden güvenli olarak yapılabileceği değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hemodinamik Ölçüm, Hasta Pozisyonu, Hemşirelik.

Abstract

Effects of Positions on Hemodynamic Parameters of Patients in Intensive Care Unit

Objectives: The aim of this study was to determine the effects of bed head position (0° and 45°) on hemodynamic parameters of patients in the ICU. **Methods:** This quasi experimental design study was conducted in the internal diseases intensive care unit of a training and research hospital. The sample of the study is comprised of 30 monitored patients who have central venous and arterial catheter and volunteered to participate in the study. During data collection, patients in the ICU were examined first in supine position at angle of 0° and then in semifowler position at an angle of 45°. Examination was performed one and ten minutes after the new position. Sociodemographic data, information about disease, positions and the hemodynamic parameters were documented. Data was analyzed with SPSS for Windows 15.0 program pack. Descriptive statistics were given in number, percentage, mean ± standard deviation. Man Whitney U Test was used to analyze the difference among the mean hemodynamic parameters. Results: Seventeen (56%) of the patients were women, and the mean age was 61.16 ± 15.85 years. In the comparison of hemodynamic parameters gathered at zero and tenth minutes of positioning at angles of 0° and 45°; CVP, systolic, diastolic and mean arterial blood pressure and mean heart rate were not statistically affected by changes in the position (p > .05). **Conclusion:** As a result, it is suggested that some hemodynamic parameters can be examined safely at an angle of 45° instead of positioning the bed head at angle of 0°.

Key Words: Hemodynamic Parameters, Patient Position, Nursing.

Geliş tarihi: 10.02.2018

Kabul tarihi: 23.09.2018

Yoğun bakım şartlarında sürekli izlemi yapılan hastaların büyük çoğunluğunu; stabil olmayan hemodinamik parametreler nedeni ile yatağa bağımlı hastalar oluşturmaktadır (Brindle ve ark., 2013; Göcze ve ark., 2013). Yoğun bakımlarda yatağa bağımlı kalma tüm vücut sistemlerini olumsuz etkiler ve birçok organda sorunlara neden olur. Bu problemler pulmoner komplikasyonlar (atelektazi, mekanik ventilatör ilişkili pnömoni) kardiyak performans değişimleri, tomoembolik komplikasyonlar, basınç yaraları, kas ve kemik atrofileri, üriner sistem bozukluklarıdır (Kramer, Gollhofer, Armbrrecht, Felsenberg ve Gruber, 2017; Powers ve Daniels, 2004).

Yoğun bakım hastalarının tedavi ve bakım sürecinde yatak istirahatinin etkilerinden en az zarar görmesi ve konforu için vücut pozisyonu yatak içinde sık sık değiştirilir. Hastalara pozisyon vermek ve pozisyonunu değiştirmek, hemşirelerin bağımsız fonksiyonlarından ve girişimlerinden biridir (Anchala, 2016), ancak; bu girişimleri yoğun bakım hastalarının tedavi ve bakımına katkısı olduğu kadar, vücut işlevlerine zararı da olabilir (Vollman, 2010; Yıldırım ve Yavuz, 2009, 2010). Hastalara doğru şekilde verilmeyen pozisyonlar ventilasyon/perfüzyon oranının bozulmasına, kardiyak fonksiyonların değişmesine, serebral perfüzyonun azalmasına, kafa içi basıncının artmasına mide içeriğinin aspirasyonuna neden olabilmektedir (Göcze ve ark., 2013; Grap ve Munro, 2005; Ropper, 2002; Schwarz, Georgiadis, Aschoff ve Schwab, 2002; Vrachatis ve ark., 2014). Hemşireler vücut fonksiyonlarının ölçümünü, tedavi ve bakım uygulamalarını bu değişimleri göz önünde bulundurarak yapmalıdır.

*Bu araştırma 2-5 Kasım 2016 tarihleri arasında düzenlenen, 13. Ulusal Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Kongresi (5. Avrasya Yoğun Bakım Toplantısı), İzmir, Türkiye'de sözel bildiri olarak sunulmuştur. **Uzman Hemşire, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Yoğun Bakım Kliniği, Ankara, Türkiye. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9890-7708>, *** Hemşire, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Yoğun Bakım Kliniği, Ankara, Türkiye. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9890-7708>, **** Dr. Öğretim Üyesi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Gaziantep, Türkiye. Telefon: 505 365 21 21. e-mail: tosunbetul@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4505-5887>

Literatür incelendiğinde yoğun bakım hastalarında aspirasyonun ve buna bağlı olarak aspirasyon pnömonisi oluşum riskinin önlenmesi, akciğerlerin diyaframa baskı yapan iç organlar ve göğüs kafesinin baskısı olmadan kolayca genişleyebilmesi ve kafa içi basıncının artmaması açısından yatak başının farklı derecelerde yükseltildiği pozisyonlar (30°, 45° ve 60°), tercih edilir ve önerilir (Bridges, Woods, Brengelmann, Mitchell ve Laurent-Bopp, 2000; Dillon, Munro ve Grap, 2002; Göcze ve ark., 2013; Memiş, Turan, Karamanlıoğlu, Emet ve Pamukçu, 2005; Soll ve ark., 2009; Sreenivasa ve ark., 2006). Winters, Bremjit, Holt, Harper, ve Wright (2016), ameliyathanede robotik radikal sistektomi cerrahisi sırasında, hastalara verdikleri dik trandelenburg pozisyonunun, hastaların solunum ve dolaşım fonksiyonlarında (klinik olarak hayati olmamakla birlikte) olumsuz değişikliklere yol açtığını bulmuştur. Yıldırım ve Yavuz (2010) kalp cerrahisi geçirmiş yoğun bakım hastaları ile yaptıkları çalışmada hastalara verilen değişik açılardaki sırtüstü pozisyonlar (0°, 30° ve 45°) sonrasında elde edilen hemodinamik ölçüm (kalp atım hızı, sistolik, diyastolik kan basıncı, pulmoner arter basıncı) ortalamaları arasında kayda değer bir fark olmadığını belirtmiştir. Aynı zamanda Soll ve arkadaşları (2009) kronik kalp hastaları ile yaptıkları çalışmada 45° sırtüstü pozisyonunda uyuyan hastaların 0° sırtüstü pozisyonunda uyuyanlara göre Cheyne-Stokes apnelerinin azaldığını, uyku kalitesinin arttığını fakat hemodinamik ölçümlerinde (sol ventrikül hemodinamisi) bir fark olmadığını bulmuştur. Ayrıca kanıtlar aspirasyon pnömonisini önlemek amacıyla özellikle enteral beslenme solüsyonuyla beslenen yoğun bakım hastalarının yatak başının 30-45° açı ile elevasyona alınmasını önermektedir (Alexiou, Ierodiakonou, Dimopoulos ve Falagas, 2009; Burk ve Grap, 2012; Keeley, 2007).

Farklı bir görüş olarak ise Göcze ve arkadaşları (2013) mekanik ventilatöre bağlı (basınç kontrol modunda) hastalar ile yaptığı çalışmada, yatak başının 45° elevasyona alınmasının hastaların arteriyel kan basıncını düşürdüğünü ve santral venöz oksijen saturasyonunun anlamlı derecede azaldığını bildirmiştir. Daha yatay hasta pozisyonlarının yoğun bakım hastalarında solunum ve dolaşım fonksiyonları üzerinde daha faydalı olduğunu savunmuştur.

Yatak başının yükseltilmesinin özellikle enteral tüple beslenen hastaların aspirasyon riskini azalttığını vurgulayan klinik çalışmalar bulunmasına rağmen, klinik ortamda profesyonellerin hemodinamik ölçümler için hasta pozisyonu konusunda kararsızlık yaşadığı ve bu konuda standart olmayan pozisyonlar verilerek ölçüm yapıldığı değerlendirilmiştir (Aitken, 2000; Dillon ve ark. 2002; Yıldırım ve Yavuz, 2010). Benzer şekilde santral venöz basıncın (CVP) hastanın pozisyonundan etkilendiğine dair kesin bir kanıt olmamasına rağmen bazı sağlık profesyonelleri tarafından rutin olarak yatak başı açısı 0° olacak şekilde ölçüm yapıldığı izlenmiştir.

Amaç

Bu bilgiler ışığında çalışmamızda, yoğun bakım hastalarına verilen 0° supine ve 45° semifowler pozisyonlarının hemodinamik ölçümler (CVP, sistolik kan basıncı (SKB), diastolik kan basıncı (DKB), Ortalama Arteriel Basıncı (OAB) ve kalp atım hızı) üzerine etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Araştırma Hipotezleri

H₀: Yoğun bakım hastalarına verilen 0° supine ve 45° semifowler pozisyonlarında kaydedilen hemodinamik ölçümler arasında fark yoktur.

H₁: Yoğun bakım hastalarına verilen 0° supine ve 45° semifowler pozisyonlarında kaydedilen hemodinamik ölçümler arasında fark vardır.” şeklinde belirlenmiştir.

Yöntem

Araştırmanın Tipi ve Yeri

Yarı deneysel, olarak planlanan bu araştırma Nisan-Haziran 2016 tarihleri arasında bir eğitim ve araştırma hastanesinin 3. seviye iç hastalıkları yoğun bakım kliniğinde yapılmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini çalışmanın yapıldığı tarihler arasında iç hastalıkları yoğun bakım kliniğinde yatarak tedavi gören hastalar, örneklemini ise yoğun bakımda en az 24 saattir yatarak tedavi gören, santral venöz ve arteriyel kateter takılmış, 24 saat monitörlene olan, yatağa bağımlı ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 30 hasta oluşturmuştur. Hemodiyaliz tedavisinde olan, arteriyel oksijen saturasyonu %90'ın altında olan, yoğun bakım sorumlu hekim tarafından 0° sırtüstü pozisyonu tolere etme yetersizliği olduğu bildirilen hastalar (hipovolemik ve bradikardik) çalışma dışında tutulmuştur.

Örneklem büyüklüğü literatürden (Giuliano, Scott, Brown, ve Olson, 2003; Keckeisen, 2004; Yıldırım ve Yavuz, 2010) ve uzman bir istatistikçiden yardım alınarak “DSS Research Calculator” paket programı ile hesaplanmıştır. Çalışmamızda her bir hemodinamik parametrenin pozisyon değişimi ile klinik olarak tehlike arz etmeyecek kabul edilebilir düzeylerde (%10-15'lik) bir değişim ile %95 güven aralığında %80 güç ile 30 hastanın yeterli örneklem büyüklüğü olacağına karar verilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet), hastalık bilgileri, mekanik ventilatöre bağlı olma durumları, tedavileri, pozisyonları ve elde edilen hemodinamik ölçümlerin sonuçları araştırmacılar tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan veri toplama formuna kayıt edilmiştir (Bridges ve ark., 2000; Dillon, ve ark., 2002; Göcze ve ark., 2013; Memiş ve ark., 2005; Soll ve ark., 2009; Sreenivasa ve ark., 2006).

Yapılan İşlem/Müdahale

Çalışmanın örneklemini belirlenirken seçilen hastalar randomize olarak seçilmiştir. Hastaların kendi kontrol grubunu oluşturduğu çalışmamızda yoğun bakım ünitesindeki hangi hastaların çalışmaya katılacağı randomize olarak seçilmiştir.

Çalışmamızda randomizasyon için rastgele sayılar tablosu kullanılmıştır. Araştırmacı olmayan bir sağlık çalışanından daha önceden hazırlanmış bir sayfada yazılı on adet sayı bloğundan birini seçmesi ve rastgele bir sayı söylemesi istenmiştir. Seçilen bloktaki rastgele söylenen sayıya karşılık gelen sıradan itibaren 30 rakam çalışmaya dahil edeceğimiz hastaların çalışmaya dahil edilme sıra numarasını oluşturmuştur. Seçilen hastanın dahil edilme kriterlerini karşılamaması durumunda bir sonraki hastaya geçilmiştir.

Veri toplama aşaması gündüz vardiyasında gerçekleştirilmiştir. Veriler iki araştırmacı hemşire tarafından toplanmış olup, bir araştırmacı hemşire hastaların pozisyonun değiştirip hemodinamik ölçümleri yaparken, diğer bir araştırmacı hemşire ise verileri veri toplama formuna kaydetmiştir. Çalışmada toplanan verilerin tutarlılığın sağlanabilmesi için pozisyon değişimi ve hemodinamik ölçümler daima aynı araştırmacı hemşire tarafından yapılmıştır.

Çalışmanın veri toplama aşamasında; her bir katılımcı kendi kontrol grubunu oluşturduğundan, aynı grup üzerinde tekrarlı ölçümler yapılmıştır. Çalışmaya randomize olarak dahil edilen ve kabul kriterlerini sağlayan hastaların öncelikle sosyodemografik özellikleri ve tanıtıcı bilgileri kaydedilmiştir. Takiben yoğun bakımda araştırmaya dahil edilen hastalara bir araştırmacı hemşire tarafından sırası ile 0° supine ve su terazisi ile yatak başı 45° yükseltılarak semifowler pozisyonları verilmiştir. İlk olarak hastalar supine pozisyonuna getirilerek, beklemeden (0. dakikada) hemodinamik ölçümler (CVP, SKB, DKB, OKB, kalp atım hızı) yapılmıştır. Hastanın pozisyon değişimi sonrası monitörde oluşabilecek basınç dalgalanmalarının olabileceği ve bu durumun hemodinamik parametreleri değiştirebileceği düşünülerek 10 dakika dinlenme süresinin ardından ölçümler tekrar yapılmıştır. Daha sonra yatak başı 45° ye yükseltilerek 0. ve 10. dakikada ölçümler (CVP, SKB, DKB, OKB, kalp atım hızı) tekrarlanmıştır. Ölçümler sırasında monitöre bağlı olan transdüserin sağ atriumun eksternal referans noktası hizasında olmasına dikkat edilmiştir. Hastalar sırtüstü yatar pozisyondayken dördüncü interkostal aralıktan hayali çizilen bir vertikal çizgi ile göğüsün ön ve arka çapının ortak noktasından çizilen horizontal bir çizginin kesiştiği yer işaretlenerek transdüser ile hizalanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi bilgisayar ortamında Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 15.0 programında değerlendirilmiştir. Çalışmamızda hastalara ait hemodinamik ölçümler (CVP, SKB, DKB, OKB, kalp atım hızı) bağımlı değişkenler, hastalara verilen supine ve semifowler pozisyonları bağımsız değişken olarak belirlenmiştir. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama standart sapma olarak verilmiş olup, hastalara verilen pozisyonlar sonrası hemodinamik ölçümler arasındaki fark normal dağılıma uymayan veriler için Man Whitney U Testi kullanılarak hesaplanmıştır. $p < .05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yapıldığı eğitim ve araştırma hastanesinden etik kurul onayı (12/04/2016 tarih ve Kayıt no:178) ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar veya bilinci kapalı olan hastaların birinci derece yakınları bilgilendirilerek yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın bütün verilerinin aynı yoğun bakımda, homojen bir gruptan toplanmış olması ve katılımcıların kendi kontrol grubunu oluşturmuş olması araştırma sonuçlarını güvenilir kılmaktadır. Bununla birlikte çalışmamızın yalnızca iki farklı pozisyonu karşılaştırmış olması çalışmamızın sınırlılığdır.

Bulgular

Toplam katılımcı sayısının 30 olduğu bu çalışmada hastaların 17'si (%56) kadın, 13'ü (%43) 61-80 yaş aralığında, yaş ortalaması 61.16 ± 15.85 , 12'si (%40) Kalp yetmezliği ve Arrest Yaşayarı tanısı ile yatan hastalardan oluşmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalıklarına İlişkin Değişkenlerin Sayı ve Yüzde Dağılımları (n=30)

Özellikler	Sayı (%) / Ort±SS
Cinsiyet	
Kadın	17 (%56)
Erkek	13 (%43)
Yaş	61.16 ± 15.85
Tanı	
Pnömoni	6 (%20)
Kanser	6 (%20)
Kalp yetmezliği ve Arrest yaşayarı	12 (%40)
KOAH	3 (%10)
Diğer	3 (%10)
Mekanik ventilatöre bağlı olma durumu	
Evet	25 (%83)
Hayır	5 (%16)

Hastanın İnotrop/vazopressör tedavisi alma durumu

Evet	12 (%40)
Hayır	18 (%60)

Hastalara verilen 0° supine ve 45° semifowler pozisyonları sonrasında 0. dakikada CVP ortalamaları sırasıyla 8.90 ± 4.77, 8.83 ± 4.58'dir. 10.dk 0° supine pozisyonunda CVP ortalaması 8.26 ± 4.63, 45° semifowler pozisyonunda ise 9.13 ± 5.09'dur. İlk dakikada ve 10.dk'da yapılan ölçümlerde 0° supine ve 45° semifowler pozisyonlarında hastaların ölçülen CVP ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (sırasıyla; $z = .15, p = .882$; $z = -.77, p = .444$) (Tablo 2).

Sistolik kan basıncı ortalaması 0.dk, 0° supine pozisyonunda 118.76 ± 26.30, 45°'de ise 120.83 ± 29.27'dir. 10.dk, 0° supine pozisyonunda SKB ortalaması 124.10 ± 24.43, 45°'de 119.10 ± 29.21'dir. Sıfırıncı dakikada ve 10.dk'da yapılan ölçümlerde 0° supine ve 45° semifowler pozisyonlarında yapılan ölçümlerde hastaların SKB ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır. (sırasıyla; $z = -.09, p = .929$; $z = -.87, p = .383$), (Tablo 2).

Diyastolik kan basıncı ortalaması 0.dk, 0° supine pozisyonunda 60.93 ± 13.92, 45°'de ise 63.33 ± 14.83'dir. DKB ortalamaları 10.dk, 0° supine pozisyonunda ve 45° semifowler pozisyonlarında sırasıyla; 64.10 ± 11.54 ve 63.90 ± 14.95'dir. 0.dk'da ve 10. dk'da 0° ve 45° pozisyonlarında yapılan ölçümlerde DKB ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. (sırasıyla; $z = -.47, p = .641$; $z = -.03, p = .976$), (Tablo 2).

OAB ortalaması 0. dk, 0° supine pozisyonunda 77.30 ± 16.92, 45°'de 77.00 ± 19.79'dir. 0.dk'da 0° ve 45° pozisyonlarında OAB ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. ($p > .05$). Benzer şekilde 10.dk 0° supine pozisyonunda OAB ortalaması 82.16 ± 15.10, 45° semifowler pozisyonunda 81.33 ± 17.59'dur. 10.dk'da 0° ve 45° pozisyonlarında yapılan ölçümlerde OAB ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (sırasıyla; $z = -.39, p = .700$; $z = -.57, p = .569$), (Tablo 2).

Kalp atım hızı ortalaması 0.dk, 0° supine pozisyonunda 103.56 ± 21.73, 45° semifowler pozisyonunda 102.53 ± 21.62'dir. 10.dk 0° supine pozisyonunda Kalp atım hızı ortalaması 103.50 ± 20.67, 45° semifowler pozisyonunda ise 102.26 ± 24.56'dir. Yapılan ölçümlerde 0° ve 45° pozisyonlarda kalp atım hızı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (sırasıyla; $z = -.17, p = .865$; $z = -.40, p = .690$) (Tablo 2).

Tablo 2. 0. Dakikada ve 10. Dakikada, Hastaların 0° Supine ve 45° Semifowler Pozisyonlarında Alınan Hemodinamik Ölçümlerinin Karşılaştırılması (n=30)

Hemodinamik Parametreler	0°, 0. dk (Ort±SS)	45°, 0. dk (Ort±SS)	z p	0°, 10. dk (Ort±SS)	45°, 10. dk (Ort±SS)	z p
CVP (cm su)	8.90 ± 4.77	8.83±4.58	-.15 .882	8.26 ± 4.63	9.13 ± 5.09	-.77 .444
SKB (mmHg)	118.76 ± 26.30	120.83±29.27	-.09 .929	124.10 ± 24.43	119.10 ± 29.21	-.873 .383
DKB (mmHg)	60.93 ± 13.92	63.33±14.83	-.47 .641	64.10 ± 11.54	63.90 ± 14.95	-.030 .976
OAB (mmHg)	77.30 ± 16.92	77.00±19.79	-.39 .700	82.16 ± 15.10	81.33 ± 17.59	-.57 .569
Kalp hızı (atım/dk)	103.56 ± 21.73	102.53±21.62	-.17 .865	103.50 ± 20.67	102.26 ± 24.56	-.40 .690

Tartışma

Çalışmamız iç hastalıkları yoğun bakım ünitesinde, 30 monitörize hastanın kendi kontrol grubunu oluşturduğu ve iki farklı pozisyonda hemodinamik ölçümlerinin karşılaştırıldığı deneysel bir çalışma olarak tamamlanmıştır. Yapılan hemodinamik ölçüm (CVP, SKB, DKB, OKB, kalp atım hızı) ortalamaları arasında, farklı açılardaki pozisyonlarda (0° supine ve 45° semifowler), 0.dk'da istatistiksel ve klinik olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı saptanmıştır. Hastaların pozisyon değişimi sonrası ortostatik hipotansiyon ya da oluşabilecek basınç dalgalanmalarından kaçınmak için pozisyon değişimi sonrası 10 dk. beklenmiştir. Bu durumda da hemodinamik ölçüm (CVP, SKB, DKB, OKB, kalp atım hızı) ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Literatür incelendiğinde; çalışmamızla benzer hemodinamik ölçümlerin, benzer açıdaki pozisyonlardan etkilenip etkilenmediğini araştıran çalışmalar kısıtlıdır. Bununla birlikte, çeşitli hemodinamik parametrelerin hasta pozisyonuna göre değişimini araştıran çalışmalarda, çalışmamızla benzer sonuçlar elde eden araştırmacılar olmakla beraber karşıt görüşleri savunanlar da bulunmaktadır. Keckeisen (2004) yoğun bakım ünitesinde, pulmoner arter kateteri olan hastalarda yatak başını 0°, 30°, 45° ve 60° pozisyonlandırmanın, pulmoner arter basıncını değiştirmeyeceğini belirtmiş olup, sonuçların yatak başı açısından etkilenmediğini bildirmiştir. Giuliano ve arkadaşları (2003) iç hastalıkları, cerrahi ve travma yoğun bakım ünitesinde 26 hasta ile yaptıkları çalışmada, 0°, 30° ve 45° lik yatak başı açılarında, her pozisyonun 0. dakika, 5. dakika ve 10. dakikada; kardiyak output, kardiyak indeks, atım volümü, kalp hızı ve OAB ölçümlerini karşılaştırmışlar ve yapılan ölçümlerin sonuçları arasında fark bulunmadığını bildirmişlerdir. Yıldırım ve Yavuz (2010), kalp ameliyatı sonrası, 50

yoğun bakım hastasının yatak başını 0°, 30° ve 45° elevasyona alarak SKB, DKB, OAB, Kalp hızı ve pulmoner arter basınçlarını incelemişler ve hemodinamik parametre ölçümlerinden 45° elevasyona kadar getirilen pozisyonlarda güvenli sonuçlar elde edilebileceğini belirtmişlerdir. Bu çalışma sonuçları çalışmamızla paralel olmakla beraber, cerrahi ya da travma geçirmemiş olan örneklemimizden elde edilen çalışma sonuçlarımızın hemodinamiyi doğrudan etkileyen, kardiyovasküler cerrahi geçirmiş ya da travma hastaları ile yapılmış çalışma sonuçları ile benzer olması dikkat çekicidir.

Hemodinamik instabilite yoğun bakım hastaları için hayatı tehdit eden ciddi sorunlar arasında yer almaktadır. Bazı sağlık profesyonelleri hastaların pozisyonlarını değiştirdiklerinde ya da yatak başını yüksek tuttuklarında hemodinamik dengesizliğe sebep olabilecekleri konusunda kaygı duyarlar. Bu sebeple hastaların düşük yatak başı açılarında daha stabil hemodinamik ölçümlere ulaşacaklarını değerlendiriyor olabilirler (Brindle ve ark., 2013). Nitekim bu fikri destekleyen bazı görüşler de mevcuttur. Emerson ve Banasik (1994) kardiyak cerrahi girişimi uygulanmış ameliyat sonrası dönemdeki hastalarda, sağ ve sol yan pozisyonların seçilen bazı hemodinamik parametrelere olan etkisini inceledikleri çalışmalarında; sırtüstü, 45° sağ yan ve 45° sol yan pozisyonda iken kan basıncı, CVP ve kalp hızı ölçümleri arasındaki farkı incelemişlerdir. Emerson ve Banasik'in (1994) çalışmalarının sonucuna göre, değişen hasta pozisyonları sistolik ve diastolik kan basıncında, CVP ve kalp hızında istatistiksel olarak anlamlı farklılığa yol açmıştır.

Bizim çalışmamızda tüm temel hemodinamik verilerde pozisyon değişimlerine göre istatistiksel veya klinik anlamlı bir fark bulunmamıştır. Emerson ve Banasik'in (1994) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulmalarına karşın, bu farkın klinik olarak anlamlı olmadığı, bildirdikleri pozisyonlarda sistolik, diastolik kan basınçları ve kalp hızı ölçümlerin yapılabileceğini bildirmişlerdir. Dolayısı ile verilerin farkının klinik açısından göz ardı edilebileceği düşünülebilir. Bununla birlikte CVP ölçümlerinde anlamlı farklılık bulunması; araştırmada açıkça belirtilmeyen, hipotansif ve hipovolemik hastaların seçilmesi nedeniyle hastaların pozisyon değişimlerini tolere edememesi, ölçümlerde transduserin doğru hizalanmaması ve sıfırlanmaması (Brindle ve ark., 2013; Keckeisen, 2004) gibi karıştırıcı faktörlerin göz önünde bulundurulmamasından kaynaklanıyor olabilir. İlaveten Göcze ve arkadaşları (2013), mekanik ventilatöre bağlı hastalar ile yaptıkları çalışmada hastalara verdikleri 0°, 30° ve 45° yatak başı pozisyonlarının, pozisyon verildikten 3dk sonra hemodinamik parametreler üzerine etkilerini incelemiş olup, 45° yatak başı açısının, hastaların arteriel kan basıncını düşürdüğünü, santral venöz basıncının değiştiğini ve oksijen saturasyonunu anlamlı derecede azaldığını bildirmiştir. Göcze ve arkadaşları (2013) 45° yatak başı açısının mekanik ventilatör ilişkili pnömoniye azalttığını kabul etmekle birlikte, daha düşük açılardaki (20° ve 30°) sırtüstü pozisyonunun hastanın solunum ve dolaşım fonksiyonları üzerinde daha faydalı olduğunu savunmuştur. Bu sonuçlar çalışmamızın sonuçlarıyla çelişmektedir fakat yapılan araştırmalar hastalara verilen pozisyon sonrası hastaların hemodinamik parametrelerinin ilk dakikalarda dengesiz olabileceğini 5-10 dk sonra normal değerlerine ulaşabildiğini göstermiştir (Brindle ve ark., 2013; Vollman, 2010). Bu bilgi ışığında Göcze ve arkadaşları (2013) yaptıkları çalışmada hastalara verilen pozisyon sonrası hastaların hemodinamik parametreleri normale dönmeden (3dk sonra) ölçüm yaptıklarından bu sonuçlara ulaşmış olabilirler.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Yoğun bakım hastalarına değişik pozisyonlarda ve değişik yatak başı yüksekliklerinde yapılan hemodinamik parametrelerin ölçüm sonuçlarının güvenilir olduğuna dair yapılan çalışmalar tartışmalıdır (Bridges ve ark., 2000; Göcze ve ark., 2013; Grap ve Munro, 2005; Yıldırım ve Yavuz, 2010). Bizim çalışmamızda yatak başının 45°'ye yükseltildiği semifowler pozisyonunda elde edilen hemodinamik parametrelerin ölçüm sonuçlarının, sırtüstü 0° supine pozisyonunda elde edilen ölçüm sonuçları ile benzer olduğu saptanmıştır. Bu veriler doğrultusunda hemodinamik ölçümlerin, yatak başının 45° seviyede, hastaların sırt üstü 0° supine pozisyonuna getirilmeden güvenli olarak yapılabileceği değerlendirilmektedir.

Hemşireler tarafından hastalara pozisyon verilirken, rahat solunum yapabilmeyi sağlayan, ağrıyı arttırmayan, aspirasyon riskini en aza indiren, transduserin doğru konumlandırıldığı ve hasta konforunun göz önünde tutulduğu pozisyonların tercih edilmesi faydalı olacaktır. İlaveten tedavi ve bakım uygulamaları sırasında örneğin; ameliyathanede, postral drenaj sırasında, hastalara verilen farklı pozisyonların hemodinamik ölçümler üzerine etkilerini araştırarak ve hemşirelik uygulamalarına kanıt oluşturacak yeni çalışmalar planlanması önerilmektedir.

Sonuç

Kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunması, sağlık profesyonellerinin bilgi düzeyi, konu ile ilgili duygu, davranış ve tutumlarında hassasiyet gerektirir. Kişisel sağlık verilerinin hukuka aykırı ve uygunsuz bir şekilde paylaşılması, hukuksal temelde mesleki duyarlılık gereksinimi gösteren davranışlardır. Bireylerin en savunmasız olduğu hastalık durumlarında, garantör konumdaki sağlık personelinin bilgi, farkındalık ve duyarlılığının artırılması, sorumlu, özenli ve dikkatli davranması yasal ön koşuldur. Konu ile ilgili yasal düzenlemeler önemli olmakla birlikte, tek başına yeterli değildir. Bilgi güvenliğine ilişkin önlemlerin alınmasında, verinin meşru amaç için ilgili personel tarafından, gerektiği kadar toplanma, belirli bir süre için tutulma ve bağımsız bir organ tarafından denetimi gibi hususlarda dikkatli olmayı, özen göstermeyi gerektirir. Bu kapsamda, literatüre yeni kazandırılan geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan "Hemşirelik Öğrencileri İçin Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt Ve Korunması Tutum Ölçeği"nin hemşirelik eğitim sürecinde kullanılması, profesyonel meslek yaşamına geçmeden önce sorumluluk bilincinin artırılması, farkındalık yaratması ve duyarlılık oluşturması yönünde anlamlı olacaktır. Ayrıca farklı örneklerde ve sağlık disiplinlerinde de ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılması önerilebilir.

Kaynaklar

- Aitken, L. M. (2000). Reliability of measurements of pulmonary artery pressure obtained with patients in the 60 degrees lateral position. *American Journal of Critical Care*, 9 (1), 43-51.
- Alexiou, V. G., Ierodiakonou, V., Dimopoulos, G., & Falagas, M. E. (2009). Impact of patient position on the incidence of ventilator-associated pneumonia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Critical Care*, 24(4), 515-522.
- Anchala, A. M. (2016). A Study to assess the effect of therapeutic positions on hemodynamic parameters among critically ill patients in the intensive care unit at Sri Ramachandra Medical Centre. *Journal of Nursing & Care*, 5(3), 1000348.
- Bridges, E. J., Woods, S. L., Brengelmann, G. L., Mitchell, P. & Laurent-Bopp, D. (2000). Effect of the 30° lateral recumbent position on pulmonary artery and pulmonary artery wedge pressures in critically ill adult cardiac surgery patients. *American Journal of Critical Care*, 9(4), 262-275.
- Brindle, C. T., Malhotra, R., O'Rourke, S., Currie, L., Chadwick, D., Falls P., et al. (2013) Turning and repositioning the critically ill patient with hemodynamic instability. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing*, 40(3), 254-267.
- Burk, R. S., & Grap, M. J. (2012). Backrest position in prevention of pressure ulcers and ventilator-associated pneumonia: Conflicting recommendations. *Heart & Lung*, 41(6), 536-545.
- Dillon, A., Munro, C. L., & Grap, M. J. (2002). Nurses' accuracy in estimating backrest elevation. *American Journal of Critical Care*, 11(1), 34-37.
- Emerson, R. J., & Banasik, J. L. (1994). Effect of position on selected hemodynamic parameters in postoperative cardiac surgery patients. *American Journal of Critical Care*, 3(4), 289-299.
- Giuliano, K., Scott, S., Brown, V., & Olson, M. (2003). Backrest angle and cardiac output measurement in critically ill patients. *Nursing Research*, 52(4), 242-248.
- Göcze, I., Strenge, F., Zeman, F., Creutzenberg, M., Graf, B. M., Schlitt, H. J., et al. (2013). The effects of the semirecumbent position on hemodynamic status in patients on invasive mechanical ventilation: prospective randomized multivariable analysis. *Critical Care*, 17(2), R80.
- Grap, M.J., & Munro, C. (2005). Quality improvement in backrest elevation: improving outcomes in critical care. *AACN Clinical Issues: Advanced Practice in Acute & Critical Care*. 16(2), 133-139.
- Keckeisen M (2004). Monitoring pulmonary artery pressure. *Critical Care Nurse*, 24(3), 67-71.
- Keeley, L. (2007). Reducing the risk of ventilator-acquired pneumonia through head of bed elevation. *Nursing in Critical Care*, 12(1), 287-294.
- Kramer, A., Gollhofer, A., Armbrecht, G., Felsenberg, D. & Gruber, M. (2017). How to prevent the detrimental effects of two months of bed-rest on muscle, bone and cardiovascular system: an RCT. *Scientific Reports*, 7 (13177), 1-10.
- Memiş, D., Turan, A., Karamanlioğlu, B., Emet, S., & Pamukçu, Z. (2005). Sırtüstü ve yüzüstü pozisyonda uygulanan total intravenöz anestezi ve inhalasyon anestesisinin intraabdominal basınç üzerine etkisi. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 22(1), 11-15.
- Powers, J., & Daniels, D. (2004). Turning points: Implementing kinetic therapy in the ICU. *Nursing Management*, 35(5), 1-7.
- Ropper, A. (2002). What is the ideal head position for patients with strokes? *Journal Watch Neurology*. 12(4), 1-5.
- Schwarz, S., Georgiadis, D., Aschoff, A., & Schwab, S. (2002). Effects of body position on intracranial pressure and cerebral perfusion in patients with large hemispheric stroke. *Stroke*, 33(1), 497-501.
- Soll, B. A. G., Yeo, K. K., Davis, J. W., Seto, T. B., Schatz, I. J., & Shen, E. N. (2009). The effect of posture on cheyne-stokes respirations and hemodynamics in patients with heart failure. *Sleep*, 32(11), 1499-1506.
- Sreenivasa, D., Scott, J. W., Russ, P. N., John, S., Rashid, M., & Alex, G., et al. (2006). Effect of prone positioning systems on hemodynamic and cardiac function during lumbar spine surgery: an echocardiographic study. *Spine*, 31(12), 1388-1393.
- Vollman, K. (2010) Introduction to progressive mobility. *Critical Care Nurse*, 30(2), 3-5.
- Vrachatis, D., Papaioannou, T. G., Konstantopoulou, A., Nasothimiou, E. G., Millasseau, S., Blacher, J., et al. (2014). Effect of supine versus sitting position on noninvasive assessment of aortic pressure waveform: a randomized cross-over study. *Journal of Human Hypertension*, 28(1), 236-241.
- Winters, B., Bremjit P., Holt, S., Harper, J., & Wright, J. (2016). Cardiopulmonary effects of trendelenburg positioning in robotic assisted radical cystectomy. *Journal of Urology & Nephrology*, 1(1), 1-8
- Yıldırım, G. Ö., & Yavuz, M. (2009). Yoğun bakımlarda hastalara verilen sırtüstü pozisyonların hemodinamik ve fizyolojik ölçümlere olan etkileri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(2), 95-99.
- Yıldırım, G. Ö., & Yavuz, M. (2010). Kalp ameliyatı sonrası hasta pozisyonunun hemodinamik ölçümlere etkisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Cardiovascular Science*, 22(1), 69-74.

Hemşirelik Öğrencileri İçin Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması*

Selma BEZİRGAN GÖZMENER** Selmin ŞENOL*** Şeyda SEREN İNTEPELER****

Öz

Giriş: Kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasında sağlık çalışanlarının tutumları önemlidir. Özellikle sağlık hizmet sunumunda hemşireler, bu alanda aktif rol üstlenirler. Bu konudaki sorumluluk bilinci ise öğrencilik döneminde, eğitim süreci akışındaki vurgulamalarla kazandırılabilir. **Amaç:** Araştırma, kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına ilişkin tutumları belirlemek üzere "Hemşirelik Öğrencileri İçin Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği"nin geliştirilmesi amacıyla metodolojik olarak gerçekleştirilmiştir. **Yöntem:** Araştırma, İzmir ilindeki bir hemşirelik fakültesinde yapılmış ve örnekleme 305 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmanın verileri sosyo-demografik özellikler formu ve "Hemşirelik Öğrencileri İçin Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği" ile toplanmıştır. Çalışmadan elde edilen veriler sayı, yüzde, korelasyon analizi, faktör analizi, Cronbach alfa katsayısı ve bağımlı gruplarda t testi kullanılarak değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Araştırmacılar tarafından 46 maddelik ölçek havuzu oluşturulmuştur. Kapsam geçerliliğini gerçekleştirmek üzere uzman görüşü alınmıştır. Analizler sonucunda taslak ölçeğin madde sayısı 31'e düşürülmüştür. Madde toplam puan korelasyon katsayıları 0.37-0.68 arasında değişmektedir. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda beş faktörlü ölçek yapısı doğrulanmıştır. Uyum iyiliği istatistiklerinde, uyum değerleri yeterli bulunmuştur. Taslak ölçeğin Cronbach alfa güvenirlilik katsayısı 0.94'tür. Araştırmada test-tekrar test güvenirlilik katsayısı .85 olup, iki ölçüm puanları arasında pozitif yönde, güçlü ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. **Sonuç:** Hemşirelik Öğrencileri İçin Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirliliği yüksek saptanmış olup, hemşirelik öğrencilerinin kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasına yönelik tutumlarının tanımlanmasında etkin bir ölçme aracı olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kişisel Sağlık Verisi, Veri Kaydı, Veri Korunması, Tutum Ölçeği, Hemşirelik Öğrencileri.

Abstract

Study of Validity and Reliability of Registration and Preservation of the Personal Health Data Attitude Scale For Nursing Students

Background: The attitude of healthcare workers is important in registration and preservation of personal health data. Nurses play an active role in this area, especially in health care delivery.

On this subject, the sense of responsibility of the nursing student can be earned with emphasizing during the flow of the education process.

Objective: The research has been conducted methodologically in order to determine the attitude related to registration and preservation of personal health data and for the development of Personal Health Data Registration and Preservation Attitude Scale for Nursing Students".

Method: Research, has been conducted at a Nursing School in the province of İzmir and sampling was formed with 305 students. Data of the study has been obtained using the socio-demographic characteristics form and "Personal Health Data Registration and Preservation Attitude Scale For Nursing Students". The data obtained from the study were evaluated using the number, percentage, correlation analysis, factor analysis, Cronbach's alpha coefficient and t test in dependent groups. **Results:** A 46-item scaled pool was created by researchers. To implement validity of the scope expert opinion was taken. As a result of the analyzes, draft scale's number of items has been reduced to 31. Total score correlation coefficient of item range from 0.37 to 0.68. As a result of confirmatory factor analysis, a five-factor scale structure was verified. In the goodness of fit statistics, the compliance values were found adequate. The Cronbach alpha reliability coefficient of the draft scale is 0.94. Test-retest reliability coefficient of the study is .85 and it is found that there is a positive, strong and statistically advanced relationship between two measurements. **Conclusion:** The validity and reliability of Personal Health Data Registration and Preservation Attitude Scale for Nursing Students has been proved to be high so the scale is determined to be an efficient measurement tool for identifying attitudes of nursing students' on registration and preservation of personal health data.

Keywords: Personal Health Data, Data Registration, Data Preservation, Attitude Scale, Nursing Students.

Geliş tarihi:16.02.2018

Kabul tarihi: 08.01.2019

Kişisel veri, Kişisel Nitelikteki Verilerin Otomatik İşleme Tabi Tutulması Karşısında Şahısların Korunmasına Dair 108 sayılı Avrupa Konseyi Sözleşmesi'nde "Kimliği belirli veya belirlenebilir gerçek kişi hakkındaki tüm bilgiler" şeklinde tanımlanmıştır (Avrupa Konseyi, 1981). OECD tarafından 1980 yılında yayımlanan Rehber İlkeleri'nde veri korunmasının ilkeleri belirlenmiştir (OECD, 1980). Kişisel veri, 07.04.2016 tarihli 29677 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan, 24.03.2016 tarihli 6698 sayılı kanunda "Kimliği belirli veya belirlenebilir gerçek kişiye ilişkin her türlü bilgi" olarak tanımlanmıştır (Kişisel Verilerin Korunması Kanunu, 2016). Tanımdaki her türlü bilgi; kişinin adı, soyadı, cinsiyeti, yaşı, vatandaşlık numarası, doğum yeri, aile bilgileri, fiziksel özellikleri, mesleği, adresi, telefon numarası, banka bilgileri, IP adresi, mail veya sosyal medya paylaşımları, fotoğraf, sesli veya görüntülü video kayıtları, sağlık durumu kayıtları, biyometrik yöntemlerle elde edilen veriler ve parmak izi gibi kişiyi belirlenebilir kılan verileri kapsamaktadır (Akgül, 2014; Gökcan, 2014; Hakeri, 2015; Korkmaz, 2016; Yılmaz, 2014).

Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nda hastaya ait tıbbi bilgiler özel nitelikli kişisel veri tanımında yer almıştır. Özel nitelikli kişisel veri; kişilerin ırkı, etnik kökeni, siyasi düşüncesi, felsefi inancı, dini, mezhebi ve diğer inançları, kılık ve kıyafeti, dernek, vakıf ya da sendika üyeliği, sağlığı, cinsel hayatı, ceza mahkumiyeti ve güvenlik tedbirleri ile ilgili verileri ile biyometrik ve genetik verileri olarak tanımlanmıştır (Kişisel Verilerin Korunması Kanunu, 2016).

*Bu çalışma, 10-13 Ocak 2018, VII. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur. **Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, İzmir. e-mail: selmabezirgan@hotmail.com, *** Doç.Dr., Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, İzmir. e-mail: selmin.senol@ege.edu.tr, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4716-3512> **** Prof.Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelikte Yönetim AD, İzmir. e-mail: seydaseren@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8615-9765>

Sağlık Bakanlığı tarafından yürürlüğe konan, 24.11.2017 tarihli 30250 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan yönetmelikte, kişisel sağlık verisi “kimliği belirli veya belirlenebilir gerçek kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığına ilişkin her türlü bilgi ile kişiye sunulan sağlık hizmeti ile ilgili bilgiler” şeklinde tanımlanmıştır (Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2017). Kişinin sağlık hizmeti aldığı süreçte kaydedilen anamnez, muayene bulgusu, teşhis, epikriz, sağlık raporu, görüntüleme yöntemleri dahil tüm tahlil ve tetkik sonuçları, tedavide kullanılan ilaçları, her türlü tıbbi girişim ve bakım uygulamalarına ait bilgileri içerir.

Sağlık verilerinin özel nitelikli veriler içerisinde yer alması, korunmadığı takdirde ciddi sorunlara yol açma potansiyelinden kaynaklanır (İzgi, 2014). Sağlık verilerinin korunması kişinin yaşama hakkı, sağlık hakkı ve ayrımcılık yasağına ilişkin hak ve özgürlüklerle yakından ilgilidir (Küzeci, 2015).

Türkiye hukukunda kişisel verilerin güvenliği çeşitli kanunlarla korumaya alınmıştır. Anayasa’mızın 20. Maddesine, 2010 tarihli 5982/2 sayılı kanunla “Herkes kendisiyle ilgili kişisel verilerin korunmasını isteme hakkına sahiptir. Bu hak; kişinin kendisiyle ilgili kişisel veriler hakkında bilgilendirilme, bu verilere erişme, bunların düzeltilmesini veya silinmesini talep etme ve amaçları doğrultusunda kullanılıp kullanılmadığını öğrenmeyi de kapsar. Kişisel veriler, ancak kanunda öngörülen hallerde veya kişinin açık rızasıyla işlenebilir. Kişisel verilerin korunmasına ilişkin esas ve usuller kanunla düzenlenir.” metni eklenerek, kişisel veriler anayasal düzeyde koruma altına alınmıştır (T.C. Anayasası, 1982).

Türk Ceza Kanunu’nda 5237 sayılı kişisel verilerle ilgili işlenebilecek suçlar, hapis cezaları öngörmektedir. Bu çalışmadaki ölçek maddeleri; kanunun 135. ve 136. maddelerinde yer alan suçlar kapsamında hazırlanmıştır. 137. madde ise suçun nitelikli halini ele almakta, suçu kamu personelinin işlemesi halinde, cezaların yarı oranında arttırıldığını belirtmektedir (Türk Ceza Kanunu, 2004). 24.03.2016 tarihli 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ise kişisel verileri doğrudan koruma altına alan kanundur (Özel, 2016). Kanunda sağlık verilerini de kapsayan özel nitelikli kişisel verilerin işlenebilmesinin koşulları belirtilmiştir.

Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan, 29863 sayı ve 20.10.2016 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan yönetmelikte, kişisel sağlık verilerinin işlenmesinde genel ilke ve esaslar belirlenmiştir. Bu esaslar; hukuka ve dürüstlük kurallarına uygun olma, doğru ve gerektiğinde güncel olma, belirli, açık ve meşru amaçlar için işleme, işlendikleri amaçla bağlantılı, sınırlı ve ölçülü olma, işlendikleri amaç için gerekli olan süre kadar muhafaza edilme şeklinde belirtilmiştir (Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik, 2016).

Benzer şekilde, 23420 sayılı 01.08.1998 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan *Hasta Hakları Yönetmeliği’nde* tıbbi kayıtların kimler tarafından tutulabileceği, bilgilerin gizli tutulması gerektiği ve hizmet sunucularının hukuki ve cezai sorumlulukları belirtilmiştir (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Sağlık Hizmetlerinde Kişisel Sağlık Verilerinin Önemi

Son yıllarda, Türkiye’nin de onayladığı Biyotıp Sözleşmesi, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, Kişisel ve Siyasal Haklar Uluslararası Sözleşmesi gibi uluslararası belgeler, özel yaşamın gizliliğini temel insan hakkı olarak kabul ederek, kişisel verilerin korunmasına vurgu yapmaktadır. Güven değerinin yüksek olduğu sağlık hizmetlerinde veri güvenliğinin sağlanması, hakkın elde edilebilmesi açısından önemlidir (İzgi, 2014).

Sağlık kurumlarında hekim, hemşire, ebe, hasta kayıt karşılama çalışanı, güvenlik görevlisi, bilgisayar işletmeni gibi tüm sağlık çalışanları kişisel verilerle ilgili suçların faili konumunda kalabilmektedirler (Hakeri, 2015). Suçlar, hastaya ait kayıtların amacı dışında, hukuka uygunsuz olarak kaydedilmesi, hastanın rızası olmaksızın başka kişilere verilmesi, medya ve sosyal medya paylaşımları gibi davranışlardan kaynaklanabilmektedir. Sağlık çalışanları kamu görevlerinden dolayı suçun nitelikli halinin düzenlendiği TCK 137. maddeye göre işlem göreceklidir (Gökcan, 2014; Küzeci, 2015). Tıbbi kayıtların tutulması hizmetin sağlıklı işlemesi, hizmetin faturalandırılması, bilimsel çalışmaların yapılabilmesi ve hukuki kanıt oluşturması bakımından gereklidir (Gökcan, 2014). Verileri işleyen görevli öğrendiği tüm verilerin mahremiyetini korumakla yükümlüdür (Çetinkaya, 2016).

Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi (AIHM) M.S. İsveç Kararı kişisel sağlık verilerinin gizli kalması gerektiğini vurguladığı önemli bir karardır (Akgül, 2015). AIHM’in bir başka kararında (Finlandiya), tıbbi verilere ilgisiz personelin ulaşmaması gerektiği ve veri gizliliğinde devletin pozitif yükümlülüğü olduğu vurgulanmıştır (Dülger, 2015).

Günümüzde sağlık kurumlarında bilgisayar ekranlarının, hastalara ait kayıtların, hasta listelerinin korunmasız şekilde suistimale açık olduğu görülmektedir. Konu ile ilgili bazı çalışmalar hemşire ve sağlık eğitimi alan öğrencilerin bilgi düzeylerinin istendik seviyede olmadığını göstermektedir. Karabakır ve Çetin’in (2016) çalışmasında, hemşirelerin cezai sorumluluklarıyla ilgili soruya %8, hastanın sırlarının açıklanması ile ilgili soruya %16.3, hastayla ilgili tanıklıktan çekinme hakkı sorusuna %24.4 oranında doğru yanıt verdikleri belirtilmiştir. Adıgüzel ve Aydın’ın (2015) sağlık eğitimi alan öğrencilerle yaptıkları çalışmada, kişisel sağlık verilerinin korunması ile ilgili yasal bilgiye sahip olma oranı %33.3’tür.

Medyaya yansıyan, hastalara ait uygun olmayan görüntü paylaşımlarında hemşire veya hemşire adaylarının rolü olduğunu görmek bu konuda ivedilikle eylemsel bir plan geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymuştur. Özellikle eğitim sürecindeki hemşire adayların konu ile ilgili tutumlarının belirlenmesi, bilgi ve farkındalık düzeylerinin geliştirilmesi, cezai yaptırımlarla karşı karşıya kalmamaları açısından önemlidir. Eğitim sürecinde bu konuda temel bilgilerin verilerek, konuya dikkat çekilerek farkındalık kazandırılması, yukarıda sözü edilen yasal durum ve yaptırımların işlevsel boyuta taşınmasını önleyecektir. Bireyin ve hastanın mahremiyeti konusunda yapılmış çalışmalar giderek artmaktadır, ancak çalışmalar etik ve etik ikilemler konusuna odaklanmaktadır. "Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması" konusu temeli etik ilkelerde gizlenmiş olmakla birlikte bu çalışmanın vurgulamak istediği nokta konuya ilişkin tutumun tanımlanarak, daha olumlu bir tutum ve anlayışa götüreceği yolun neler olabileceğini tartışmaya açmaktır. Ayrıca bu konudaki literatür taramasında konuyu değerlendirebilecek bir ölçüm aracına rastlanmamış olması, konunun çalışılmasında cesaretlendirici olmuştur. Çalışmanın sonucu olarak "Hemşirelik

Öğrencileri İçin Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği'nin hemşirelik eğitiminde bu konudaki olgunlaşma sürecine katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

Araştırma Sorusu

Hemşirelik Öğrencileri İçin Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı mıdır?

Amaç

Araştırma, “Hemşirelik Öğrencileri İçin Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği”ni (KSVKKTÖ) geliştirmek ve geçerlik-güvenirlilik çalışmasını gerçekleştirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem

Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı

Araştırma metodolojik tasarımıyla, İzmir’de entegre öğretim yöntemini sürdüren bir hemşirelik fakültesinde yapılmıştır. Araştırma süreci Nisan 2016 tarihinde, konunun belirlenerek, literatür tarama, etik kurul formlarının hazırlanması ile başlamış ve verilerin toplanması ve analiz süreci ile 2018’de raporlandırılmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, çalışmanın yürütüldüğü fakülte'deki 1, 2, 3 ve 4. sınıflardan toplam 1440 öğrenci oluşturmaktadır. Çalışmaya dahil olma kriterleri, gönüllü katılım esası ve veri toplama formlarının eksiksiz olarak yanıtlanmış olmasıdır. Herhangi bir dışlama kriteri kullanılmamıştır, ancak formların dağıtıldığı gün okula gelmeyen, raporlu olan ve gönüllü olmayanlar araştırma dışı kalmıştır. Doldurulmuş 368 form toplandıktan sonra, ilk değerlendirmesi yapılmış eksik ya da birden fazla alanın işaretlendiği 63 form çıkarılmıştır. Değerlendirmeye alınan 305 form (%21.18 örnekleme ulaşılabilirlik oranı) örnekleme oluşturmıştır. Ölçek geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında faktör analizinin yapılabilmesi için örneklemin ölçek madde sayısının en az beş katı ve hatta 10 katı olması önerilmektedir, çalışmada bu koşul sağlanmıştır. Test-tekrar test analizinin yapılabilmesi için de, en az 30 eşleşen veri olması gerektiği ve test-tekrar test uygulaması için üç haftalık sürenin uygun olduğu belirtilmektedir (Erefe, 2012). Bu kapsamda test-tekrar test uygulaması için her sınıftan toplam 37 eşleşen öğrenciye ulaşılmış ve üç hafta ara ile ikinci uygulama yapılmıştır.

Katılımcıların örneklem özellikleri değerlendirildiğinde yaş ortalaması 21.2 (SS=1.57) yıldır. Katılımcıların %85.6’sı kadın, %29.5’i üçüncü sınıf, %73.1’i anadolu/fen lisesi mezunu, %35.1’i ilçede yaşamış, %49.2’si yurttan kalıyor, %85.2’si çekirdek aile yapısında, %58.4’ünün annesi ve %39.3’ünün babası ilköğretim mezunu, %76.7’sinin annesi ev hanımı, %30.8’inin babası emekli grubunda, %91.8’i öğrencilik dışında çalışmıyor, %74.8’inin geliri gidere denk durumda, %62.6’sı kredi yurtlar kurumunun kredisini alıyor, %49.8’i “kişisel veri” ifadesini duymamış ve %53.8’i “kişisel sağlık verisi” ifadesini duymamıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada iki bölümden oluşan veri toplama aracı kullanılmıştır. İlk bölümde; sosyo-demografik özelliklere ilişkin tanımlayıcı bilgi formu, ikinci bölümde ise “Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği” (KSVKKTÖ) taslak formu bulunmaktadır. Bilgi formunda; öğrencilerin yaşı, cinsiyeti, sınıfı, mezun olduğu lise, en uzun süre yaşadığı yer, ikamet ettiği yer, aile yapısı, anne-baba eğitim düzeyi, anne-baba iş durumu, çalışma durumu, gelir durumu, maddi destek alma durumu, kişisel veri ve kişisel sağlık verisi ifadesini ilk duyma durumuna ilişkin sorular yer almaktadır.

İkinci bölümde kullanılan taslak ölçek için madde havuzu çalışması (46 madde), ölçek geliştirme çalışmalarının ilk adımı olarak gerçekleştirilmiştir. Madde havuzunun oluşturulmasında literatür ve yasal mevzuattan yararlanılmıştır (Akgül, 2014; Gökcan, 2014; Hakeri, 2015; 2016; Yılmaz, 2014).

Ölçek geliştirme çalışması tamamlandığında beş faktörlü yapı; 1.faktör “Kişisel Sağlık Verisi Bilgisi” 12 madde, 2.faktör “Yasal Bilgiler” 7 madde, 3. faktör “Yasal Veri Paylaşımı” 5 madde, 4. faktör “Kişisel Sağlık Verisi Paylaşımı” 4 madde ve 5. faktör “Kişisel Sağlık Verisi Kaydı” 3 madde olarak isimlendirilmiştir. KSVKKTÖ’nün son hali 31 maddedir ve beşli likert tipindedir. Maddeler (1) kesinlikle katılmıyorum, (2) katılmıyorum, (3) fikrim yok, (4) katılıyorum ve (5) kesinlikle katılıyorum şeklindedir. Ölçek hesaplamasında ölçek toplam puanı alınmakta ve elde edilen ham puan ölçek madde sayısına bölünerek ölçek puanı elde edilmektedir. Alt boyut puan hesaplamasında da alt boyut puanı toplanarak alt boyut madde sayısına bölünür ve elde edilen puan 1-5 arasında değerlendirilir. Ölçeğin kesme noktası 3 olarak belirlenmiştir. Ölçekten ortalama 3’ün altında puan alan öğrencilerin kişisel verilerin kaydı ve korunmasına ilişkin tutumları olumsuz, 3 ve üzeri puan alan öğrencilerin kişisel verilerin kaydı ve korunmasına ilişkin olumlu olarak değerlendirilmektedir. Olumsuz tutum; öğrencilerin kişisel verilerin kaydı ve korunmasına ilişkin farkındalığının düşük olduğu anlamına gelirken, olumlu tutum; öğrencilerin kişisel verilerin kaydı ve korunmasına ilişkin farkındalığının yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin tamamı için belirtilen puanlama ve değerlendirme, ölçeğin tüm alt boyutları için de aynı şekilde kabul edilmektedir.

Veri Toplama Yöntemi

Oluşturulan veri toplama aracı verilerin toplandığı tarihlerde, araştırmacılar tarafından her sınıfta öğrencilere elden dağıtılmıştır. Öğrenciler için uygun olan derslerde öğretim elemanları ile planlama yapılarak doldurularını sağlanmıştır. Doldurma süresi yaklaşık 15-20 dakika süren formlar tekrar araştırmacılar tarafından geri toplanmıştır. Test-tekrar test uygulaması için ilk veriler toplandıktan üç hafta sonra aynı yöntemle veriler elde edilmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 23.0 istatistik paket programında kodlanarak değerlendirilmiştir. Ölçeğin kapsam geçerliliği için Davis'in kapsam geçerliliği oranı (KGO) formülü kullanılmıştır. Yapı geçerliliğini değerlendirmek için Açıklayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analizi yapılmıştır. Güvenirlik analizinde Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı ile madde-toplam puan korelasyon, alt boyut madde-alt boyut toplam puan korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Diğer bir güvenirlik analizi olarak iç tutarlılığı test etmek üzere Cronbach Alfa analizi kullanılmıştır. Ölçeğin ve alt boyutların zamana göre değişmezliği Pearson korelasyon katsayısı ve iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile değerlendirilmiştir. Tüm testlerde istatistiksel anlamlılık değeri $<.05$ olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın planlama sürecinin ardından, bilimsel araştırma etik kurul formları hazırlanarak, araştırmanın yürütüldüğü üniversitenin hemşirelik fakültesi bilimsel araştırma etik kurulundan etik kurul onayı (28.04.2016 tarihli, 162 Karar No.) ve yazılı kurum izni alındıktan sonra veri toplama sürecine başlanmıştır. Öğrencilere veri toplama formu üzerinde; araştırmanın amacı, yararları açıklanarak, gönüllülük ilkesine özen gösterilmiş ve öğrencilerin özel onamları alınmıştır. Katılımcılar formları isim belirtmeksizin doldurmuşlardır. İlk uygulamada, öğrencilerden veri toplama formunda yer alan kodu doldurmaları istenmiş ve test-tekrar test uygulamasında da aynı kodu yazmaları belirtilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmada, araştırmaya katılan öğrencilerin konuyla ilgili farkındalıklarının yeterli düzeyde olmayışı veya teorik derslerde konunun yeterli vurgudan yoksun kalma olasılığı gibi nedenlerle "Kişisel Sağlık Verisi Kaydı" alt boyutunun iç tutarlılık katsayısı düşük güvenirlkte bulunmuştur. Bu durum çalışmanın sınırlılığı olarak kabul edilmektedir

Bulgular

Kapsam Geçerliliği

Çalışmada, kişisel sağlık verilerinin kaydedilmesi ve korunmasına yönelik literatür taraması yapılmış ve 46 maddeden oluşan, beşli likert yapısında bir taslak ölçek havuzu oluşturulmuştur. Madde havuzu, kapsam geçerliliği açısından değerlendirilmek üzere, konuyla ilgili sağlık hukuku, adli tıp ve hemşirelikte yönetim alanlarındaki kişilerden oluşan toplam 10 uzman tarafından kapsam yönünden incelenmiş, maddelerin ifade şekli ve uygunluğu değerlendirilmiştir. Her bir madde uzman görüşleri; çok değişiklik gerekiyor "1", az değişiklik gerekiyor "2", uygun "3" ve çok uygun "4" şeklinde derecelendirilmiştir. Davis tekniğine göre 10 uzmanın maddelere ilişkin belirtmiş oldukları görüşler üzerinden yapılan hesaplamada kapsam geçerlik indeksi .04-.07 arasında olan beş madde .80'in altında belirlendiğinden dolayı ölçekten çıkarılmış, 46 maddelik taslak ölçek 41 maddeye indirilmiştir. Uzman görüşünden sonra taslak ölçek, araştırma kapsamına alınacak öğrencilerle benzer özellik taşıyan, 16 öğrenciye pilot uygulama kapsamında uygulanmış ve bu öğrenciler örnekleme dahil edilmemiştir. Pilot uygulamada her bir madde anlaşılır bulunduğu için sonraki analizlere devam edilmiştir.

Madde Analizi

Taslak ölçeğin güvenirlık çalışmasında 41 maddenin madde-toplam puan korelasyonları incelenmiş, 33 maddenin korelasyon katsayılarının $r = .37$ ile $.68$ arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < .001$). Geriye kalan sekiz maddenin (madde 5, madde 10, madde 14, madde 20, madde 30, madde 36, madde 38 ve madde 40) güvenirlık katsayılarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmakla birlikte korelasyon katsayısı $< .30$ olduğu saptanmıştır. Sadece 8. ve 41. madde tekrar eden sorular olması nedeniyle, toplam 10 madde ölçekten çıkarılmıştır ($p < .001$, $r = .09 - .26$, Tablo 1).

Tablo 1. Taslak Ölçeğin Birinci Aşamadaki Madde-Toplam Puan Korelasyonları (s = 305)

Taslak Ölçek Maddeleri (41 Madde)	Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayısı	
	R	P
1. Hastanın muayene bulguları, teşhisi, tetkik sonuçları, röntgen görüntüleri, kullanılan ilaçlar, konsültasyon, ameliyat, epikriz raporu gibi tedavi ve bakım uygulamalarını kapsayan bilgiler kişisel sağlık verisidir.	.64	.000
2. Kişisel sağlık verileri, Anayasa ve kanunlarla korunan kişinin özel yaşam hakkı alanındadır.	.64	.000
3. Hastanın kendisinden başka kimseye açıklanmasını istemediği bir bilginin, yasal zorunluluk olmadan açıklanması hukuka aykırıdır.	.64	.000
4. Hastanın anamnezi alınırken; siyasi görüşü, üye olduğu dernek veya sendika bilgilerinin kaydedilmesi hukuka aykırıdır.	.45	.000
5. Acil serviste veya poliklinikte gerçek isminin kullanılmasını istemeyen bir hasta, herhangi bir tanımlama veya rumuzla gösterilme hakkına sahiptir.	.26	.000
6. Hasta bilgilerinin servis protokol defterine kaydı ile bilgisayar ortamına kaydı arasında yasal anlamda bir ayırım yoktur.	.39	.000

7. Sağlık personelinin AİDS gibi bir hastalık tanısı alan hastanın bilgilerini, usulüne uygun bir şekilde İl Sağlık Müdürlüğü'ne iletmesi hukuka uygundur.	.61	.000
8. Kişisel sağlık verilerinin otomasyon yoluyla dijital alana işlenmesi ve internet yoluyla aktarılması verilerin korunmasını kolaylaştırır.	.34	.000
9. Konsültasyon sırasında hasta bilgilerinin ilgili sağlık çalışanları arasında paylaşılması hukuka uygundur.	.37	.000
10. Hastanın ölmeden önce açıklanmasını istemediğini beyan ettiği sırları, ölümünden sonra ailesine açıklanabilir.	.15	.011
11. Sağlık alanında yapılan bilimsel araştırmalarda kullanılan bilgilerin hastanın kimliğini ortaya çıkaracak şekilde kullanılması hukuka aykırıdır.	.65	.000
12. Sağlık personelinin hastasıyla çektiği bir fotoğrafın hastanın izni olmaksızın sosyal medyada paylaşılması hukuka aykırıdır.	.68	.000
13. Sağlık bilgilerinin gizliliğinin korunmayacağı endişesi, hastaların sağlık hizmeti almalarına engel olabilir.	.64	.000
14. HIV pozitif olan bir hasta, hastalığının eşine açıklanmamasını talep etse de sağlık personelinin ilgili eşe durumu bildirmesi hukuka uygundur.	.25	.000
15. Estetik ameliyat öncesi ve sonrası resimleri çekilen hastanın resimleri, bilimsel amaçla da olsa ancak kendi rızası ile gösterilebilir.	.59	.000
16. Hastaların isimlerinin ve teşhislerinin, hastanın rızası olmaksızın hasta odalarının kapısına yazılması hukuka aykırıdır.	.56	.000
17. Sağlık hizmetleri ile ilgili bir davada "bilirkişilik" veya "ön soruşturmacı" görevi verilen bir sağlık personeli, görevi sırasında edinmiş olduğu bilgileri, ancak görevlendirmeyi yapan merciye iletebilir.	.60	.000
18. Evlilik dışı gebeliği olan ve kürtaj olmak isteyen bir kadının sevgilisinin sağlık merkezinden bilgi istemesi durumunda, sağlık personelinin; kadının rızası olmaksızın bilgi vermesi, hukuka aykırıdır.	.60	.000
19. Sağlık personelinin madde bağımlısı bir hastaya ilişkin bilgileri kaydetmesi ve usule uygun bir şekilde idareye aktarması hukuka uygundur.	.63	.000
20. Ameliyat raporunun ameliyattan birkaç hafta sonra yazılması hukuka uygundur.	.25	.000
21. Sağlık personelinin hastaya ait sağlık verilerini kaydetmesi; hastanın uygun bir şekilde hizmet aldığını garanti etmek ve gerektiğinde kanıtlamak içindir.	.59	.000
22. Hastanın kendisiyle ilgili tutulan tüm kayıtları öğrenme, isteme ve bir nüshasını alma hakkı olduğu kadar, kendisiyle ilgili bilgileri öğrenmeme hakkı da vardır.	.51	.000
23. Stajyer bir öğrencinin staj sırasında edindiği hasta bilgilerini kendi ailesine veya arkadaşlarına vermesi hukuka aykırıdır.	.56	.000
24. Gebelik kontrolleri sırasında hastanın yanında bulunan refakatçiye, hastanın rızası varsa, sağlık personeli tarafından açıklama yapılması hukuka uygundur.	.67	.000
25. Hasta, kişisel sağlık verilerinin başkalarına açıklanmasından zarar görmese bile, kişisel verilerin açıklanması suçu oluşur.	.59	.000
26. Emekliye ayrılan bir sağlık personelinin çalışma süreci içinde bakmış olduğu bir hastaya ilişkin bilgileri açıklaması hukuka aykırıdır.	.61	.000
27. Poliklinikte hasta tarafından darp edilen bir sağlık çalışanının, mahkemede kendini savunmak için, suç konusu ile ilgili hasta bilgilerini vermesi hukuka uygundur.	.49	.000
28. Ruhsal bozukluğu olan bireyin, başkasına zarar vermesini önlemek amacıyla, sağlık personelinin ilgili mercilere bilgi vermesi hukuka uygundur.	.67	.000
29. Hakkında malpraktis davası açılan bir sağlık personeli, kendisini savunmak için hasta verilerini avukatına veya sigorta şirketine verebilir.	.41	.000
30. Sağlık personeli kişisel verilerle ilgili bir suç işlediğinde cezası sivil vatandaşlara göre yarı oranında arttırılır.	.09	.110
31. Bilimsel çalışmaların sunulduğu bir sağlık kongresinde hastaya ait resimlerin üzerine çizilen çarpı işareti ya da bant, hastanın tanınmasını engellemiyorsa, hukuka aykırıdır.	.57	.000
32. MR çekimi için ilgili birime, hastanın evlilik dışı ilişki nedeniyle bu hastalığa yakalandığı bilgisinin verilmesi hukuka aykırıdır.	.45	.000
33. Kişisel sağlık verilerinin korunmasından; hekim, hemşire, ebe gibi sağlık meslek mensubu olan sağlık çalışanları sorumludur.	.68	.000

34. Sağlık personelinin hastayla ilgili kayıt tutması; tedavi ve bakım sürecinin sağlıklı yürümesi ve kayıtların kanıt niteliği taşıması bakımından yükümlülük içerir.	.68	.000
35. Tıbbi kayıtlar; mümkünse tıbbi girişimle eşzamanlı, değilse girişimin hemen sonrasında tutulmalıdır.	.62	.000
36. Kişisel sağlık verileriyle ilgili suçları işleyen sağlık personeline verilecek ceza, devlet hastanesi ya da özel hastane çalışanı da olsa yarı oranında artırılır	.23	.000
37. Hastanın sağlık verilerini izni olmaksızın özel bir muayenehaneye aktaran kişi hakkında, şikayet edilmese de Cumhuriyet Savcılığı tarafından soruşturma açılabilir.	.46	.000
38. Hastanede güvenlik görevlisi olarak çalışan bir personelin hastanın ameliyat raporunu kaydetmesi hukuka uygundur.	.14	.014
39. Hastanın güvenli bir şekilde araç sevk ve idare etmesine engel bir durumu varlığında, sağlık personelinin ilgili mercilere bilgi vermesi hukuka uygundur.	.65	.000
40. Kişisel sağlık verilerinin korunmasından; veri kayıt görevlisi, sekreter, memur gibi sağlık meslek mensubu olmayan çalışanlar sorumlu değildir.	.19	.001
41. Hasta bilgilerinin görüldüğü bilgisayar ekranının açık bırakılması ya da yatan hasta listesinin uygunsuz bir yerde unutulması kişisel verileri verme suçunu oluşturur.	.54	.000

Yapı Geçerliliği

Açıklayıcı faktör analizi

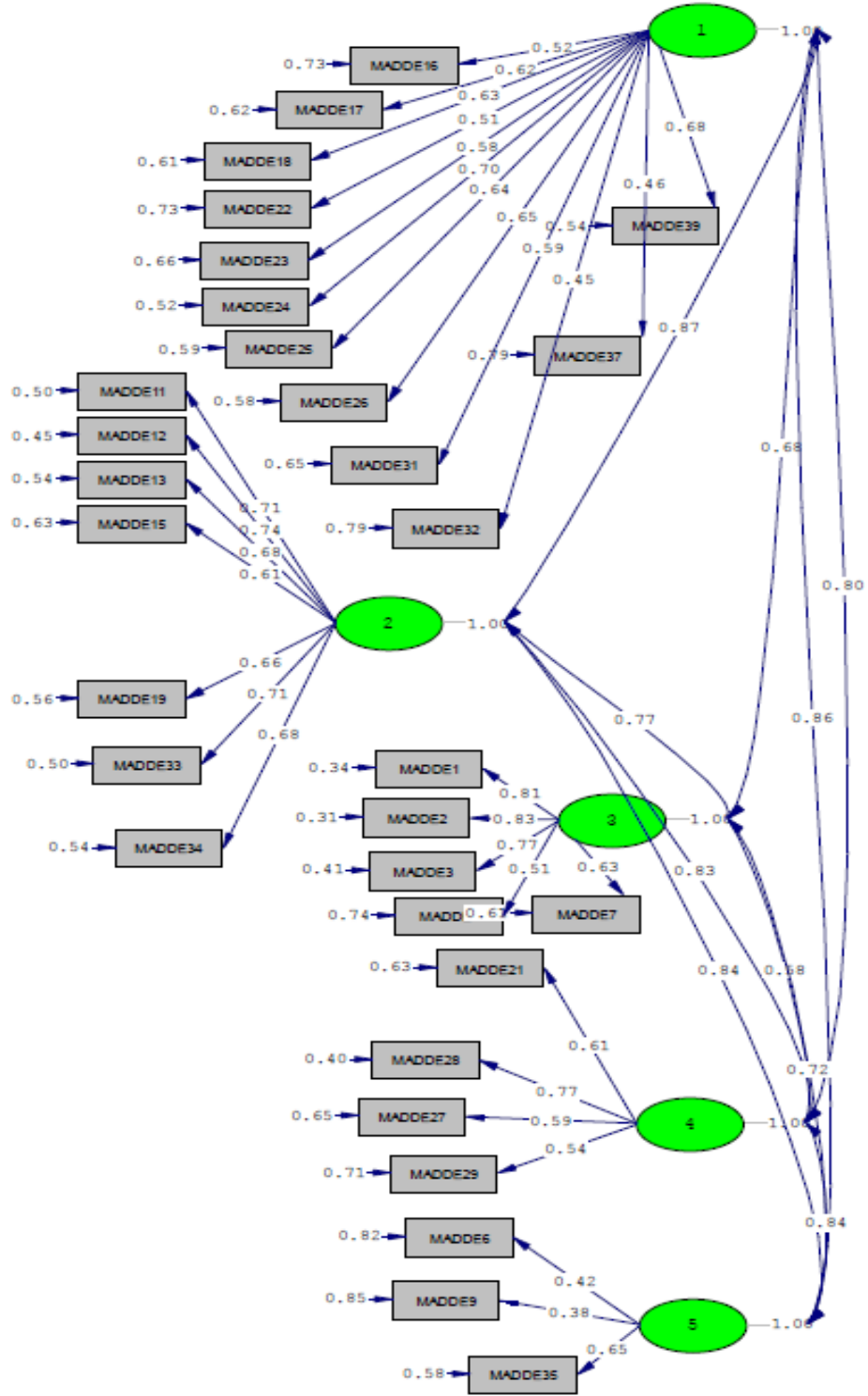
Taslak ölçeğin yapı geçerliliği için açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Faktör yapısının incelenmesinde Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) ve varimax rotasyon yöntemi kullanılmıştır. Taslak ölçeğin madde analizinden sonra kalan 31 madde için Kaiser-Meyer Olkin (KMO) katsayısı .93 ve Barlett testi sonucu ileri düzeyde ($\chi^2 = 4537.096$; $df = 561$, $p = .000$) anlamlı bulunmuştur. Bu sonuçlar, taslak ölçekteki maddelerin korelasyon matrisinin faktör analizi yapmaya uygun olduğunu göstermektedir. Yapılan açıklayıcı faktör analizi sonucunda taslak ölçeğin beş alt boyuttan oluştuğu ve 31 maddenin özdeğerinin 1'in üzerinde olduğu ve ölçeğin toplam varyansın %52.23'ünü açıkladığı saptanmıştır. Ayrıca her bir alt boyutun açıklayıcı faktör yükleri incelendiğinde; en düşük faktör yükü .36, en yüksek faktör yükü ise .80 olarak belirlenmiştir.

Doğrulayıcı faktör analizi (DFA)

Ölçek taslağının kalan 31 maddesi ile teorik bilgiye uygun olarak belirlenen beş faktörün (alt boyutun) uyumunu doğrulamak amacıyla doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. KSVKKTÖ'de yapılan DFA sonucunda, 31 madde beş faktör altında toplanmıştır. Beş faktörlü model sonuçları incelendiğinde; $\chi^2=933.99$; $df=424$; $\chi^2/df=2.20$, RMSEA=.063; GFI=.93, AGFI=.81; CFI=0.97 ve IFI=0.97 olarak belirlenmiştir. Uyum iyiliği indekslerinden; ki-kare serbestlik derecesinin (χ^2 /sd) beşten küçük olması kabul edilebilir; RMSEA'nın .08'den küçük olması kabul edilebilir; GFI'nın .90'dan büyük olması kabul edilebilir, AGFI'nin 80'e eşit ya da üstünde olması CFI ve IFI'nın .95'ten büyük olması normal olarak değerlendirilir (Şimşek 2010). Analiz sonucunda uyum iyiliği değerlerinin uygun olduğu görülmüştür. Alt boyutların faktör yüklerinin "Kişisel Sağlık Verisi Bilgisi" boyutunda .51-.87, "Yasal Bilgiler" boyutunda .61-.74, "Yasal Veri Paylaşımı" boyutunda .51-.83, "Kişisel Sağlık Verisi Paylaşımı" boyutunda .54-.61 ve "Kişisel Sağlık Verisi Kaydı" boyutunda .38-.65 arasında olduğu saptanmıştır. Alt boyut ile maddeler arasındaki faktör yüklerinin en az .30 ve üzerinde olması önerilir (Şimşek, 2010). Bu ölçek çalışmasında tüm maddelerin yükleri .51 ile .87 arası bulunmuştur ve belirtilen aralığa uygundur. Taslak ölçeğin doğrulayıcı faktör analizinden elde edilen sonuçlar Tablo 2'de ve diyagram Şekil 1'de verilmiştir.

Tablo 2. Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyumluluk Değerleri

DFA Uyumluluk Değerleri	DFA Sonuçları
Ki-kare / p değeri	933.99 / p = .00 (p < .05)
Serbestlik Derecesi	424
Ki-kare değeri:serbestlik derecesi	933.99: 424= 2.20
RMSEA / p	.063 (p < .05)
IFI	.97
CFI	.97
GFI	.93
AGFI	.81



Şekil 1. Taslak Ölçeğin Doğrulayıcı Faktör Analizi: Yol Katsayıları ve Hata Varyansları

Alt Boyutların Madde Analizi

Tüm maddelerin madde-toplam puan korelasyon katsayılarının $r = .37$ ile $.68$ arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak çok anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır. Taslak ölçeğin beş alt boyutunun maddeleri ile alt boyut toplam puanları arasındaki güvenilirlik katsayıları “Kişisel Sağlık Verisi Bilgisi” boyutunda $r = .54$ ile $.69$, “Yasal Bilgiler” boyutunda $r = .70$ ile $.79$, “Yasal Veri Paylaşımı” boyutunda $r = .67$ ile $.83$, “Kişisel Sağlık Verisi Paylaşımı” boyutunda $r = .66$ ile $.80$ ve “Kişisel Sağlık Verisi Kaydı” boyutunda $r = .65$ ile $.76$ arasında olmak üzere pozitif yönde ve istatistiksel olarak çok anlamlı düzeyde bulunmuştur.

İç Tutarlılık Analizi

KSVKKTÖ ve alt boyutlarının güvenilirlik göstergelerinden biri olan iç tutarlılığı test etmek için yapılan analizde Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için $\alpha = .94$ bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılık güvenilirlik sayısı, “Kişisel Sağlık Verisi Bilgisi” boyutunda $.86$, “Yasal Bilgiler” boyutunda $.86$, “Yasal Veri Paylaşımı” boyutunda $.83$, “Kişisel Sağlık Verisi Paylaşımı” boyutunda $.73$ ve “Kişisel Sağlık Verisi Kaydı” boyutunda ise $.51$ olarak bulunmuştur. Alt boyutların katsayıları da $.51$ - $.86$ arasında belirlenmiştir. KSVKKTÖ'nin tüm maddeler açısından oldukça güvenilir bir ölçek olduğu saptanmıştır.

Test – Tekrar Test Analizi

Taslak ölçek ve beş alt boyutunun zamana göre değişmezliğini değerlendirmek için güvenilirlik analizi olarak test ve tekrar testten elde edilen puan ortalamaları iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile karşılaştırılmıştır. Üç hafta ara ile yapılan iki ölçümden elde edilen tutum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($t = .355$, $p = .725$).

Taslak ölçeğin ve beş alt boyutunun güvenilirlik analizi olarak test ve tekrar test uygulamasından elde edilen puanlar arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelendiğinde; test-tekrar test korelasyon katsayısı $.85$ olup, üç hafta ara ile yapılan iki ölçüm puanları arasında pozitif yönde, güçlü ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Tekrarlanan ölçümler sonrası farkın olmaması; ölçeğin belli aralıklarla yapılan ölçümlerde benzer sonucu ölçtüğünü, ölçümler arası tutarlılığın olduğunu göstermiştir.

Tartışma

Ülkemiz literatüründe henüz yer verilmemiş olan kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunması konusunun incelenmesini kolaylaştırmayı öngören, öncelikli olarak hemşirelik öğrencilerinin tutumunu belirleme yönünde “Hemşirelik Öğrencileri İçin Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt ve Korunması Tutum Ölçeği”nin geliştirilmesini amaçlayan bu çalışmada, beş alt boyutlu ve 31 maddeli geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı elde edilmiştir. Araştırmada öncelikli olarak literatürden yararlanılarak bir ölçek havuzu oluşturulmuş ve kapsam geçerliği değerlendirilmiştir. Sonraki aşamalarda, madde güvenilirliği, yapı geçerliği, iç tutarlılık ve test-tekrar test uygulamalarına yer verilmiştir.

Kapsam Geçerliği

Çalışmada, ölçek geliştirme literatürüne uygun olarak ilk aşamada literatür yardımıyla 46 maddelik taslak ölçeğin madde havuzu oluşturulmuş ve ardından, kapsam geçerliği açısından değerlendirilmek üzere, konuyla ilgili uzmanlar tarafından kapsam yönünden incelenmiş, maddelerin ifade şekli ve uygunluğu değerlendirilmiştir (De Vellis, 2012). Uzman görüşlerinin beş madde dışında uyumlu olduğu saptanmıştır. Bu sonuç doğrultusunda, oluşturulan ölçek maddelerinin 41'inin kapsam geçerliğinin uygun olduğu ve konu açısından uygun içeriğe sahip olduğu söylenebilir.

Madde Analizleri ve Madde Toplam Puan Korelasyonları

Taslak ölçeğin madde güvenilirliği çalışmasında, 41 maddenin madde-toplam puan korelasyonları incelenmiş ve 33 maddenin literatürde belirtilen ve en kabul gören değer olarak ifade edilen $.25$ korelasyon katsayısının üzerinde olduğu saptanmıştır (Kağıtçıbaşı, 2010; Polit ve Beck, 2010). Elde edilen bu sonuç, taslak ölçekte oluşturulan maddelerin değerlendirilmek istenen tutumu ölçtüğünü göstermektedir (Büyüköztürk, 2002).

Yapı Geçerliği

Taslak ölçeğin maddelerinin faktör yapılarını belirlemek amacıyla açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri yapılmıştır (Veneziano ve Hooper, 1997). Açıklayıcı faktör analizi, yeni geliştirilen ölçeklerde maddelerin ölçülmek istenen yapıyı ortaya koymak amacıyla yapılırken, doğrulayıcı faktör analizi oluşturulan yapının uygunluğunu ortaya koymaktadır (Nunnally ve Bernstein, 2010). Yapılan çalışmada, açıklayıcı faktör analizi ile beş faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Taslak ölçeğin toplamında açıklanan varyansın %50'nin üzerinde olması literatürde belirtilen oranla uyumludur. Oluşturulan faktör yapısının toplam değişken varyansının yarısından fazlasını karşılıyor olması, maddelerin temsil yeteneğinin uygun olduğu anlamına gelmektedir (Büyüköztürk, 2002). Bu durum, oluşturulan beş faktörlü yapının uygunluğunu göstermektedir. Taslak ölçeğin faktör yüklerinin de en düşük $.36$ olması, literatürde belirtilen $.30$ değerinin üzerinde olduğundan dolayı maddelerin uygun olarak değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır (De Vellis, 2012).

Doğrulayıcı faktör analizinde ise kuramsal faktörler ile bu faktörleri belirlemede ana rol oynayan değişkenler arasındaki uyumluluk test edilmektedir (Garbutt ve ark., 2007). Doğrulayıcı faktör analizi, bir faktörü oluşturan maddelerin faktörle ilişkisinin yeterli olup olmadığını değerlendirmektedir (İnceoğlu, 2010; Öner, 2008). Maddelerin belirlenen alt boyutlarda yeterince temsil edilip edilmediği ve alt yapıların ölçeğin yapısını açıklamakta yeterli olup olmadığı sınırlar (Erefe, 2012).

Taslak ölçeğin maddelerinin uygun faktörler altındaki dağılımının değerlendirilmesi amacıyla yapılan doğrulayıcı faktör analizinde uyum iyiliği istatistiklerinden RMSEA, GFI, AGFI, CFI ve IFI kullanılmıştır. Uyum iyiliği indekslerinden; ki-kare serbestlik derecesi'nin (χ^2 /sd) beşten küçük olması, RMSEA'nın .08'den küçük olması, GFI'nin .90'dan büyük olması, AGFI'nin 80'in üstünde olması, CFI ve IFI'nin .95'ten büyük olması uyumun iyi olduğunu göstermektedir (De Vellis, 2012; Şimşek, 2010). Bu çalışmada da, RMSEA değerinin anlamlı ve .08'in altında olması uyumun iyi olduğunu; GFI değerinin .90'ın üstünde olması; AGFI değerinin .80'den büyük olması; CFI ve IFI değerlerinin .95'in üstünde olması uyumun olduğunu göstermiştir. Yapılan analizlerin tümü açısından, elde edilen sonuçların beş faktörlü modelin kabul edilebilirliğini desteklediğine işaret etmektedir.

İç Tutarlılık Analizi

Taslak ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilebilir (Şimşek, 2010). Bu sonuç, maddelerin belirlenen özellikleri ölçmede ve ölçülmek istenen konuyla ilgili olduğu konusunda olumlu değerlendirilebileceğini göstermektedir (Polit ve Beck, 2010). Alt boyutlardan dördünün iç tutarlılık güvenilirlik katsayıları oldukça güvenilir olarak değerlendirilebilecekken, son alt boyut olan "Kişisel Sağlık Verisi Kaydı" boyutunun iç tutarlılık katsayısı düşük güvenilirlikte belirlenmiştir (Şimşek, 2010). Bu durumun ölçeğin alt boyut madde sayısının az olması, özellikle küçük sınıflarda konuyla ilgili yasal boyut ve sağlık personellerinin sorumlulukları hakkında yeterli bilginin olmaması, öğrencilerin konuyla ilgili farkındalıklarının düşük olması, teorik derslerde konuya yeterince yer verilmemiş olma olasılığı gibi nedenlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Sonuçların bütünü değerlendirildiğinde; ölçeğin oldukça güvenilir olduğu söylenebilir.

Test-Tekrar Test Analizi

Bu çalışmada, taslak ölçeğin 37 kişi ve üç hafta ara ile yapılan ikinci uygulamasında elde edilen puanlar arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelendiğinde; iki ölçüm puanları arasında güçlü düzeyde bir ilişki olduğunu göstermektedir. Üç hafta ara ile test edilen puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Dolayısıyla tekrarlanan ölçümler sonrası farkın olmaması (Şencan, 2005; Şimşek, 2010); ölçeğin belli aralıklarla yapılan ölçümlerde benzer sonucu ölçtüğünü, ölçümler arası tutarlılığın olduğunu göstermiştir.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Bilişim teknolojisindeki hızlı yenilikler, kişisel sağlık verilerinin kayıt hızını artırırken korunabilirliğini zorlaştırmaktadır. Kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasındaki insan faktöründen kaynaklanan durumlar göz ardı edilebilmektedir. Bu nedenle, kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunmasında rol alan sağlık profesyonellerinin konuya ilişkin duyarlılık ve farkındalık gereksinimleri önemlidir. Kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunması tutumuna yönelik hemşirelik öğrencileri için çalışılan bu ölçeğin, sağlık profesyonellerinin büyük paydasını oluşturan hemşirelerin henüz profesyonel meslek yaşamına geçmeden önceki, aday oldukları eğitim döneminde duyarlılık ve farkındalığın artırılmasına fırsat tanyacak tanımlayıcı bir araç olma özelliklerini barındırmaktadır. Sağlık hizmeti alan bireylerle yüz yüze, uzun süre çalışma, izleme, erken tanılama ve bildirim yapma yetkinliği bulunan profesyonel hemşirelik yaklaşımının kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunması tutumu konusunda daha donanımlı ve duyarlı olunması için ölçeğin hemşirelik eğitim sürecinde kullanılması katkı sağlayacaktır. Ayrıca, ülkemizde ilk olarak yapılan bu çalışma sonuçları ışığında sağlık hizmetlerinin diğer alanlarında kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunması tutumu konusunda çalışılmasının sağlık hizmet bütününde olumlu yansımaları olacağı düşünülmektedir.

Sonuç

Kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunması, sağlık profesyonellerinin bilgi düzeyi, konu ile ilgili duygu, davranış ve tutumlarında hassasiyet gerektirir. Kişisel sağlık verilerinin hukuka aykırı ve uygunsuz bir şekilde paylaşılması, hukuksal temelde mesleki duyarlılık gereksinimi gösteren davranışlardır. Bireylerin en savunmasız olduğu hastalık durumlarında, garantör konumdaki sağlık personelinin bilgi, farkındalık ve duyarlılığının artırılması, sorumlu, özenli ve dikkatli davranması yasal ön koşuldur. Konu ile ilgili yasal düzenlemeler önemli olmakla birlikte, tek başına yeterli değildir. Bilgi güvenliğine ilişkin önlemlerin alınmasında, verinin meşru amaç için ilgili personel tarafından, gerektiği kadar toplanma, belirli bir süre için tutulma ve bağımsız bir organ tarafından denetimi gibi hususlarda dikkatli olmayı, özen göstermeyi gerektirir. Bu kapsamda, literatüre yeni kazandırılan geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan "Hemşirelik Öğrencileri İçin Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt Ve Korunması Tutum Ölçeği"nin hemşirelik eğitim sürecinde kullanılması, profesyonel meslek yaşamına geçmeden önce sorumluluk bilincinin artırılması, farkındalık yaratması ve duyarlılık oluşturması yönünde anlamlı olacaktır. Ayrıca farklı örneklerde ve sağlık disiplinlerinde de ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılması önerilebilir.

Kaynaklar

- Adıgüzel, E., & Aydın, M. F. (2015). Kamu hastanelerinde staj yapan lisans ve önlisans düzeyindeki sağlık öğrencilerinin kişisel sağlık verileri konusundaki farkındalık ve gözlemlerinin belirlenmesi. *Kişisel Sağlık Verileri Ulusal Kongresi, Türk Tabipleri Birliği Yayınları*, İstanbul, 19-20 Aralık, 210.
- Akalın, H. E. (2005). Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. *Yoğun Bakım Dergisi*, 5 (3), 141-146.
- Akgül, A. (2014). *Kişisel verilerin korunması*. İstanbul: Beta Basım.
- Akgül, A. (2015). Kişisel sağlık verilerine yönelik danıştay, anayasa mahkemesi ve AİHM'in yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Kişisel Sağlık Verileri Ulusal Kongresi, Türk Tabipleri Birliği Yayınları*, İstanbul, 19-20 Aralık, 178-184.
- Avrupa Konseyi. (1981). *Kişisel Nitelikteki Verilerin Otomatik İşleme Tabi Tutulması Karşısında Şahısların Korunmasına Dair 108 sayılı Avrupa Konseyi Sözleşmesi*. Avrupa Konseyi Anlaşma Serileri No 108. Erişim: 14.08.2018. http://www.uhdigm.adalet.gov.tr/sozlesmeler/coktaraflioz/ak/turkce/108_tur.pdf
- Büyükdöğtürk, Ş. (2002). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı*. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
- Çetinkaya, P. (2016). *Hemşirelikte tıbbi uygulama hataları ve hukuki sonuçları*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- De Vellis, R.F. (2012). *Scale development, theory and Applications*. 3rd ed. India, SAGE Publication, Inc. p.31-59
- Dülger, M. V. (2015). Sağlık hukukunda kişisel verilerin korunması ve hasta mahremiyeti. *İstanbul Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 1(2), 43-80.
- Erefe, İ. (Ed.). (2012). *Hemşirelikte araştırma ilke süreç ve yöntemleri*. Ankara: Odak Matbaacılık.
- Eser, E. (2007). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeklerinin kültürel uyarlaması. 2.Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, Kongre Öncesi Kurslar Kitabı, İzmir, Meta Basım, 18-32.
- Garbutt, J., Brownstein, D.R., Klein, E.J., Waterman, A., Krauss M.J., Marcuse, E.K., Hazel E., Dunagan C.W., Fraser, V., & Gallagher, T.H. (2007). Reporting and disclosing medical errors. Erişim: 07.03.2018. <https://www.researchgate.net/publication/6522039>
- Gökcan, H. T. (2014). *Tıbbi müdahaleden doğan hukuki ve cezai sorumluluk*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Hakeri, H. (2015). *Tıp hukuku*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Hasta Hakları Yönetmeliği. (1998). Erişim: 27.09.2018. <http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=Hasta%20Haklar>
- İnceoğlu, M. (2010). *Tutum algı iletişim*. İstanbul: Beykent Üniversitesi Yayınları.
- İzgi, M. C. (2014). Mahremiyet kavramı bağlamında kişisel sağlık verileri. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, (1,1), 25-37.
- Kağıtçıbaşı, Ç. (2010). *Günümüzde insan ve insanlar-sosyal psikolojiye giriş*. İstanbul: Evrim Yayınevi.
- Karabakır, B., & Çetin, G. (2016). Hemşirelerin tabi oldukları mevzuat ve hukuki sorumlulukları konusundaki farkındalıkları. *Adli Tıp Bülteni*, 21(2), s.78-85.
- Kişisel Verilerin Korunması Kanunu. (2016). Erişim: 11.10.2017. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/04/20160407-8.pdf>
- Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi Ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik. (2016). Erişim: 27.09.2018 <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/10/20161020-1.htm>
- Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi Ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2017). Erişim: 27.09.2018 <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/11/20171124-1.htm>
- Korkmaz, İ. (2016). Kişisel verilerin korunması kanunu hakkında bir değerlendirme. *Türk Tabipleri Birliği Dergisi*, (124), 81-152.
- Küzeci, E. (2015). Türkiye’de sağlık verilerinin korunması: hukuksal çerçeve. *Kişisel Sağlık Verileri Ulusal Kongresi, Türk Tabipleri Birliği Yayınları*, İstanbul, 19-20 Aralık, 14-20.
- Nunnally, J.C., & Bernstein, I.H., (2010). *Psychometric theory* (3rd Ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- OECD. (1980). *Bilgi Sistemlerinin Güvenliğine İlişkin OECD Rehber İlkeleri*. Erişim: 14.08.2018. <https://www.oecd.org/sti/ieconomy/32493366.PDF>
- Öner, N. (2008). *Türkiye’de kullanılan psikolojik testlerden örnekler*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.
- Özel, K. C. (25.04.2016). 6698 sayılı kişisel verilerin korunması kanunu üzerine genel değerlendirme. Erişim: 11.10.2017. <http://www.hukukihaber.net/6698-sayili-kisisel-verilerin-korunmasi-kanunu-uzerine-genel-bir-degerlendirme-makale.4758.html>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2010). *Essentials Of Nursing Research: Appraising Evidence For Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer & Lippincott Williams & Wilkins.
- Şencan, H. (2005). *Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Şimşek, Ö.F. (2010). *Yapısal eşitlik modellemesine giriş temel ilkeler ve LISREL uygulamaları (Introduction to Structural Equation Modeling, LISREL Fundamental Principles and Practices)*. İstanbul: Ekinoks Yayınları.
- Türk Ceza Kanunu. (26.09.2004). Erişim: 11.10.2017. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf>
- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. (18.10.1982). Erişim: 11.10.2017. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2709.pdf>
- Veneziano, L., & Hooper, J. (1997). A Method For Quantifying Content Validity Of Health-Related Questionnaires. *American Journal of Health Behavior*, 21(1), 67-70.
- Yılmaz, S.S. (2014). *Tıp Alanında Kişisel Verilerin Açıklanması Suçu*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Annelerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ile Emzirme Öz-Yeterlilik Algıları Arasındaki İlişki*

Diler AYDIN**, Yıldı Arzu ABA***

Öz

Giriş: Sağlıkın korunması ve geliştirilmesi kapsamında kadınlarda sağlık okuryazarlığı düzeyi sağlığın yükseltilmesi ve hastalıkların önlenmesi için önemli bir etkidir. **Amaç:** Bu araştırma, annelerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin doğum sonrası emzirme öz yeterlilik düzeyine etkisini değerlendirmek amacı ile yapılmıştır. **Yöntem:** Tanımlayıcı ve ilişkisel tipte yapılan araştırmanın örneklemini, Mart 2017/Ağustos 2017 tarihleri arasında bir ilçe devlet hastanesinin çocuk polikliniklerine başvuran ve doğum sonrası 6 aya kadar bebeğe sahip 263 anne oluşturmuştur. Anne ve bebeğe ait demografik özellikleri sorgulayan tanımlayıcı veri formu ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği-Kısa formu kullanılmıştır. Verilerin analizinde korelasyon analizi, t testi ve One Way ANOVA testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Araştırmada annelerin emzirme öz-yeterlilik toplam puan ortalamaları ile emzirme deneyiminin bulunması ve doğuma hazırlık sınıflarına katılım arasında anlamlı fark bulunurken ($p<.001$); sağlık okuryazarlığı toplam puan ortalamaları ile eğitim süresi ve gebeliğin planlı olması arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<.001$). Annelerin emzirme öz-yeterlilik toplam puan ortalamaları ile sağlık okuryazarlığı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ($r = .480, p<.001$). **Sonuç:** Annelerin sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça emzirme öz-yeterlilik düzeyinin de arttığı bulunmuştur. Bu doğrultuda daha prekonsepsiyonel dönemde ve gebelik döneminden itibaren kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi ve artırılması, emzirme gibi sağlığı koruma davranışlarının kazanılmasında doğru yere, doğru zamanda, doğru şekilde ulaşılmasını sağlayacaktır. **Anahtar Sözcükler:** Sağlık Okuryazarlığı, Emzirme Öz-Yeterlilik, Kadın Sağlığı.

Abstract

The Relationship Between Mothers' Health Literacy Levels and Their Perceptions About Breastfeeding Self-Efficacy

Background: The health literacy in women is an important factor on the development of health and prevention of diseases within the scope of health protection and development. **Objectives:** This research was planned to analyze the effect of maternal health literacy levels on the postpartum breast-feeding self-efficacy level. **Methods:** The sample of this descriptive and relational study consisted of the mothers who applied to the outpatient clinics of a county state hospital and had a neonates up to 6 months postpartum. Descriptive data form, Health Literacy Scale and Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form were used to question the demographic characteristics of the mother and the baby. Correlation analysis, t-test and One Way ANOVA test were used in the analysis of the data. **Results:** There was a significant relationship between the mean total breastfeeding self-efficacy scores of the mothers in the study and the presence of breastfeeding experience and participation in birth preparation classes ($p<.001$). There was a significant relationship between the mean health literacy scores and the duration of training and the planned pregnancy ($p<.001$). It was determined that there was a statistically significant positive correlation between the mean postnatal breastfeeding self-efficacy scores and mean health literacy scores of the subjects ($r = .480, p<.001$). **Conclusion:** As mothers' health literacy levels increased, breastfeeding self-efficacy levels increased. In this direction, the determination and improvement of the level of women's health literacy from the preconceptional and the pregnancy periods will ensure to gain protection behaviors such as breastfeeding, in the correct way.

Key Words: Health Literacy, Breast Self-Efficacy, Women's Health.

Geliş tarihi: 08.03.2018

Kabul tarihi: 26.11.2018

Günümüzde sağlık hizmetlerinin en temel amacı olan toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi kapsamında bireylerden kendi sağlıklarını koruma ve geliştirme uygulamalarını benimsemeleri, verilen sağlık hizmetleri hakkında bilgilenmeleri, kendi sağlıkları ile ilgili kararlar vermede etkin olmaları, sorumluluklarını ve haklarını bilmeleri beklenmektedir (Yılmaz ve Tiryaki, 2016). Bu beklentinin gerçekleştirilmesinin temelinde, bireylerin yeterli düzeyde bir sağlık okuryazarlığına sahip olmaları yer almaktadır. Sağlık okuryazarlığı, Amerikan Tıp Derneği (The American Medical Association, [AMA], 1999) tarafından “sağlığı ile ilgili uygun bireysel karar vermek için gerekli sağlık bilgisi ve hizmetlerini elde etme, anlama ve idrak etme kapasitesinin düzeyi” olarak tanımlanırken Dünya Sağlık Örgütü’ne (World Health Organization [WHO], 1998) göre ise, “sağlığın korunması ve sürdürülmesi için bireyin sağlık bilgisine ulaşma, anlama ve kullanma becerisi” olarak tanımlanmaktadır (AMA Ad Hoc Committee, 1999; Khorasani, Peyman ve Esmaily, 2018; Nielsen-Bohlman, Panzer Allison ve Kindig David, 2004; WHO, 1998). Yine genel bir tanıma göre de “okur-yazarlıkla bağlantılı, insanların sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında kararlar almak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve sürdürmek için sağlıklarını geliştirme ve hastalıkları önleme amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlilik” olarak tanımlanmaktadır (Gillis, Gray ve Murphy, 2012).

*Bu çalışma 05-06 Ekim 2017 tarihinde Kocaeli’de düzenlenen 2. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur. **Doç. Dr., Diler Aydın, Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Bandırma, E-mail: daydin@bandirma.edu.tr ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4043-0411> ***Dr. Öğr. Ü., Yıldı Arzu ABA, Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Bandırma, E-mail: yaba@bandirma.edu.tr, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6660-4964>

Literatürde yetersiz sağlık okuryazarlığının, sağlığı koruma ve geliştirme uygulamaları ile ilgili bilgi eksikliği, ilaç uygulama hatalarında artış, hastaneye yatış hızında ve beraberinde sağlık giderlerinde artış ve yetersiz öz-yeterlilik ile öz bakım gibi pek çok sağlık sonuçlarına etkisinin olduğu, hastaların öz yönetimlerinin harekete geçirilmesinde sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Durusu-Tanrıöver, Yıldırım, Demiray-Ready, Çakır ve Akalın, 2014; Yılmazel ve Çetinkaya, 2016). Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü tarafından, toplumlarda sağlık okuryazarlığı koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin tamamlayıcı bir parçası olarak görülmesi gerektiği vurgulanmaktadır (WHO, 2013). Toplumların sağlık düzeyinin yükseltilmesinde kişilerin sağlık okuryazarlık düzeyleri büyük bir öneme sahiptir. Literatürde sağlık okuryazarlığı açısından en çok etkilenen gruplar arasında kronik hastalıklı bireyler, yaşlılar ve çoğunlukla kadınların yer aldığı belirtilmektedir (Göneç, 2015; Yılmaz ve Tiryaki, 2016; WHO, 2013). Sağlığın korunması ve geliştirilmesi kapsamında kadınlarda sağlık okuryazarlığı düzeyi, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi için önemli bir etkidir. Kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyi sadece kendi sağlık bakımlarını değil aynı zamanda yenidoğan ve çocuk sağlığını da etkilemektedir (Göneç, 2015). Bir ülkenin yetişen genç ve sağlıklı kuşaklara sahip olmasında temel sağlık hizmetleri büyük bir önem taşımaktadır. Sağlık okuryazarlığı ayrıca kadının gelecekte hem kendisinin hem de çocuklarının sağlık sorunlarına çözüm arayabilme durumunu da etkilemektedir. Özellikle kadın sağlığı, hem kadının hem de aile ve toplum sağlığının üzerine olan etkileri açısından önemlidir.

Sağlıklı toplumların yetişmesi doğum öncesi dönemden başlamakta, bunu doğum sonrası dönem izlemektedir. Özellikle de doğum sonrası dönemde yenidoğanın anne ile erken dönemde teması, emzirmeye erken başlanması ve sürdürülebilmesi önem taşımaktadır. Bu aşamada yenidoğanların sadece anne sütü ile beslenmesindeki başarısı, annelerin emzirmeye yönelik düşünce ve inançlarına, bebeğin ve annenin sağlık durumuna, doğduktan sonraki ilk saatlerde ve günlerde beslenebilme durumuna, doğum öncesi ve sonrası eğitim alma durumuna, annenin laktasyon dönemindeki beslenmesine bağlı olduğu kadar sağlık okuryazarlık düzeyi ile de yakından ilgili olduğu düşünülmektedir. Annelerin etkili emzirip emziremedikleri ve/veya sütünün yeterli olup olmadığı konusundaki kaygıları emzirme konusunda hissettiği öz-yeterliliğini de etkileyebilmektedir (Connelly ve Turner, 2017; Yenal, Tokat, Ozan, Çeçe ve Abalın, 2013). Literatürde kadınların sağlıklı ilgili temel bilgileri sağlama, anlama, kullanma, kendisi ya da bebeği için uygun sağlık kararları verebilmede sağlık okuryazarlık düzeyinden etkilendiği vurgulanmaktadır (Kilfolye, Vitko, O'Connor ve Bailey, 2016; Stafford, Lathrop ve Haddad, 2016). Ayrıca kadınların kendileri ve çocukları ile ilgili etkin karar verebilmelerinde farklı sağlık okuryazarlığı statülerine göre postpartum uygulamalarının da değişebildiği bildirilmiştir (Kilfolye ve ark., 2016).

Amaç

Bu araştırma, annelerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin doğum sonrası emzirme öz yeterlilik düzeyi ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Çalışma ile aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Annelerin sağlık okuryazarlığı hangi düzeydedir?
2. Annelerin emzirme öz yeterlilik düzeyleri nelerdir?
3. Annelerin sağlık okuryazarlığı ve emzirme öz yeterlilik düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı ve ilişkisel tipte bir araştırmadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma verileri, Mart 2017/Ağustos 2017 tarihleri arasında Bandırma Devlet Hastanesinde çocuk polikliniklerinde toplanmıştır

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın örneklemini, Mart 2017/Ağustos 2017 tarihleri arasında Bandırma Devlet Hastanesinde çocuk polikliniklerine başvuran ve doğum sonrası 6 aya kadar bebeğe sahip anneler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini, G power programında 3.1.7. versiyonu kullanılarak %95 güven aralığında, %5 hata payı, 0.5 etki büyüklüğü ve %80 güç ile 263 kişi olarak belirlenmiştir. Araştırmada bir örneklem seçimine gidilmemiş, belirtilen tarihler arasında polikliniğe başvuran, 18 yaşından büyük, okuma yazma bilen, Türkçe konuşabilen, emziren ve emzirmeye engel bir kronik hastalığı olmayan annelerden çalışmaya katılmayı kabul eden 278 anneden, anket formunu tam ve eksiksiz dolduran toplam 263 anne çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden fakat anket formlarını tam doldurmayan 15 annenin anket formları çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOÖ): Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin orijinali Toçi, Bruzari ve Sorenson (2013) tarafından geliştirilmiş olup, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Aras ve Temel tarafından 2015 yılında yapılmıştır. 25 madde içeren ölçek erişim (5-25), anlama (7-35), değer biçme/değerlendirme (8-40) ve uygulama (5-25) başlıklarını kapsayan 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçekten en düşük 25 ve en yüksek 125 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça bireyin sağlık okuryazarlık düzeyi de artmaktadır. Ölçeğin Cronbach's Alpha değeri .92 olup araştırmamızda sağlık okuryazarlığı ölçeği Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı .94 olarak belirlenmiştir.

Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği-Kısa form (EÖÖ): Dennis ve Faux (1999) tarafından geliştirilen, Türkçe uyarlaması Aluş-Tokat ve Okumuş (2010) tarafından yapılan Emzirme Öz-Yeterliliği Ölçeği-Kısa Formu 14 maddeden oluşmakta ve annelerin emzirmeye ilişkin kendilerini ne kadar yeterli hissettiklerini değerlendirmektedir. Ölçek 5'li likert tipte olup, hiç emin değilim (1 puan) ve her zaman eminim (5 puan) şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten minimum alınabilecek puan 14, maksimum puan 70'tir. Ölçeğin kesme noktası yoktur ve puanın artması emzirme öz yeterliliğin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeğin Cronbach's Alfa değeri 0.86 olup araştırmamızda EÖY ölçeği Cronbach's Alpha güvenirlik katsayısı .92 olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini; annelerin sosyodemografik özellikleri (yaş, eğitim süresi, çalışma durumu, gelir düzeyi), annelerin prenatal dönem ve bebeğine ait özellikler, annelerin emzirme sürecine ait özellikler oluşturmaktadır. Bağımlı değişkenleri ise, sağlık okuryazarlık ve emzirme öz yeterlilik puanları oluşturmaktadır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler, bilgisayar ortamında istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin tanımlanmasında; ortalama, standart sapma, sayı ve yüzde kullanılmıştır. Nicel verilerin normal dağılıma uygunluğu test edilmiş, Kolmogorov Smirnov değeri $p < .05$ olarak bulunduğu için analizlerde t testi ve OneWay ANOVA testi kullanılmıştır. Annelerin sağlık okuryazarlık ve Emzirme Öz-yeterlilik Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi incelemek için korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistik analizler sonucunda p değeri .05'in altında ise anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (08.02.2017 Tarih /Karar No: 2017/05) ve araştırmanın yürütüleceği ilçe devlet hastanesinden gerekli yazılı izinler alınmıştır. Çalışmada, annelere çalışmanın amacı açıklandıktan sonra gönüllülük ilkesi doğrultusunda bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Araştırmada kullanılan SOÖ için Aras ve Temel'den ve EÖÖ için Aluş-Tokat ve Okumuş'tan kullanım izni alınmıştır.

Bulgular

Araştırma kapsamındaki bireylerin %50.2'sinin 26-35 yaş grubunda, %35.4'ünün orta öğretim düzeyinde ve %77.9'unun ev hanımı olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Annelerin %77.6'sının gebeliğini planladığı, %23.2'sinin doğuma hazırlık eğitimi aldığı, %59.7'sinin normal vajinal doğum yaptığı, %47.5'inin daha önce emzirme deneyimi olmadığı ve %46.4'ünün doğumdan hemen sonra bebeklerini emzirdiği bulunmuştur (Tablo 2, Tablo 3). Araştırmanın yapıldığı süreçte bebekler ortalama 77.03 ± 16.25 günlüktür.

Araştırmada sağlık okuryazarlığı toplam puan ortalamaları ile eğitim süresi ve gebeliğin planlı olması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla $p < .001$, $F = 6.828$; $p < .001$, $t = 3.030$). Yapılan Post hoc analizinde (Bonferroni testi) anlamlı farklılığın lisans ve üstü eğitim düzeyi grubundan kaynaklandığı ve lisans ve üstü eğitim düzeyi grubunun sağlık okuryazarlığı düzeyinin diğer eğitim gruplarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yaş, çalışma durumu, gelir durumu, emzirme deneyiminin bulunması, doğum şekli ve doğuma hazırlık sınıflarına katılım arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > .001$). Annelerin EÖÖ toplam puan ortalamaları ile emzirme deneyiminin bulunması ve doğuma hazırlık sınıflarına katılım arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken ($p < .001$); yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, gebeliğin planlı olması ve doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > .001$). (Tablo 3).

Tablo 1. Annelerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı ve Emzirme Öz Yeterlilik Puan Dağılımları

Demografik Özellikler	n (%)	X ± SD	SOÖ		X ± SD	EÖÖ	
			Önemlilik Testi	p		Önemlilik Testi	p
Yaş	19-25 yaş	109 (41.4)	101.2±16.8	F=2.175	52.9±11.3	F=1.893	.222**
	26-35 yaş	132 (50.2)	105.6±15.4		55.5±9.6		
	36 yaş ve ↑	22 (8.4)	103.8±17.7		52.8±11.3		
Eğitim Süresi	İlköğretim	57 (21.7)	102.7±14.7	F=6.828	53.1±12.7	F=1.203	.308**
	Ortaokul	51 (19.4)	102.9±16.2		55.3±8.7		
	Lise	93 (35.4)	102.1±15.8		54.2±10.1		
	Lisans ve ↑	62 (23.6)	111.1±11.9		56.2±10.5		
Çalışma durumu	Çalışıyor	58 (22.1)	103.0±17.8	t =.342	53.3±12.6	t =1.157	.067*
	Çalışmıyor	205 (77.9)	103.8±15.8		55.2±9.9		
Gelir Düzeyi	Gelirim giderimden az	49 (18.6)	102.0±17.9	F=1.035	53.6±11.9	F=.400	.671**
	Gelirim giderime eşit	177 (67.3)	103.4±15.9		55.1±10.1		
	Gelirim giderimden fazla	37 (14.1)	106.9±15.2		54.8±11.0		

* T test, ** One Way ANOVA testi

Tablo 2. Annelerin Prenatal Dönem Ve Bebeğine Ait Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı ve Emzirme Öz Yeterlilik Puan Dağılımları

Prenatal Dönem ve Bebeğine Ait Özellikler		n (%)	X ± SD	SOÖ		EÖÖ		
				Önemlilik Testi	p	Önemlilik Testi	p	
Gebeliğin planlı olma durumu	Evet	204 (77.6)	105.2±14.8	t =3.030	.004*	54.9±10.2	t =.622	.091*
	Hayır	59 (22.4)	98.0±19.4			54.0±11.8		
Doğum Şekli	NSD	157 (59.7)	102.6±16.4	t =1.182	.678*	54.7±10.9	t =.068	.700*
	Sezaryen	106 (40.3)	105.0±16.0			54.6±10.1		
Gebelikte kronik hastalık varlığı	Evet	60 (22.8)	106.7±14.9	t =1.708	.177*	55.4±11.0	t =.562	.596*
	Hayır	203 (77.2)	102.7±16.5			54.5±10.4		
Bebeğin gestasyon haftası	37 hafta + 6 gün ve ↓	58 (18.3)	102.5±15.1	F=.287	.089**	52.3±10.1	F=1.504	.104**
	38-41 hafta + 6 gün arası	204 (77.5)	103.1±17.2			53.6±10.7		
	42 ve ↑	11 (4.2)	102.8±16.8			54.1±11.2		
Doğuma Hazırlık Eğitimi Alma Durumu	Evet	61 (23.2)	102.8±14.0	t =.488	.097*	52.0±11.7	t =3.267	.024*
	Hayır	202 (76.8)	103.9±16.9			55.6±10.1		

* T test, ** One Way ANOVA testi

Tablo 3. Annelerin Emzirme Sürecine Ait Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı ve Emzirme Öz Yeterlilik Puan Dağılımları

Emzirme Sürecine Ait Özellikler		n (%)	X ± SD	SOÖ Önemlilik Testi	p	X ± SD	EÖÖ Önemlilik Testi	p
Daha önce emzirme deneyimi	Evet emzirdim	138 (52.5)	104.6±15.2	t =.380	.970*	56.3±9.7	t =2.867	.005*
	Hayır emzirmedi	125 (47.5)	102.6±17.3			53.0±11.2		
Emzirme hakkında bilgi kaynakları	Kitap/Dergi	57 (24.3)	108.0±12.7	F=.167	.683**	54.8±10.5	F=2.212	.131**
	TV	23 (8.7)	105.9±20.6			53.5±12.9		
	Sosyal medya	64 (45.3)	107.3±11.8			52.8±12.2		
	Bilgi almadım	119 (21.7)	107.9±17.6			53.3±8.7		
Bebeğini ilk emzirme süresi	Doğumdan hemen sonra	122 (46.4)	104.1±16.4	F=.591	.622**	54.5±10.9	F=.599	.616**
	İlk 60 dk. içinde	67 (25.5)	102.4±15.9			54.0±10.3		
	61 dk ve üzeri	74 (28.1)	105.5±16.7			56.5±10.1		
Doğumdan Önce Emzirme Eğitimi Alma Durumu	Evet	92 (6.8)	104.2±15.3	F=.409	.132**	53.4±11.8	F=1.487	.109**
	Hayır	171 (37.3)	103.3±16.8			55.5±9.8		

* T test, ** One Way ANOVA testi

Tablo 4. Annelerin Sağlık Okuryazarlığı ve Emzirme Öz-Yeterlilik Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Min	Max	X ± SD	r	p
Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği	14	70	54.75 ± 10.59	.48	.00
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	54	125	103.64 ± 16.25		

Annelerin emzirme öz-yeterlilik toplam puan ortalaması 54.75 ± 10.59 ve sağlık okuryazarlığı toplam puan ortalaması ise 103.64 ± 16.25 'dir. Yapılan korelasyon analizinde, annelerin emzirme öz-yeterlilik puan ortalamaları ile sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ($r = .480, p < .001$) (Tablo 4).

Tartışma

Sağlıklı aile ve toplumların oluşmasında, kadın ve çocuk sağlığının önemi büyüktür. Çocukların sağlıklı olması kavramı, daha doğum öncesi dönemden itibaren yaşama sağlıklı başlamalarına ve büyüme gelişme süreçlerini sağlıklı geçirmelerine bağlıdır. Bu nedenle kadınlarda sağlık okuryazarlığı, hem kadın sağlığı hem de çocuk sağlığının geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi açısından önemlidir (Gönenç, 2015). Kadınlarda sağlığın geliştirilmesi ve korunması kapsamında ele alınması gereken konulardan biri de emzirmedir.

Emzirmenin başlanması ve sürdürülmesi, annenin düşük eğitim düzeyi, çalışıyor olması, emzirmeye istekli olması, doğum şekli, annenin önceki deneyimleri, ebeveynlerin emzirme konusunda yeterince bilgilendirilmemesi, aile içi desteğin yetersizliği, emzirme öz-yeterliliği (Khorasani, Peyman ve Esmaily, 2018) vb pek çok faktörden etkilenebilmektedir (Akkoyun ve Taş Arslan, 2016). Literatürde annenin emzirme öz-yeterlilik düzeyinin yüksek olmasının emzirmeyi devam ettirme davranışı üzerinde etkili olduğu vurgulanmaktadır (Akkoyun ve Taş Arslan, 2016). İnce ve arkadaşlarının (2017), çalışmalarında annelerin emzirme öz-yeterlilikleri ve başarılarının, emzirme deneyimlerinden, doğum öncesi ve sonrasında emzirme danışmanlığı alma durumlarından ve bebeğin yalnızca anne sütü ile beslenmesinden etkilendiği belirtilmektedir. Akkoyun ve Taş Arslan'ın (2016) çalışmalarında, annelerin emzirme öz-yeterlilik puan ortalamalarının yaş, gebelik sayısı ve bebeğin yaşı (hafta) ile zayıf ve pozitif yönlü, doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı arasında ise orta düzeyde ve pozitif yönlü ilişki olduğu belirtilmektedir. Gerçek ve arkadaşlarının (2017) çalışmalarında dört ve daha fazla kez gebelik durumu gerçekleşen, evlilik süreleri uzun olan ve doğum sonrası ilk 30 dk içerisinde emzirmeyi başlatan annelerin emzirme öz yeterlilik düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Wu ve arkadaşlarının (2018) çalışmalarında annelerin eğitim düzeyi, meslek ve emzirme niyeti ile emzirme öz yeterlilikleri arasında pozitif ilişki olduğu belirlenmiştir. Khorasani ve arkadaşlarının (2017) çalışmalarında ise annelerin emzirme öz-yeterlilik düzeyi ile annelerin eğitim, gelir durumu ve mesleki durumu arasında istatistiksel yönden bir anlamlılık belirlenmemiştir. Çalışmanın bulgularında ise annelerin emzirme öz-yeterlilik puan ortalamalarının yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, gebeliğin planlı olması, emzirme deneyiminin bulunması ve doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, emzirme deneyiminin bulunması ve doğuma hazırlık sınıflarına katılım arasında anlamlı fark bulunmuştur. Çalışma bulguları, İnce ve arkadaşlarının (2017) çalışmaları ile gebe okulu/emzirme eğitimi alma durumu açısından benzerlik göstermektedir. Hemşireler, annelerin emzirme davranışlarını birebir gözlemleyebilme olanağına sahip olduklarından emzirme öz-yeterlilik algısının yükseltilmesinde kritik bir öneme ve role sahiptirler. Çalışma sonuçları doğrultusunda hemşireler tarafından emzirme danışmanlığı yapılmalı, emzirme sorunları eğitimler ile çözümlenebilmelidir. Emzirme danışmanlığı ve eğitimler ile emzirme davranışını doğru uygulayan anneler doğru yaptıkları için desteklenmelidirler.

Kadınlarda sağlık okuryazarlığı düzeyi, sağlığın korunması geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi için önemli bir etkidir. Kadınlarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması ile tüm toplumun sağlık düzeyi etkilenecektir (Gönenç, 2015). Literatürde bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin, öğrenim düzeyi, yaş, etnik köken, gelir düzeyi vb sosyodemografik özelliklerine bağlı olarak farklılık gösterdiği belirtilmektedir (Çopurlar ve ark., 2016; Khorasani ve ark., 2018; Taş ve Akış, 2016). Khorasani ve arkadaşlarının (2018) çalışmalarında annelerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile yaş faktörü arasında anlamlılık belirlenmez iken, annenin eğitim durumu ve gelir düzeyi arasında anlamlılık belirlenmiştir. Çalışmanın bulgularında annelerin sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları 103.64 ± 16.25 olup, orta düzeyin üzerinde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca çalışmada sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarının eğitim durumu ve gebeliğin planlı olması arasında anlamlı fark bulunmuştur. Çalışmanın bulguları, Khorasani ve arkadaşlarının (2017-2018) çalışma sonuçları ve ilgili literatür doğrultusunda benzerlik göstermektedir.

Anne sütünün bebeklerin yaşam kalitesini, yaşam süresini arttırmada ve anne sağlığı üzerinde önemli bir rolü olduğunu vurgulanmaktadır (Akkoyun ve Taş Arslan, 2016; WHO, 2017; Khorasani ve ark., 2017). Doğum sonrası dönemde emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesinde emzirmeyi etkileyen en önemli faktörlerden biride emzirme öz-yeterlilik algısıdır. Öz-yeterlilik, "belirli bir davranışı/işi yerine getirebilme konusunda bireyin hissettiği yeterlilik" olarak tanımlanmakta olup; annelerin emzirme öz-yeterlilik düzeylerinin, emzirmeyi devam ettirme davranışı üzerinde etkisi olduğu belirtilmektedir (Connelly ve Speer, 2017; Yenil ve ark., 2013). Literatürde emzirmeyi tetiklemede, çocuk sağlığı üzerinde önemli bir etken olarak görülmesinde annelerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin de etkili olabileceği belirtilmektedir (Connelly ve Speer, 2017; Gillis ve ark., 2012; Gönenç, 2015). Yapılan iki çalışmada (Khorasani ve arkadaşları 2017; Khorasani ve arkadaşları 2018) annelerin emzirme öz yeterliliği ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı ilişki olduğu ve özellikle kadınların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin artırılması gerektiği vurgulanmaktadır. Avcı'nın (2013) çalışmasında, bebekleri ilk altı ay anne sütü alan annelerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha anlamlı olduğu belirtilmektedir. Doğum sonrası kadınlarda öz-

Araştırma

yeterlilik fiziksel aktivitesi ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi değerlendirmek üzere Peyman ve arkadaşlarının (2016) yaptığı bir araştırmada, öz-yeterlilik ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yine ilgili literatürdeki çalışmalar, doğum öncesi dönemde yeterli sağlık okuryazarlığı olan anneler ile emzirmeye başlama zamanı ve sonuçları arasında anlamlı bir korelasyon göstermiştir (Kauuffman, Skipper, Small, Terry ve McGrew, 2001; Kohan, Ghasemi ve Dodange, 2006). Çalışmanın bulgularında ise annelerin emzirme öz-yeterlilik puan ortalamaları ile sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. Çalışmanın bulguları literatürdeki çalışma sonuçları ile emzirme öz-yeterliliği ve sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı ilişki olması yönünden benzerlik göstermektedir. Çalışma bulguları, literatür doğrultusunda değerlendirildiğinde annelerin emzirme başarılarının artırılması yönünde sağlık okuryazarlığının önemli bir basamak oluşturduğu görülmektedir. Bu doğrultuda gerek emzirme öz-yeterlilik gerekse sağlığın korunması ve yükseltilmesi aşamasında toplumumuzdaki kadınlar arasında sağlık okuryazarlığı düzeylerinin değerlendirilmesi sağlık profesyonelleri olarak hemşirelerin görevleri arasında yer alması gerektiği düşünülmektedir. Özellikle de hemşirelerin sağlık eğitimi ve danışmanlık rolleri kapsamında daha doğum öncesi dönemden itibaren annelerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin değerlendirilmesi ve sonuçları kapsamında sağlığın geliştirilmesi ve korunmasına ve emzirme öz-yeterlilik düzeyine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, annelerin emzirme öz-yeterlilik ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin orta düzeyde olduğu ve eğitim durumunun, gebeliğin planlı olmasının ve doğuma hazırlık sınıflarına katılım gibi değişkenlere göre değiştiği belirlenmiştir. Annelerin sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça emzirme öz-yeterlilik düzeyinin de arttığı bulunmuştur. Bu sonuca göre hemşirelerin/sağlık profesyonellerinin gebelerin/kadınların sağlık okuryazarlık düzeylerini belirleyerek emzirme başarılarını artırmak için annelerin öz-yeterlilik düzeylerini yükseltmeye yönelik farklı girişimlerde (gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde eğitimler verme, destek grup oluşturma, emzirme danışmanlığı vb) bulunmaları önerilmektedir. Bu doğrultuda daha prekonsepsiyonel dönemde ve gebelik döneminden itibaren kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi ve artırılması, emzirme gibi sağlığı koruma davranışlarının kazanılmasında doğru yere, doğru zamanda, doğru şekilde ulaşılmasını sağlayacaktır.

Kaynakça

- Ad hoc committee on health literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. Health literacy report of the council on scientific affairs. JAMA. 1999; 281(6), 552-557.
- Akkoçun, S., & Arslan, F. T. (2016). İlk altı ay boyunca emziren annelerin emzirme öz-yeterlilikleri. J Pediatr Res, 3 (4), 191-5.
- Aluş-Tokat, M. & Okumuş, H. (2010). Translation and psychometric assessment of the breast-feeding self-efficacy scale-short form among pregnant and postnatal women in Turkey. Midwifery, 26 (1), 101-108.
- Avcı E. (2013). Annelerin anne sütü ile ilgili sağlık okuryazarlık düzeylerini değerlendirme aracı geliştirme, sağlık okuryazarlık düzeylerini ve etkileyen faktörleri saptama. Tıp Fakültesi Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Gaziantep, Türkiye.
- Connelly, R. A., & Speer M. E. (2017). Health literacy and health communication. In Connelly, R.A., & Turner, T. (Ed.), Health literacy and child health outcomes (pp. 1-13). Houston: Springer Briefs in Public Health.
- Çopurlar, C. K., & Kartal, M. (2016). What is health literacy? How to measure it? Why is it important? TJFM & PC, 10 (1), 42-47.
- Dennis, C. L., & Faux, S. (1999). Development and psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale. Research in Nursing & Health, 22 (5), 399-409.
- Durusu-Tanrıöver, M., Yıldırım, H. H., Demiray-Ready, F. N., Çakır, B., & Akalın, H. E. (2014). Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması (1rd ed). Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.
- Gerçek, E., Sarıkaya Karabudak S., Ardiç Çelik, N., & Saruhan, A. (2017). The relationship between breastfeeding self-efficacy and LATCH scores and affecting factors. J ClinNurs., 26(7-8): 994-1004.
- Gillis, D. E., Gray, N. J., & Murphy, E. (2012). Multiple domains of health literacy as reflected in breastfeeding promotion practice: A Canadian case study. Journal of Health Psychology, 18 (8), 1023-1035.
- Gönenc, İ. M. (2015). Kadın sağlığı açısından sağlık okuryazarlığı. In F. Yıldırım, & A. Keser (Ed.), Sağlık okuryazarlığı (pp.61-74).Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva: World Health Organization. (2017). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Erişim Tarihi: 12.12.2017 <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259386/1/9789241550086-eng.pdf?ua=1>
- Johri, M., Subramanian, S. V., Sylvestre, M. P., Dudeja, S., Chandra, D., Koné, D. K., et. al. (2015). Association between maternal health literacy and child vaccination in India: a cross-sectional study. J Epidemiol Community Health, 69, 849-57.
- İnce, T., Aktaş, G., Aktepe, N., & Aydın, A. (2017). Annelerin emzirme öz yeterlilikleri ve emzirme başarılarını etkileyen özelliklerin değerlendirilmesi. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi, 7 (3), 183-190.
- Kaufman, H., Skipper, B., Small, L., Terry, T., & McGrew, M. (2001). Effect of literacy on breastfeeding outcomes. South Med J., 94 (3), 293-6.
- Khorasani, E. C., Peyman, N., & Esmaily, H. (2017). Relations between breastfeeding self-efficacy and maternal health literacy among pregnant women. Evidence Based Care Journal, 6 (4), 18-25.
- Khorasani, E. C., Peyman, N., & Esmaily, H. (2018). Measuring maternal health literacy in pregnant women referred to the health care centers of Mashhad, Iran, in 2015. Journal of Midwifery and Reproductive Health, 6 (1), 1157-1162
- Kilfoyle, K. A., Vitko, M., O'Connor, R., Bailey, S. C. (2016). Health Literacy and Women's Reproductive Health: A Systematic Review. J Womens Health (Larchmt). 25(12):1237-1255.
- Kohan, S., Ghasemi, S., & Dodange, M. (2006). Associations between maternal health literacy and pregnancy outcomes. Iran J Nurs Midwifery Res., 3 (32), 33-42.

Araştırma

- Nielsen-Bohlman, L., Panzer Allison, M., & Kindig David, A. (2004). Health Literacy: 'a prescription to end confusion (pp.65-81). Committee on Health Literacy. Institute of Medicine of The National Academies. Washington DC: The National Academies Press.
- Peyman, N., Behzad, F., Taghipour, A., & Esmaeily, H. (2016). Assessment of the effect of a health literacy educational program for health personnel on promoting self-efficacy among patients with chronic diseases. *Health System Research*, 12 (3),350-357.
- Stafford, J. D., Lathrop, E., & Haddad, L. (2016). Health Literacy and Associated Outcomes in the Postpartum Period at Grady Memorial Hospital. *Obstetrics & Gynecology*, 127.
- Taş, T. A., & Akış, N. (2016). Sağlık okuryazarlığı. *Sted*, 25, 3, 119-124.
- Toçi, E., Burazeri, G., Sorensen, K., Jerliu, N., Ramadani, N., Roshi, E., et al. (2013). Health literacy and socioeconomic characteristics among older people in transitional Kosovo. *British Journal of Medicine & Medical Research*, 3, 4, 1646-1658.
- Tsai, T., Huang, S., & Lee, S. Y. D. (2015). Maternal and hospital factors associated with first-time mothers' breastfeeding practice: A prospective study. *Breastfeeding Medicine*, 10 (6), 334-340.
- Yenal, K., Tokat, M. A., Ozan, Y. D., Çeçe, Ö., & Abalın, F. B. (2013). Annelerin emzirme öz-yeterlilik algıları ile emzirme başarıları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10 (2), 14-19.
- Yılmazel, G., & Çetinkaya, F. (2016). Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15 (1), 69-74.
- Yılmaz, M., & Tiryaki, Z. (2016). Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür? *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9 (4), 142-147.
- World Health Organization (1998). Division of health promotion, education and communications health education and health promotion unit. *Health Promotion Glossary*. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (2013). *Health literacy: The solid facts*. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen. Erişim: 21 Aralık 2017.http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf
- Wu, Y. H., Ho, Y. J., Han, J. P., & Chen, S. Y. (2018). The Influence of Breastfeeding Self-Efficacy and Breastfeeding Intention on Breastfeeding Behavior in Postpartum Women. *Hu Li Za Zhi.*, 65(1): 42-50.

Annelerin Hastanede Yatan Çocuklarında Ateş Deneyimleri: Niteliksel Bir Çalışma

Emel SEZİCİ *

Öz

Giriş: Bebeklik dönemindeki hastalıkların en sık görülen semptomlarından biri ateştir. Ateşle birlikte anneler endişe duyarlar ve ortaya çıkan endişeler annelerin mümkün olan en kısa sürede ateşi kontrol etmelerine yol açar. **Amaç:** Bu çalışmanın amacı hastanede yatan çocukların annelerinin ateş konusundaki bilgi düzeylerinin saptanması, ateş karşısındaki davranış ve tutumlarının belirlenmesidir. **Yöntem:** Bu çalışma nitel araştırma tasarımı benimsemiştir. Veriler, odak grup görüşmeleriyle çocuklarını hastaneye yatıran annelerden toplanmıştır. Çalışma verileri, Eylül-Kasım 2017 arasında yarı yapılandırılmış odak grup görüşmesi ile toplanmış ve veriler geleneksel içerik analizi kullanılarak analiz edilmiştir. **Bulgular:** Odak grup görüşmesinde, annenin ateşle ilgili bilgi ve uygulamaları, "Ateş Algısı", "Yapılan Uygulamalar", "Duygusal Değişiklikler" ve "Bilgi Kaynağı" olmak üzere 4 tema ve 9 kategoride ortaya çıkmıştır. **Sonuç:** Çalışmanın bulguları, ateşin anneler için korkutucu bir deneyim olduğunu ortaya koymaktadır. Annelerin korkusunun nedeni, ateşin konvülsiyona neden olabileceğidir. Bu deneyim anneler ve çocuklar için daha iyi destek sağlamak amacıyla bilinmeyen araştırılması gereken yönlerdir.

Anahtar Kelimeler: Ateş, Çocuk, Deneyim, Kalitatif çalışma.

Abstract

Mothers' Experiences of Fever in Their Hospitalized Children: A Qualitative Study

Background: One of the most common symptoms of infantile diseases is fever. Mothers are anxious when their children get fever and, the worries that arise cause the mothers to control the fever as soon as possible. **Objectives:** The aim of this study was to determine the knowledge levels of the mothers of hospitalized children on fever and to detect behavior and attitudes against fever. **Methods:** This study adopted a qualitative research design. Data were collected from mothers who had hospitalized children at with a focus group interviews. Study data were collected between September-November 2017 with the focus group interview consisting of semi-structured, and the data were analyzed using conventional content analysis. **Results:** In the focus group interview the mother's knowledge and applications about fever were emerged in 4 themes and 9 categories as "Fever Perception", "Made Applications", "Emotional Changes", and "Source of Information". **Conclusion:** Findings of the work reveal that the fever is a frightening experience for the mothers. The reason for the fear of the mothers is that the fever may cause convulsion. This experience have unknown aspects, which must be investigated in order to plan better support for the mothers and children.

Key Words: Fever, Children, Experience, Qualitative study.

Geliş tarihi:03.04.2018

Kabul tarihi: 18.12.2018

Ateş, normal vücut sıcaklığında artış olmasıdır (Sökün ve Gözen, 2017). Bebeklik dönemindeki hastalıkların en sık görülen semptomlarından biridir ve hastanelere artan başvuruların bir nedenidir. Yapılan çalışmalara göre, dünyada hastaneye gelen çocukların %30'unun ateşi vardır ve 6 aylıktan küçük çocukların %40'ında ateş görülmektedir (Patricia, 2014). Ülkemizde ise bu oran %71'e kadar yükselmiştir (Demir ve Doğum, 2005).

Ateşi olan çocukların aileleri de endişeli olurlar (Richardson ve Pursell, 2015). Bu durum en kısa sürede ateşi kontrol etmeleri için ailelerin panik yaşamasına neden olur (Sa'ed ve ark., 2015). Literatürde paniklemiş ve endişeli ailelerin bu durumu "ateş fobisi" olarak tanımlanmaktadır (Betz ve Grunfeld, 2006; Komeagac ve Bektas, 2018). Ailelerin yaşadığı korku, ateşin kendisinden değil, olası yan etkilerinden kaynaklanır (Crocetti, Moghbeli ve Serwint, 2001). Ateşli konvülsiyonlar ve beyin hasarı birçok annenin korku nedeni olarak bildirilmiştir. Bu nedenle annelerin büyük çoğunluğu ateşi hızlı bir şekilde kontrol etmeye çalışır (Chang, Liu ve Huang, 2013). Anneler ateşi kontrol etmek için birden fazla antipiretik ilaç ve antibiyotikleri ateş düşürücü olarak kullanılabirler (Monsma, Richerson ve Sloan, 2015). Ayrıca çocuğun vücut sıcaklığının düşürülmesi için soğuk su, alkol veya sirke gibi sıvılarla vücudu silinmekte ve sonucunda sağlık olumsuz olarak etkilenmektedir (Esenay, İşler, Kurugöl, Conk ve Koturoğlu, 2007). Ailelerin ateşe müdahaleleri etnik ve ırksal çeşitlilikten, eğitim, kültür, sosyo-ekonomik durum ve özne normlardan etkilenebilmektedir.

Ateş, her ne kadar kolay tanımlanabilir ve çoğu zaman kolay yönetilebilir bir bulgu olsa da sağlık profesyonellerinin ve ailelerin bu konudaki bilgi eksikliği, ateşe uygun şekilde müdahale etmeyi zorlaştırmaktadır (Komeagac ve Bektas, 2018). Ayrıca ateş korkusu, ailelerin gereksiz yere sağlık merkezlerini kullanmasına ve çocuklarda gereksiz ilaç tedavilerine neden olmaktadır (Arıkan, Teksam, Kara ve Kale, 2012). Ailelerin ateşe karşı müdahalelerine ve performans düzeylerine yönelik kantitatif olarak birçok çalışma yapılmışsa da müdahalelerin daha derinlemesine tanımlanması için daha fazla niteliksel çalışma yapılması gerekmektedir. Ancak literatürde sadece birkaç nitel çalışma vardır (Fallah, Salmani ve Afshari, 2017; Lagerlov, Helseth ve Holager, 2003; Sajadi ve Khosravi, 2017). Bu nedenle, mevcut çalışma, herhangi bir nedenle hastaneye başvuran çocukların annelerinin ateş konusundaki bilgi düzeylerinin saptanması, ateş karşısındaki davranış ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla niteliksel olarak planlanmıştır.

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma niteliksel araştırma yöntemlerinden fenomenolojik (olgu bilim) araştırma deseni kullanılarak gerçekleştirilmiştir (Polit ve Beck, 2010).

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Eylül-Kasım 2017 tarihleri arasında Türkiye'de bir hastanede, herhangi bir nedenle çocuğu tedavi gören annelerle yürütülmüştür.

*Dr. Öğretim Üyesi, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Kütahya. E-mail: emel.sezici@ksbu.edu.tr. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6325-6607>

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın örnekleme, hastanede herhangi bir nedenle çocuğu tedavi gören annelerden amaçlı örneklem yöntemlerinden ölçüt örneklem yöntemi ile belirlenen 8 anne dahil edilmiştir. Bu yöntemin amacı daha önceden belirlenen bazı önem ölçütlerini karşılayan durumları çalışmak ve gözden geçirmektir. Bu ölçüt/ölçütler araştırmacı tarafından hazırlanabilir ya da önceden hazırlanmış olabilir (Yağar ve Dökme, 2018). Örneklem ölçütü; annelerin çocuklarında önceden ya da şu anda ateşi deneyimlemesidir. Örneklem büyüklüğü niteliksel araştırmalarda önceden belirlenmemekte, doygunluk noktası görüşme sayısının yeterliliğini sağlamaktadır (Elo ve Kyngäs, 2008). Bu çalışmada da veriler tekrar etmeye başladığı noktada görüşmeler sonlandırılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Çalışma verileri tanılama formu, yarı yapılandırılmış görüşme formu ve ses kayıt cihazı ile toplamıştır. Tanılama formunda annelerin yaşı, çocuk sayısı, öğrenim ve çalışma durumunu sorgulayan 4 soru bulunmaktadır. Yarı yapılandırılmış görüşme formunda yer alan 6 soru ile annelerin yüksek ateş hakkındaki bilgileri, deneyimleri, ateşi yükselen çocuklarında yaptıkları uygulamalar, çocuğunun ateşi yükseldiği sırada hissettikleri, yüksek ateşin nedeni ve yüksek ateş hakkında bilgi edindiği kaynaklar sorgulanmıştır. Veri toplamada kullanılan görüşme formunun kapsam geçerliliğini sağlamak için biri niteliksel araştırmalar konusunda deneyimli diğeri çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanında uzman iki akademisyenden uzman görüşleri alınmış ve değişiklik yapılmamıştır. Çalışma verileri hemşirelik alanında doktora eğitimini tamamlamış, niteliksel araştırma konusunda eğitim ve deneyimi olan araştırmacı tarafından odak grup görüşmesi tekniği ile toplanmıştır. Verilerin toplanmasında, çalışmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan ve sözel/yazılı olur alınan anneler görüşmeye alınmıştır. Görüşme klinikte, boş olan, görüşme süresince rahatsız edilmeyecek bir ortamda, aydınlanması yeterli, sessiz bir odada olmuştur. Verilerin kaydedilebilmesi için ses kayıt cihazı kullanılmıştır ve bir odak grup görüşmesi yaklaşık 45-50 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

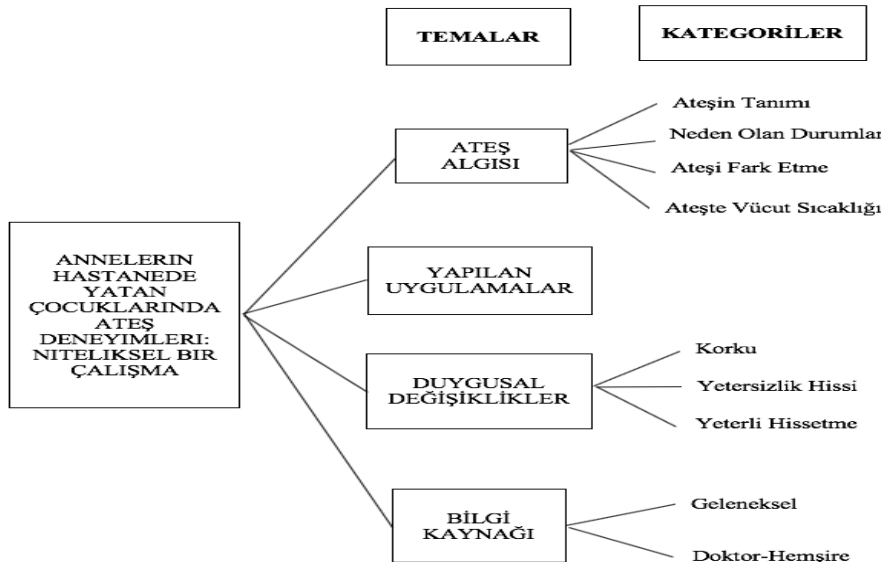
Verilerin çözümlenmesinde elde edilen ses kayıtları aynı gün metin şeklinde yazılı doküman haline getirilmiştir. Görüşmede elde edilip yazılı doküman haline getirilen veriler, içerik analizi yöntemi ile elle analiz edilmiştir (Graneheim ve Lundman, 2004). Niteliksel çalışmaların iç güvenilirliği konusunda önerilen stratejilerden birisi de elde edilen verilerin analizinde bir başka araştırmacıyı kullanma ve ulaşılan sonuçları teyit etmedir. Bu şekilde elde edilen sonuçların, araştırmacının kendi görüşünden ziyade elde edilen verilere dayandığı teyit edilebilmektedir (LeCompte ve Goetz, 1982; Yıldırım ve Şimşek, 2016). Bu çalışmada da verilerin kodlanması ve analizi hem araştırmacı hem de nitel araştırma alanında deneyimli bir öğretim üyesi tarafından tamamen bağımsız şekilde yapılmıştır. Araştırma amaçları doğrultusunda veriler kodlanarak kategoriler oluşturulmuştur. Kategorilerin benzerlik, farklılık ve ilişkileri dikkate alınarak temalar belirlenmiştir. Son olarak her iki analizin sonuçları karşılaştırılarak tema ve kategorilerde uzlaşma sağlanmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için etik kurul izni (26.07.2017 tarihli ve 33978 sayılı), çalışmanın yapıldığı hastaneden gerekli kurum izin yazısı ve tüm katılımcılardan yazılı ve sözlü onam alınmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılan anneler ile gerçekleştirilen odak grup görüşmesi doğrultusunda, katılımcıların ateş ilişkin bilgi düzeyleri ve uygulamaları 4 tema ve 9 kategori etrafında değerlendirilmiştir (Şekil 1).



Şekil 1. Temalar ve Kategoriler

Tema 1: Ateş Algısı

Çocuklarında ateş deneyimi olan annelerin çoğunluğu yapılan odak grup görüşmesinde ateş hakkındaki görüşlerini ateşin tanımını, ateşin nedenlerini ve belirtilerini söyleyerek yapmışlardır.

Ateşin Tanımı: Anneler yüksek ateşi deneyimleri doğrultusunda açıklamışlardır.

“Benim ateş deyince aklıma çocuğun ayağının üşümesi, çocuğun morarması ve iştahsızlık, aşırı derecede üşümesi gelir. Bizim öyle olur” (28 yaşında, 3 çocuk annesi, ilkokul mezunu).

“Ateş çocuğun normal vücut ısısının vücut ısısından daha fazla ısınması”, “Hani kendi normal vücut ısısının daha yükselmesi” (25 yaşında, 1 çocuk annesi, lise mezunu).

Neden Olan Durumlar: Annelerin tamamı yüksek ateşi enfeksiyon ile ilişkilendirmiştir. Diş çıkarma, sıkı giydirme, yiyecek, musluk suyu ise annelerin ateş yükselmesine neden olarak gösterdiği diğer etmenlerdir.

“Ateş diş, kulak iltihaplaşınca çıkıyor. Birde enfeksiyon kaptığı zaman. Hemen o an ateşi çıkıyor (27 yaşında, 1 çocuk annesi, ilkokul mezunu)

“Çocuğum Şileye gittiği zaman hemen orda enfeksiyon kapıyor veya bir şey yediği zaman dışardan bakkaldan bir şey alıyor ucuz şeyler dikkat edilmediği zaman enfeksiyon kapıyor” (38 yaşında, 3 çocuk annesi, okur-yazar).

“Özellikle mesela mısır cips bu tür şeylerde ateş oluyor. Hangi yağdan nasıl yapıldığı belli değil. Dışarıda ki yiyecekleri tavsiye etmiyorum. Yani buda ateşe neden olan şeylerden birisidir. Özellikle musluk suyu ateş yapıyor içme suyu kullandığım halde yine çocukta enfeksiyon kaptı” (28 yaşında, 3 çocuk annesi, ilkokul mezunu).

“Birde ateşi çıkınca o anda dikkatsizlik olursa o an sıkı giydirmiş oluruz o yükseltebilir” (27 yaşında, 1 çocuk annesi, ilkokul mezunu).

“Sizin dediğiniz gibi ateş dişi çıkmasından, kulak ağrısından (56 yaşında, üç çocuk annesi, okur-yazar).

Ateşi Fark Etme: Ateşin yükselmesi ile anneler çocuklarında terleme, titreme, morarma ya da kızarma olduğunu ve bu şekilde yüksek ateşi fark ettiklerini bildirmişlerdir.

“Özellikle kafatasında hemen terleme oluyor, soğuk ter döküyor” (27 yaşında, 1 çocuk annesi, ilkokul mezunu).

“Çocuk titrer, üşür, işte eli ayağı buz keser anlarım ki ateşi var” (32 yaşında, 4 çocuk annesi, ilkokul mezunu).

“Onu öptüğümde zaten dokunduğumda anlayabiliyorum” (25 yaşında, 1 çocuk annesi, lise mezunu).

“Kızarıp yüzü kıpkırmızı olur. Kulakları kızarır” (34 yaşında, 3 çocuk annesi, ilkokul mezunu).

“Ayağında üşüme olur titreme, benim çocuğum morarmaya oluyor vücudunda ateş olduğunda morarma belli oluyor” (28 yaşında, 3 çocuk annesi, ilkokul mezunu).

Ateşte Vücut Sıcaklığı: Anneler yüksek ateşin tanımlanmasına yönelik farklı değerler belirtmişlerdir.

“40 dereceye çıktığı zaman ateşi vardır havale geçirir” (34 yaşında, 3 çocuk annesi, ilkokul mezunu).

“Ben 37 olduğu zaman ateşi var diyorum. Çünkü yükselebilir” (28 yaşında, 3 çocuk annesi, ilkokul mezunu).

“39 olunca korkarım ben ateşten” (23 yaşında, 1 çocuk annesi, lise mezunu)

“Ölçmek lazım ateşi yükseldi demek için termometre 38 olursa bilinir” (25 yaşında, 1 çocuk annesi, lise mezunu).

Tema 2: Yapılan Uygulamalar

Annelerin çoğunluğu çocuğunun ateşini düşürmek için sirkeli suyla sildiklerini ve duş yaptırdıklarını ifade etmiştir.

“Tık duş aldırırım mesela” (38 yaşında, 3 çocuk annesi, okur-yazar)

“Benim ilk şeyim sirkeli su, koltuk altları dediğim gibi boyun kısımlarına. Vücudunu da silerim” (27 yaşında, 1 çocuk annesi, ilkokul mezunu).

“Ben aynı ilk başta ılık suyla duş aldırırım ondan sonra baktım düşmedi sirkeli su yapar eklem yerlerine koyarım” (32 yaşında, 4 çocuk annesi, ilkokul mezunu).

Annelerin bazıları ise yapılan uygulamaları bilmelerine rağmen panikle yanlış uygulama yaptıklarını belirtmişlerdir.

“Çocuğum bir kere havale geçirdi, titredi ama ben paniğe kapıldım. Battaniyeye sardım çocuğu, hala içinde dert yani niye onu yaptığım. Sonra hastaneye getirdim halbuki zaten önceden çocuğum ateş geçirmişti yani, soyup ta duş yaptırmam lazımdı ama paniğe kapılınca kendimi kaybettim tam tersine battaniyeye sardım çocuğumu” (28 yaşında, 3 çocuk annesi, ilkokul mezunu).

“Benim oğlumun yüksek ateşi yani 40 dereceye kadar çıkmıştı ateşi. Eltim evdeydi, elim işte direk aldı soğuk suyun altına koydu falan benim o anda aklıma gelmiyor ama kaldım böyle panik oldum ne yapacağımı bilemedim” (23 yaşında, 1 çocuk annesi, lise mezunu).

Tema 3: Duyusal Değişiklikler

Annelerin çoğunluğu ateşe karşı olumlu ve olumsuz duygular yaşadıklarını belirtmişlerdir. Anneler yüksek ateşte korku ve yetersizlik hissi yaşamışlardır. Bu olumsuz deneyimlerin yanısıra birden fazla çocuk sahibi olmayı deneyim ile ilişkilendirip kendilerini yeterli hissettiklerini de ifade etmişlerdir.

Korku: Çocuklarında ateşi deneyimleyen annelerin tamamı o anda korku yaşadıklarını ifade etmiştir. Annelerin yaşadığı şiddetli korkunun sebebi ise ateşin çocuklarının havale geçirmesine neden olabileceği düşüncesidir.

“Aşı vuruldukları zaman özellikle ateş çıktımı o an panik yapıyorum. Ateş göz kaymasına da yol açabilir. Allah korusun. Yani vücudunu tutmamasına neden olabilir yüksek ateşten dolayı. Buna özellikle dikkat edilmesi gerekir” (27 yaşında, 1 çocuk annesi, ilkokul mezunu).

“Çocuğum bir kere havale geçirdi, titredi ama ben paniğe kapıldım. Zaten önceden çocuğum ateş geçirmişti yani, soyupta duş yaptırmam lazımdı ama paniğe kapılınca kendimi kaybettim tam tersine battaniyeye sardım çocuğumu. Havale 40 dereceydi yani o zaman. Allah kurtardı ölebilirdi” (28 yaşında, 3 çocuk annesi, ilkokul mezunu).

“Korkuyoruz hani havale geçirir diye” (34 yaşında, 3 çocuk annesi, ilkokul mezunu).

“Ateş 37 buçuk olduğunda ben hep korkarım. Kalbi çok hızlı atar. Çocuk elini kolunu doğru düzgün kullanamaz halsizlik olur” (25 yaşında, 1 çocuk annesi, lise mezunu).

Yetersizlik Hissi: Anneler, çocuklarının ateşini düşürmek için yaptıkları uygulamalarda kendilerini yeterli bulmadıklarını ifade etmişlerdir.

“Tıp varken, laboratuvar varken, kan alma varken bunu araştırma varken tabii ki benim bilgim ne ki. En fazla aldırabilirsem bir duş aldırırım çocuğa, ağrı kesici veririm ama bunlarında yeterli olduğunu sanmıyorum. Çocuk bir şey geçiriyor ki ateşlenmiş” (28 yaşında, 3 çocuk annesi, ilkökul mezunu).

“Şurubu veriyorum baktım düşmüyor, ılık suda yıkar, koltuk altlarına sirke olmadı doktora getiririm” (34 yaşında, 3 çocuk annesi, ilkökul mezunu).

Yeterli Hissetme: Annelerin bazıları ateşi düşürmeye yönelik yaptığı uygulamalarda kendilerini yeterli görmektedir. Ancak anneler ateşin düşmediği her durumda çocuklarını hastaneye götürdüklerini belirtmişlerdir.

“Kendimi çocuğuma yeterli hissediyorum soğuk suyla yıkadım mı çocuğun ateşi düşüyordu yani. Ama çok inatçı bir ateşi varsa genelde doktora getiriyorum” (25 yaşında, 1 çocuk annesi, lise mezunu)

“Ben ateş düşürücü ile düşürdüysem gerek duymuyorum hastaneye gitmeye” (32 yaşında, 4 çocuk annesi, ilkökul mezunu)

Üç anne, birden fazla çocuk sahibi olmanın deneyimi artırdığını ve kendilerini ateşe yönelik yaptığı uygulamalarda yeterli hissetmelerini deneyimle ilişkilendirmişlerdir.

“Deneyim önemli. Benim şu an 3 tane çocuğum var şu an daha deneyimliyim ilk çocuğumda bilmiyordum paniğe kapılıyordum ağlar özler şey yapardım ama şimdi bir şey mi olacak ama şu an gayet rahatım” (28 yaşında, 3 çocuk annesi, ilkökul mezunu).

“İlk çocuk olduğu zaman insan çok tedirgin oluyor gerçekten. O yüzden benimde ilk çocuğumda ben çok yani cahildim. Sonraki çocukta artık ateşe yönelik bir şeyleri biliyorsunuz” (38 yaşında, 3 çocuk annesi, okur-yazar).

“İlk çocuklarda genellikle aynı oluyor bilmiyor insan ne yapacağını. İlk çocukta yeterli değil ama öbüründe gördün mü daha iyi uyguluyorsun. Tecrübe kazanıyorsunuz. Üçüncüde daha tecrübeli oluyorsunuz” (32 yaşında, 4 çocuk annesi, ilkökul mezunu).

Tema 4: Bilgi Kaynağı

Annelerin, ateş hakkında bilgi edinme kaynakları çoğunlukla kendi anneleri ve hastanede ya da aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık çalışanıdır. Büyüklerinden aldıkları bilgilerde ise sirkeli su ile ateş düşürmenin daha çok kullanıldığını ifade etmişlerdir.

Geleneksel: Annelerin üçü ateş hakkındaki bilgilerini büyüklerinden öğrendiklerini ve bu doğrultuda ateşi düşürmek için kullandıkları yöntemlerin geleneksel olduğunu ifade etmişlerdir.

“Büyüklerimiz söylemiştir hep sirkeli suyu yani büyüklerimizin yaptığı şeydir onlardan öğrendik” (32 yaşında, 4 çocuk annesi, ilkökul mezunu)

“Bir de eşimde benim çok bilgili o da çok bana yardımcı oluyor. Eşim de annesinden öğrendiğini yapar hep” (27 yaşında, 1 çocuk annesi, ilkökul mezunu)

“Benim kaynanam var benim evde o benden daha bilgili bir sürü çocuk bakmış büyütmüş. Dinleriz sözlerini” (34 yaşında, 3 çocuk annesi, ilkökul mezunu)

İki anne ateşe yönelik bitki kitaplarını da kullandıklarını ifade etmişlerdir.

“Ateşle ilgili bitki kitapları var birde onlara da bakıyoruz daha çok” (32 yaşında, 4 çocuk annesi, ilkökul mezunu)

“Evet bende bakarım bitki kitaplarına” (38 yaşında, 3 çocuk annesi, okur-yazar).

Doktor-Hemşire: Anneler en güvenilir bilgi kaynağının sağlık çalışanı olduğunu belirtmişlerdir.

“Ben hastanede doktora sorarım 10 kere sorarım bir şeyi anlamazsam 100 kere sorarım, öğrenene kadar sorarım. Ama büyüklerimiz sirke mi koyuyor ben asla o tür şeyleri uygulamam çocuğuma” (28 yaşında, 3 çocuk annesi, ilkökul mezunu).

“Gittiğim doktorlara hani çocuk ateşlenirse de soruyorum bilgi edinmek amacıyla” (25 yaşında, 1 çocuk annesi, lise mezunu)

“Sağlık ocaklarına aşılarla falan gittiğimizde hemşireler bize söylüyor” (32 yaşında, 4 çocuk annesi, ilkökul mezunu)

Tartışma

Ateş “normal günlük varyasyonun üzerinde vücut sıcaklığının artışı” olarak tanımlanmaktadır (Fields, Chard, Murphy ve Richardson, 2013). Çalışmamıza katılan bir annenin dışında tüm annelerin ateşe yönelik tanımları farklılık göstermiştir. Annelerin açıklamalarındaki bu farklılığın nedeni objektif değerlendirmenin dışında deneyimle ilişkilendirilebilir. Her çocuğun ateşe verdiği yanıtın farklı olması nedeniyle anneler ateşi, çocuklarında gözlemledikleri belirtiler doğrultusunda tanımlayabilmişlerdir. Ateşin yükselmesi ile anneler çocuklarında terleme, titreme, morarma ya da kızarma olduğunu ve bu şekilde yüksek ateşi anladıklarını bildirmişlerdir.

Çalışmamızda anneler yüksek ateşin nedeni olarak enfeksiyonu ifade etmişlerdir. Yapılan bir çalışmada, acil servise başvuran çocukların %68.1’inde solunum yolu enfeksiyonu, %31.4’ünde gastroenterit olduğu belirlenmiş ve annelerin %70.7’si ateşin yükselmesine enfeksiyonun neden olabileceğini belirtmiştir (Demir ve Doğum, 2005). Yapılan niteliksel bir çalışmada da anneler çocuklarındaki ateşin nedeni olarak idrar yolu enfeksiyonlarını ya da gribal enfeksiyonları söylemişlerdir (Ravanipour, Akaberian ve Hatami, 2014). Abu-Baker ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmanın bulguları da çalışmamızın bu sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Annelerin çoğu yüksek ateş sıcaklığını farklı şekilde tanımlamışlardır. Bununla birlikte yüksek ateş sınıflamasında olmayan değerler de bazı anneler tarafından ifade edilmiştir. Literatürde de normal vücut sıcaklığı değerlerine ilişkin kesin sınırlar bulunmamaktadır (Çaka, Çınar ve Altınkaynak, 2015). Ancak annelerin yalnızca bir tanesi çocuğunun ateşini ölçmek için termometre kullandığını bildirmiştir. Literatürde, çeşitli Asya, Avrupa ve Afrika ülkelerindeki çalışmalar, ateşi olan çocukların anneleri tarafından vücut sıcaklığının nasıl kontrol edileceğine dair farklı sonuçlar bildirmiştir (Fallah ve ark.,

2017). Yapılan bir çalışmada 164 ebeveynin sadece 24'ü ateşi ölçmek için bir termometre kullanmışlardır (Agrawal, Bhatia, Kaushik ve Sharma, 2017). Türkiye'de ankete katılan 816 annenin %60'ı, evde çocuğun vücudunun sıcaklığını belirlemek için termometreyi kullanmıştır (Gunduz, Usak, Koksall ve Canbal, 2016). İtalya'da, 388 ebeveyn, 302 ebeveyn, çocuklarının vücudunun sıcaklığını ölçmek için bir termometre kullandı (Chiappini ve ark., 2012). Vücut ısısındaki değişimlerin objektif olarak tanımlanamaması, hafif artışların bile anneler tarafından ateş olarak değerlendirilmesi, bu konuda yetersiz bilgi sahibi olma ve/veya ateşten korkma ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda çocukları ateşlendiğinde annelerin en çok yaptığı uygulamalar vücudu sirkeli suyla silme ve ılık duş aldırmasıdır. Yapılan bazı çalışmalarda çocukları ateşlendiğinde anneler tarafından en çok tercih edilen uygulamalar ılık su uygulama ve ateş düşürücü ilaç kullanma olarak bildirilmiştir (Crocetti ve ark., 2001; Esenay ve ark., 2007). Literatür taraması, farklı ülkelerde ebeveynlerin çocuğun ateşini azaltmak için çeşitli yöntemler kullandığını göstermiştir. Hindistan'da en yaygın ateş kontrol yöntemlerinin, ılık su içeren vücut banyosunu, bal, şeker suyu ve şifalı bitkileri içerdiğini belirtilmiştir (Rajput, Kulkarni ve Wagh, 2014). Nijerya'da annelerin ateş kontrolüne yönelik uygulamaları ise çocuğun kıyafetlerini çıkartarak vücudunu havalandırma, ılık suyla banyo yapma ve çocuğa soğuk su içirme olduğu bildirilmiştir (Oshikoya ve Senbanjo, 2008). Annelerin ateşe yönelik yaptığı farklı uygulamalar onların farklı sosyal-kültürel, ekonomik ve eğitim düzeyleri ile açıklanabilir.

Çalışmamıza katılan annelerde ateş korkusunun yaygın olduğu belirlenmiştir. Annelerin korku ve endişe durumunun onların ateş sırasındaki tutum ve davranışlarına yansıdığı bildirilmiştir (Halıcıoğlu, Koç, Aakman ve Teyin, 2011). Yapılan bir çalışmada ateş fobisinin ebeveynler arasında yaygın olmaya devam ettiği belirlenmiştir (Abdinia, Kargar Maher ve Khalilzadeh, 2017). Niteliksel bir çalışmada da ateş komplikasyonlarının tahmini (nöbetler, mental retardasyon ve dehidratasyon), çocukların hastaneye yatışını öngörme, ebeveyn rollerinde değişiklik olma düşünceleri de annelerde korku nedenleri olarak bildirilmiştir (Fallah ve ark., 2017). Yapılan çalışmalarda da annelerin ateş ile ilgili endişelerinin en sık nedeni, çocuğun nöbet ya da havale geçirme olasılığıdır (Esenay ve ark., 2007; Halıcıoğlu ve ark., 2011).

Annelerin bazıları çocuklarının ateşini düşürmek için yaptıkları uygulamalarda kendilerini yetersiz bulduklarını ifade etmişlerdir. Annelerin bu yetersizlik duyguları onların çocukları ateşlendiğinde fazla oranda endişelenmeleri ile ilişkili olabilir. Çalışmamızda katılan üç anne, birden fazla çocuk sahibi olmanın deneyimi arttırdığını ve kendilerini ateşe yönelik yaptığı uygulamalarda yeterli bulduklarını bildirmişlerdir. Ancak annelerin tamamı ateşin düşmediği durumda hastaneye gittiklerini belirtmişlerdir. Yapılan bir çalışmada ateşli çocukların %83,4'ünün acil servise götürüldüğü bildirilmiştir (Halıcıoğlu ve ark., 2011). Bir başka çalışmada ise acil ünitelerine getirilen ateşli çocuk oranının daha düşük olduğu (%20-30) belirlenmiştir (Walsh ve Edwards, 2006).

Çalışmamızda annelerin çoğunluğu, en güvenilir bilgi kaynağının sağlık çalışanı olduğunu belirtmişlerdir. Bazı anneler ise öncelikle bilgi edinme kaynağı olarak kendi annelerini ya da büyüklerini ifade etmiştir. Niteliksel bir çalışmada ebeveynler için gerekli desteklerden birinin bilgi desteği olduğu vurgulanmıştır. Bu desteğin ise sağlık personeli tarafından verilen bilgileri ve çocukla yakın temas halinde olan bireyleri içerdiği belirtilmiştir (Sajadi ve Khosravi, 2017). Ateşli bir nöbet geçiren çocukların ebeveynlerinin deneyimlerini ortaya koyan niteliksel bir çalışmada da anneler en güvenilir desteğin sağlık profesyonelleri tarafından verildiğini ifade etmiştir (Westin ve Levander, 2018). Esenay ve arkadaşları (2007) yaptıkları çalışmada annelerin %78'i ateş konusundaki bilgileri öncelikle sağlık çalışanlarından öğrendiğini, %12'si komşu veya akrabalarından, %10'u ise kitle iletişim araçlarından duyduğunu bildirmiştir (Esenay ve ark., 2007).

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Bu çalışmanın bulguları, annelerin büyük kısmında ateşe yönelik korkunun ve korkutucu deneyimlerin olduğunu, ateşe karşı çocuk sağlığını olumsuz etkileyebilecek uygulamalar yapıldığını ortaya koymuştur. Bu annelerin deneyimlerinin tanınması, ihtiyaçlarının daha iyi anlaşılmasına yol açabilir. Bu yüzden sağlık profesyonelleri, ailelere ateş hakkında bilgi ve ateşe karşı uygun müdahale yöntemleri konusunda destek ve eğitim vermelidir. Çünkü çalışma sonuçları da göstermektedir ki anneler en güvenilir bilgi kaynağı olarak sağlık profesyonellerini ifade etmişlerdir. Bu doğrultuda sağlık profesyonellerinin de ateş konusunda bilgilerini güncel tutmaları önerilebilir.

Kaynaklar

- Abdinia, B., Kargar Maher M. H., & Khalilzadeh, H. (2017). Assessment of knowledge and performance of the parents at the management of fever in children. *International Journal of Pediatrics*, 5(12), 6485-6493.
- Abu-Baker, N. N., Gharaibeh, H. F., Al-Zoubi, H. M., Savage, C., & Gharaibeh, M. K. (2013). Mothers' knowledge and practices of managing minor illnesses of children under five years. *Journal of Research in Nursing*, 18(7), 651-666.
- Agrawal, R. P., Bhatia, S. S., Kaushik, A., & Sharma, C. M. (2017). Perception of fever and management practices by parents of pediatric patients. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 1(4), 397-400.
- Arikan, Z., Teksam, O., Kara, A., & Kale, G. (2012). Determining causes and frequency of misdosing of antipyretics in patients presenting with fever to the pediatric emergency department. *Turkish Pediatrics Archive*, 47(2), 116-121.
- Betz, M. G., & Grunfeld, A. F. (2006). 'Fever phobia' in the emergency department: A survey of children's caregivers. *European Journal of Emergency Medicine*, 13(3), 129-133.
- Chang, L. C., Liu, C. C., & Huang, M. C. (2013). Parental knowledge, concerns, and management of childhood fever in Taiwan. *Journal of Nursing Research*, 21(4), 252-260.
- Chiappini, E., Parretti, A., Becherucci, P., Pierattelli, M., Bonsignori, F., Galli, L., et al. (2012). Parental and medical knowledge and management of fever in Italian pre-school children. *BMC pediatrics*, 12(1), 97.
- Crocetti, M., Moghbeli, N., & Serwint, J. (2001). Fever phobia revisited: Have parental misconceptions about fever changed in 20 years?. *Pediatrics*, 107(6), 1241-1246

- Çaka, S. Y., Çınar, N., Altunkaynak, S. (2015). Ateşli çocuğa yaklaşım. *Journal of Human Rhythm*, 1(4), 133-138.
- Demir, M., & Doğum, B. M. T. K. (2005). Çocuk hastanesi acil servisine yüksek ateş şikayetiyle getirilen 0-5 yaş grubu çocukların annelerinin yüksek ateşle ilgili bilgi ve tutumları. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı)*, 14, 22-29.
- Halıcioğlu, O., Koç, F., Aakman, S. A., & Teyin, A. (2011). Ateşli çocuklarda; annelerin evde ateşe yaklaşımı, bilgileri ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast Dergisi*, 1(1), 13-19.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.
- Esenay, F. I., İşler, A., Kurugöl, Z., Conk, Z., & Koturoğlu, G. (2007). Annelerin ateşli çocuğa yaklaşımı ve ateş korkusu. *Türk Pediatri Arşivi*, 42(2), 57-60.
- Fallah Tafti, B., Salmani, N., & Afshari, S. (2017). The maternal experiences of child care with fever: A qualitative study. *International Journal of Pediatrics*, 5(2), 4429-4437.
- Fields, E., Chard, J., Murphy, M. S., & Richardson, M. (2013). Assessment and initial management of feverish illness in children younger than 5 years: Summary of updated NICE guidance. *Bmj*, 346, f2866.
- Gunduz, S., Usak, E., Koksall, T., & Canbal, M. (2016). Why fever phobia is still common?. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(8): e23827.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Komeagac, A., & Bektas, M. (2018). Effect of the evidence-based pediatric fever management training given to nursing students. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), 860-867.
- LeCompte, M. D., & Goetz, J. P. (1982). Problems of reliability and validity in ethnographic research. *Review of Educational Research*, 52(1), 31-60.
- Lagerløv, P., Helseth, S., & Holager, T. (2003). Childhood illnesses and the use of paracetamol (acetaminophen): A qualitative study of parents' management of common childhood illnesses. *Family Practice*, 20(6), 717-723.
- Monsma, J., Richerson, J., & Sloand, E. (2015). Empowering parents for evidence-based fever management: An integrative review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27(4), 222-229.
- Oshikoya, K., & Senbanjo, I. (2008). Fever in children: Mothers' perceptions and their home management. *Iranian Journal of Pediatrics*, 18(3), 229-236.
- Patricia, C. (2014). Evidence-based management of childhood fever: What pediatric nurses need to know. *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families*, 29(4), 372-375.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Rajput, U.C., Kulkarni, S., & Wagh, S. S. (2014). Parental knowledge, attitude and practices regarding fever in their children: A hospital based observational study. *International Journal of Recent Trends in Science and Technology*, 10 (3), 517-20.
- Ravanipour, M., Akaberian, S., & Hatami, G. (2014). Mothers' perceptions of fever in children. *Journal of Education and Health Promotion*, 3, 97.
- Richardson, M., & Purssell, E. (2015). Who's afraid of fever?. *Archives of Disease in Childhood*, 100(9), 818-820.
- Sa'ed, H. Z., Al-Jabi, S. W., Nabulsi, M. M., Tubaila, M. F., Sweileh, W. M., Awang, R., et al. (2015). The validity and reliability of the parent fever management scale: A study from Palestine. *Maternal and Child Health Journal*, 19(8), 1890-1897
- Sajadi, M., & Khosravi, S. (2017). Mothers' experiences about febrile convulsions in their children: A qualitative study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 5(3), 284-291.
- Sökün, D., & Gözen, D. (2017). Çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniğinde çalışan hemşirelerin ateş ve ateş yönetimine ilişkin bilgi ve yaklaşımları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25(1), 21-30.
- Walsh, A., & Edwards, H. (2006). Management of childhood fever by parents: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 54(2), 217-227.
- Westin, E., & Levander, M. S. (2018). Parent's experiences of their children suffering febrile seizures. *Journal of Pediatric Nursing*, 38, 68-73.
- Yağar, F., & Dökme, S. (2018). Niteliksel araştırmaların planlanması: araştırma soruları, örneklem seçimi, geçerlik ve güvenilirlik. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 1-9.
- Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2016). Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri (10. Bs.). Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Hastanede Yatan Okul Çağı Çocukların Hemşireyi ve Hastaneyi Algılama Durumlarının İncelenmesi*

Dürdane TAŞDEMİR AKKAVAK ** Seher SARIKAYA KARABUDAK ***

Öz

Giriş: Çocuk hastaneye yattığında hastane personelini, kullanılan malzemeleri, yapılacak işlemleri bilmemektedir. Bu durum çocuğun hastaneye ve tedaviye uyumunu, sağlık personeliyle iletişimini ve sonraki hastane deneyimlerini etkilemektedir. **Amaç:** Hastanede yatan okul çağı çocukları tarafından hastanenin ve hemşirelerin algılanma durumunu incelemek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Araştırma, bir üniversite hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Servisinde, ölçüt örnekleme yöntemi kullanılarak belirlenen 7-12 yaş 15 çocuk ile yapılmıştır. Araştırmada veriler çocuk ve aile hakkında genel bilgiler toplamayı sağlayan ‘Hasta Bilgi Formu’ ve görüşmeyi yönlendiren yarı yapılandırılmış ‘Görüşme Formu’ ile toplanmış, veriler kodlanarak temalar oluşturulmuştur. **Bulgular:** Araştırma sonucunda *Bilgi ve Düşünceler -Hastane/ Hastalık (Hastalık, Hastane Ortamı, Girişimler, Bilgi Kaynakları, Hastanenin Olumlu/ Olumsuz Yönleri)*, Hemşire (*İlk Karşılaşma, Profesyonel Kimlik*)-, *Öneri ve İstekler -Hastane (Hastane Ortamı, Girişimler)*, Hemşire (*Profesyonel Kimlik, Meslek Tercih*) olmak üzere iki tema ve alt temalar belirlenmiştir. Çocukların büyük çoğunluğu hastaneye hazırlanmadan yatırılmıştır, hastane ve hemşire ile ilgili hala en büyük bilgi kaynakları televizyon ve büyüklere. Ağrılı invaziv girişimler, sağlık çalışanlarının kötü muamelesi, fiziksel kısıtlılık ve en çok da sevdiklerinden ayrılığı, hastanenin olumsuz yönü olarak nitelendirmişlerdir. Tüm çocuklar hemşire ile ilk defa hastane ortamında karşılaşmış, hemşireye ve hastaneye karşı, korku, heyecan, utanma ve merak gibi duyguları yaşamışlardır. Hemşirenin profesyonel bir meslek olarak sorumlulukları hakkında **bir fikre** sahiplerdir ancak büyük çoğunluğu **hiç erkek** hemşire görmemiştir. Hemşireyi güler yüzlü, mutlu, iyi, ilgili, nazik gibi olumlu **özelliklerle tanımlamışlardır**. **Sonuç:** Çocukların bilgilendirilmesi konusunda yetersizlikler olduğu saptanmıştır. Oyun odası, okul en sık ifade edilen isteklerdir. Kendilerine bakan hemşirenin kadın hemşire olmasını ve renkli, desenli **formalar** giymesini tercih ettiklerini ifade etmişlerdir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Algılama, Hemşire, Hastane, Kalitatif.

Abstract

Determination of Knowledge Levels for The Use of Ventrogluteal Site in Intramuscular Injection of Nursing Students

Background: When the child hospitalized does not know about the personal staff the materials used, the procedures to be done. This condition affects the child's compliance with the hospital and treatment, communication with the health staff, and subsequent hospital experience. **Objectives:** The purpose of the study was to investigate the perception of hospital and nursing by hospitalized school children. **Methods:** The study was conducted with 15 children aged 7-12 years who were determined using the criteria sampling method in a university of child health and disease service. General information about the children and family in the study was gathered with the ‘patient information form’ which provided the gathering and the semi-structured ‘‘interview form’’ which led the interview. **Results:** As a result of the research, *Information and Thought -Hospital/ Disease (Illness ,Hospital Environment, Interventions, Information Sources, Positive /Negative Aspects of The Hospital)*, Nurse (*Initial Welcome, Professional Identity*)-, *Suggestions and Requests -Hospital (Hospital Environment, Interventions)*, Nurse (*Professional Identity, Profession Preference*)- two main themes and sub themes were identified. The most majority of children have been admitted to the hospital before the are prepared, and television and adults are still the greatest sources of information about the hospital and nurse. Painful invasive procedures, maltreatment of healthcare workers physical limitations and most often disagreements were the negative aspectss of the hospital environment, experienced feelings of fear, excitement, embarrassment and curiosity against the nurse and hospital. They have an idea about the responsibilities of the nurse as a Professional profession, but the majority of them have never seen a male nurse. They described the nurse as positive, happy, good, relevant and gentle. **Conclusion:** It has been determined that there are insufficiencies in informing the children. The playroom, the school is the most frequently expressed wishes. They stated clearly that the nurse looking at them preferred being a female nurse and wearing colorful, patterned uniforms.

Key Words: Child, Perception, Nurse, Hospital, Qualitative.

Geliş tarihi:06.04.2018

Kabul tarihi: 18.12.2018

Hastaneye yatmanın çocuğun gelişimi üzerinde birçok olumsuz etkisi vardır. Çocuk için hastalık ve buna bağlı olarak hastaneye yatma onu korkutan, rahatsız eden ve hoş olmayan yaşantıları içerir. Hastaneye yatan çocuk için hastane ortamı yabancı bir ortamdır. Çocuk, hastaneyi, hastane personelini, hastanede kullanılan malzemeleri, yapılacak işlemleri bilmemektedir. Bu, onların hastaneye ve tedaviye uyumlarını, sağlık personeliyle iletişimlerini ve sonraki hastane deneyimlerini etkileyebilir (Başbakkal, İşler, Esenay, 2006; Beytut, Bolışık, Solak ve Seyfioğlu 2009; Çavuşoğlu, 2011; Okuyucu ve ark., 2003).

Çocuk ve hemşire arasındaki ilk ilişki çocuğun herhangi bir sağlık kurumuna kabulü ile başlar. Çocuk ve hemşire arasındaki profesyonel ilişki, çocuğun sağlık kurumuna uyumunu kolaylaştırır; karşılaştığı durumlar, olaylar hakkında olumlu duygular geliştirmesine, hemşireye güven duymasına, hemşireler hakkında olumlu şeyler düşünmesine ve sonuçta hemşirelik uygulamasının en önemli ögesini oluşturan iyi bir profesyonel hizmet sağlanmasına katkıda bulunur (İnal ve Akgün, 2003).

*15-18 Kasım 2015 tarihinde düzenlenen 5.Ulusal 2. Uluslararası Akdeniz Pediatri Hemşireliği Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur. ** Uzm. Hemşire, Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi., Aydın. E-Mail: durdanem_84@hotmail.com, *** Dr. Öğretim Üyesi, Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın. E-mail: sehersarikaya@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9039-5637>

Literatürde araştırmacıların bir kısmı, çocuklarda hastaneye yatmaya bağlı gelişen anksiyete, korku, endişe, ajitasyon, sinirlilik, gerilim ve kaygı gibi olumsuz duygulara odaklanırken (Beytut ve ark., 2009; Gönener ve Görak, 2009), diğer bir kısmı ise çocukların yaşadığı hastane deneyimi, hastane ve hemşireyi algılamaları, bilgilendirilme durumları, hemşirelik bakımını algılamaları ve üniforma gibi konuları ele almışlardır (Çoban, 2006; Okuyucu ve ark., 2003; Özdemir, Arıkan ve Küçüköğlü 2009). Yurt dışında ise hemşireler ile çocukların etkileşimlerine ilişkin deneyimleri, hastaneye yönelik düşünceleri, hasta eğitimi, hemşirenin görünümü, hemşireden beklentiler, neler yaptıkları (Albert, Wocial, Meyer ve Trochelman 2008; Brady, 2009; Hopia, Tomlinson, Paavilainen ve Astedt-Kurki 2005; Pena ve Juan, 2011; Slusarska, Krajewska-Kulak ve Zarzycka 2004; Utkan, 2012) gibi konularda yapılmış çalışmalar bulunmaktadır. Yurt dışında yapılmış nitel çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışma Türkiye’de bu konuda yapılmış ilk nitel çalışma olması nedeniyle önemlidir. Nitel bir çalışmanın metodolojik olarak nicel çalışmalardan bazı üstünlükleri mevcuttur. Nicel araştırmalarda çocuklar kapalı uçlu bir soruya yanıt vermek durumunda kaldığında, pek çoğunun “evet” ve “hayır” olarak sınırlı yanıt verdiği ya da çoktan seçmeli bir soruya yanıt verirken benzer yanıtı seçtiği görülmüştür. Bunun nedeninin büyüklerden duydukları kelime ya da deyimlerin çocuklarda yönlendirici etkisinin olduğu belirtilmektedir (Chin ve ark.,1998; Kümbetoğlu, 2005; Yıldırım ve Şimşek, 2011). Bu yüzden çocukların bilgi düzeyi ya da algısı olduğundan farklı saptanabilir. Bu çalışma nitel fenomenolojik bir çalışma olduğu için daha ayrıntılı, net ve derinlemesine bilgi elde edilmesine katkı sağlamaktadır. Bu eksiklikten hareketle yapılan çalışmanın amacı hastanede yatan okul çağı çocukları tarafından hemşirenin ve hastanenin nasıl algılandığını ve değerlendirildiğini belirlemektir. Çıkan sonuçların çocuk hastaya yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlamasına katkı sağlaması beklenmektedir.

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Araştırma niteliksel fenomenolojik bir araştırmadır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları servisinde yapılmıştır. Çocuk sağlığı ve hastalıkları servisi 32 yataktan oluşmaktadır. Klinikte 1 ay- 17 yaş arası çocuklar tedavi ve bakım almaktadır. Kliniğe yılda ortalama 1600 çocuğun yatışı yapılmaktadır. Araştırma Nisan 2012–Kasım 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi pediatri kliniğinde yatan 7-12 yaş çocuklar oluşturmuştur. Bu çalışmada nitel araştırma örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme yöntemi kullanılarak toplam 15 çocuk örnekleme alınmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri şunlardır:

- 7-12 yaş grubunda olan
- En az bir haftalık hastane deneyimi olan
- Kolay iletişim kurabilen
- Okuma yazma bilen

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler çocuk ve aile hakkında genel bilgiler toplamayı sağlayan “Hasta Bilgi Formu” ve araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan “Görüşme Formu” kullanılarak elde edilmiştir. Niteliksel araştırmalarda deneyimli üç uzmandan görüş ve önerileri alınarak gerekli değişiklikler yapılmıştır.

Hasta Bilgi Formu, çocuk hakkında bilgi toplamayı sağlayan sorulardan oluşmuştur. Formda hasta çocuk; adı- soyadı, cinsiyet, sağlık güvencesi, hastaneye başvurma sıklığı, en çok hastaneye başvurma nedeni, çocuğun genel durumu, eğitimi, anne; eğitim durumu, baba; eğitim durumu, aile; sosyal güvence, tipi ayrıca adres, tanı, yatış tarihi sorularından oluşmaktadır. Toplam 12 sorudan oluşmaktadır.

Görüşme Formu, çocukla görüşme sırasında yol gösterecek yarı yapılandırılmış soru formudur. Genel bir giriş sorusunun ardından; Hastaneye yönelik algılama durumu, Hemşireye yönelik algılama durumu başlıkları altında çocukların algısını belirlemek amacıyla toplam 17 soru sorulmuştur.

Verilerin Toplanması

Hastanede yatan çocuk, anne ve babaya çalışma açıklanarak, kabul edenlerle yüz yüze görüşme tekniğiyle “Hasta Bilgi Formu” doldurulmuştur. Hastanede uygun bir odada çocukla derinlemesine görüşme tekniği kullanılarak yüz yüze görüşme yapılmıştır. Yarı yapılandırılmış “Görüşme Formu” kullanılarak sorular sorulmuş, kayıt cihazına kaydedilmiştir. Yaklaşık olarak 30–45 dk’lık bir görüşme ile bilgiler toplanmaya çalışılmıştır. Tüm görüşmeleri tek araştırmacı yürütmüştür.

Çocuklarla görüşmeye geçmeden önce araştırmacıyla güveni ve rahatlığı sağlamak için ilk karşılaşmada sadece tanışılmış, veri toplama ikinci görüşmeye bırakılmıştır.

Görüşmeler sırasında sessiz bir ortamda bölünmeden görüşmeler tamamlanmaya çalışılmıştır. Görüşme; karşılıklı aynı düzeyde oturularak yapılmış, aktif dinleyerek, soru formları yardımıyla yönlendirilmiştir. Görüşme süresince hastayla ilgili, görüşme sırasında dikkati çeken durumlar gözlem notu olarak kaydedilmiştir. Her görüşmeden sonra görüşme konuşmacıya dinletilmiş, eklemek veya çıkarmak istedikleri bir şey olup olmadığı kontrol edilmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Görüşmeler bittikten sonra ses kayıtlarının ham dökümleri bilgisayara aktarılmış, ses kayıtları dinlenip, ham veriler Microsoft Word belgesi haline getirilmiştir. Ses kayıtları tekrar dinlenerek, yazılı belge kontrol edilmiştir. Veriler defalarca okunmuştur. Okumadan sonra her bir kelime ve cümleden çıkabilecek kodlar bulunmuştur. Oluşan kodlardan sonra tematik kodlamaya geçilmiş ve kodlar araştırmacı tarafından sınıflandırılmış, uygun temalar ve alt temalar çıkarılmıştır. Araştırmanın geçerliğini arttırmak için aynı işlem üç uzman kişi tarafından yapılmıştır. İki uzman Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, bir uzman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında doktora derecesine sahiptir. Uzmanlar kalitatif araştırma yöntemleri hakkında kurs ve toplantılara katılmıştır. İki uzmanın doktora tez çalışması kalitatif araştırma olup, tüm uzmanlar kalitatif araştırmalar konusunda deneyimli kişilerdir. Veriler uzmanlar ve araştırmacı tarafından yeniden düzenlenmiştir. Ardından tüm veriler temalara göre yorumlanarak rapor haline getirilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Bu çalışma Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek lisans Programı Yüksek lisans tezidir (ÇSH-YL- 2015-0001) ve enstitü kurulunun izniyle çalışma başlamıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (Protokol No:2012/53) ve araştırmanın yapıldığı hastanenin Başhekimliğinden yazılı izin alınmıştır. Çocuklara ve ebeveyne araştırma ile ilgili bilgi verilmiş, kabul eden ebeveynlerden "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" ile yazılı onam alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Nitel çalışmalarda çalışma sonuçları katılımcılara ait sonuçlardır, evrene genellenemez. Bu nedenle bu çalışmanın sonuçları da evreni temsil etmemektedir. Aynı zamanda çalışma gurubunun çocuklardan oluşması, görüşme yapan çalışmacının yatış yaptıkları hastanenin servis hemşiresi olması yanıtlarında biasa neden olmuş olabilir.

Bulgular

Çalışmanın bulguları *çocuk ve ailenin sosyodemografik verileri* ve *temalar* başlıklarıyla aşağıda açıklanmıştır.

Çocuk ve Ailesinin Sosyodemografik Verileri

Çalışmaya katılan çocukların yaş ortalaması 10.26 ± 1.43 olarak saptanmıştır. Çocukların %60'ı kızdır ve hepsi okula gitmektedir. Çocukların % 53.3' ü ilk kez hastaneye yatmıştır. Ailelerin %86.6' sının geliri gidere denk ve çekirdek ailedir. Ailenin eğitim durumuna baktığımızda annelerin %40'ı ilkökul, %6.6' sı yüksekokul/üniversite mezunu iken babaların %40'ı ilkökul, %20'si yüksekokul/üniversite mezunudur (Tablo1).

Tablo1. Çocukların ve Ailesinin Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı Özellik	X-Sd	Min-Max
Çocuk yaş ortalaması	10.26± 1.43	(7-12)
	Çocuk sayısı (N:15)	%
Cinsiyet		
Kız	9	60
Erkek	6	40
Sağlık Güvencesi		
Var	15	100
Yok	-	-
Hastaneye Başvurma Sıklığı		
Bir aydan daha sık	5	33.3
1-2 ayda bir	1	6.6
Hastalandıkça	9	60
Yatış		
İlk kez gelen	8	53.3
2 ve daha fazla gelen	7	46.6
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	13	86.6
Geniş Aile	2	13.3
Ailenin Gelir Durumu		
Gelir gidere denk	13	86.6
Gelir giderden az	2	13.3

Annenin Eğitim Durumu		
Okur yazar	3	20
İlkokul	6	40
Ortaokul	2	13.3
Lise	3	20
Yüksekokul/ Üniversite	1	6.6

Babanın Eğitim Durumu		
İlkokul	6	40
Ortaokul	3	20
Lise	3	20
Yüksekokul/ Üniversite	3	20

Temalar

Çocuklara ait **Bilgi ve Düşünceler**, **Öneri ve İstekler** olarak iki tema saptanmıştır. İlk tema **Bilgi ve Düşünceler** temasının alt temaları; Hastane/ Hastalık (*Hastalık, Hastane ortamı, Girişimler, Bilgi Kaynakları, Hastanenin Olumlu/ Olumsuz Yönleri*), Hemşire (*İlk Karşılaşma, Profesyonel Kimlik*) dir. İkinci tema **Öneri ve İstekler** in alt temaları; Hastane (*Hastane Ortamı, Girişimler*), Hemşire (*Profesyonel Kimlik, Meslek Tercihi*) olarak sınıflandırılmıştır (Tablo2).

Tablo2. Çocuklara Ait Temalar

Tema	Alt Tema-1	Alt Tema-2
BİLGİ VE DÜŞÜNCELER	Hastane/ Hastalık	1-Hastalık
		2-Hastane Ortamı
		3-Girişimler
		4-Bilgi Kaynakları
		5-Hastanenin Olumlu/Olumsuz Yönler
	Hemşire	1-İlk Karşılaşma
		2- Profesyonel Kimlik
		*Hemşire Tanım, Görev ve Sorumlulukları
		*Cinsiyet
		*Görünüm
	*Bilgilendirme	
ÖNERİ VE İSTEKLER	Hastane	1-Hastane Ortamı
		2-Girişimler
	Hemşire	1-Profesyonel Kimlik
		*Cinsiyet
		*Görünüm
		*Forma
	2-Meslek Tercihi	

Bilgi ve Düşünceler

İlk tema Bilgi ve Düşünceler içerisinde yer alan alt temalar Hastane / Hastalık -*Hastalık, Hastane Ortamı, Girişimler, Bilgi Kaynakları, Hastanenin Olumlu/ Olumsuz Yönleri*-, Hemşire -*İlk Karşılaşma, Profesyonel Kimlik (Hemşire Tanım, Görev ve Sorumlulukları, Cinsiyet, Görünüm, Bilgilendirme)*- olmak üzere iki alt temadan oluşmuştur.

Hastane / Hastalık: Hastalık, Hastane Ortamı, Girişimler, Bilgi Kaynakları ve Hastanenin Olumlu / Olumsuz Yönleri olmak üzere beş alt temadan oluşmaktadır.

1.*Hastalık:* Çocukların çoğu hastalıklarının tıbbi terminolojisini bilemese de hastaneye yatma sebeplerinin veya kendilerinde görülen semptomların farkındadırlar. Hastalıklarını şöyle tanımlamışlardır: Ç-1 (Çocuk-1): Alerji, Ç-2: Böbrek ağrısı, Ç-3: İdrardan kan gelmesi, Ç-4: Ayak ve dizde, şişlik, Ç-6: Kansızlık ve kanda mikrop, Ç-7: Böbrek rahatsızlığı, Ç-8: Dizlerde şişlik, Ç-9: Böbrek rahatsızlığı, Ç-10: Böbrek yetmezliği, bacaklarda şişme, Ç-11: Baş dönmesi, çift görme, Ç-12: Böbrek yetmezliği, Ç-13: İdrarın siyah olması, Ç-14: Nefrotik sendrom, karın ağrısı, Ç-15: Nöbet geçirme. Sadece çocuklardan biri hastaneye yatma sebebi hakkında bilgi sahibi değildi. Abur cubur yediği için hasta olduğunu düşünmektedir.

2.*Hastane ortamı:* Çocuklara hastanenin nasıl bir yer olduğu sorulduğunda çocukların çoğu hastaneyi güzel, iyi, doktor ve hemşireler tarafından çocukların iyi bakıldığı, tedavi için her malzeme/aracın olduğu, iyileştirilen, sevgi gösterilen, temiz bir yer olarak tarif etmişlerdir. Çocuklardan birkaçı ise hastaneyi ağırlı uygulamalardan yakınma, dışarı çıkamama, sürekli yatma gibi nedenlerden eğlenceli olmayan, sıkıcı, kötü bir yer olarak tarif etmişlerdir.

“İyi bir yer..., hemşireler beni iyileştiriyor. Hastalığımı engelliyor doktorlar, iyi bir yer benim için.” (Ç-12)

“Bana göre mi? İşte biraz sıkıcı bi yer. Bilmemm. Sürekli yatmaktan herhalde. Çok iğne yapıyorlar.” (Ç-6)

3.*Girişimler*: Çocuklara hastanede yapılanlar sorulduğunda çocukların çoğu iğne yapılır, serum takılır, kan alınır demiştir. Kendilerine yapılan işlemleri ise kan alındığı, ilaç verildiği, serum takıldığı, muayene edildiği, tetkiklerin yapıldığı, ateş, tansiyon bakıldığını ifade etmişlerdir. Birkaçı hastalığının araştırıldığını ifade etmişlerdir.

4.*Bilgi Kaynakları*: Çocukların çoğunluğu hastanelerde yapılan işlemleri televizyondan öğrendiğini ifade etmiştir. Bazıları çevrelerindeki büyüklerinden ve öğretmeninden duyarak ya da yaşayarak öğrenmişlerdir.

“Televizyondan gördüm. İnsanları ameliyat ediyorlardı. Ateşlerine bakıyorlardı. Kulaktan ateş ölçmeyi de öğrendim televizyondan.” (Ç-13)

“Annemden, babamdan duymuştum. Şeyy ilk hastaneye... ilk hastaneye geldiğimizde duymuştum. 3 yaşındaydım. Annem oğlum korkma hastane güzel bi yer, doktor amcalar sana bakacak, öyle denmişti. Bende o yüzden hiç korkmamıştım hastaneden.” (Ç-14)

5.Hastanenin Olumlu / Olumsuz Yönleri

**Olumlu Yönleri*: Hastanede sağlıklarını geri kazandıklarını, iyileştiklerini, eğlenceli, iyi bir yer olduğunu ifade etmişlerdir. Hastanede ziyaret saati dışında gelen aileler için ya da anne dışındaki refakatçilerin beklemesi için konulan koltukların ve istediğinde dışarıdan yiyecek alabilmeleri için kurulan marketin hastane için iyi bir şey olduğunu düşünen çocuk da bulunmaktadır. Birkaç çocuk temiz olmasını olumlu bulmuştur.

“Bizi iyileştirdiklerini düşünüyorum.” (Ç-2)

“Benim için iyi benden küçükler için iyi. Burda bekleme yerleri var orlar iyi bazen ailelerimizi içeri almıyolar onlar için daha iyi oldu. Aşağıda küçük bi market gibi bişey olması iyi. Başkada yok yani. (Ç-15)

**Olumsuz Yönleri*: Çocuklardan çoğu hastanenin kötü yönü olmadığını ifade etmişlerdir. Bazı çocuklar hastanede iğne, kan alınması gibi invaziv işlemleri, çok hasta olmasını, doktorların bağırmasını ve yemeklerin tuzsuz olmasını kötü yön olarak ifade etmişlerdir. Çocuklardan birkaçı fiziksel kısıtlılıktan rahatsızlık duyma ve evdekileri özlediklerini ifade etmiştir. Sevdiklerinden ayrı kalmayı hastanenin olumsuz yönü olarak belirtmiştir.

“İğne yapılması.” (Ç-1,3,6)

“Kötü yönü... Bi doktorların kötü olması. Bağırıyorlar.” (Ç-10)

“Yemekleri biraz tuzsuz oluyoo.” (Ç-15)

“İşte serumlar var, insan rahat edemiyor, dışarıya falan çıkamıyor onun için.” (Ç-9)

Hemşire: İlk Karşılaşma, Profesyonel Kimlik (*Hemşire Tanım, Görev ve Sorumlulukları, Cinsiyet, Görünüm, Bilgilendirme*) olmak üzere iki alt temadan oluşmaktadır.

1.*İlk Karşılaşma*: Çocuklara hastaneye geldiklerinde hemşireyle ilk nerede karşılaştıkları ve o an ne gibi duygular hissettikleri sorulmuştur. Hemşireyle karşılaştıkları yer ile ilgili: Ç-1: Odasına geldiğinde, Ç-2: Kan alındığında, Ç-3: Poliklinikte, Ç-4: Koridorda, Ç-5: Odasında, Ç-6: Damar yolu açarken, Ç-7: Hemşire deskinde, Ç-8: Odasında, Ç-9: Koridorda, Ç-10: Hasta odasında, Ç-11: Ürodinamide, Ç-12: Hemşire odasında, Ç-13: Odasında, Ç-14: Çocuk acilde, Ç-15: Acilde yanıtlarını vermişlerdir.

Çocuklardan çoğu hemşire ile karşılaştıklarında korktuklarını ve utandıklarını ifade etmişlerdir. Çocuklardan birkaçı ise hemşireyi görünce kafalarında soru işaretleri olduğu, durumla ilgili neler olacağını bilmedikleri için merak ve heyecan duygusu içine girdiklerini belirtmiştir.

“Korku. Heyecan, panik. Başka bişey yok.... Bi de merak. Napcaklar? Mesela acıyacak mı?” (Ç-6)

2.*Profesyonel Kimlik*: Profesyonel kimlik kendi içinde Hemşire Tanım, Görev ve Sorumlulukları, Cinsiyet, Görünüm ve Bilgilendirme olmak üzere dört alt başlıktan oluşmaktadır.

Hemşire Tanım, Görev ve Sorumlulukları: Çocukların büyük çoğunluğu hemşireyi; hastaya bakan, onunla ilgilenen, hastaya yardımcı olan kişi olarak tanımlamıştır. Çocuklardan bazıları iğne yapan, serum takan yani tedavi yapan, kan alan kişi olarak tanımlamışlardır. Birkaç çocuk yaşam bulgularını alma, muayene etme işlemini yapan kişi olarak tanımlamışlardır. Birkaç çocuk hemşireleri doktorların yardımcısı olarak tanımlamıştır. Çocuklardan biri hemşirenin gerektiğinde aileden biri gibi olduğuna değinmiştir.

“Hemşire hastalara bakan kişilere denir. İnsanlara bakan kişilere, insanlara hizmet eden.” (Ç-9)

“Hastanede hemşireler kan alırlar. Çocuklara ilgi gösterirler. Gerektiğinde anne gerektiğinde baba gibi olurlar.” (Ç-14)

Cinsiyet: Günümüzde erkek hemşirelerin sayısının fazla olmayışı nedeniyle bazı çocuklar sadece kadınlara hemşire denildiğini düşünmektedirler. Çocuklara erkek hemşire görüp görmedikleri sorulduğunda büyük çoğunluğu erkek hemşire görmediğini belirtmiştir.

“Hemşire kız olanlara denir.” (Ç-13)

Görünüm: Çocuklara hastanede genelde hemşirelerin nasıl görüldüğü sorulduğunda çocukların çoğu hemşireleri güler yüzlü, mutlu, iyi olarak ifade etmişlerdir. Bazı çocuklar hemşire ve doktorların sürekli ilgilendiklerini, sevgi gösterdiklerini, esprili olduklarını, şakalaştıklarını, bilgili / işinde uzman olduklarını, nazik olduklarını, iyi davrandıklarını ifade etmişlerdir. Çocuklardan birkaçı ise hemşirelerin çocukların durumlarına üzüldüklerini ve bu yüzden mutsuz olduklarını ifade ederken bazıları hemşirelerin somurtkan olduğunu ve eğer hemşirelerin morali bozursa bunu hastaya yansıttığını ve bağırarak çağırdıklarını ifade etmişlerdir.

“Güler yüzlü gözüküyorlar, Mutlu gözüküyorlar. İlgileniyorlar.” (Ç-2)

“Bazı hemşirelerde somurtkan oluyo. Öyle. Somurtkan olduğunda genellikle moralleri bozuk oluyo bağırıp çağırıyorlar.” (Ç-14)

Bilgilendirme: Çocukların bir kısmı hemşirelerin girişim ve uygulamalardan önce kendilerine bilgi verdiğini, ne yapacaklarını söylediklerini belirtmişlerdir. Çocuklar ne yapılacağını bildiğinde, kendilerine açıklama yapıldığında daha rahat olduğunu, ne yapılacağını bildiğini, merakın giderildiğini ve morallerinin daha iyi olduğunu ifade etmişlerdir. Çocukların diğer kısmı ise kendilerine açıklama yapılmadığını ya da sadece annelerine bilgi verildiğini belirtmişlerdir.

Mesela kan alacaklar, kan alma odasına gidiyorlar. Anneme söylüyorlar. Annem bana bilgi veriyor.” (Ç-13)

Öneri ve İstekler

İkinci tema olan Öneri ve İstekler; Hastane (*Hastane Ortamı, Girişimler*) ve Hemşire (*Profesyonel Kimlik, Meslek Tercihi*) olmak üzere iki alt temadan oluşmuştur. Bunlara ait de alt temalar bulunmaktadır.

Hastane: Hastane başlığı altında, Hastane ortamı ve Girişimler alt temaları yer almaktadır.

1.Hastane Ortamı: Bazı çocuklar kendileri ve daha küçük çocuklar için park ve oyun odası olmasını istemektedirler. Uygun zamanlarda oraya giderek arkadaş edinmek, oynayarak vakit geçirmek, eğlenmek istemektedirler. Diğer türlü yalnız kaldıklarını ve sıkıldıklarını ifade etmişlerdir. Bazı çocuklar bilgisayar, sinema odası ve ilköğretim odası istemişlerdir. Çocuklardan birkaçı da sağlam bir hastane, daha çok hastanın iyileşebileceği büyük, yetişkin ve çocuk hastanelerinin ayrı olduğu ve yaş gruplarına göre katların ayrı olduğu bir hastane istemektedirler.

“Bilgisayar. Bir spor salonunun olması. İlköğretim okulu, Ders yaparak, büyüklerimden doktorluğun ve hemşireliğin önemini dinlerdim.” (Ç-1)

“Sinema odası isterdim. Böyle mesela böyle bi oda film izlenebilirdi, bak projeksiyon da var.” (Ç-6)

2.Girişimler: Çocuklardan bazıları hastalara iyi bakılan, sık kontrol edilen, işlem ve tedavileri zamanında yapılan, iyi tedavi edilen, kan alınmayan bir hastane istemektedirler.

“Hastaya böyle iyi bakmalarını, u eee iki ya da bir saat aralıklı gelip bakmalarını, tedavi gibi şeyleri geciktirmemeleri, hemen uygulamaları, hani araştırıp hemen uygulamaları.” (Ç-8)

Hemşire: Profesyonel Kimlik (*Cinsiyet, Görünüm, Forma*) ve Meslek Tercihi olmak üzere iki alt temadan oluşmaktadır.

1.Profesyonel Kimlik

Cinsiyet: Çocuklara kendilerine bakan hemşirenin kadın mı erkek mi olmasını istedikleri sorulduğunda çoğu kadın hemşire istediklerini, kadın hemşireyi daha yakın hissettiklerini, utanmadıklarını belirtmişlerdir. Çocukları bazıları kadın hemşirenin daha iyi, daha becerikli, nazik olduğunu söylemişlerdir. Çocuklardan biri erkeklerin eğlenceli olduğunu ve erkek hemşire istediğini belirtmiştir.

Görünüm: Çocukların çoğu iyi, bilgili, becerikli, güler yüzlü, çocuklarla konuşan, saygılı, dürüst, ilgili, hastalıktan anlayan hemşire istemektedirler. Birkaç çocuk girişim ve uygulamalar sırasında dikkatli, zamanlamaya dikkat eden, canlarını acıtmayan hemşire istemektedirler. Çocuklar kızgın, kötü, can acıtan, konuşmayan, bağırان, somurtkan, moral bozan hemşire istemektedirler.

“İyi kalpli, güzel, hastalığın uzmanı olan, hastalıktan iyi anlayan, muayeneleri güzel eden, saygılı, sevgisi yüksek derecede olan, çok sevilen, başka yok.” (Ç-13)

“Böyle hani iyi davranan, böyle hani geleceği zamanlarda gecikmemesi lazım. Öyle bir hemşire isterim. Hani iğne vururlarken falan biraz dikkatli olmasını acıtmamasını isterim. Ve hep gülmesini isterim.” (Ç-8)

“Böyle kızgın, konuşmayan, selam bile vermeyen hemşire olmasını istemem.” (Ç-1)

Forma: Çalışmaya katılan çocukların çoğu yattıkları hastanede çocuk hemşirelerinin giydiği forma rengi olan mavi renk forma istemiştir. Çocuklar mavi formanın hemen kirlenmediğini, sevdiği renk olduğunu, yakıştığını, mavinin güzel göründüğünü belirtmişlerdir. Çocuklardan bazıları beyaz forma giymelerini beyaz formanın mutluluk, hemşire gibi gözükme gibi anlamlar ifade ettiğini dile getirmişlerdir. Yeşil ve kırmızı rengi isteyenler olmuştur. Diğer yandan desenli forma olmasını istemeyen çocuklar mevcut iken daha çok sayıda çocuk da desenli formaya olumlu bakmaktadır.

“...Hayır, tek renk daha güzel olur. Mavi. En sevdiğim renk çünkü.” (Ç-5)

“Beyaz. Daha hemşire gözüküyorlar. Beyaz giyince daha böyle... Hemşire gibi gözüküyorlar. Ben korkmuyorum ki.” (Ç-9)

“Desenli çok saçma olurdu. Beyaz olur daha çok. Beyaz doktorlar giyiyor zaten maskenin renginde olabilir.” (Ç-6)

2.Meslek Tercihi: Çocuklara ‘siz hemşire olmak ister misiniz’ diye sorulduğunda büyük çoğunluğu hemşire olmak istediğini belirtmiş, dört çocuk başka meslekleri tercih ettiğini söylemiştir. Hemşire olmak isteyenlerin çoğu kız, biri erkektir. Hemşirelik mesleğini tercih eden çocuklar çocukları sevdiği, çocuklara bakmak istedikleri, hemşireliğin güzel ve iyi bir meslek olduğu, hastaları iyileştirmek istedikleri, insanlara yardımcı olmak istedikleri, hemşirelerin görevlerini iyi yaptıkları, hayat kurtardıkları, hastalara iyi baktıkları, hastaları iyileştirip dua aldıkları, gibi olumlu ifadeler kullanarak bu mesleği neden seçmek istediklerini belirtmişlerdir.

“Çünkü hemşire başkalarının hayatını kurtardığı için ben de başkalarının hayatını kurtarmak istediğim için hemşire olmak isterdim. İlaç veriyorlar başkalarına hasta olduğu için ondan ben de vermek istiyorum. Onlarla daha iyi anlaşmak istiyorum daha yakından anlaşmak istiyorum... Hıuu hemşireler ne yapıyorsa o hastalara ben de aynısını yapmak istiyorum. Ben de hemşire olmak istiyorum.” (Ç-12)

Tartışma

Hastanede yatan okul çağı çocukları tarafından hastanenin ve hemşirelerin nasıl algılandığını ve değerlendirildiğini belirlemek amacıyla yapılan bu nitel çalışmanın tartışması belirlenen temalar doğrultusunda yapılandırılmıştır.

Bilgi ve Düşünceler

Hastane / Hastalık

1.Hastalık: Çalışmaya katılan çocuklar böbrek rahatsızlığı, idrar renginde değişiklik, şişlik, nöbet geçirme, alerji, çift görme, kansızlık gibi hastalık semptomlarına yönelik bilgiler vermiş, çok az sayıda çocuk gerçek tıbbi tanısını ifade etmiştir. Çalışmadan çocukların büyük çoğunluğunun tıbbi tanısını bilmediği saptanmıştır.

Kişinin bilgisinin algılamayı etkileyen temel faktörlerden olduğu görülmektedir. Ama ne yazık ki toplumda çocuklara bilgi verme, açık iletişim kurma konusunda anne babalar çekingen davranmaktadır (Er, 2006; Karabudak, 2008). Yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının da bilgi verme konusunda yeterli ya da istekli olmadıkları bildirilmektedir (Ekim ve Ocakçı, 2011). Gönener ve Görak (2009) yaptıkları çalışmada vaka ve kontrol grubundaki çocukların hastalık tanımlarını ve kullandığı

ilaçları bilmeme durumunu oldukça yüksek bulmuşlardır (Gönener ve Görak, 2009). Bu nedenle çocuklara bilgi verme konusunda daha hassas ve özenli davranılmalıdır.

2.Hastane Ortamı: Çalışmaya katılan çocukların çoğu tarafından hastane güzel, hemşireler tarafından iyi bakılan, iyileştirilen ve sevgi gösterilen bir yer olarak tanımlanmıştır. Pena ve Juan (2011) hastanede yatan 8-14 yaş 30 çocukla yaptığı nitel çalışmada da benzer ifadeler dile getirilmiştir. *“Burada hiçbir problem görmüyorum, iyiyim ve hemşireler her zaman beni görmeye geliyorlar, benim güvende olduğumu hissettirecek şeyler söylüyorlar.”* Çocukların kendilerini desteklenmiş, korunmuş hissettikleri ve bakım sorumluluklarını geliştirdikleri görülmüştür (Pena ve Juan, 2011).

Çalışmamızda birkaç çocuk hastanenin eğlenceli olmadığı, sıkıcı ve kötü olduğundan bahsetmiştir. Kelo ve arkadaşlarının (2013) 12 çocuk ve ailesi ile hasta eğitimi etkinliklerini değerlendirdiği nitel çalışmada da hastanenin sıkıcılığından bahsedilmiş, çocukların arkadaşlarıyla beraber olamadıkları ve sosyal aktivitede bulunamadıkları ifade edilmiştir (Kelo, Eriksson ve Eriksson 2013). Benzer şekilde hastane ortamını kötü olarak tanımlayan çalışmalar da mevcuttur (Gönener ve Görak, 2009; Okuyucu ve ark., 2003). Bu çalışmada çocuklar tarafından daha çok hastanenin iyi ve güzel yönleri dile getirilmiştir. Çoğu çocuk kötü yönünün olmadığını belirtmiştir. Çocukların hastaneyi olumsuz değerlendirdiğini bildiren çalışmaların, daha kırsal bölgelerde yapılması, ailelerin çocukları hastalık ve hastaneyle ilgili bilgilendirme ve hazırlık konularında yeterli özeni göstermemesi gibi nedenlerle sonuçları olumsuz çıkmış olabilir.

3.Girişimler: Çocukların çoğu tedavi amaçlı yapılan iğne yapılması, serum takılması gibi tedavi işlemlerine yönelik hemşirelik uygulamalarından bahsetmişlerdir. Yine en çok maruz kaldıkları uygulamalardan bir diğeri tetkikleri için kan alınmasıdır. Pek çok çocuk ateş ve tansiyon ölçümü gibi yaşam bulgularını değerlendirmeye yönelik girişimleri dile getirmişlerdir. Bu girişimler hastaneye yatan çocukların en sık karşılaştığı ve çocuklarda korku ve anksiyete gelişmesine neden olan uygulamalardır. Çocukların tedavisinde ve bakımında büyük ilerlemeler olmasına karşın, yaşamı uzatmak ve hastalıkları tedavi etmek için uygulanan işlemlerin çoğu travmatik, ağrılı, korku, verici ve anksiyete oluşturabilecek niteliktedir (Teksöz ve Ocakçı, 2014). Çocuk hastanede yapılan girişimlerin vücuduna zarar vereceği endişesini duyar (Gönener ve Görak, 2009). Bu nedenle araştırma örneklemine katılan çocuklar tarafından, endişeye neden olan girişimlerden daha çok bahsedilmiş olabilir.

Ancak hemşirelik yaklaşımlarımızdan olan fizik muayene ve bakımlar da çocukların ifadeleri arasında daha az ifade edilmiş olmasına rağmen, buna yönelik düşünceleri vardır. Bunun nedeni ise, bu girişimlerle daha az karşılaşmış oldukları ya da bu girişimlerin daha az anksiyete ve korkuya neden olduğu düşünülebilir.

4.Bilgi Kaynakları: Çalışmada çocukların çoğu hastane hakkındaki bilgileri televizyondan görerek, duyarak öğrendiklerini ifade etmişlerdir. Bazı çocuklar büyüklerinden ve öğretmeninden duyarak, yaşayarak deneyimleriyle öğrendiklerini ifade etmişlerdir.

Çalışmalarda da çocukların genel olarak hastaneyle karşılaşmadan önce hastane hakkında bilgilendirilme ve hazırlığın yapıldığı (Gönener ve Görak, 2009; İnal ve Akgün, 2003), hastane hakkındaki bilgilerini televizyondan, kitaplardan ya da kendi deneyimleri aracılığı ile öğrendikleri ifade edilmiştir (İnal ve Akgün, 2003).

5.Hastanenin Olumlu / Olumsuz Yönleri: Çalışmaya katılan çocuklar hastanede sağlıklarını geri kazandıklarını ve iyileştiklerini, eğlenceli bir yer olduğunu ifade etmişlerdir. Çocuklar her ne kadar hastanede değişik işlemlere maruz kalsalar da, hastanede kaldıkları süre içerisinde ağrı, acı yaşasalar da hastane hakkında olumlu güzel şeyler düşünmektedirler.

Yedi-onbir yaş çocuklar hastanede yatışın en iyi yönü olarak eğlence aktivitelerini göstermektedirler (Cimete, Kuşoğlu ve Çınar 2013). Pena ve Juan (2011) yaptıkları çalışmada hastanede yatan çocukların hastanede aldıkları bakımdan memnun ve minnettar olduklarını belirtmişlerdir. Çocuklardan bazıları taburcu olurken ya da ziyarete geldiği zaman hediye alacaklarını ifade etmişlerdir. *“Giderken vedalaşmak istiyorum, hediye alacağım teşekkür edeceğim, bunu yaptığımda kendilerini iyi hissedeceklerdir.”* (Pena ve Juan, 2011).

Çalışmamızda çocukların birkaçı temizlik ve hijyenden bahsetmişlerdir. Hastanenin temiz olduğunu ifade etmişlerdir. Enfeksiyon gelişiminde çok önemli yeri olan temizlik ve hijyen kavramının çocuklar tarafından dikkat edilen bir konu olması olumlu bir durumdur. Çalışmamızdaki gibi, okul çocuklarıyla çalışan Brady’ nin (2009) yaptığı çalışmada da çocuklar konuya dikkat çekmiş ancak bizim çalışmamızın aksine hemşireleri eleştirmişler; ellerini yıkamamaları, eldiven ve önlük giymeyerek çalıştıklarını belirtmişlerdir. Çoğu çocuk el yıkamanın ve enfeksiyonun yayılmasını önlemek için genel temizliğin önemini ifade etmişlerdir (Brady, 2009).

Çalışmamızda çoğu çocuk hastanenin olumsuz bir yönü olmadığını söylese de; ağrılı invaziv girişimler, sağlık çalışanlarının kötü muamelesi, fiziksel kısıtlılık ve en çok da sevdiklerinden ayrılığı hastanenin olumsuz yönü olarak nitelendirmişlerdir.

Çocuklar hastaneye yattığında ailedeki en temel değişim, anne-baba ve kardeşlerinden ayrı kalmaktır. Anneden ayrı kaldıkları gibi aynı zamanda başkalarının onlara bakmak durumunda kaldığı durumlarda görülmektedir. Bu ayrılıkların sonucu; aile üyelerinin birlikte zaman geçirememesi ve birbirleri arasında kopukluk meydana gelmektedir. Ayrıca kronik hastalık durumunda ailedeki rutinler değiştiği için aile bireylerinin rol ve sorumluluklarında oldukça fazla değişimler meydana gelmektedir (Kelo ve ark., 2013). Bu da çocuklarda kaygıya yol açmaktadır. Yedi- onbir yaş çocuklar hastanede yatışın en kötü yönü olarak değişik ortamlarda gerçekleştirilen işlemler ve tedavilerle, fiziksel bakımın başkaları tarafından gerçekleştirilmesini göstermişlerdir (Cimete ve ark., 2013). Gönener ve Görak’ ın (2009) yaptıkları çalışmada çocuklar, hastaneye gitmeyi gereklilik olarak görseler de, çocukların %50’si hastaneyi kötü bir yer olarak tanımlamıştır (Gönener ve Görak, 2009). Teksöz ve Ocakçı’ nin bildirdiğine göre; Şahan (1997) yaptığı çalışmada, hastanelere yatan çocukların iğne yapılmasından, parmağından kan alınmasından, ameliyat olmaktan ve hastanede ölmekten korktuğu ifade edilmiştir (Teksöz ve Ocakçı, 2014). Bu yaş döneminde çocuklar enerjik ve hareketlidirler, fiziksel kısıtlılık yaşamaları endişe düzeylerini artırır. Yapılan bir çalışmada çocuklar hastaneye gelmenin sıkıcı olduğundan bahsetmişlerdir (Kelo ve ark., 2013). Forsner (2005) yaptığı çalışmada hastanede yatmanın çocukları güçsüz kıldığı belirtilmiştir (Forsner, 2005). Görüldüğü gibi çocuklar temelde ağrı yaşamaktan, ailelerinden ayrı kalmaya bağlı hem aile birliğinin bozulmasından hem de yabancı kişilerin bakım

vermesinden, kötü muamele edilmesinden ve fiziksel kısıtlılık yaşamaktan kaygı duymaktadırlar.

Hemşire

1. İlk Karşılaşma: Araştırmaya katılan çocukların hemşireyle ilk karşılaşmalarının hastane ve birimlerinde gerçekleştiği belirlenmiştir. Okul kreş gibi yerlerde hemşireyle tanıştığını ifade eden çocuk bulunmamaktadır. Buna göre örneklem grubu çocukların okul hemşiresi, halk sağlığı hemşiresi gibi hemşire grubuyla tanışma durumu görülmemektedir. Ülkemizde gün geçtikçe iyileşmesi gereken bu hizmetlerin aksine halen yeterli olmadığı düşünülebilir. Okul hemşireliği, halk sağlığı hemşireliği gibi alanlarda hemşirenin görünürlüğünün olmadığı söylenebilir.

Aslında acil durumlar dışında çocukların hemşireyle ilk karşılaşmasının ağrı verici bir uygulama yerine hasta kabul sırasında profesyonel bir ilişki içinde olması, hem hemşirenin istenilen düzeyde olumlu algılanmasını sağlar hem de çocuğun hemşireye güven duymasına katkıda bulunarak hastaneye uyumunu kolaylaştırır (İnal ve Akgün, 2003).

Araştırmada çocuklardan çoğu hemşire ile karşılaşınca iğne yapacağından korktuklarını, heyecanlandıklarını ifade etmişlerdir. Birkaç çocuk hemşireyle ilk karşılaştığı ve girişim sırasında çıplak olacağı için utandığını belirtmişlerdir. Çocuklardan birkaçı merak yaşamıştır. Okul çağı çocuğunun özellikleri psikososyal gelişim özellikleri çalışkanlık, üretkenlik, araştırma, merak olarak sıralanabilir; bu bağlamda çocuğun bu merak duygusunu, öğrenme isteğini karşılamak için bilgi vermek doğru hemşirelik yaklaşımı olacaktır (Gwin, 2008; Deniz, 2010). Okul çağından adölesanlığa doğru ilerledikçe çocuklarda mahremiyet daha da önem kazanmaktadır. Hastane deneyimini de daha gerçekçi şekilde algıladıklarını görülmektedir. Gönener ve Görak'ın (2009) yaptıkları çalışmada ailenin, okulların ve sağlık personelinin yeterince bilinçli olmadığı; hastanelerin çocuk hastalarına yeteri kadar program hazırlamadığı görülmüştür. Çocukların hastaneye yatmadan önce ve yattıkları sürece yeterince eğitilmediği hatta sağlıklı olduğu dönemlerde de hastaneden, hemşireden, hekimden, iğneden korkutulduğu görülmüştür (Gönener ve Görak, 2009).

2. Profesyonel Kimlik: Çalışmada çocukların hemşirenin tanımı, görev ve sorumluluklarını tanımlamaları istendiğinde; hastaya bakan, onunla ilgilenen, hastaya yardımcı olan, tedavisini uygulayan, yaşam bulgularını alan, muayene eden kişi olarak tanımlamalar yaparak hemşirelik mesleğinin bir disiplin olarak içerdiği bağımlı, yarı bağımlı ve bağımsız rollerinden pek çok kavrama değinmişlerdir. Bu çalışmada pek çok hemşirelik uygulaması çocuklar tarafından tanımlanırken, Brady (2009) yaptığı çalışmada çocukların daha çok hemşirenin tedavi uygulamalarını tanımladığını belirtmiştir. Çocuklardan bazıları hemşireyi damardan verilecek ilaçları yavaşça uygulayan ve hangi ilacı almanın onlar için acı verici olacağını bilen ve bu hoşnutsuzluğu gidermek için çaba sarfeden birisi olarak tanımlamıştır (Brady, 2009). Florence Nightingale kendini izleyecek meslektaşlarına, hekimlere körü körüne bir boyun eğme ve alt hizmet önermiştir. Çünkü hemşireliği bir iş olarak düşünmüştür. Bu bakış açısı yüzyıllar içerisinde değişmiş; diğer sağlık profesyonellerine tabi olmaya dayanan bir meslekten, özerk bir mesleğe; sadece hastanelerde uygulanan bir meslekten, çeşitli ortamlarda uygulanan bir mesleğe; sınırlı bir görevden, önemli bir toplumsal sorumluluğa; hastalığa odaklanmış bir meslekten, sağlığa odaklanmış bir mesleğe; paternalist yaklaşımı benimseyen bir meslekten hastası ile işbirliği yapan ve hastasının kararlarına saygı duyan bir mesleğe; hastanın sadece fiziksel bakımına yönelik bir meslekten, hastayı biyopsikososyal bir bütün olarak ele alan bir mesleğe, iş merkezli çalışan bir meslekten, hasta/birey merkezli çalışan bir mesleğe; kadın mesleği olmaktan, cinsiyet ayrımı olmayan bir mesleğe dönüşmüştür (Taylan, 2009). Ancak toplumsal bakış açısı günümüzde halen klasik hemşirelik tanımını benimsemiş olduğundan olsa gerek bu çalışmada da birkaç çocuk hemşireyi doktorun yardımcısı olarak tanımlamıştır.

Çalışmada çocukların hemşirenin cinsiyeti ile ilgili düşünceleri de alınmıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğu erkek hemşire görmediğini, çocuklardan birkaçı ise hastanede, televizyonda ve tanıdığı olduğu için erkek hemşire gördüğünü belirtmiştir. Bazı çocuklar sadece kadınlara hemşire denildiğini düşünmektedir. Sürekli gelişen ve değişen dünyada toplumun hemşirelik mesleğine bakışı gün geçtikçe değişmekte ve gelişmektedir. Günümüzde kişiler arası ilişkilere dayanan dinamik bir süreç oluşu ve meslek ölçütlerinden biri olan cinsler arası eşitlik nedeniyle hemşirelik mesleğinin de her iki cins tarafından uygulanabileceği kaçınılmaz bir gerçektir. Mesleğimize erkeklerin katılımı ile her iki cinsin özelliklerinin birleştiği bir meslek grubu, dikkatleri cinsiyetten uzaklaştırarak mesleğin bilimsel ve sanatsal yönde olumlu ve hızla gelişimine katkıda bulunacaktır (Kocaer ve ark., 2004). Türkiye'de erkeklerin hemşirelik mesleğine katılmasına yönelik literatür incelendiğinde; Ünver ve Ürkmez (2009) yaptıkları çalışmada, katılımcıların %61.4'ü hemşireliğin kadın mesleği olduğunu, %42.6'sı değişen hemşirelik kanunu ile erkek hemşirelerinde mesleğe katıldığını bildiğini ve %65.3'ü erkek hemşirenin farklı bir unvan alması gerektiğini bildirmişlerdir. Kaya ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada; olguların %71.4'ü Türkiye'de erkeklerin de hemşirelik yapabileceğini bildiğini; %62.6'sı hemşireliğin hem kadınların hem de erkeklerin yapabileceği bir meslek olduğunu; %18.2'si hemşirelik mesleğinde sadece kadınların olması gerektiğini ifade etmişlerdir (Kaya, Turan ve Öztürk, 2011; Ünver ve Ürkmez, 2009). Cinsiyete yönelik yapılan çalışmalara bakıldığında üniversite öğrencileri yada yetişkin insanlarla yapılan çalışmalardır (Alayoğlu ve ark., 2008; Demiray, Kaçar ve Eşer 2010; Tezel, Akpınar, Yurttaş ve Çelebioğlu 2008; Yılmaz ve Karadağ, 2009). Hemşirelik mesleğinde cinsiyet konusunda çocuklarla yapılmış bir çalışmaya ulaşılamamıştır.

Çocukların hemşirenin görünümüyle ilgili ifadeleri güler yüzlü, mutlu, iyi, ilgili, nazik gibi genel anlamda olumlu ifadelerdir. Sevgi gösterdikleri, esprili oldukları, profesyonel oldukları vurgulanmış ancak birkaç çocuk somurtkan ve bağırarak hemşire imajını dillendirmiştir. Brady'nin (2009) yaptığı çalışmada çoğu çocuk hemşirelerin görünüşleri hakkında kalıplaşmış fikirlere sahiptir. Gülümseme ve gülen gözlere sık sık değinilmiş ve çocukların gülümseme çeşitleri ve hemşirenin içtenliği arasındaki ayrımı yapabildiği görülmüştür. Çocuklardan bazıları hemşireyi ağırbaşlı, nazik ve terbiyeli olarak tanımlamışlardır. Bir çocuk eğer hemşirenin başparmakları cebindeyse huysuz göründüklerini düşünmüştür ve bu da onu dinlemediği ve onunla ilgilenmediği şeklinde yorumlanmıştır. Aynı çalışmada bir çocuk kötü hemşireyi elini beline koymuş olarak tarif etmiştir. Çocuk çizdiği resimde gülen ama hastasını dinlemeyen bir hemşireyi resmetmiştir. Kötü hemşire aksi, sert, kızgın, somurtkan, sızlanan, bağırarak onları dinlemez biri olarak ifade edilmiştir (Brady, 2009). Pena ve Juan'ın (2011) yaptıkları çalışmada mizahlı konuşma ve şakalar profesyonellerin davranışı olarak ele alınmıştır. Aynı çalışmada çocuklardan biri kendisiyle

ilgilendiğini şu şekilde ifade etmiştir: “Genellikle yanıma gelerek ne yaptığımı, kendimi nasıl hissettiğimi soruyorlar. Çok sempatik oluyorlar ve bu benim hoşuma gidiyor” (Pena ve Juan, 2011).Yeni yapılmış bir çalışmada çocukların pediatrik hemşirelik bakımının kalitesini değerlendirmede en önemli kriterlerinin, hemşirenin kişisel özellikleri olduğu bildirilmektedir (Comparcini ve ark., 2018). Çocuklar yaşadıkları deneyimlerden yola çıkarak bir hemşire imajı oluşturmaktadırlar. Çocukların kafasındaki hemşire imajı aslında hastane ile ilgili düşünceleri direk etkileyen unsurların başında gelir. Bu nedenle olumlu hemşire imajı çizilmesi ve olumsuz algıların düzeltilmesi büyük önem taşır.

Çocukların bilgilendirilmeyle ilgili düşünceleri de alınmıştır. Çocukların bir kısmı hemşirelerin girişim ve uygulamalardan önce kendilerine bilgi verdiğini, söylemiş anca diğer kısmı ise kendilerine açıklama yapılmadığını yada sadece annelerine bilgi verildiğini belirtmişlerdir. Ekim ve Ocakçı (2011) yaptığı çalışmada hemşirelerin bakım ve tedaviye ilişkin uygulamalarda çocukları yeterince bilgilendirmediğini ortaya koymuştur (Ekim ve Ocakçı 2011). Pena ve Juan’ nın (2011) yaptığı nitel çalışmada da bazı çocuklar kendilerine hiçbir şey söylenmediği daha çok anneleriyle konuştuklarını, annelerinin onlara bilgi verdiklerini ama her şeyi söylemediklerini ve bazen konuşulanları anladıklarını ifade etmişlerdir (Pena ve Juan, 2011). Çocuğun her konuda bilgilendirilmesi, kararlara katılması, baş etme yöntemlerinin güçlendirilmesi, çocuğun hastalık ve ilave stres faktörleri ile olumlu şekilde baş etmesini, endişelerinin azalmasını sağlar. Bu tür yaklaşımlar, çocukların olumsuz hastalık ve hastane deneyimlerinden kazançlı şekilde çıkmasını hatta benlik saygısını yükseltmeyi sağlayabilir (Li ve Lopez, 2008, Gönener ve Görak 2009, Cimete ve ark., 2013, Kelo ve ark., 2013). Yapılacak işlemlere yönelik yeterince bilgilendirilen hastaların, sağlık personeline güvenlerinin ve memnuniyetlerinin arttığı saptanmıştır (Çoban, 2006). Bilgilendirilme aynı zamanda bir hak olmasına rağmen söz konusu çocuklar olduğunda bilgilendirme konusunda sağlık çalışanlarının yetersiz olduğu söylenebilir.

Öneri ve İstekler

Hastane

1.*Hastane Ortamı:* Çocuklar genel olarak kendileri ve daha küçük çocuklar için park ve oyun odası, bilgisayar, sinema odası ve okul istemişlerdir. Çocuklardan birkaçı da sağlam, daha çok hastanın iyileşebileceği büyük, yaş gruplarına göre katların ayrı olduğu bir çocuk hastanesi istemektedirler.

Çocukların stresle baş edebilmesinde oyun önemli bir araçtır. Günlük yaşam sırasında çocuklar gelişimlerinin ve deneyimlerinin kısıtlı olması nedeniyle kendi kontrollerini olmadığı deneyimler yaşarlar. Çocuk oyun oynarken yine bu deneyimleri canlandırabilir, bu sırada deneyime etkin olarak katılabilme olanağını yakalar, deneyimler üstünde kontrolü olduğu duygusunu ve içsel denetim duygusunun geliştirerek yaşadığı stresi azaltır (Atay Eras ve Ertem 2011). Yapılan bir çalışmada, çocukların hastanedeki yaşam kalitesini arttırmak için, hastanenin, çocuklara uygun tasarlanması, duvarların farklı boyanması, tablo ve resimler asılarak renkli hale getirilmesi, oyun odaları, oyun parkları gibi alanlar yapılması, hastane olanakları çerçevesinde tiyatro, palyaço gibi sanatsal etkinliklerin planlanmasını önermiştir. Serviste bulunan oyun salonu, renkli oyuncaklar, televizyon ve video filmler yanında evden getirilen oyuncaklarla hazırlanan oda sıcak bir hastane ortamı sağlar (Teksöz ve Ocakçı, 2014). Utkan (2012) yaptığı çalışmada pediatri servisinde yatan çocuklara odalarında neler olmasını istediklerini çizdirmiştir. Çalışmaya katılan çocuklar tarafından çizilen resimler onların arzularını, duygu ve düşüncelerini ifade etmektedir. Hasta odasındaki temel ekipmanlara ek olarak bilgisayar ve televizyon gibi teknolojik ürünler çizmişlerdir. Onları ziyarete gelen arkadaşlarıyla konuşabilecek hasta odaları hayal etmişlerdir (Utkan, 2012).

Çocuk hastanesi ve servislerinin fiziksel özellikleri, çocuk ve aileler için stres faktörlerinin yanı sıra rahatlatıcı ve güven verici unsurları da içermelidir (Cimete ve ark., 2013). Çocuklar tam olarak bu ihtiyaçlarını dile getirmişlerdir. Aynı zamanda okul yaşamının kesintiye uğraması, okul çocukluğu dönemindeki çocuklar için en önemli sorun olabilir.

Okula devam edememek sosyal gelişimlerini destekleyecek deneyimlerin kısıtlanmasına, okula uyumlarının ve okul başarılarının olumsuz etkilenmesinin artmasına böylece çocukların gelişimlerinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (Butler ve ark., 2008). Bu nedenle çocukların hastanede yatmaları sebebiyle okula devam edemedikleri dönemlerde yararlanabilecekleri hastane ilköğretim okulunun olması önemlidir. Çocuklar hastanedeki bu önemli eksiklikleri fark ederek dile getirmişlerdir. Aynı zamanda günümüzdeki gelişmelere paralel ve kendi yaş ve gelişim dönemi yaratıcılık ve zekâsının ürünü olarak erişkinden ayrı bir çocuk hastanesi isteği çocuklar tarafından ifade edilmiştir.

2.*Girişimler:* Çocuklar kan alma gibi ağrılı işlemlere maruz kalmayı istemezken aynı zamanda tedavilerinin zamanında ve doğru yapılması isteğini belirtmişlerdir. Ayrıca iyi bakım verilen bir hastane istemektedirler. Benzer şekilde Brayd’ nin çalışmasında da çocuklar hemşirelerin ilaçları zamanında vermesini ve çağrıldığında hemen gelmesini ümit ettiklerini belirtmişlerdir (Brady, 2009).

Hemşire

1.*Profesyonel Kimlik:* Genel olarak çalışmada bilgi ve düşünceler teması altında hemşire profesyonel kimlik bölümünde de tartışıldığı gibi hemşirelikte cinsiyet ile ilgili çocukların genel düşüncesi kadın mesleği olması yönündedir. Tercih olarak da kadın hemşirenin kendilerine bakımını isteyen çocuklar çoğunluktadır. Yapılan bir çalışmada birimde erkek hemşirelerin çalışmasına rağmen çocuklar resimlerde hep kadın hemşire çizmişlerdir (Al-Ma’aitah, 1995). Yine erişkin hastaların çoğunluğu kadın hemşireyi tercih etmiş, erkek hemşireden bakım alırken utanma, sıkılma ve iletişim kurmada güçlük yaşayabileceklerini ifade etmişlerdir (Turan, Öztürk, Kaya ve Aştı 2011). Benzer şekilde çalışmaya katılan çocuklarda kadın hemşirelerle daha rahat iletişim kurduklarını, kendilerine yakın hissettiklerini ve utanmadıklarını belirtmişlerdir.

Görünüm: Hemşirenin güler yüzlü, anlayışlı tutumu, çocukla yüz yüze konuşması çocuğun ve ailenin ortamda olumsuz etkilenmesini önleyebilir (Teksöz ve Ocakçı, 2014). Çalışmaya katılan çocuklarda güler yüzlü, iyi davranan, çocukla konuşan, hastalıktan anlayan bir hemşire istemektedirler.

Forma: Forma ile ilgili çocuk görüşleri ise biraz değişkenlik göstermiştir. Çalışmaya katılan çocukların çoğu mavi rengin güzel olması mavi formayı hemen kirlenmediği, sevdiği renk olması ve yakıştığı gibi nedenlerle tercih etmişlerdir. Bu çalışmada çocuklardan bazıları mutluluk, hemşire gibi gözükme gibi anlamlar ifade ettiği için beyaz formayı tercih etmişlerdir. Birkaç

çocuk kırmızı ve yeşil renk formayı tercih etmişlerdir. Kırmızı kan rengini temsil ettiği için, yeşil de maske renginden dolayı söylenmiştir. Maske rengi lösemili bir çocuk tarafından, hayatının her anında bununla yaşadığı için tercih edilmiş olabilir. Birkaç çocuk desenli formayı tercih etmiştir. Hemşireler için geçmişten günümüze üniforma, profesyonellik ve statü belirleyen bir sembol, sadelik sağlayan bir giysi, enfeksiyon geçişlerini engelleyen bir araç olarak görülmüştür (Yalçın ve ark., 2014). Yapılan çalışmalarda çocukların geleneksel beyaz forma giyen hemşirelerden korktukları ve çocukların beyaz pantolon renkli gömlek giyen hemşirelerin kendilerine bakım vermesini tercih ettikleri belirtilmiştir (Başbakkal ve ark., 2001). Üniformada renk tercihi konusunda yurtdışında yapılan bir araştırmada hasta ve hasta yakınları geçmişten gelen alışkanlıklar nedeniyle beyaz rengi daha çok benimsemiştir (Roohafza ve ark., 2009). Çocukların tercihleri literatür ile paralellik göstermektedir. Daha çok renkli ve desenli formların tercih edildiği söylenebilir.

2.Meslek Tercihi: Çalışmaya katılan ‘çocuklara hemşire olmak ister misiniz?’ diye sorulduğunda çoğu çocuk hemşire olmak istediğini belirtmiştir. Hemşire olmak isteyenlerin sadece bir tanesi erkektir. Hemşirelik mesleğini tercih eden çocuklar; çocukları sevdikleri, çocuklara bakmak istedikleri, hemşireliğin güzel ve iyi bir meslek olduğu, hastaları iyileştirmek istedikleri, insanlara yardımcı olmak istedikleri, hemşirelerin görevlerini iyi yaptıkları, hayat kurtardıkları, hastalara iyi baktıkları, hastaları iyileştirip dua aldıkları gibi olumlu düşüncelerden dolayı bu mesleği seçmek istediklerini belirtmişlerdir. Çocuklarla hemşirelik meslek tercihi hakkında yapılmış çalışma bulunamamıştır. Ancak üniversite öğrencileri ile yapılmış çalışmalar mevcuttur (Kostak, 2013; Şirin, Öztürk, Bezci, Çakar ve Çoban 2008). Gençler de çocuk hemşiresi olmaya karar vermede en önemli faktörlerden birinin çocukları sevmek olduğunu belirtmişlerdir. Aynı çalışmada bazı öğrencilerin çocukluklarında kötü bir hastane deneyiminin olduğu ve bu nedenle çocuklar için bir farklılık yaratabileceklerine inandıkları için çocuk hemşiresi olmak istedikleri belirlenmiştir (Kostak, 2013). Çocuklar daha ayrıntılı, duygusal ve hümanist bakış açıları sergilemiştir.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Sonuç olarak; çocuklar genel olarak tıbbi tanımlarını değil, yaşadıkları semptomları bilmektedirler. Çocukların büyük çoğunluğunun hastaneye hazırlanmadan yatırıldıkları, hastane ve hemşire ile ilgili hala en büyük bilgi kaynaklarının televizyon ve büyükleri olduğu görülmüştür. Çalışmamızda çoğu çocuk hastanenin olumsuz bir yönü olmadığını söylemiş ve genel olarak hastaneyle ilgili düşünceleri olumlu olsa da ağırlı invaziv girişimler, sağlık çalışanlarının kötü muamelesi, fiziksel kısıtlılık ve en çok da sevdiklerinden ayrılığı hastanenin olumsuz yönü olarak nitelendirmişlerdir. Tüm çocuklar hemşire ile ilk defa hastane ortamında karşılaşmıştır. Çocuklar hemşireye ve hastaneye karşı, korku, heyecan, utanma ve merak gibi duyguları yaşamışlardır. Çocuklar hemşirenin profesyonel bir meslek olarak sorumlulukları hakkında fikre sahiptir. Ancak geleneksel paternalist bakış açısını ifade eden doktorun yardımcısı tanımlamaları da yapılmıştır ve büyük çoğunluğunun erkek hemşire görmediği, mesleği kadın mesleği olarak değerlendirdiği belirlenmiştir. Çocuk gözüyle hemşireyi; güler yüzlü, mutlu, iyi, ilgili, nazik gibi olumlu gördüklerini belirtmişlerdir. Çocukların bilgilendirilmesi konusunda yetersizlikler olduğu saptanmıştır. Çocukların isteklerine bakıldığında; oyun odası, bilgisayar, sinema odası, okul en sık ifade edilen isteklerdir. Kendilerine bakan hemşirenin kadın hemşire olmasını ve renkli, desenli formlar giymesini tercih ettiklerini ifade etmişlerdir.

Bu nedenlerle; okul çocuklarına ve hatta daha küçük çocuklara ve ailelere sağlıklı oldukları dönemde, hemşireler tarafından eğitim ve tanıtımlar yapılmalıdır. İnvaziv işlemlerin en aza indirilmesi, mümkün olmadığı durumda ağrıyı azaltıcı, stresle baş etmeyi sağlayıcı yöntemlerin uygulanması, çocuk ve ailesinin hastane ortamında da birlikteliklerinin sürdürülmesine özen göstermek gereklidir. Çocuklarla ilgilenen tüm sağlık çalışanlarının güler yüzlü, nazik, saygılı, iletişim becerisi yüksek insanlar olması önemlidir. Hastalara ayrılan sürenin yetersiz olduğu, hemşirelerin pek çok sorumluluğunu layığı ile yerine getiremediği görüldüğünden hastanelerdeki hemşire sayıları artırılmalıdır. Çocuk servislerinde mutlaka oyun alanı, etkinlik odası, okul, bilgisayar gibi onların duygusal ve sosyal ihtiyaçlarına yönelik eksiklikler giderilmelidir. Çocuk servislerinde çalışan hemşireler için renkli, desenli ve eğlenceli formlar tercih edilmelidir.

Kaynaklar

- Alayoğlu, G., Karakaş, B., Akbulak, F., Aktepel, H., Karadeniz, D., Karadeniz, M.H. (2008). Hemşirelik mesleğine erkek alınması konusundaki düşünceler ve hemşirelik uygulamalarının cinsiyet ile ilişkisi. 6. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi (Kongre Kitabı). İstanbul. 26-29 Haziran.
- Albert, N.M., Wocial, L., Meyer, K.H., Na, J., Trochelman, K. (2008). Impact of nurses' uniforms on patient and family perceptions of nurse professionalism. *Applied Nursing Research*, November, 21(4), 181-90.
- Al-Ma'aitah, R. (1995). Children in Jordan: what is their health status and how do they perceive nurses? *Journal of Pediatric Nursing*, October, 10(5), 335-339.
- Atay, G., Eras, Z., Ertem, İ. (2011). Çocuk hastaların hastane yatışları sırasında gelişimlerinin desteklenmesi. *Çocuk Dergisi*, 11(1), 1-4.
- Başbakkal, Z., İşler, A., Esenay, F.I. (2006). Çocukların gelişimsel yaş dönemlerine göre tıbbi terimleri algılayışları. *Türk Pediatri Arşivi*, 41(2), 13-17.
- Başbakkal, Z., Sönmez, S., Çoban, A. (2001). Çocuk hemşirelerinin imajında ailelerin üniformalar hakkındaki görüşleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 17(1-3), 25-31.
- Beytut, D.Ş., Bolışık, B., Solak, U., Seyfioğlu U. (2009). Çocuklarda hastaneye yatma etkilerinin projektif yöntem olan resim çizme yoluyla incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 35-44.
- Butler, R.W., Copeland, D.R., Fairclough, D.L., Mulhern, R.K., Katz, E.R., Kazak, A.E., et al. (2008). A multicenter, randomized clinical trial of a cognitive remediation program for childhood survivors of a pediatric malignancy. *A J Consult Clin Psychol*, 76(3), 367-78.
- Brady, M. (2009). Hospitalized children's views of the good nurse. *Nursing Ethics*, 16(5), 543- 560.
- Cimete, G., Kuşoğlu, S., Çınar, N.D. (2013). Çocuk, hastalık ve hastane ortamı. İçinde Z. Conk, Z. Başbakkal, H.B. Yılmaz, B. Bolışık (Ed.), *Pediatric hemşireliği* (sy. 101-141). Ankara.

- Chin, D. G., Schonfeld, D. J., O'hare, L. L., Mayne, S. T., Salovey, P., Showalter, D. R., & Cicchetti, D. V. (1998). Elementary school-age children's developmental understanding of the causes of cancer. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*, 19(6), 397-403.
- Comparcini, D., Simonetti, V., Tomietto, M., Leino-Kilpi, H., Pelander, T., Cicolini, G. (2018). Children's perceptions about the quality of pediatric nursing care: A large multicenter cross-sectional study. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(3), 287-95.
- Çavuşoğlu, H. (2011). *Çocuk sağlığı hemşireliği*. (10.Baskı, sy.1-90). Cilt 1. Ankara: Sistem Ofset Basımevi.
- Çoban, G.İ. (2006). Hastanın hemşirelik bakımını algılayışı ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Türkiye.
- Deniz, M.E. (2010). *Erken çocukluk döneminde gelişim*. (Genişletilmiş 2. Baskı). Ankara.
- Demiray, A., Kaçar, F., Eşer, İ. (2010). Hastaların erkek hemşireler hakkındaki görüşlerinin incelenmesi. 12. Ulusal Hemşirelik Kongresi (Kongre Kitabı). Sivas. 20-24 Ekim, 159.
- Ekim, A., Ocakçı, A. (2011). Çocuk gözüyle hemşire. III. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi (Kongre Kitabı). İzmir. 6-9 Eylül, 144.
- Er, M. (2006). Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 49, 155-168.
- Forsner, M., Johnson, L., Soerlie, V. (2005). Being ill as narrated by children age 11-18 years. *Journal of Child Health Care*, 9(3), 14-323.
- Gönener, D., Görak, G. (2009). Okul yaş grubu çocukların hastane ve hastalığı ile ilgili bilgilendirme durumlarının endişe kaynakları ile etkileşimi. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 15(1), 41-48.
- Gwin P. 2008 *Pediatric nursing on introductory text*. (10th ed., pp. 23-45). Saunders.
- Hopia, H., Tomlinson, P.S., Paaivilainen, E., Astedt- Kurki, P. (2005). Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 212-222.
- İnal, S., Akgün, M. (2003). Hastanede yatan çocukta terapötik iletişim. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(2), 67-76.
- Kaya, N., Turan, N., Öztürk, A. (2011). Türkiye'de erkek hemşire imgesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(1), 16-30.
- Karabudak, S.S. (2008). Diyaliz tedavisi alan çocuğun hastalığının aile bireyleri üzerindeki biyopsikososyal etkilerinin fenomenolojik olarak belirlenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir, Türkiye.
- Kelo, M., Eriksson, E., Eriksson, I. (2013). Perceptions of patient education during hospital visit- described by school-age children with a chronic illness and their parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 894-904.
- Kocaer, Ü., Öztop, T., Usta, N., Gökçek, D., Bahçecik, N., Öztürk H., ve ark. (2004). Hemşirelik mesleğinde erkek üyelerin yeri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(2), 23-29.
- Kostak, M.A. (2013). Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin çocuk sevmeye durumları, çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersinin çocuk sevmeye durumlarına etkisi ve etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 2(2), 50-56.
- Kümbetoğlu B. (2005). Sosyolojide ve antropolojide niteliksel yöntem ve araştırma. (1.Baskı, sy. 40). İstanbul: Bağlam Yayıncılık.
- Li, H.C., Lopez, V. (2008). Effectiveness and appropriateness of therapeutic play intervention in preparing children for surgery: A randomized controlled trial study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 13(2), 63-73.
- Okuyucu, H., Taş, F., Orhan, Z., Kirişçi, Ö., Aktürk, Ç., Şener, B., ve ark. (2003). Latent dönemde (6-12 yaş) çocukların hastane ve hemşireyi algılayış durumlarının incelenmesi. *Çocuk Forumu Dergisi*, 6(3), 34-38.
- Özdemir, F., Arıkan, D., Küçüköğlü, S. (2009). Hastanede yatan okul çağı çocukların hemşirelik mesleğine yönelik algılarının belirlenmesi. II. Ulusal ve I. Uluslararası Akdeniz Pediatri Hemşireliği Kongresi (Kongre Kitabı). Ankara. 16-19 Kasım, 182.
- Pena, A.N.L., Juan L.C. (2011). The experience of hospitalized children regarding their interactions with nursing professionals. *Review Latino-Americano Enfermagem*, 19(6), 1429-36.
- Roohafza, H., Pirnia, A., Sadeghi, M., Toghianifar, N., Talaei, M., Ashrafi, M. (2009). Impact of nurses clothing on anxiety of hospitalised children. *Journal of clinical nursing*, 18, 1953-1959.
- Slusarska, B., Krajewska-Kułak, E., Zarzycka, D. (2004). Children's perceptions of the nursing profession in Poland. *Nurse Education Today*, 24(7), 521-529.
- Şirin, A., Öztürk, R., Bezci, G., Çakar, G., Çoban, A. (2008). Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçimi ve mesleği uygulamaya yönelik görüşleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 83, 69-75.
- Taylan, S. (2009). Özerklik ilkesi çerçevesinde hemşirenin bağımsız rolleri. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Adana, Türkiye.
- Teksöz, E., Ocakçı, A.F. (2014). Çocuk hemşireliği'nde sanat uygulamaları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(2), 119-123.
- Tezel, A., Akpınar, B.A., Yurttaş, A., Çelebioğlu, A. (2008). Hastalar erkek hemşireleri kabul edecekler mi? *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics*, 16, 13-18.
- Turan, N., Öztürk, A., Kaya, H., Aştı, T.A. (2011). Toplumsal cinsiyet ve hemşirelik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1), 176-173.
- Utkan, M.S. (2012). Children hospital design in children Picture. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 51, 110-114.
- Ünver, S., Ürkmez, E. (2009). Hemşirelik mesleğinin erkek üyelerine toplumun bakış açısı. Hemşirelik ve Ebelikte Kültürlerarası Yaklaşım Sempozyumu (Sempozyum Kitabı). Çanakkale. 9-11 Nisan, 145.
- Yalçın, S.Ö., Torun, S., Kadioğlu, F.G. (2014). Tıbbın kültür tarihi çerçevesinde hemşire üniformasının evrimi. *Lokman Hekim Journal*, 4(1), 6-15.
- Yıldırım, A., Şimşek, H. (2011). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri*. (8. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yılmaz, M., Karadağ, G. (2009). Erkek öğrenci hemşireler hemşirelik mesleğini nasıl algılıyorlar? 12. Ulusal Hemşirelik Kongresi (Kongre Kitabı). Sivas. 20-24 Ekim, 147.

Okul Çocuklarına Yönelik Yaralanma Tutum Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği*

Bennur KOCA** Aynur UYSAL TORAMAN***

Öz

Giriş: Kazalar her yaş grubunda, özellikle çocukluk çağında önlenebilir sağlık sorunlarının başında gelmektedir. **Amaç:** Çalışmada okul çocuklarına yönelik Yaralanma Tutum Ölçeği'nin (YTÖ) Türk diline kazandırılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Metodolojik bir çalışma olup, örnekleme 8-12 yaş grubu 400 öğrenci alınmıştır. Ölçek için çeviri geri çeviri yöntemi kullanılmış, içerik geçerliği için kapsam geçerlik indeksi, yapı geçerliği için açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Ölçek güvenirliliğini test edebilmek için Cronbach alfa değeri, madde toplam korelasyonu kullanılmıştır. **Bulgular:** YTÖ için kapsam geçerlik indeksi 1.00'dır. Açımlayıcı faktör analizi sonuçlarına göre ölçeğin üç boyutlu bir yapıyı ölçtüğü belirlenmiş, güvenilirlik katsayıları ve madde test korelasyonları kader alt boyutunda .75, kırılganlık/ciddiyet alt boyutunda .90, önlenebilirlik alt boyutunda .66 olarak belirlenmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi uyum indeksi değerleri ölçeğin yeterli bir yapıya sahip olduğunu göstermektedir. **Sonuç:** Yaralanma tutum ölçeği, çocukların oyun alanı yaralanmaları ile ilgili tutumlarının belirlenmesi için güvenilir ve geçerli bir ölçme aracıdır.

Anahtar Kelimeler: Yaralanma, Tutum, Geçerlik, Güvenirlik, Ölçek.

Abstract

The Validity and Reliability Analyses of the Turkish form of Injury Attitudes Questionnaire for School Children

Background: Accidents are among the preventable health issues in each age group, particularly in childhood. **Objectives:** This study aims to translate for school children the Injury Attitude Questionnaire (IAQ) into Turkish and adapt it to the Turkish academia. **Methods:** Type of research is methodologically and the sample consists of 400 students at the age of 8-12. Translation and back-translation were used for the adaptation of the scale. Content validity index was employed for content validity, while exploratory and confirmatory factor analyses for construct validity. Cronbach's alpha coefficient and item-total correlation coefficient were used to test the reliability of the scale. **Results:** The content validity index for the IAQ was calculated to be 1.00. The results of the exploratory factor analysis revealed that the scale was capable of assessing a three-domain construct and the item-test correlation coefficients were found to be .75 for "fate", .90 for "susceptibility/severity", and .66 for "preventability" subdomains. The fit index values of the confirmatory factor analysis indicated that the scale had a satisfactory construct. **Conclusion:** Injury Attitude Questionnaire is a reliable and valid measurement tool for determining the attitudes of children about playground injuries.

Key Words: Injury, Attitude, Validity, Reliability, Scale.

Geliş tarihi: 31.05.2018 **Kabul tarihi:** 30.11.2018

Günümüzde, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, kazalar her yaş grubunda, özellikle çocukluk çağında önlenebilir sağlık sorunlarının başında gelmekte, ölüm ve engelli yaşam nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır (Centers for Disease Control and Prevention, 2012; Peden, 2008). Ayrıca okul çağı çocuklarında ölümlerin ve yaralanmaların önde gelen nedenleri arasında olan kazalar halk sağlığı açısından da önemli bir problem oluşturmaktadır (Cao ve ark., 2015; Forjuoh, 2015; Morrongiello ve ark., 2009).

Kazalar her yıl dünyada yaklaşık 900.000, her gün yaklaşık 2600 çocuğun ölümüne neden olmaktadır (Hyder ve ark., 2009). Ölümlerin %95'i kasıtsız yaralanmalara bağlı olarak; %90'ı gelişmekte ve az gelişmiş ülkelerde ve büyük oranda okul çocuklarında meydana gelmektedir (Gür ve Yıldız, 2007; Morrongiello ve ark., 2009; Mutto, Lawoko, Ovuga ve Svanstrom 2012). Bu ülkelerde 15 yaş altı morbiditesinin %13'ünden de kazalar sorumludur (Cao ve ark., 2015; Ergün, Kalkım ve Dolgun 2012). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 2009 yılında 1-19 yaş çocuklarda kasıtsız yaralanmalar hemen hemen tüm ölümlerin %37'sini oluşturmaktadır (Kochanek, Kirmeyer, Martin, Strobino ve Guyer 2012). Meraklı, hareketli, çevresi ile oldukça ilgili olan, ancak hareket becerileri tam gelişmemiş, bilişsel ve davranışsal gelişmeleri tamamlanmamış, dolayısıyla olabilecek riskleri algılama eksikliği olan çocuklar kaza ve yaralanmalara sık maruz kalmaktadırlar (Ellsasser, 2006; Morrongiello ve Kane, 2015). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2012 yılı raporunda 5-14 yaş grubu kasıtsız yaralanma nedenleri sırasıyla trafik kazaları, boğulma, yanık, düşme ve zehirlenme olarak belirtilmektedir (World Health Organization World Health Statistics, 2012). Güney ve Doğu Asya ülkelerinde yaralanma nedeniyle gerçekleşen ölüm oranı; 1-3 yaş dönemindeki çocuklarda %30, 4 yaşındaki çocuklarda %40, 5-17 yaş arasındaki çocuklarda ise %50-60'tır (Linnan ve ark., 2007). Türkiye nüfusunun %26'sı, 15 yaş altı okul çağı çocuklarından oluşmaktadır (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2014). Ülkemizde, bu konuda yapılan çalışma az olsa da 0-14 yaş grubundaki çocuklarda ölüme yol açan nedenler arasında dışsal yaralanma ve zehirlenme ilk sıradadır (Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2015). Türkiye "Ulusal Hastalık Yüku" raporuna göre (2004), kaza ve yaralanmalar (trafik kazaları, boğulmalar, düşmeler, yanıklar ve zehirlenmeler) 0-14 yaş grubu çocuklarda ölüme neden olan ilk 20 hastalık arasında yer almaktadır (Başara, Dirimeşe, Özkan ve Varol 2004). Okul çağı çocuklarındaki yaralanmalar içerisinde özellikle oyun alanında düşmeye bağlı yaralanmalar ilk sırada yer almaktadır (Gür ve Yıldız, 2009; Morrongiello ve Kane, 2015; Mutto ve ark., 2012).

*Bu çalışma 12-14 Mayıs 2017 tarihinde Manisa'da düzenlenen II. Uluslararası Sağlık Bilimleri Lisansüstü Eğitim Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur. **Öğr. Gör. Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Mithatpaşa Cad. Balçova/İzmir, E-mail: kocabennur78@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6484-5956> *** Prof. Dr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Bornova/ İzmir, E-Mail: uysaltoramanaynur@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8176-4042>

Okullarda yaralanmaların en yaygın olduğu yerler, oyun alanları, bahçe, jimnastik salonları ve atletizm sahalarıdır (Gür ve Yıldız, 2009; Laflamme ve Menckel, 2001). Özellikle okul çağı çocuklarında oyun alanlarında meydana gelen kazalar çocukların sağlıklarını ciddi düzeyde tehdit etmektedir (Fiissel, Pattison ve Howard 2005; Morrongiello ve Kane, 2015).

Çocukların yaşamlarının bir parçası olan yaralanmalar, yaralanmaya neden olabilecek riskli durum ve davranışların belirlenip, ortadan kaldırılması ile önlenilmekte ya da en aza indirilebilmektedir (Bombacı, Ülkü, Adıyeke, Kara ve Görgeç 2008; Mutto ve ark., 2012). Bu bağlamda hemşireler önemli bir role sahiptir. Hemşirelerin kazaların önlenmesinde bir çok rolü bulunmaktadır. Bu roller danışmanlık, bilgilendirme, sözcülük, araştırmacılık, rol modeli olma, politika oluşturma, yöneticilik gibi rollerdir (Stanhope ve Lancaster, 2012).

Sağlıkla ilgili davranışların geliştirilmesi ve değiştirilmesinde tutum değişikliği büyük etkidir. Sağlık davranışlarıyla ilgili tüm kuramlar, nitelikli bir değişikliğin oluşmasında tutumların rolünü özellikle vurgulamaktadır. Sağlık davranışlarıyla ilgili inanç ve tutumlar tanımlanabilirse, tutumlarda değişiklik oluşturabilmek mümkün olabilecektir (Güney, 2008). Ülkemizde çocukluk dönemi kazaların sıklıkları ve ilişkili faktörleri belirlemeye yönelik tanımlayıcı çalışmalar olmasına rağmen (Eraslan, 2007; Ergün ve ark., 2012; Gür ve Yıldız, 2007) çocukların oyun alanındaki kazalara yönelik tutumlarını belirlemeye yönelik araştırmalara ve bunları ölçmeye yönelik standart bir forma rastlanmamıştır. Oysa son yıllarda dünya literatüründe okul çağı çocukların kaza ve yaralanmalarında çevresel risklerin yanı sıra çocukların kaza ve yaralanmalarla ilgili tutum ve davranışlarını açıklamaya yönelik araştırmalara yer verildiği görülmektedir (Cao ve ark., 2015; Morrongiello ve Kane, 2015).

Amaç

Bu araştırma, Kane ve Morrongiello tarafından geliştirilen “Yaralanma Tutum Ölçeği”nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğini saptamak amacıyla yapılmıştır.

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Metodolojik bir araştırmadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, İzmir ilinde yer alan bir ilçenin belediye yaz okulu, spor klübü ve bir özel ilkokul ve ortaokulda yürütülmüştür. Veriler Ağustos 2016-Kasım 2016 tarihleri arasında toplanmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini, 8-12 yaş aralığında olan, belediye yaz okulu ve spor klüplerine kayıtlı 799, özel bir ilkokul ve ortaokulda öğrenim gören 919 öğrenci olmak üzere toplam 1718 çocuk oluşturmuştur. Metodolojik çalışmalarda, ölçüm araçlarının geçerlilik ve güvenilirliğinin test edilmesinde örneklem büyüklüğünün, değişken yani madde sayısının en az beş ya da on katı arasında olması önerilmektedir (Büyükoztürk, Kılıç, Akgün, Karadeniz ve Demirel 2013; Gözüm ve Aksayan, 2003; MacCallum, Widaman, Preacher ve Hong 2001; Tavşancıl, 2002; Wolf, Harrington, Clark ve Miller 2013; Zamanzadeh ve ark., 2014). Genel bir kural olarak 300 ve yukarıya örneklem istenilen bir durumdur (Worthington ve Whittaker, 2006). Bu çalışmada örneklem büyüklüğü 400 olup madde toplam puan korelasyonu için uygun olduğu görülmektedir. Örneklem 8-12 yaş grubunda olan, ebeveyninin yazılı ve kendisinin sözlü izni olan, okuma yazma bilen çocuklar alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında çocukların yaş, cinsiyet, sınıf, kardeş sayısı, anne ve babalarının öğrenim durumları ve son altı ayda oyun alanında herhangi bir kaza/yaralanma geçirme/geçirmeme durumu gibi sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik yedi sorudan oluşan çocuk tanıtım formu ve çocukların yaralanma ile ilgili tutumlarını belirlemeye yönelik Kane ve Morrongiello tarafından geliştirilen, özgün adı “Injury Attitudes Questionnaire” olan ölçek kullanılmıştır (Kane ve Morrongiello 2012). Ölçek, 19 madde ve dört alt boyuttan oluşmaktadır. Çocukların yaralanmaları kader ile ilişkilendirme düzeylerini (5 madde), oyun parkı yaralanmalarının potansiyel ciddiyetine ilişkin inanç düzeylerini (4 madde), kişinin davranış şekline bağlı olarak yaralanmaların önlenebilirliğine ilişkin inanç düzeylerini (5 madde) ve kişinin davranış şekline bağlı olarak yaralanmalara karşı kırılganlığına ilişkin inanç düzeylerini (5 madde) ölçmeyi amaçlayan alt-ölçeklerden oluşmaktadır. Ölçeğin güvenirlik katsayısı (Cronbach Alfa) bütün alt-ölçeklerin yeterli güvenirlik düzeyine sahip olduğunu göstermiştir: Kader ($\alpha = .92$), ciddiyet ($\alpha = .71$), kırılganlık ($\alpha = .75$) ve önlenbilirlik ($\alpha = .80$) (Kane ve Morrongiello 2012). Altılı Likert tipi ölçeği kullanılarak çocuklar her bir ifadeye ne kadar katıldıkları konusunda bir değerlendirme yapmaktadırlar. Ölçekte sorular puanlanırken; 3, 5, 11, 12, 13, 14, 18. maddeler ters puanlanmaktadır. Çocukların verdiği puan ne kadar fazlaysa katılma düzeyinin de o kadar yüksek olduğu varsayılmıştır (1=katılmıyorum, 6= kesinlikle katılıyorum). Çocuklara araştırmanın amacı açıklandıktan ve katılımları sağlandıktan sonra veriler araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşülerek toplanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde SPSS 16.0 ve LISREL 8.7 istatistik programı kullanılmıştır. Ölçek içerik geçerliği için kapsam geçerlik indeksi, yapı geçerliği için açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Güvenirlik için madde analizleri ve iç tutarlılık analizi yapılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Ölçeğin kullanımı için Barbara Morrongiello bilgilendirilmiş ve elektronik posta ile gerekli izin alınmıştır. Araştırmaya başlayabilmek için; Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Bilimsel Etik Kurulu'ndan, verilerin toplanabilmesi için ise; ilçe Belediyesi'nden ve İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden yazılı izin, çocuklardan sözel, ebeveynlerden yazılı izin alınmıştır. Çocuklara genel olarak çalışmanın amacı, veri toplama işleminin nasıl ve ne kadar süreceği gibi konularda açıklamalar yapılmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın birçok güçlü yönü olmasına rağmen birkaç sınırlılığı bulunmaktadır. Çalışmanın en önemli sınırlılığı gelişigüzel örnekleme yöntemiyle seçilmiş olmasıdır. Bu ölçeğin genellenebilirlik düzeyini sınırlayabilir.

Bulgular

Araştırmaya katılanların %55'i erkek öğrenci olup, yaş ortalamaları 9.99 ± 1.08 'dir. Öğrencilerin %44.5'i 3. sınıfta öğrenim görmektedir, %36'sının iki kardeşi bulunmaktadır, %54'ünün annesi ve babası üniversite ve üzeri mezundur. Öğrencilerin %38'i son altı ay içerisinde kaza geçirmiştir.

Ölçek Dil Geçerliği

Dil geçerliğini test etmek için çeviri-geri çeviri yönteminden yararlanılmıştır. Dil geçerliği için ölçek, anadili Türkçe olan bir İngilizce öğretmeni ile yaşamının belirli bir süresinde yurtdışında yaşamış, okul kazası konusunda bilgi sahibi iki öğretim üyesi tarafından İngilizce'den Türkçe'ye bağımsız olarak çevrilmiştir. Daha sonra araştırmacılar tarafından, her madde için en uygun çeviri değerlendirilerek ortak bir Türkçe metin oluşturulmuştur. Bu aşamada dil, anlam uygunluğu ve kavramda eşdeğerlilik açısından gerekirse bazı sözcük ve tümcelerde değişiklik yapılarak Türkçe metin hazırlanmıştır. Türkçe'ye çevrilen ölçek geri çeviri yöntemi ile Türkçe ve İngilizce'yi iyi derecede bilen bir dil bilimci tarafından tekrar İngilizce'ye çevrildikten sonra özgün formu ile karşılaştırılmıştır. Uygun olmayan ifadeler gözden geçirilerek dil geçerliği sağlanmıştır. Ölçeğin düzenlenmiş Türkçe formunun pilot uygulaması, araştırma grubu dışında 8-12 yaş grubunda olan farklı yaz okullarındaki 30 öğrenci ile yapılmıştır. Pilot uygulama kapsamında maddelerin açıklığı, anlaşılabilirliği test edilmiş ve ölçek son halini almıştır.

Ölçek Geçerliği

Kapsam geçerliğinin sağlanabilmesi için ölçek, çocukluk döneminde kaza veya yaralanma konusunda çalışan alanında uzman sekiz kişinin (Halk Sağlığı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyeleri, ilköğretimde görevli öğretmenler, psikolog) değerlendirmelerine göre madde bazında Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI) .625 - 1.00 olarak hesaplanmış ve uzman görüşleri alınmıştır. Uzman görüşü sonucu 1, 2, 5, 8, 11, 13, 16, 19. maddeler yeniden gözden geçirilmiş ve tekrar uzman görüşüne sunulmuştur. İkinci uzman görüşü sonucunda ölçek bazında tüm maddeler için KGI değeri 1.00 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin yapı geçerliliğini belirleyebilmek için elde edilen veriler üzerinde açımlayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılmıştır. Faktör analizi öncesinde örneklem yeterliliği açısından Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri .90, Barlett testi sonucu $X^2 = 2199.918$, $p = .001$ hesaplanmıştır. Faktör analizi sonucunda özdeğeri 1 in üzerinde üç faktör belirlenmiştir. Faktörlere ait özdeğerler ve açıkladıkları varyans oranları aşağıdaki tabloda gösterilmektedir (Tablo 1).

Tablo 1. YTÖ'nin Faktörlere Ait Özdeğerler ve Açıkladıkları Varyans Oranları

Faktör (Alt Boyut)	Özdeğer (Eigenvalues)	Açıklanan Varyans
1.Faktör (Kırılgnlık/Ciddiyet)	5.311	35.407
2. Faktör (Kader)	1.860	12.397
3. Faktör (Önlenebilirlik)	1.524	10.160
Toplam	8.695	57.964

Alt boyutlara ait maddeler ve faktör yükleri Tablo 2'de yer almaktadır.

Faktör analiz sonuçlarına göre daha önceden "ciddiyet" alt boyutunda yer alan 3, 11 ve 14. maddeler "kırılgnlık" boyutu altında toplanmıştır. Bu nedenle bu alt boyut "kırılgnlık/ciddiyet" alt boyutu olarak tanımlanmıştır. "Önlenebilirlik ve kader" alt boyutlarında ise maddeler önceden verildiği gibi bu alt boyutlarda yer almıştır.

AFA sonuçlarına göre elde edilen üç boyutlu ve 15 maddelik ölçeğin faktöriyel yapı geçerliğini test etmek için DFA yapılmıştır. Söz konusu uyum indekslerine ait kabul edilebilir uyum değerleri ve bu çalışmada tahminlenen uyum değerleri Tablo 3'de gösterilmektedir.

Tablo 3. DFA Analiz Sonuçları

Uyum Testleri	İyi Uyum Değeri	Kabul Edilebilir Uyum Değeri	Araştırma Uyum Değerleri
Chi-Square (X^2)/sd	$0 \leq X^2/df \leq 2$	$2 \leq X^2/df \leq 3$	$172.85/87 = 1.98$
GFI	$.95 \leq CFI \leq 1$	$.90 \leq CFI \leq .95$.94
AGFI	$.95 \leq CFI \leq 1$	$.90 \leq CFI \leq .95$.92
CFI	$.97 \leq CFI \leq 1$	$.97 \leq CFI \leq .95$.98
SRMR	$0 \leq RMSEA \leq .05$	$0 \leq RMSEA \leq .08$.050
RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq .05$	$0 \leq RMSEA \leq .08$.051

Çalışmada DFA uyum indeksleri $x^2/df = 1.98$; RMSEA = .051; AGFI= .94; GFI = .94; CFI = .98 ve SRMR = .050 olarak elde edilmiştir (Tablo 3).

Tablo 2. Alt Boyutlara Ait Maddeler ve Faktör Yükleri

Alt Boyutlar/Maddeler	Faktör Yükleri
Kırılgnalık/Ciddiyet	
Madde 18 ** Çocuklar arkadaşları ile yaramazlık yaparken yaralanma olasılıkları yoktur.	.84
Madde 14 ** Oyun alanlarında meydana gelen düşmeler genellikle ciddi yaralanmalara neden olmaz.	.80
Madde 11 ** Çocukların yaralanmaları genellikle endişe edilecek ciddi şeyler değildir.	.79
Madde 12 ** Arkadaşlarımla oyun oynarken neyin yanlış olabileceğini ve ne yaparsam yaralanabileceğimi düşünmem.	.79
Madde 5 ** Küçük çocuklar oyun alanında daha az yaralanırlar.	.76
Madde 3 ** Çocukların oyun alanında yaralanması genellikle ciddi bir durum değildir.	.74
Kader	
Madde 7 Yaralanmalar olacaksa olur. Bu sadece kötü şanstır.	.77
Madde 10 Hiç yaralanmayan çocuklar, gerçekten şanslı çocuklardır.	.75
Madde 6 Şanslı çocuklar güvenli olmayan koşullarda bile olsalar genellikle onlara hiçbir şey olmaz.	.68
Madde 4 Ne yaparsam yapayım kaza olacaksa olur.	.66
Madde 1 Yaralanıp yaralanmamam çoğu zaman şansa bağlı bir durumdur. Bir şey yaparken şanssızsam yaralanırım ama şanslıysam yaralanmam.	.53
Önlenebilirlik	
Madde 15 Eğer dikkatli olursam başıma gelecek kazaları önleyebilirim.	.76
Madde 9 Güvenliğim çoğu zaman yapmaya karar verdiğim şeye bağlıdır.	.66
Madde 17 Oyun oynarken yaralanmam genellikle benim önlem alıp almamama bağlıdır.	.64
Madde 8 Çoğu kez benim dikkatsizliğim sonucunda yaralanmışımdır. Bu benim hatamdır.	.64

**Maddeler ters puanlanmaktadır.

DFA'ya ait alt boyut-madde standardize faktör yükleri, hata varyansları, R² ve t istatistikleri aşağıdaki Tablo 4'de gösterilmektedir.

Tablo 4. DFA'ya Ait Alt Boyut-Madde Standardize Faktör Yükleri, Hata Varyansları, R² ve t Değerleri

Maddeler	YTÖ'nin Alt Boyutları			Hata Varyansları	R ²	t-değerleri
	Kırılganlık/ Ciddiyet	Kader Faktör Yükleri	Önlenebilirlik			
3	.76	-	-	.43	.57	17.18**
5	.79	-	-	.38	.62	18.35**
11	.78	-	-	.40	.60	17.85**
12	.77	-	-	.41	.59	17.53**
14	.76	-	-	.42	.58	17.35**
18	.82	-	-	.33	.67	19.45**
1	-	.55	-	.70	.30	10.53**
4	-	.67	-	.55	.45	13.20**
6	-	.54	-	.71	.29	10.19**
7	-	.70	-	.51	.49	13.96**
10	-	.61	-	.62	.38	11.90**
8	-	-	.56	.69	.31	9.89**
9	-	-	.55	.70	.30	9.81**
15	-	-	.51	.74	.26	9.01**
17	-	-	.66	.57	.43	11.76**

**p < .01

Tablo 4’de kırılgnlık/ciddiyet alt boyutuna ait maddelerin (3, 5, 11, 12, 14, 18) faktör yükleri .76 -.82 aralığında değişmekte, kader alt boyutuna ait maddelerin (1, 4, 6, 7, 10) faktör yükleri .54 - .70 aralığında değişmekte, önlenabilirlik alt boyutuna ait maddelerin (8, 9, 15, 17) faktör yükleri ise .51 ile .66 aralığında değişmektedir. Maddelere ait R² değerlerinin ise .26 – .67 aralığında olduğu saptanmıştır.

Ölçek Güvenilirliği

Güvenirlik analiz aşamasında orijinal ölçeğin yazarları tarafından belirtilen alt boyut ve maddeler göz önünde bulundurularak dört alt boyut için güvenilirlik analizleri yapılmıştır.

Tablo 5. Kader, Ciddiyet, Kırılgnlık/Hassasiyet ve Önlenabilirlik Alt Boyutu Madde Toplam-Test Korelasyonları

Madde Toplam-Test Korelasyonları	
Kader Alt Boyutu	
1	.54
4	.47
6	.60
7	.53
10	.44
Cronbach Alpha	.75
Ciddiyet Alt Boyutu	
2	-.17
3	.61
11	.58
14	.59
Cronbach Alpha	.59
Kırılgnlık/Hassasiyet Alt Boyutu	
5	.42
12	.46
16	-.19
18	.46
19	-.07
Cronbach Alpha	.38
Önlenabilirlik Alt Boyutu	
8	.26
9	.33
13	-.41
15	.33
17	.30
Cronbach Alpha	.22

Tablo 5’de görüldüğü gibi “kader” alt boyutundaki maddelerin alt boyut toplam puanı ile korelasyonları .44 -.60 arasında pozitif yönde kabul edilebilir değerler aldığı belirlenmiştir. “Ciddiyet” alt boyutundaki maddelerin alt boyut toplam puanı ile korelasyonları 2. madde (Çocuklar yaralandığında bu durum çok ciddi olabilir) için -.18 olarak hesaplandığından bu madde testten çıkarılmış, diğer maddelerin .58 -.61 arasında pozitif yönde kabul edilebilir değerler olduğu saptanmıştır. Bu boyutun güvenilirlik katsayısı .60 olarak elde edilmiştir. “Kırılgnlık” alt boyutundaki maddelerin alt boyut toplam puanı ile korelasyonları 16. madde (Oyun alanında bir şey yaparken yaralanabileceğim olasılığını çoğu zaman düşünürüm) için -.19 ve 19. madde (Ne yapacağıma karar verirken çoğu zaman yaralanıp yaralanmayacağımı düşünürüm) için -.08 olarak hesaplandığından bu maddeler testten çıkarılmış, diğer maddelerin .42 -.47 arasında pozitif yönde ve kabul edilebilir düzeyde oldukları saptanmıştır. Bu boyutun güvenilirlik katsayısı $\alpha = .39$ olarak tespit edilmiştir. “Önlenabilirlik” alt boyutundaki maddelerin alt boyut toplam puanı ile korelasyonları 13. madde (Güvenli olmayan bir şeyle karşılaşsam bu benim hatam değildir- bu gibi şeyler bazen kendiliğinden olur) için -.41 olarak hesaplandığından bu madde testten çıkarılmış, diğer maddelerin korelasyonlarının da .26 -.30 arasında pozitif ve kabul edilebilir düzeyde oldukları saptanmıştır.

Analizlerin devam eden aşamasında alt boyutlarda çıkarılan maddeler olduğundan “kader” alt boyutu hariç diğer üç alt boyut için güvenilirlik analizleri tekrar yapılmıştır. Çıkarılan maddeler ve yeniden kestirilen güvenilirlik değerleri alt boyutlara göre Tablo 6’da gösterilmektedir.

Tablo 6. Yaralanma Tutum Ölçeği (YTÖ) Alt Boyutlarının Çıkarılan Maddeler Sonucunda Yeniden Tahminlenen Güvenirlik Katsayıları

Alt Boyut	Çıkarılan Maddeler	Yeniden Tahminlenen Güvenirlik Katsayıları
Kader	Yok	.75
Ciddiyet	2. madde	.81
Kırılgnalık	16 ve 19. madde	.84
Önlenebilirlik	13. madde	.66

Çıkarılan maddeler sonucunda yeniden tahminlenen güvenirlik katsayısı kader alt boyutunda $\alpha = .92$, ciddiyet alt boyutunda $\alpha = .71$ ve kırılgnalık alt boyutunda $\alpha = .80$ olarak saptanmıştır (Tablo 6).

Tartışma

Ölçek Geçerliğinin İncelenmesi

Geçerlik, ölçeğin araştırmacının ölçtüğünü düşündüğü değişkeni gerçekten ölçüp ölçmediğini, diğer bir deyişle testin neyi ne denli isabetli doğru ölçtüğünü gösterir (Erefe, 2002; Erkuş, 2003; Özgüven, 2000). Geçerliği yüksek olan ölçme aracının bir dereceye kadar güvenilirliği de yüksektir. Fakat güvenilirliğin yüksek olması aracın geçerliğinin de yüksek olacağı hakkında tam bir bilgi vermez. Ölçüm sonuçlarının ne kadarı ile ölçüm hatasını yansıttığı sorusuna yanıt verebilmek için ölçme aracının geçerliğinin saptanmasına gerek vardır (Ercan ve Kan, 2004).

Türkçe formun hazırlanmasında ifadelerin Türkçe cümle yapısına uygun kullanılmasına ve öğrencilerin anlayabilecekleri biçimde yapılandırılmasına çalışılmıştır. Bu nedenle birebir çeviri değil, maddelerin uyarlamasına çaba gösterilmiştir. Ölçeğin içerik geçerliği kapsamında tüm ölçek maddeleri için elde edilen 1.00 KGI, Yurdugül (2007)’ün ölçüt olarak önerdiği .80 KGI değeri ölçüt olarak göz önüne alındığında, uzmanlar arasında görüş birliği olduğunu göstermiştir.

Bir ölçeğin kültürel uyarlaması çalışmalarında birbiri ile bağlantılı değişkenleri belli kümelerde bir araya getirmeye yarayan bir yöntem olan faktör analizinin yapılmasının gerekli bildirilmektedir (Erefe, 2002). YTÖ’nin yapı geçerliğini değerlendirmede AFA kullanılmıştır. Faktör çözümlenmesi, çok sayıda değişkenin birkaç başlık altında toplanmasıdır (Erkuş, 2003; Gözüm ve Aksayan, 2003). Açıklayıcı faktör analizinde faktör sayılarını belirlemenin çeşitli yöntemleri vardır. En sık kullanılanlardan birisi, Kaiser-Guttman kuralı olarak bilinen ve özdeğeri 1’den büyük olan faktörlerin alınması yöntemidir. Hangi maddenin hangi faktöre ait olduğunu belirlemede ölçüt, bir faktör ile madde arasındaki ilişkinin derecesini gösteren faktör yüküdür (Büyükoztürk, 2011). Genel olarak, bir madde hangi faktör ile en yüksek ilişkiyi gösteriyorsa, o faktör altında sıralanır. Bu çalışmada özdeğeri en az 1 olan faktörler yorumlamaya alınmış ve özdeğeri 1 in üzerinde olan üç faktör belirlenmiştir. Ölçekten (2,13, 16 ve 19) dört madde çıkarıldıktan sonra kalan 15 madde için AFA yapılmıştır. YTÖ’nin yapı geçerliğini belirlemek için yapılan AFA’da öncelikle maddeler arası korelasyon matrisi incelenerek önemli oranda anlamlı korelasyon değerlerinin olup olmadığına bakılmıştır ve faktör analizinin yapılabilirliğine uygunluk gösterir nitelikte anlamlı ilişkilerin olduğu saptanmıştır. Daha sonra madde örneklerinin uygunluğunu belirlemek için Kaiser Mayer Olkin ve Barlett Sphericity testleri incelenmiştir. Literatürde Kaiser Meyer Olkin (KMO) değerinin .80’den büyük olması örneklem büyüklüğünün faktör analizi için uygun olması ile açıklanırken, Barlett testi anlamlılık değerinin .05’ten küçük olması verilerin çok değişkenli normal dağılım göstermesi ve faktör analizine devam edilebileceği ile açıklanmıştır (Büyükoztürk, 2005; Tavşancıl, 2002). Bu çalışmada KMO değerinin .90, Barlett testinin anlamlılık değerinin $p=.001$ bulunması verilerin faktör analizi için yeterli olduğunu ve analize devam edilebileceğini göstermiştir (Büyükoztürk, 2011). Çalışmada faktör analizi sonuçları 15 maddelik YTÖ’nin üç boyutlu bir yapıyı ölçtüğüne işaret etmektedir.

Ölçek uyarlamalarında daha çok ölçekteki maddelerin yapısı hakkında var olan bir hipotez sınanması, uyarlanan ölçeğin faktör yapısının özgün ölçeğin faktör yapısı ile karşılaştırılması, benzerlik ve ayrılıklarının gözlenmesi için yapı geçerliği doğrulayıcı faktör analizine başvurularak değerlendirilir (Aksayan ve Gözüm, 2002; Büyükoztürk, 2005; Watson ve Thompson, 2006). Doğrulayıcı faktör analizi, veri ile yapı arasında uyumu gösteren uyum indekslerinin değerlendirilmesine dayalı bir yöntemdir. DFA uyum indekslerinden $\chi^2/df < 5$ olması, CFI, GFI, AGFI’nin .90’dan büyük olması ve RMSEA’nın .08’den küçük olması kabul edilebilir uyumu göstermektedir (Yurdagül, 2007). Çalışmada DFA uyum indeksleri $\chi^2/df = 1.98$; RMSEA = .051; AGFI = .94; GFI = .94; CFI = .98 ve SRMR = .050 olarak elde edilmiştir. Belirlenen bu değerlerin kabul edilebilir değerlerden daha iyi olması modelin iyi bir uyuma sahip olduğunu, üç faktörlü yapının doğrulandığını göstermiştir. Doğrulayıcı faktör analizinde faktör madde yüklerinin .30’un üzerinde olması önerilmektedir

(Harrington, 2009). DFA sonucunda, 15 maddelik ölçeğin faktör yükleri .30'un üzerinde olup .51 ile .82 arasında değişmektedir (Tablo 4). Tüm maddelerin t değerleri incelendiğinde faktör yüklerinin istatistiki olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir (Yurdagül, 2007). Maddelere ait R² değerleri ise .26 – .67 aralığında değişmektedir.

Ölçeğin Güvenilirliğinin İncelenmesi

Bir ölçme aracının geçerli sayılabilmesinin ilk koşulu güvenilir olmasıdır. Güvenirlik her ölçme aracının taşınması gereken temel özelliktir ve bir ölçme aracının hatalardan arınmış olarak ölçme yapabilme yeteneğidir. Aracın verilerinin doğru toplandığını ve yinelenebilir olduğunu bu özelliği belirler (Gözüm ve Aksayan, 2003; Erkuş, 2003). Bu aşamada, ölçek güvenilirliğini test etmek amacıyla maddelerin madde-toplam test puanı korelasyonu ve Cronbach-Alfa iç güvenilirlik katsayısı hesaplanmaktadır. Bir ölçeğin güvenilirliğini değerlendiren ölçütlerden biri iç tutarlılıktır. İç tutarlılığı değerlendirmek için en fazla kullanılan Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısıdır. Madde toplam puan korelasyonlarında .40 ve daha yüksek düzeyde madde toplam puan korelasyonlarına sahip maddeler çok iyi ayırt edici, .30 ile .40 arasında iyi, .20 ile .30 arasında olan maddeler ise düzeltilmesi gereken maddelerdir. Katsayısı .20'den düşük olan maddelerin istatistiksel olarak anlamlı da olsalar ölçeğe alınmaması önerilmektedir (Erkuş, 2003). Ayrıca madde toplam korelasyonlarının bir ölçekte negatif olmaması ve hatta .25 değerden büyük olması beklenir. Bu kurala uymayan maddelerin ölçekten çıkarılması önerilir, fakat bu kural kesin değildir (Büyüköztürk, 2011). Ölçek maddelerinin ölçek toplam puanına katkısı değerlendirilmeli ve bütünüyle ne derece ilişkili olduğunu belirlemek için madde analizi yapılmıştır.

“Kader” alt boyutundaki maddeler alt boyut toplam puanı ile korelasyonları arasında pozitif yönde ve kabul edilebilir değerler almıştır. Madde toplam korelasyonunun pozitif ve yüksek olması, maddenin benzer davranışları örneklediğini ve testin iç tutarlılığının yüksek olduğunu gösterir. Madde toplam korelasyonunun yorumlanmasında .30 ve daha yüksek olan maddelerin, ölçeği temsil gücünün yeterli olduğu kabul edilir ve maddelerin bireyleri iyi derecede ayırt ettiği söylenebilir (Erkuş, 2003). Bu alt boyutun Cronbach Alpha iç tutarlık güvenilirlik katsayısı $\alpha = .75$ değeri oldukça güvenilir olduğunu göstermiştir (Erefe, 2002; Gözüm ve Aksayan, 2003). “Ciddiyet” alt boyutundaki 2.madde (Çocuklar yaralandığında bu durum çok ciddi olabilir), “kırılma” alt boyutundaki 16. (Oyun alanında bir şey yaparken yaralanabileceğim olasılığımı çoğu zaman düşünürüm) ve 19. madde (Ne yapacağıma karar verirken çoğu zaman yaralanıp yaralanmayacağımı düşünürüm), “önlenebilirlik” alt boyutundaki 13. madde (Güvenli olmayan bir şeyle karşılaşsam bu benim hatam değildir- bu gibi şeyler bazen kendiliğinden oluverir) test toplamı ile negatif korelasyon vermesi nedeniyle çıkarılırken diğer maddeler arasında pozitif yönde ve kabul edilebilir değerler olduğu görülmüştür (Özdamar, 2004). Analizlerin devam eden aşamasında alt boyutlarda çıkarılan maddeler olduğundan “kader” alt boyutu hariç diğer üç alt boyut için güvenilirlik analizleri tekrar yapılmıştır. Literatürde cronbach’ alfa katsayısı .40’dan küçük ise ölçme aracının güvenilir olmadığı, .40-.59 arasında ise düşük güvenilirlikte, .60-.79 arasında oldukça güvenilir ve .80-1.00 arası değer alanların ise yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (Özdamar 2004; Tavşancıl 2014). Çıkarılan maddeler sonucunda ölçeğin “kader ve önlenebilirlik” alt boyutunun cronbach’ alfa katsayısının oldukça güvenilir, “ciddiyet ve kırılma” alt boyutunun Cronbach’ alfa katsayısının ise yüksek derecede güvenilir olduğu görülmüştür.

Kader alt boyutu 1, 4, 6, 7, 10. maddelerden, kırılma/ciddiyet alt boyutu 3, 5, 11, 12, 14, 18. maddelerden, önlenebilirlik alt boyutu 8, 9, 15, 17. maddelerden oluşmaktadır. Her alt boyu için alınan yüksek puan çocukların oyun alanı kazalarına yönelik olumlu bir tutuma sahip olduğunu göstermektedir. Orijinal ölçek sahibine Türkçe uyarlanan ölçekte çıkan maddeler ile ilgili bilgi verilmiş ve onayı alınmıştır. Ölçek sahibinin önerisiyle kırılma ve ciddiyet alt boyutları tek bir alt boyut olarak isimlendirilmiştir. Araştırmacılar tarafından yeni bir isimlendirme yapılmamıştır.

Kane ve Morrongiello tarafından geliştirilen ölçeğin Kanada toplumuna uyarlanması geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında güvenilirlik katsayısı kader alt boyutunda $\alpha = .92$, ciddiyet alt boyutunda $\alpha = .71$, kırılma alt boyutunda $\alpha = .75$ ve önlenebilirlik alt boyutunda $\alpha = .80$ olarak saptanmış ve bütün alt boyutların yeterli güvenilirlik düzeyine sahip olduğunu göstermiştir (Kane ve Morrongiello 2012). Morrongiello ve Kane tarafından (2015) yapılan ikinci çalışmada ölçek Kanada’lı öğrencilere tekrar uygulanmış ve analizler sonucunda ölçek kader, ciddiyet ve kırılma olmak üzere üç alt boyut ve 15 maddeye indirgenmiştir. Güvenirlik katsayısı kader alt boyutunda $\alpha = .92$, ciddiyet alt boyutunda $\alpha = .71$ ve kırılma alt boyutunda $\alpha = .80$ olarak saptanmış ve bütün alt boyutların yeterli güvenilirlik düzeyine sahip olduğunu göstermiştir. Bu sonuçlar araştırma sonuçlarıyla uyumlu bulunmuştur (Morrongiello ve Kane 2015).

Bu çalışmanın birçok güçlü yönü olmasına rağmen birkaç sınırlılığı bulunmaktadır. Çalışmanın en önemli sınırlılığı gelişigüzel örnekleme yöntemiyle seçilmiş olmasıdır. Bu ölçeğin genellenebilirlik düzeyini sınırlayabilir.

Kaynaklar

- Başara, B. B., Dirimeşe, V., Özkan, E., & Varol, Ö. (2004). *Türkiye Sağlık Bakanlığı Hastalık Yükü Çalışması*. Ankara.
- Bombacı, H., Ülkü, K., Adıyeke, L., Kara, S., & Görgeç, M. (2008). Çocuk yaralanmaları, nedenleri ve önlemler. *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica*, 42 (3), 166-173.
- Büyüköztürk, Ş. (Ed.). (2005). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı*. (5. Baskı, sy. 167-182). Ankara: Pegem Yayıncılık.
- Büyüköztürk, Ş. (Ed.). (2011). *Testlerin geçerlik ve güvenirlik analizlerinde kullanılan bazı istatistikler. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı* (15. Baskı, sy. 82-167). Ankara: Pegem Akademi.
- Büyüköztürk, Ş., Kılıç, Ç.E., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş., & Demirel, F. (2013). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. (15. Baskı). Ankara: Pegem Akademi.
- Cao, B. L., Shi, X. Q., Qi, Y. H., Hui, Y., Yang, H. J., Shi, S. P., et.al. (2015). Effect of a multi-level education intervention model on knowledge and attitudes of accidental injuries in rural children in zunyi, southwest china. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 12, 3903-3914.
- Centers for Disease Control and Prevention. (10.01.2012). National action plan for child injury prevention. An agenda to prevent injuries and promote the safety of children and adolescents in the United States. Erişim: 05.04.2014. www.cdc.gov/safecild/pdf/NationalActionPlanforChildInjuryPrevention.pdf
- Ellsasser, G. (2006). Epidemiological analysis of injuries among children under 15 years of age in Germany- *The Starting Point for Injury Prevention.Gesundheitswesen*, 68 (7), 8-421.
- Eraslan, R. (2007). Bir ilköğretim okulu ikinci kademe öğrencilerinde okul kazası görülme sıklığının incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara, Türkiye.
- Ercan, İ., & Kan, İ. (2004). Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30 (3), 211-216.
- Erefe, İ. (Ed.). (2002). *Veri toplama araçlarının niteliği. Hemşirelikte araştırma ilke süreç ve yöntemleri*. (1. Baskı, sy. 169-188). İstanbul: Odak Ofset.
- Ergün, S., Kalkım, A., & Dolgun, E. (2012). Child-to-child training for prevention of school injuries in Odemis, Turkey. *The Journal of School Nursing*, 29 (5), 337-342.
- Erkuş, A. (2003). *Psikometri üzerine yazılar*. (1. Baskı, sy. 36-42). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Fiissel, D., Pattison, G., & Howard, A. (2005). Severity of playground fractures: Play equipment versus standing height falls. *Injury Prevention*, 11, 337-339.
- Forjuoh, S. N. (2015). Protecting children from injury. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 22 (1), 1-2.
- Gözüm, S., & Aksayan, S. (2003). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 5 (1), 3-14.
- Güney, S. (2008). Davranış bilimleri. (4. Baskı). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Gür K., & Yıldız A. (2007). Epidemiology of Unintentional Injuries in The Elementary Schools of Istanbul. *Turkish Journal of Public Health*, 5, 49-52.
- Gür, K., & Yıldız, A. (2009). Öğrencilerin okul kazalarında güvenlik önlemlerine yönelik bilgi ve davranış ölçeklerinin geçerlik ve güvenirliği. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2, 10-21.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (Eylül, 2015). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (Yayın no: NEE-HÜ. 15.01). Ankara, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK.
- Harrington, D. (2009). *Confirmatory factor analysis*. (pp. 21-35). New York, USA: Oxford University Press.
- Hyder, A. A., Sugerman, D. E., Puvanachandra, P., Razzak, J., El-Sayed, H., Isaza, A., et.al. (2009). Global Childhood unintentional injury surveillance in four cities in developing countries: A Pilot Study. *Bulletin World Health Organization*, 87 (5), 345-352.
- Kane, A., & Morrongiello, B. (2012). Evaluation of Cool 2 Be Safe: A Community-Based Intervention Program to Promote Positive Attitudes Towards Less Risky Play on Playgrounds in School-Age Children. A Thesis presented to The University of Guelph, Canada.
- Kochanek, K. D., Kirmeyer, S. E., Martin, J. A., Strobino, D. M., & Guyer, B. (2012). Annual summary of vital statistics: 2009. *Pediatrics*, 129, 338-348.
- Laflamme, L., & Menckel, E. (2001). Pupil injury risk as a function of physical and psychosocial environmental problems experienced at school. *Injury Prevention*, 7, 146-149.
- Linnan, M., Anh, L. V., Cuong, P. V., Rahman, F., Rahman, A., Shafinaz, S., et.al. (2007). Child mortality and injury in Asia: Special Series on Child Injury.
- MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Preacher, K. J., & Hong, S. (2001). Sample size in factor analysis: The role of model error. *Multivariate Behavioral Research*, 36 (4), 611-637. https://doi.org/10.1207/S15327906MBR3604_06
- Morrongiello, B. A., Cusimano, M., Orr, E., Barton, B., Chipman, M., Tyberg, J., et.al. (2009). School-age children's safety attitudes, cognitions, knowledge, and injury experiences: how do these relate to their safety practices. *Injury Prevention*, 14, 176-179.
- Morrongiello, B.A. & Kane, A. (2015). An evaluation of the cool 2 be safe program: an evidence-based community-disseminated program to positively impact children's beliefs about injury risk on playgrounds. *Prevention Science*, 16, 61-69.
- Mutto, M., Lawok, Stephen., Ovuga, Emilio., & Svanstrom, L. (2012). Childhood and adolescent injuries in elementary schools in north-western uganda: Extent, risk and associated factors. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 19 (4), 357-367.
- Özdamar, K. (2004). Paket programlar istatistiksel veri analizi. (5.Baskı, sy. 3, 98-104, 196, 235-268). Eskişehir: Kaan Kitapevi.
- Özgül, E. (2000). Psikolojik testler. (4.Baskı, sy. 83-107). Ankara: PDREM Yayınları.
- Peden, M., Oyegbite, K., Ozanne-Smith, J., Hyder, A.A., Branche, C., Rahman, AKMF., et.al. (Eds.). (2008). *World Report On Child Injury Prevention*. Geneva: WHO.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2012). *Community Public Health Nursing* (8 th ed.). Toronto, New-York: Mossby Com.
- Tavşancıl, E. (2002). *Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi*. (1.Baskı, sy. 45- 61). Ankara: Nobel Yayın.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2015). Erişim tarihi:12.11.2015. <http://www.tuik.gov.tr/>
- Watson, R., & Thompson, D. R. (2006). Use of factor analysis in Journal of advanced nursing: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55 (3), 330-341.
- Wolf, E. J., Harrington, K. M., Clark, S. L. & Miller, M. W. (2013). Sample size requirements for structural equation models: An evaluation of power, bias, and solution propriety. *National Institutes of Health*, 76 (6), 913-934. <https://doi.org/10.1177/0013164413495237>.

Araştırma

- World Health Organization. World Health Statistics 2012. Erişim tarihi: 12.09.2016. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/WHS2012_Indicator Compendium.pdf?ua=1
- Worthington, R. L. & Whittaker, T. A. (2006). Scale development research: A content analysis and recommendations for best practices. *The Counseling Psychologist*, 34 (6), 806–838. <https://doi.org/10.1177/0011000006288127>
- Yurdugül, H. (2007). Çoktan seçmeli test sonuçlarından elde edilen farklı korelasyon türlerinin birinci ve ikinci sıralı faktör analizlerindeki uyum indekslerine etkisi. *İlköğretim Online*, 6 (1), 160-185.
- Zamanzadeh, V., Rassouli, M., Abbaszadeh, A., AlaviMajd, H., Nikanfar, AR., & Ghahramanian, A. (2014). Details of content validity and objectifying it in instrument development. *Nursing Practice Today*, 1 (3), 163-71.

Ortopedi Servisinde Yatan Çocuk Hastalarda Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetiminde Müziğin Etkisinin İncelenmesi*

Serap SAYAR**, Dilek ERGİN***

Öz

Giriş: Ortopedi ameliyatı olmuş çocuk hastalar ağrısı şiddetli yaşamaktadır. Bu ağrıyla baş etmede müzik önerilen yöntemlerden biridir. Türkiye’de, çocuk hastalarda ameliyat sonrası ağrı üzerinde müziğin etkisini inceleyen bir çalışmaya ulaşılamamıştır. **Amaç:** Ortopedi ameliyatı olmuş 7-12 yaş arası çocuk hastalarda müziğin ameliyat sonrası ağrı üzerindeki etkilerini incelemektir. **Yöntem:** Araştırma yarı deneysel olarak tasarlandı. Araştırma Haziran-Ekim 2011 tarihleri arasında bir üniversitesi hastanesinin Ortopedi ve Travmatoloji Servisi’nde yürütüldü. Araştırmanın örneklemini, ameliyat olmuş 7-12 yaş grubundaki 60 çocuk hasta oluşturdu. Girişim grubundaki çocuklara ameliyat sonrası klasik müzik dinletildi. Verilerin toplanmasında çocuk hastaların ve ailelerinin tanıtım formu, Vizüel Analog Skala (VAS) kullanıldı. Verilerin analizinde, yüzdelik ki-kare ve bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanıldı. **Bulgular:** Girişim ve kontrol grupları yaş, cinsiyet, ameliyat türü, ameliyat deneyimi, ameliyat sonrası uygulanan ilk analjezik zamanı ve türü ile ilgili değişkenlerin dağılımları açısından birbirine benzer bulundu ($p > .05$). Girişim grubundaki çocukların ilk 6 saatteki ağrı puanlarının, kontrol grubundaki çocuklara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu ($p < .05$), ilk 12 ve 24 saatte ise girişim ve kontrol grubundaki çocukların ağrı puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ($p > .05$). **Sonuç:** Müziğin ameliyat sonrası ilk 6 saatte olumlu etkisi nedeniyle, farmakolojik olmayan hemşirelik girişimi olarak hemşirelik uygulamalarına dahil edilmesi önerilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Ameliyat Sonrası Ağrı, Müzik, Çocuk, Ortopedi.

Abstract

Examination of the Effect of Music Upon the Postoperative Pain Management in Pediatric Patients Who Are Hospitalized in the Orthopedics Service

Background: Children who have had orthopedic surgery are suffer from severe pain. In order to cope with this pain, music is a recommended method. A study which researches the effect of music upon the postoperative pain in pediatric patients could not be reached in Turkey. **Objectives:** The aim of this study was to examine the effects of music upon the postoperative pain in pediatric patients in the age group of 7-12, who had undergone an orthopedic surgery. **Methods:** The research was designed as a semi-experimental. The study was conducted between June and October 2011 at the orthopedic and traumatology service of a university hospital. The sample of the study consisted of 60 children aged 7-12 years. The classical music was listened to the children who were in experimental group after the surgery. Description form of children who had undergone an orthopedic surgery and their families, which was prepared by the researcher, and Visual Analog Scale was used for the collection of the data. As well as the percentage and chi-square tests, the significance test (t test) was used for the difference between two averages in independent groups for the analysing the data. **Results:** There is a similarity between the experimental and control group, in terms of the distribution of variables regarding their age, gender, type of surgery, whether the patient has had previous surgery, the first postoperative analgesic time and type of analgesic drug, and the difference between two groups was found to be statistically insignificant ($p > .05$). According to the results obtained from the study, it was determined that the pain scores of children in the experimental group who had undergone a surgery were significantly lower within the first 6 hours compared to the children in the control group ($p < .05$), there was no statistical difference between the pain scores of pediatric patients in the experimental and control groups within the first 12 and 24 hours ($p > .05$). **Conclusion:** Music was suggested to be included in nursing practices as a non-pharmacological nursing intervention, due to its positive effect within the first 6 hours during the postoperative period.

Key words: Postoperative Pain, Music, Child, Orthopedics.

Geliş tarihi: 08.06.2018

Kabul tarihi: 24.08.2018

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği Taksonomi Komitesi’ne göre ağrı “Vücudun belirli bir bölgesinden kaynaklanan, doku harabiyetine bağlı olan/olmayan bireyin geçmişteki deneyimleriyle ilgili istenmedik emosyonel bir duyum ya da davranış şeklidir.” (International Association for the Study of Pain, 1994). Subjektif bir kavram olan ağrı, bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen, günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak sürdürmesini engelleyen, yalnızca ağrıyı yaşayan birey tarafından tanımlanabilen, cerrahi işlem sonrasında yaygın görülen en beklendik sonuçlardan biridir (Büyük Yılmaz ve Aştı, 2009; Dirimeşe, Yavuz ve Altınbaş, 2014; Wells, Pasero, McCaffery, 2008).

Ameliyat sonrası ağrı, cerrahi travma ile başlayan ve doku iyileşmesi ile azalan akut bir ağrıdır (Hancı ve ark., 2012). Yapılan bir çalışmada, hastaların %80’nin akut ameliyat sonrası ağrı deneyimlediği ve yaklaşık %75’inin ise ağrısını orta, şiddetli ya da çok şiddetli olarak tanımladığı bildirilmiştir (Chou ve ark., 2016).

Ağrı yönetimi, hasta bakımında göz ardı edilmemesi gereken önemli bir konudur (Kozłowski ve ark., 2014). Yetersiz ağrı yönetimi, hastalar için, immun sistemin baskılanması, ameliyat sonrası enfeksiyon gelişmesi, yara iyileşmesinde gecikme gibi olumsuz fiziksel ya da fizyolojik durumlara neden olur (Wells ve ark., 2008).

Çocuklarda ağrı ise algı, anlamlandırma ve kendini ifade edebilme süreçlerindeki farklılıklar ve sınırlı iletişim nedeniyle değerlendirilmesi, ölçülmesi ve yönetimi daha zor bir durumdur ve genellikle yetersiz olarak değerlendirilir ve tedavi edilir (Chieng ve ark., 2013; Hancı ve ark., 2012; Hla ve ark., 2014).

*4. Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi. Kongre Kitabı, Poster Bildiri (84), Adıyaman (22-25 Mayıs 2013). ** Uzman Hemşire, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği A.D. doktora öğrencisi, İzmir e-mail: oranserap@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4195-0320> ***Doç. Dr. Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A.D., Manisa, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6451-0278>

Özellikle okul çağı çocukları için ameliyat sonrası ağrı, kognitif ve duygusal olarak tamamen gelişmemeleri nedeniyle çok büyük ve sıkıntılı bir durumdur. Gerginlik ve endişe hissi ağrı korkusuna neden olur. Yalnız kalma, ailesinin olmadığı bir çevre, tanınmadık yüzler, hastane yemekleri ve kıyafetleri, tıbbi terimlerle konuşmalar çocuklarda kolaylıkla ve aşırı derecede anksiyete yaratır. Ameliyat öncesi dönemde yaşanan bu anksiyete ameliyat sonrası ağrıyı olumsuz yönde etkiler (Chieng ve ark., 2013). Literatürde çocukların ameliyat sonrası dönemde orta ve şiddetli derecede ağrı deneyimledikleri ve etkin olmayan ağrı tedavisinin çocuklarda bulantı ve kusma gibi biyolojik olumsuzluklara, iyileşme sürecinin uzamasına, hastanede kalış sürelerinin ve sağlık bakım giderlerinin artmasına neden olduğu bildirilmiştir (Sng ve ark., 2013). Bu nedenle ağrı zamanında ve etkin bir şekilde kontrol altına alınmalıdır.

Çocuklarda ameliyat sonrası ağrının tedavisinde kullanılan en yaygın yol ilaç tedavisidir. İlaç tedavisi için, sıklıkla opioid analjezik kullanımı opioidlerin solunumu baskılaması gibi yan etkilerinden endişe duyulması nedeniyle çocuklarda kullanımı sağlık profesyonelleri tarafından sınırlandırılmaktadır (Suresh, De Oliveira ve Suresh, 2015). Rehberler de ameliyat sonrası opioid kullanımını azaltmayı önermektedir (Öneri-1- Güçlü Öneri/Zayıf Kanıt) (Chou ve ark., 2016). Opioid olmayan analjeziklerin ise hafif ağrılarda ya da şiddetli ağrılarda opioidlerle birlikte kullanılması önerilmektedir. Analjeziklerin bilinçsiz ve yoğun bir şekilde kullanılmasının getirdiği bazı fizyolojik fonksiyonlara olumsuz etki ve ekonomik yük nedeniyle ağrı yönetiminde kullanılan bir diğer yaklaşım da farmakolojik olmayan yöntemlerdir. Farmakolojik olmayan yöntemlerin gerek yalnız başlarına gerekse farmakolojik yöntemlerle birlikte uygulanması ağrının şiddetini azaltıcı yönde etki gösterdiğinden özellikle son yıllarda kullanımı artmıştır (Özveren, 2011). Klinik rehberler, çocuklarda ve yetişkinlerde, çeşitli analjeziklerle birlikte farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanılmasını önermektedir (Öneri-6 -Güçlü Öneri/Güçlü Kanıt) (Chou ve ark., 2016). Bu farmakolojik olmayan yöntemler; sıcak-soğuk uygulamalar, derin nefes alıp verme egzersizi, masaj, terapötik dokunma, müzik dinletme, düşünme gibi relaksasyon teknikleridir (Mcbride, Graydon, Sidani ve Hall 1999; Wells ve ark., 2008). Alternatif terapötik yaklaşımlar olarak bilinen bu uygulamalardan müzik son yıllarda araştırmacılar tarafından tercih edilmektedir ve literatürde ameliyat sonrası ağrıyı azalttığı bildirilmektedir (Calcaterra ve ark., 2014; Canbulat Şahiner ve Demirgöz Bal, 2016; Colwell, Edwards, Hernandez ve Brees, 2013; O'Callaghan, Dun, Baron ve Barry, 2013; Suresh ve ark., 2015). Ancak; ülkemizde bağımsız bir hemşirelik girişimi olarak müziğin kullanımının çok sınırlı olduğu görülmektedir. Özellikle çocuk hastalarda bu durum daha da sınırlıdır. Ülkemizde çocuk hastalarda ameliyat sonrası ağrı üzerinde müziğin etkisini inceleyen bir araştırmaya ulaşılamamıştır.

Amaç

Ortopedi ve travmatoloji ameliyatı olmuş çocuk hastalarda ameliyat sonrası dönemde müziğin ağrı üzerindeki etkilerini incelemektir.

Hipotezler

H1: Ortopedi ameliyatı olmuş 7-12 yaş grubu çocuk hastalarda girişim grubunun ilk 6 saatteki ağrı puanı ortalamaları ile kontrol grubunun ilk 6 saatteki ağrı puanı ortalamaları arasında fark vardır.

H2: Ortopedi ameliyatı olmuş 7-12 yaş grubu çocuk hastalarda girişim grubunun ilk 12 saatteki ağrı puanı ortalamaları ile kontrol grubunun ilk 12 saatteki ağrı puanı ortalamaları arasında fark vardır.

H3: Ortopedi ameliyatı olmuş 7-12 yaş grubu çocuk hastalarda girişim grubunun ilk 24 saatteki ağrı puanı ortalamaları ile kontrol grubunun ilk 24 saatteki ağrı puanı ortalamaları arasında fark vardır.

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Araştırma yarı deneyseldir. Girişim ve kontrol grubu vardır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Servisi'nde Haziran 2011- Ekim 2011 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Servisi'nde yatan, ameliyat olmuş, araştırmaya katılmaya gönüllü, 7-12 yaş grubundaki çocuk hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini, 30 girişim, 30 kontrol olmak üzere toplam 60 hasta çocuk oluşturmuştur. Klinik ortamında gruplar arasında etkilenme olmaması için önce kontrol grubunun verileri toplanmıştır. Araştırmaya ortopedik bir problemten dolayı ameliyat olmuş, 7-12 yaş aralığında olan, bilinci açık, okuryazar olan, kişi, yer ve zaman oryantasyonu olan, işitme ve konuşma sorunu olmayan, Türkçe anlayabilen ve konuşabilen, mental rahatsızlığı, nörolojik problemi olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar dahil edilmiştir.

Girişim grubunu oluşturan çocukların özelliklerine (çocuğun yaşı, cinsiyeti, önceki ameliyat deneyimi, geçirdiği ameliyat türü, ameliyat sonrası ilk uygulanan analjezik zamanı ve analjezik türü, gibi özellikleri) benzer olan çocuklar kontrol grubunu oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında; ortopedi ameliyatı olmuş çocuk hastaların ve ailelerinin tanıtım formu ile Vizüel Analog Skala (VAS) kullanılmıştır. Veriler, çocuklar ve ebeveynleri ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Ortopedi ameliyatı olmuş çocuk hastaların ve ailelerinin tanıtım formu; çocuğun ve ailesinin sosyo-demografik özelliklerini, geçmişteki ve mevcut sağlık durumunu, daha önce ameliyat geçirip geçirmediğini, kullandığı ilaçları, geçmiş tıbbi öyküsünü, hastanın geçmiş ağrı

deneyimini, ameliyat sırasında aldığı anestezinin türünü, ameliyattan ne kadar sonra ilk analjezik dozunu aldığını ve bu analjezik ilacın verilmiş yolu ve türünü tanılamaya yönelik olarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. VAS ise çocukların ağrı şiddetini belirlemeye yönelik olup, hastanın ağrısını sayılarla açıklamasını amaçlar. Sayısal ölçeklerde ağrı yokluğu (0) ile başlayıp dayanılmaz ağrı (10) düzeyine kadar ulaşır. Bir ucunda ağrı olmaması, diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan 10 cm'lik bir cetvel üzerinde çocuk kendi ağrısını işaretler. VAS, hastaların ameliyat sonrası dönemde ağrı puanlarını değerlendirmek için ameliyat sonrası ilk 6 saat, ilk 12 saat ve ilk 24 saatte kullanılmıştır.

Yapılan İşlem/Müdahale:

Kontrol Grubu: Bu grupta yer alan hastalar çalışmanın sürdürüldüğü hastanede rutin bakım almıştır. Ameliyat sonrası, çocuk hastalar ve aileleriyle görüşülerek, "Ortopedi Ameliyatı Olmuş Çocuk Hastaların ve Ailelerinin Tanıtım Formu" uygulanmıştır. Çocuk hastaların ameliyat sonrası ilk 6 saat, ilk 12 saat ve ilk 24 saatte VAS ile ağrı puanları değerlendirilmiştir. VAS ile ağrıları değerlendirilen çocuk hastalardan, ağrı puanı dört ve üzeri olan çocuk hastalara hekim istemindeki opioid ya da non-opioid analjeziklerden biri 6 saatte bir uygulanmış ve analjezik uygulandıktan sonra VAS ile ağrı puanları yeniden değerlendirilmiştir. Bu gruptaki çocuklara müzik dinletilmemiş ve toplamda 6 kez VAS ile ağrı değerlendirilmesi yapılmıştır.

Girişim Grubu: Girişim grubuna da kontrol grubunu oluşturan çocukların özelliklerine (yaş, cinsiyet, operasyon büyüklüğü-şiddeti açısından) benzer olan çocuklar dahil edilmiştir. Araştırmacı tarafından hastaya ağrısı olduğunda analjezik yapılacağı ve analjezikle birlikte müzik dinletileceği açıklanmıştır. Ameliyat sonrası, çocuk hastalar ve aileleriyle görüşülerek, "Ortopedi Ameliyatı Olmuş Çocuk Hastaların ve Ailelerinin Tanıtım Formu" uygulanmıştır. Bu gruptaki çocuk hastaların ameliyat sonrasında müzik dinletilmeden önce VAS ile ağrı puanları değerlendirilerek, ağrı puanı dört ve üzeri olan çocuk hastalara hekim istemindeki opioid ya da non-opioid analjeziklerden biri 6 saatte bir uygulanmıştır. Daha sonra ilk 6 saat, ilk 12 saat ve ilk 24 saat içinde mp3 player ile 30 dakikalık sürelerle klasik müzik (Vivaldi; Four seasons) dinletilerek VAS ile ağrı puanları yeniden değerlendirilmiştir. Bu gruptaki çocuklara toplamda 6 kez VAS ile ağrı değerlendirilmesi yapılmıştır.

Literatürde, çocuk hastalarla yapılan bir çalışmada, seçilen müziğin, soft ve dinlendirici olduğu, bildirilmiştir (Nilsson, Kokinsky, Nilsson, Sidenvall ve Enskar, 2009). Çocuklarda müziğin etkilerinin değerlendirildiği başka bir çalışmada ise, çocuklara 30 dakikalık sürelerle klasik müzik (Vivaldi; Four seasons) dinletilmiştir (Hatem, Lira ve Mattos, 2006). Bu nedenle çalışmamızda klasik müzik tercih edilmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package of Social Sciences) 15.0 for Windows programı kullanılmıştır. Grupların tanımlayıcı özelliklerine ve grupların benzerliklerine ilişkin verilerin analizinde, yüzdellik ve ki-kare testleri kullanılmıştır. Grupların ağrı puanı ortalamalarına ilişkin veriler ise bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) ile değerlendirilmiştir. Test sonucu $p < .05$ olduğunda aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Etik Kurul İzni: Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komitesi tarafından araştırmanın yürütülmesi 18.05.2011 tarihinde uygun bulunmuştur.

Kurum İzni: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği ve Ortopedi Anabilim Dalı'ndan araştırma verilerini toplayabilmek için 14.4.2011 tarihinde izin alınmıştır.

Bireylerden Yazılı/Sözlü Onam: Girişim ve kontrol grubundaki hastalara ve ailelerine, araştırmanın amacı, girişim ve verilerin toplanması konusunda bilgi verilmiş ve bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı onamları alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın uygulandığı tarih ve saatlerde izinli hemşire sayısının fazla olması hedeflediğimiz örneklem sayısına ulaşamamaya sebep olmuştur. Araştırmanın sonuçları yalnızca araştırmanın yürütüldüğü hastanelerde çalışanlar için geçerlidir ve genellenemez.

Bulgular

Araştırmada, girişim grubundaki çocuk hastaların %40'ı kız, %60'ı erkek, %20'si tümör cerrahisi, %33.3'ü omurga cerrahisi ile ilgili ve %46.7'si travmaya bağlı bir ameliyat geçirmiş, kontrol grubundaki çocuk hastaların ise %60'ı kız, %40'ı erkek, %30'u tümör cerrahisi, %36.7'si omurga cerrahisi ile ilgili ve %33.3'ü travmaya bağlı bir ameliyat geçirmiştir.

Tablo 1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Çocuk Hastaların Yaş Ortalamaları

Gruplar	Sayı	Yaş Ort. \pm ss*
Girişim grubu	30	11.00 \pm 1.68
Kontrol Grubu	30	10,60 \pm 1,94
t	.853	
p	.397**	

*Ortalama \pm Standart Sapma, **Anlamlılık $p < .05$ alınmıştır.

Araştırmaya katılan çocuk hastaların yaş ortalamaları incelendiğinde, girişim grubundaki çocuk hastaların yaş ortalamaları 11.0 ± 1.68 , kontrol grubundaki çocuk hastaların yaş ortalamaları 10.60 ± 1.94 'tür. İki gruptaki çocuk hastaların yaşları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur ($p = .397$) (Tablo 1). Çocuklar yaş ortalamaları açısından benzerdir.

Her iki grup, cinsiyet, ameliyat türü, ameliyat deneyimi, ameliyat sonrası uygulanan ilk analjezik zamanı ve türü ile ilgili değişkenlerin dağılımları açısından incelendiğinde de, iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı ve grupların homojen olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Girişim ve kontrol grubundaki çocuk hastalar sosyo-demografik ve klinik özellikler bakımından benzerdir ($p > .05$).

Tablo 2. Girişim ve Kontrol Grubundaki Çocuk Hastaların Özellikleri

	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde			
Cinsiyet							
	Kız	12	40.0	18	60.0	30	100.0
	Erkek	18	60.0	12	40.0	30	100.0
X²: 2.400, p = .121 (p > .05)							
Ameliyat Deneyimi							
	Evet	16	61.5	10	38.5	26	100.0
	Hayır	14	41.2	20	58.8	34	100.0
X²: 2.443, p = .118 (p > .05)							
Ameliyat Türü							
	Tümör cerrahisi	6	40.0	9	60.0	15	100.0
	Omurga Cerrahisi	10	47.6	11	52.4	21	100.0
	Travmaya Bağlı Cerrahiler	14	58.3	10	41.7	24	100.0
X²: 1.314, p = .518 (p > .05)							
Ameliyat sonrası uygulanan ilk analjezik zamanı (Derlenme Ünitesinde)							
	İlk Yarım Saat İçinde	18	64.3	10	35.7	28	100.0
	1 Saat Sonrası ve Üzeri	12	37.5	20	62.5	32	100.0
X²: 4.286, p = .038 (p > .05)							
Ameliyat sonrası uygulanan ilk analjezik türü (Derlenme Ünitesinde)							
	Pethidine HCL	20	57.1	15	42.9	35	100.0
	Morfin Hidroklorür	10	40.0	15	60.0	25	100.0
X²: 1.714, p = .190 p > .05							
Toplam		30	-	30	-	60	100.0

Tablo 3. Girişim ve Kontrol Grubundaki Çocuk Hastaların Ağrıyla Gidermeye Yönelik Girişim Uygulamadan Önce Ameliyat Sonrasında İlk 6 Saat, İlk 12 Saat, İlk 24 Saat İçinde Ağrı Puanı Ortalamaları

Gruplar	İlk 6 saatteki ağrı puanı ort. \pm ss*	İlk 12 saatteki ağrı puanı ort. \pm ss*	İlk 24 saatteki ağrı puanı ort. \pm ss*
Girişim	7.13 \pm 1.59	5.33 \pm 1.95	2.70 \pm 2.11
Kontrol	6.56 \pm 1.35	4.26 \pm 2.27	2.30 \pm 2.64
t	1.484	1.949	0.647
p	.143**	.056**	.520**

*Ortalama \pm Standart Sapma, **Anlamlılık $p < .05$ alınmıştır.

Girişim grubundaki çocuk hastaların ağrıyla gidermeye yönelik girişim uygulamadan önce ameliyat sonrası ilk 6 saatteki ağrı puanı ortalamaları 7.13 ± 1.59 , ilk 12 saatteki ağrı puanı ortalamaları 5.33 ± 1.95 , ilk 24 saatteki ağrı puanı ortalamaları 2.70 ± 2.11 'dir. Kontrol grubundaki çocuk hastaların ağrıyla gidermeye yönelik girişim uygulamadan önce ilk 6 saatteki ağrı puanı ortalamaları 6.56 ± 1.35 , ilk 12 saatteki ağrı puanı ortalamaları 4.26 ± 2.27 , ilk 24 saatteki ağrı puanı ortalamaları 2.30 ± 2.64 'tür. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda her iki gruptaki çocuk hastaların ilk 6, 12 ve 24 saatteki ağrı puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p = .143$) (Tablo 3).

Girişim grubunda, ameliyat sonrası ilk 6 saatte çocuk hastaların %56.6'sına non-opioid, %36.7'sine opioid türde bir analjezik uygulanmıştır. İlk 12 ve ilk 24 saatte hiçbir çocuğa opioid türde bir analjezik verilmemiş, ilk 12 saatte çocuk hastaların %76.7'sine ve ilk 24 saatte %30'una non-opioid türde bir analjezik verilmiştir. Kontrol grubunda ise ilk 6 saatte çocuk hastaların %50'sine opioid, %40'ına non-opioid türde bir analjezik uygulanmış, ilk 12 saatte %23.3'üne opioid, %26.7'sine non-opioid türde, ilk 24 saatte %10'ununa opioid, %6.6'sına non-opioid türde bir analjezik uygulanmıştır.

Girişim grubundaki çocuk hastalara ameliyat sonrası ilk 6 saatte analjezik uygulandıktan ve müzik dinletildikten sonraki ağrı puanı ortalamaları 3.26 ± 1.74 'tür. Kontrol grubundaki çocuk hastaların ilk 6 saatte sadece analjezik uygulandıktan sonraki ağrı puanı ortalamaları 4.63 ± 1.47 'dir. İki grup arasında çocuk hastaların girişim sonrası ağrı puanı ortalamaları değerlendirildiğinde, girişim grubundaki çocuk hastaların ağrı puanı ortalamalarının kontrol grubundaki çocuk hastalara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p = .002$) (Tablo 4).

Tablo 4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Çocuk Hastaların Ağrıyı Gidermeye Yönelik Girişim Sonrası İlk 6 Saat İçinde Ağrı Puanı Ortalamaları

Gruplar	Puan ort \pm ss*
Girişim	3.26 ± 1.74
Kontrol	4.63 ± 1.47
t	3.282
p	.002**

*Ortalama \pm Standart Sapma, **Anlamlılık $p < .05$ alınmıştır.

Tablo 5. Girişim ve Kontrol Grubundaki Çocuk Hastaların Ağrıyı Gidermeye Yönelik Girişim Sonrası İlk 12 ve İlk 24 Saat İçinde Ağrı Puanı Ortalamaları

Gruplar	İlk 12 Saat Ağrı puan ort \pm ss*	İlk 24 Saat Ağrı puan ort \pm ss*
Girişim	2.46 ± 1.77	1.03 ± 1.49
Kontrol	3.16 ± 1.70	1.90 ± 1.93
t	1.558	1.940
p	.125**	.057**

*Ortalama \pm Standart Sapma, **Anlamlılık $p < .05$ alınmıştır.

Girişim grubundaki çocuk hastalara ameliyat sonrası ilk 12 saat içinde analjezik uygulandıktan ve müzik dinletildikten sonraki ağrı puanı ortalamaları 2.46 ± 1.77 , ilk 24 saat içinde 1.03 ± 1.49 'dur. Kontrol grubundaki çocuk hastaların ameliyat sonrası ilk 12 saat içinde sadece analjezik uygulandıktan sonraki ağrı puanı ortalamaları 3.16 ± 1.70 , ilk 24 saat içinde 1.90 ± 1.93 'tür. İki grup arasında çocuk hastaların girişim sonrası ağrı puanı ortalamalarına bakıldığında; iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = .125$, $p = .057$) (Tablo 5).

Tartışma

Çalışmamızda girişim ve kontrol grubundaki çocuk hastaların yaş, cinsiyet, geçirdikleri ameliyat türleri, ameliyat deneyimleri, ameliyat sonrası uygulanan ilk analjezik zamanı ve türleri açısından homojen olduğu görüldü (Tablo 1 ve Tablo 2). Çalışmada gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaması çalışmanın güçlü yönleridir ve değişkenlerin araştırma sonuçları üzerindeki muhtemel etkisinin dışlandığı söylenebilir.

Tablo 3'de, girişim ve kontrol gruplarının girişim öncesi ilk 6,12 ve 24 saatteki ağrı puanı ortalamaları aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı gösterilmiştir. Bu durum, grupların girişim öncesi ağrı puanları yönünden de benzer olduğunu göstermekte ve girişim sonrası ağrı puanı üzerinde farklılık yaratabilecek olası etkiyi ortadan kaldırdığı düşünülmektedir.

Girişim sonrası, her iki grubun ameliyat sonrası ilk 6 saatteki ağrı puanını gösteren Tablo 4'te, analjezik uygulanarak müzik dinletilen girişim grubunun ağrı puanı ortalamalarının, sadece analjezik uygulanan kontrol grubunun ağrı puanı ortalamalarına göre daha düşük olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre H1 hipotezi kabul edildi. Literatürde müzik terapinin otonom sinir sistemine etki ederek, relaksasyonu sağladığı savunulmaktadır. Müzik beynin sağ hemisferini etkilemekte ve limbik sistem üzerinden psikofizyolojik yanıtlara neden olmaktadır. Dolayısıyla endorfin salınımına yol açarak ağrının şiddetinin azalmasında etkili olduğu bildirilmektedir (Uyar ve Akın Korhan 2011).

Müzik terapi ilk defa Bonry tarafından koroner yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan hastaların deneyimlediği ağrı ve anksiyeteyi azaltmak, hastaların konforunu arttırmak amacıyla kullanılmıştır (Chlan, 2002). Kardiyovasküler cerrahi geçirmiş yoğun bakım hastalarında yapılan bir çalışmada, müzik terapi uygulanan hastaların ağrı şiddetinin azaldığı, anksiyete puanlarının müzik terapi uygulanmayan hastalardan daha düşük olduğu, müzik terapi uygulanmayan grubun entübasyona bağlı kalma süresinin ortalama olarak daha uzun olduğu bildirilmektedir (Twiss, Seaver, McCaffrey, 2006). Koroner ve cerrahi yoğun bakım ünitelerinde yatmakta olan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada; hastalara klasik müzik dinletirilmiş ve hastaların ağrı ve anksiyetesinin müzik terapiden sonra azaldığı belirlenmiştir (O'Sullivan, 1991). Yetişkin ortopedi hastalarıyla yapılan bir başka çalışmada da müziğin ağrı üzerinde olumlu etkileri olduğu ve ağrıyı azalttığı bildirilmiştir (Schneider, 2018). Bu çalışmaların örneklemini oluşturan hastalar yetişkin hasta grubu olsa da çalışma sonuçları,

bulgularımızdaki ameliyat sonrası ağrı üzerinde ilk 6 saatteki olumlu etkisi ile paralellik göstermektedir.

Suresh ve arkadaşları (2015) çocuk hastalarla yaptıkları bir çalışmada, major cerrahiler sonrasında, müziğin ağrının azaltılmasında etkili, ek bir yöntem olduğunu bildirmiştir (Suresh ve ark., 2015). Beknalp (2011) çocuklarda ağrı yönetiminde ameliyat sonrası bir mekanizma olarak müzik terapinin etkisini incelemiştir. Bu çalışmada kontrol grubundaki çocuk hastalar ihtiyaca göre 6 saatte bir sadece analjezik almıştır. Girişim grubuna ise 6 saatte bir kontrol grubuna uygulanan analjezikler ile aynı dozda analjezik uygulanmasının yanında günde iki kez eğitimli müzik terapistleri tarafından 30 dakika müzik dinletilmiştir ve çalışmanın sonucunda girişim grubunun ağrı puanı ortalamalarının kontrol grubunun ağrı puanı ortalamalarına göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır (Belknap, 2011). Çocuk hastalarla yapılan bir başka çalışmada, müzik dinletilen çocuk hastalarda, morfin ihtiyacının, stresin ve ağrı puanı ortalamalarının daha düşük olduğu bulunmuştur (Nilsson, Kokinsky, Nilsson, Sidenvall ve Enskar, 2009). Hatem, Lira ve Mattos'un, (2006) kardiyak ameliyat olmuş 1-16 yaş grubu çocuk hastalarda müziğin terapötik etkisini inceleyen çalışmasında, çocuklarda kalp ve solunum hızı gibi vital bulgular değerlendirilerek ameliyat sonrası dönemde müziğin yararlı etkileri olduğu bulunmuş ve müzik dinletilen grubun ameliyat sonrası ağrı puanı ortalamaları daha düşük bulunmuştur (Hatem, Lira ve Mattos, 2006). Bradt, (2001) 8-19 yaş aralığındaki ortopedi ameliyatı geçiren 32 çocuk hastada, ameliyat sonrası ağrı üzerinde müziğin etkisini değerlendirmiş ve çalışmanın sonucunda müzik dinleyen grubun ağrısında azalma olduğunu ve müziğin, ağrının yanı sıra çocukların duygu durumunu etkilediğini ve önemli ölçüde daha mutlu, rahat, dinlenmiş ve sakin olduklarını bildirmiştir (Bradt, 2001). Literatürde çocuk hastalarla yapılan çalışma sonuçlarının, ameliyat sonrası ilk 6 saatte elde edilen çalışma bulgularımız ile benzer olduğu görülmektedir. Çalışmamızda, ameliyat sonrası ilk 6 saatte müziğin endorfin salınımına etki etmesi ve dikkati başka yöne çekmesi nedeniyle girişim grubundaki çocuk hastaların ağrı puan ortalamaları daha düşük bulunmuş olabilir. Ameliyattan sonra erken dönemde algılanan ağrının azaltılmasında müziğin etkili olduğu düşünülmektedir. Literatür bilgisi ve yapılan çalışmalar bizim araştırma bulgularımızla paralellik göstermektedir. Ameliyat sonrası erken dönemde ağrının algılanmasında müzik etkili bir yöntem olarak kullanılabilir.

Tablo 5'teki araştırma sonuçlarına göre, girişim grubunun ameliyat sonrası analjezik uygulandıktan ve müzik dinletildikten sonra ilk 12 ve 24 saatteki ağrı puanı ortalamaları ile kontrol grubunun ameliyat sonrası sadece analjezik uygulandıktan sonra, ilk 12 ve 24 saatteki ağrı puanı ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır. Bu sonuç doğrultusunda H2 ve H3 hipotezleri reddedildi. Literatürde ameliyat sonrası ağrının, cerrahi operasyon ile başlayıp, giderek azalacağı ve doku iyileşmesi ile sona ereceği bildirilmektedir (Özveren, 2011). Çalışma sonucumuza göre müziğin ameliyat sonrası dönemde ilk 12 ve 24 saatte ağrı üzerinde etkisinin olmaması, cerrahi travmaya bağlı algılanan yoğun ağrının, yerini doku iyileşmesine bırakarak, iyileşme süreci hızlandırdığı için algılanan ağrı şiddetini azaltması ile açıklanabilir. Çalışma bulguları bir bütün olarak değerlendirildiğinde, ortopedi ameliyatı olmuş çocuk hastalarda müziğin ameliyat sonrası ilk 6 saatlik süreyi içeren erken dönemde ağrı üzerinde etkili olduğu söylenebilir.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Müzik dinletme yönteminin noninvaziv bir yöntem olması, araç, gereç ve maliyet gerektirmemesi etkinliği göz önüne alınarak, çocuklarda ameliyat sonrası erken dönemde ağrı şiddetinin azaltılmasında kullanılmak üzere bağımsız hemşirelik girişimlerinden biri olarak hemşirelik uygulamalarına dahil edilebilir. Ameliyat sonrası erken dönemde, ağrı şiddetinin azaltılması için müziğin farmakolojik yöntemlerle beraber kullanılması ve hemşirelerin müzik terapi gibi nonfarmakolojik yöntemleri kullanmaları amacıyla eğitimler düzenlenmesi gerekmektedir. Türkiye'de çocuk hastalar üzerinde müzik dinletmenin etkisini araştıran daha geniş popülasyonlarla daha kapsamlı çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Kaynaklar

- Beknalp, D. (2011). Music therapy as a post-operative mechanism for pain management in children. The Faculty of the Graduate School of Cornell University, In Partial Fullfillment of the Requirements for the Degree of Master of Science in Health Science. USA.
- Bradt, J. (2001). The effects of music entrainment on postoperative pain perception in pediatric patients. A Dissertation Submitted to Temple University Graduate Board, In Partial Fullfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy. USA.
- Büyük Yılmaz, F., Aştı, T. (2009). Ameliyat sonrası ağrıda hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12 (2), 84-93.
- Canbulat Şahiner, N., Demirgöz Bal, M. (2016). The effects of three different distraction methods on pain and anxiety in children. *Journal of Child Health Care*, 20 (3), 277-285.
- Calcaterra, V., Ostuni, S., Bonomelli, I., Mencherini, S., Brunero, M., Zambaiti, E. et al. (2014). Music benefits on postoperative distress and pain. *Pediatric Reports*, 6 (3), 44-48
- Colwell, C. M., Edwards, R., Hernandez, E., Brees, K. (2013). Impact of music therapy interventions (listening, composition, orff-based) on the physiological and psychosocial behaviours of hospitalized children: a feasibility study. *Journal of Pediatric Nursing*, 28, 249-257.
- Chlan, L. (2002). Integrating nonpharmacological, adjunctive interventions into critical care practice: a means to humanize care? *American Journal of Critical Care*, 11 (1), 14-6.
- Chiang, Y. J. S., Chan, W. C. S., Liam, J. L. W., Klainin-Yobas, P., Wang, W., Hong-Gu, H. (2013). Exploring influencing factors of postoperative pain in school-age children undergoing elective surgery. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 18, 243-252.
- Chou, R., Gordon, D. B., Leon-Casasola, O. A., Rosenberg, J. M., Bickler, S., Brennan, T. et al. (2016). Guidelines on the management of postoperative pain. *The Journal of Pain*, 17 (2), 131-157.
- Dirimeşe, E., Yavuz, M., Altınbaş, Y. (2014). Ameliyat sonrası ağrı yönetiminde nitelik değişimi: iki periyodun karşılaştırılması. *Kafkas Journal of Medical Sciences*, 014; 4 (2), 62-68.
- Hancı, V., Kiraz, H.A., Ömür, D., Yurtlu, B.S., Arslan Yurtlu, D., Alan, C. (2012). Postoperative pain in children. *Journal of Anesthesia and Clinical Research*, 3 (6), 219.
- Hatem, T.P., Lira, P.I.C., Mattos, S.S. (2006). The therapeutic effects of music in children following cardiac surgery. *Journal de Pediatria*, 82, 186-92.

- Hla, T.K., Hegarty, M., Russell, P., Drake-Brockman, T.F., Ramgolam, A., von Ungern-Sternberg, B.S. (2014). Perception of pediatric pain: a comparison of postoperative pain assessments between child, parent, nurse, and independent observer. *Pediatric Anesthesia*, 24, 1127–1131.
- International Association for the Study of Pain, (1994). IASP Terminology, Pain Terms. Erişim: 07.12.2017 <https://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>
- Kozlowski, L.J., Kost-Byerty, S., Colaniyani, E., Thompson, C.B., Vasquenza, K.J., Rothman, S.K., et al. (2014). Pain prevalence intensity assessment and management in a hospitalized pediatric population. *Pain Management Nursing*, 15 (1), 22-35.
- Mcbride, S., Graydon, J., Sidani, S., Hall, L. (1999). The therapeutic use of music for dyspnea and anxiety in patients with COPD live at home. *Journal of Holistic Nursing*, 17 (3), 229-250.
- Nilsson, S., Kokinsky, E., Nilsson, U., Sidenvall, B., Enskar, K. (2009). School-aged children's experiences of postoperative music medicine on pain, distress, and anxiety. *Pediatric Anesthesia*, 19, 1184–1190.
- O'Callaghan, C., Dun, B., Baron, A., Barry, P. (2013). Music's relevance for children with cancer: music therapists' qualitative clinical data-mining research. *Social Work in Health Care*, 52, 125–143.
- O'Sullivan, R.J. (1991). A musical road to recovery: music in intensive care. *Intensive Care Nursing*, 7 (3), 160-163.
- Özveren, H. (2011). Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 83-92.
- Schneider, MA. (2018). The effect of listening to music on postoperative pain in adult orthopedic patients. *Journal of Holistic Nursing*, 36 (1), 23-32.
- Sng, O.W., Taylor, B., Liam, J.L.W., Klainin-Yobas, P., Wang, W., Hong-Gu, H. (2013). Postoperative pain management experiences among school-aged children: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 958–968.
- Suresh, B.S., De Oliveira G.S., Suresh, S. (2015). The effect of audio therapy to treat postoperative pain in children undergoing major surgery: a randomized controlled trial. *Pediatric Surgery International*, 31, 197–201.
- Twiss, E., Seaver, J., McCaffrey, R. (2006). The effect of music listening on older adults undergoing cardiovascular surgery. *Nursing Critical Care*, 11(5), 224-31.
- Uyar, M., Akın Korhan, E. (2011). Yoğun bakım hastalarında müzik terapinin ağrı ve anksiyete üzerine etkisi. *Ağrı*, 23 (4), 139-146.
- Wells, N., Pasero, C., McCaffery, M. (2008). Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses. In R. G. Hughes (Ed), *Improving the Quality of Care Through Pain Assessment and Management* (pp. 469-486). AHRQ Publication.

Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Travma Sonrası Stres Belirtilerini Etkileyen Faktörler ve Hemşirelerin Başetme Yollarının İncelenmesi

Deniz YASAL*, Neslihan PARTLAK GÜNÜŞEN**

Öz

Giriş: Çalışma ortamında yaşanan travmalar hemşirelik için önemli bir sorundur. Travmanın sonuçları hemşireleri ve kurumları olumsuz olarak etkilemektedir. **Amaç:** Bu çalışmanın amacı acil serviste çalışan hemşirelerin travma sonrası stres belirtilerini etkileyen faktörleri ve hemşirelerin başetme yollarını incelemektir. **Yöntem:** Araştırma tanımlayıcı niteliktedir. Araştırma örneklemini İzmir’de bulunan üniversite ve eğitim-araştırma hastanelerinin acil ünitelerinde çalışan ve araştırmaya gönüllü katılan 108 hemşire oluşturmaktadır. Travma sonrası stres belirtilerini değerlendirmek amacıyla Travmatik Stres Belirti Ölçeği ve başetme yolları formu kullanılmıştır. **Bulgular:** Araştırma sonucunda hemşirelerin %38’inin travma sonrası stres yaşadığı belirlenmiştir. Travma sonrası stres yaşayan hemşireler meslek seçimleri konusunda pişmanlık duymakta, istifa etmeyi, işten uzaklaşmayı düşünmektedirler. Hemşireler hastalarla iletişimlerini azaltmakta ve hastalara karşı öfke duymaktadırlar. Hemşireler travma sonrası stres ile başetmede önceki deneyimlerinden faydalanmaktadırlar. **Sonuç:** Hemşirelerin travma sonrası stres belirtileri konusunda bilgi verilmesi, hem bireysel hem de kurumsal olarak başetme yollarını güçlendirilmesi önerilir.

Anahtar Sözcükler: Acil Servis, Başetme, Hemşirelik, İkincil Travma, Travma Sonrası Stres.

Abstract

Factors Affecting Post Traumatic Stress Symptoms of Nurses Working Emergency and Investigation of Their Coping Methods

Background: Trauma experienced in the working environment is an important problem for nursing. The results of the trauma adversely affect both the nurses and the institutions. **Objectives:** The aim of this study is to investigate the factors affecting the symptoms of post-traumatic stress experienced by nurses working in emergency departments and their ways of coping with post-traumatic stress symptoms. **Methods:** This study is descriptive. The sample of study consisted of 108 nurses who works at the emergency services of the university and education hospitals. Traumatic Stress Symptom Scale and coping ways form was used to assess the post-traumatic stress symptoms. **Results:** Of the nurses participating in the study, 38% suffered post-traumatic stress. The nurses who suffered post-traumatic stress regretted choosing the profession, tended to resign or change their jobs, communicated with the patients less, and were filled with anger at patients. The nurses mostly tried to cope with post-traumatic stress symptoms by making use of their own experiences. **Conclusion:** Nurses should be informed of symptoms of post-traumatic stress, and measures to be taken to strengthen individual and institutional ways of coping.

Key words: Emergency Department, Coping, Nursing, Secondary Trauma, Post-Traumatic Stress.

Geliş tarihi: 28.08.2018

Kabul tarihi: 29.11.2018

Acil servis hemşireleri; bebeklerin, çocukların ya da genç insanların yeniden canlandırılmasını veya ölümünü deneyimleme, yaşam riski olan hastaların bakımını ve resüsitasyonunu sürdürme, organ kayıpları, ani ölümler gibi birçok travmatik olaya tanıklık etmektedir (Healy ve Tyreell, 2011). Sağlık kurumlarının en stresli, dinamik, yoğun, hayatın kurtarılmasının hedeflendiği, acil müdahale gerektiren durumların olduğu, yaşam kurtarıcı tedavinin yapıldığı acil servislerdeki hemşirelerin ruhsal travmaya uğrama riski yüksektir (Akyolcu, Öztekin ve Çelik, 2006; Annagür, 2010; Ayrancı, Yenilmez ve Günay, 2002; Gökçe ve Dündar, 2008; Kebapçı ve Akyolcu, 2011; Scully, 2011; Sterud, Ekeberg ve Hem, 2006).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabında (DSM-5; Amerikan Psikiyatri Birliği [APA], 2013) yaralanma, cinsel şiddete maruz kalma, gerçek bir ölüm veya ölüm tehdidine maruziyet ya da bunların ucundan dönme, bu olaylara tanıklık etme veya bir yakın arkadaşın ya da akrabasının başına böyle bir olayın geldiğini öğrenme travmatik yaşantılar olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca, DSM-5'e göre, travmatik stres belirtilerini ortaya çıkarmak için şiddetli bir travmayla ilgili bilgi edinmek bile yeterlidir (APA, 2013). Başka bir deyişle, ciddi travmatik olayları izleyerek, dinleyerek veya okuyarak maruz kalmanın etkisi, doğrudan maruz kalanların yaşadığı deneyimlere benzeyebilir (Bauwens ve Tosone, 2010; Byrne, Lerias ve Sullivan, 2006). Travmatik olaya maruz kaldıktan sonraki ilk dört hafta akut stres bozukluğu olarak isimlendirilmektedir. Bireyde bu dönemde belirgin huzursuzluk, olumsuz duygu durum, çevreye karşı duyarlılıkta azalma, uyku sorunları, odaklanmada güçlük, travmatik olayı tekrar yaşama gibi belirtiler görülebilir. Travma sonrası strese ise bu belirtiler dört haftadan daha fazla sürmektedir (Bozkurt Zincir, 2015). Yapılan araştırmalarda travma sonrası stres yaşayan hemşirelerin fiziksel ve psikolojik sıkıntıları olduğu belirlenmiştir. Bu süreçteki hemşirelerde; baş ağrısı, kilo verme, yorgunluk, uyku sorunları, öfke, unutkanlık, umutsuzluk ve gastrointestinal hastalıkların oranında artma olduğu görülmüştür (Bush, 2009; Gentry, 2002; Najjar, Davis, Beck-Coon ve Doebbeling, 2009). Yapılan bir çalışmada travma yaşayan hemşirelerin iş dışındaki aktiviteleri ve aile yaşamlarının olumsuz etkilendiği, çevrelerine karşı duyarsız ve ilgisiz oldukları belirtilmiştir (Perry, Toffner, Merrick ve Dalton, 2011).

Tüm hemşireler travma sonrası stres açısından risk altındadır ancak travmatik popülasyonlarla çalışan (onkoloji, acil servis, yoğun bakım, psikiyatri) hemşirelerde bu durumun daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (Bush, 2009; Najjar ve ark., 2009). Yapılan çalışmalar acil servis hemşirelerinde travma sonrası stres, anksiyete, depresyon ve tükenmişliğin yaygın olarak görüldüğünü ortaya koymaktadır (Annagür, 2010; Ayrancı ve ark., 2002; Gökçe ve Dündar, 2008; McAllister ve McKinnon, 2009; Scully, 2011; Sterud ve ark., 2006).

*Uzm. Hem. Kaş Devlet Hastanesi Acil Servisi, Antalya, Türkiye, e-mail: denizyasal@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-1131-2504> **Doç.Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İnciraltı/İzmir, e-mail: neslihan.partlak@deu.edu.tr ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1666-291X>

Yunanistan'da yapılan bir çalışmada acil servis hemşirelerinin %25'inin çok ağır depresif ruh hali ve uyku bozukluğu sergilediği, başka bölümlerde çalışan hemşirelere göre anksiyetelerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Stathopoulou, Karanikola, Panagiotopoulou ve Papatthanassoglou, 2011). Travmatik olaylara maruz kalan veya tanıklık eden hemşireler travma sonrası stres belirtilerinin yanı sıra, kişisel, sosyal ve mesleki yaşamlarında ciddi düzeyde işlev kayıpları yaşayabilirler; işlerindeki verimliliklerini kaybedebilirler veya yeni bir işe geçme eğilimi gösterebilirler (Byrne ve ark., 2006; Nelson-Gardell ve Harris, 2003). Acil tıp alanında çalışan hemşire ve doktorlarda anksiyete bozukluğunun incelendiği bir çalışmada; travmatik olaylar sonrasında hemşirelerin çoğunun (%67) yönetimden yeterli destek görmediği ve %20'sinin meslek değiştirmeyi düşündüğü belirlenmiştir (Laposa, Alden ve Fullerton, 2003). Bu deneyimleri yaşayan hemşireler sık sık izin, istirahat raporu almak zorunda kalmakta ve acil servis birimlerinden ayrılmaktadırlar. Çalışanların işten ayrılması, bağlı bulunan kuruluşlar için de ağır masraflara yol açabilmektedir (Nelson-Gardell ve Harris, 2003). Bu nedenle çalışanların ruhsal, fiziksel ve sosyal iyilik hallerini olumsuz etkileyen, dolayısıyla hem bireyin kendisi hem çalıştığı kurum hem de hizmet verdiği bireyler üzerinde olumsuz sonuçları olabilen travmatik deneyimlerin etkilerinin göz ardı edilmemesi gerekmektedir.

Travmanın acil servis hemşireleri üzerine etkisini inceleyen çalışmalarda daha çok travmatik stresin hemşireler üzerindeki etkileri ve risk durumları üzerinde durulmaktadır (Annagür, 2010; Ayrancı ve ark., 2002; Gökçe ve Dünder, 2008; Kılıç ve İnci, 2015; McAllister ve McKinnon, 2009; Scully, 2011; Sterud ve ark., 2006). Acil servis hemşirelerinin başetmek için neler yaptıkları hakkındaki çalışmalar sınırlıdır. Ülkemizde acilde çalışan hemşirelerin travmatik stresle nasıl başettiklerine yönelik bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu anlamda hemşirelerin bu travmalar sonucunda nasıl etkilendikleri ve bununla başetmek için neler yaptıkları hakkındaki bilgiler sınırlıdır. Hemşirelerin yaşadıkları travmalarla başetmek için neler yaptığını öğrenmek ileride yapılacak girişimlere yol gösterebilir. Bu çalışmanın sonuçlarının; hemşirelerin acil servisteki deneyimledikleri travmaların sonuçlarının görünür hale getirmeye ve ayrıca buna yönelik koruyucu ve önleyici çalışmalara, yöneticilere ve bu alanda çalışan hemşirelere yol göstermek açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmanın amacı acil serviste çalışan hemşirelerin travma sonrası stres belirtilerini, etkileyen faktörleri ve hemşirelerin başetme yollarını incelemektir. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki araştırma sorularına cevap aranmıştır;

- Acil servis hemşirelerinde travma sonrası stres belirtilerinin görülme oranı ne kadardır?
- Hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çocuk sahibi olma durumu, hemşire olarak çalışma yılı, acil serviste çalışma yılı, aylık çalışma saati, acil servise yönelik eğitim alma durumu ile hemşirelerin maruz kaldıkları travma sonrası stres belirtileri arasında fark var mıdır?
- Acil servis hemşirelerinin travma sonrası stres belirtileriyle başetmede kullandıkları başetme yolları arasında fark var mıdır?

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı niteliktedir.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma İzmir ilinde bulunan iki üniversite ve iki eğitim-araştırma hastanelerinin acil servislerinde çalışan hemşirelerle yapılmıştır. Bu hastaneler üniversite ve araştırma hastaneleri olduğundan diğer hastanelere daha göre daha komplike vakalara hizmet verebilmektedirler. Acil servisler genel olarak iki vardiyaya olarak çalışmakta, her bir vardiyada 180-200 hasta bakılmaktadır. Hasta sayısı mevsimlere göre değişiklik gösterebilmektedir. Acile başvuran hastalara ilk aşamada triyaj yapıldıktan sonra kapalı resüsitasyona veya resüsitasyona, monitörlü gözleme veya bakı birimine alınmaktadır. Stabil travma hastaları için travma odası mevcuttur. Psikiyatrik değerlendirmeler için izole oda bulunmaktadır.

Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın örneklemini İzmir ilinde bulunan üniversite ve eğitim-araştırma hastanelerinin acil servislerinde en az bir aydır çalışan, araştırmaya katılmayı kabul eden 108 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmanın yapıldığı kurumların acil ünitelerinde toplam hemşire sayısı 162'dir. Araştırmaya katılmayı kabul eden 108 hemşireye ulaşılmıştır. Bir üniversite hastanesi acil servisinde çalışan 31 hemşirenin 29'u, diğer üniversite hastanesi acil servisinde çalışan 41 hemşirenin 31'i, bir eğitim araştırma hastanesi acil servisinde çalışan 42 hemşirenin 20'si, diğer eğitim araştırma hastanesi acil servisinde çalışan 36 hemşirenin 28'i araştırmaya katılmıştır. Araştırmaya katılan acil servislerdeki toplam hemşire sayısı 162'dir. Araştırmaya katılmayı kabul eden 108 hemşireye ulaşılmıştır. Araştırmaya katılım oranı %66.6'dır.

Veri Toplama Araçları

Tanıtıcı Bilgiler Formu

Araştırmacıların literatür doğrultusunda oluşturduğu tanıtıcı bilgiler formu; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, eğitim durumu, çalışma süresi, birimde çalışma süresi, aylık çalışma saati, gün içerisinde ortalama bakılan hasta sayısına yönelik sorulardan oluşmaktadır.

Başetme Yolları Formu

Araştırmacıların literatür doğrultusunda ve üç psikiyatri hemşiresinden aldıkları görüşlerle oluşturdukları başetme yolları formu travmayla başetme yollarını on beş adet kapalı uçlu ifade ile sorgulamaktadır. Bu ifadeler sırasıyla; "Kendi deneyimlerimi kullanarak problemi çözmeye çalışırım, Bana sıkıntı veren durumlardan kaçınırım, Bulduğum ortamı terk ederim, Sessiz kalır içime kapanırım, Sigara kullanımımı arttırırım, Mesleğim olumsuz yanlarını düşünüp pişmanlık duyarım, İş ve sosyal yaşamı karıştırmamaya çalışırım, Servis değiştirmeyi düşünürüm, Hastalık ya da mazeret izni almayı düşünürüm, Meslektaşlarımla paylaşıyorum, Ailemle paylaşıyorum, Yöneticilerle paylaşıyorum, Hastalarla iletişimimi azaltırım,

Hastanın sıkıntısını azaltmak beni rahatlatır, Hastalara karşı içimden öfke duyarım” şeklindedir (Dominquez-Gomez, Rutledge ve Dana, 2009; Gholamzadeh, Sharif ve Rad, 2011; Laposa ve ark, 2003).

Travmatik Stres Belirti Ölçeği (TSBÖ)

Travmatik Stres Belirti Ölçeği (TSBÖ), 23 maddeden oluşan bir öz bildirim değerlendirmesidir. Bu ölçek, Başoğlu ve arkadaşları (2001) tarafından geliştirilmiştir (Başoğlu, Şalcıoğlu, Livanou ve Özeren, 2001). Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır. Bireyler kendilerini son bir ay için travmatik stres belirtileri yönünden değerlendirmektedirler. Ölçek dörtlü likert tiptedir. Her maddenin puanları 0-3 arasındadır ve ölçek toplam puanı maddelerin toplanması ile elde edilir. Her madde “hiç rahatsız etmiyor” ile “çok rahatsız ediyor” arasında derecelendirilmektedir. Ölçek değerlendirilirken toplam puan kullanılabilirliği gibi kesme noktası kullanılarak da muhtemel Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tanısı elde etmek mümkündür. Ölçeğin ilk 17 maddesi DSM-IV’te belirtilen TSSB belirtilerini, son altı maddesi ise depresyon belirtilerini sorgular. Bu 17 maddeden elde edilen puanın 25 ve üzerinde olması muhtemel TSSB’ye işaret eder. Ölçeğin tüm maddeleri için Cronbach alfa katsayısı .94’tür. 17 maddeden oluşan TSSB için Cronbach alfa katsayısı ise .92’dir (Başoğlu ve ark., 2001). Bu çalışmada anketin travma sonrası stresini belirlemeye yönelik ilk 17 sorusunun toplam puanı kullanılmıştır. Bu çalışmada bulunan Cronbach alfa katsayısı .92’dir.

Veri Toplama Yöntemi

Araştırmacılar araştırmaya katılacak bireylerin her birine ulaşabilmek için hemşirelerin çalışma listelerine göre acil servislere gitmişlerdir. Katılımcılara araştırmanın amacı ve yapmaları gerekenler anlatıldıktan sonra yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Anketler hemşirelere mesai saati içinde, kendileri için uygun zamanda doldurulmak üzere zarf ile birlikte dağıtılmış ve hepsi zarflara koyularak toplanmıştır.

Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni, Travmatik Stres Belirti Ölçeğinden elde edilen puan ortalamalarıdır. Bağımsız değişkenleri ise, hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri, mesleki özellikleri ve hemşirelerin kullandığı başatma yollarıdır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada veri analizinde SPSS 16.0 paket programı kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi $p < .05$, güven aralığı %95 olarak kabul edilmiştir. Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ve travma sonrası stres belirtileri sayı yüzde ve ortalama şeklinde sunulmuştur. Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ve travma sonrası stres belirtilerini etkileyen faktörler arasındaki farkı değerlendirmede ki-kare testi kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için hastanelerden ve etik kuruldan yazılı izinler alınmış, hemşirelerden bilgilendirilmiş onam yazılı ve sözlü olarak alınmıştır. Çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 11.08.2016 tarih ve 2882-GOA protokolü ve 2013/23-19 karar numarası ile onaylanmıştır. Anketlerin hepsi tek tek zarflara koyularak toplanmıştır.

Bulgular

Tablo 1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n = 108)

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%
Yaş (27.00 ± 5.38, Min: 18.00, Max: 45.00)		
Cinsiyet		
Kadın	89	82.4
Erkek	19	17.6
Medeni Durum		
Bekar	66	61.1
Evli	42	17.6
Çocuk Sahibi Olma		
Çocuk Sahibi Olan	31	28.7
Çocuk Sahibi Olmayan	77	71.3
Eğitim Durumu		
Lise	12	11.1
Ön Lisans	15	13.9
Lisans	67	62.0
Yüksek lisans ve üzeri	13	13.0
Çalışma Süresi		
1-12 ay	7	6.5
1-5 yıl	52	48.1
6-10 yıl	29	26.9
Acil Serviste Çalışma Süresi		
1-12 ay	17	15.7

1-5 yıl	60	55.6
6-10 yıl	23	21.3
11-15 yıl ve üzeri	8	7.4
Aylık Çalışma Saati		
160-180	44	40.7
181-200	43	39.8
201 ve üzeri	21	19.5
Acil Servis Öncesi Eğitim		
Eğitim alan hemşire sayısı	39	36.1
Eğitim almayan hemşire sayısı	69	63.9
Çalışan Memnuniyeti		
Memnun	57	52.8
Memnun değil	51	47.2

Tablo 1’de hemşirelerin sosyo-demografik ve işle ilgili özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 27.00 ± 5.38 ’dir (Min: 18.00, Max: 45.00). Hemşirelerin %61.1’i bekar, %71.3’ü çocuk sahibi değildir. Hemşirelerin %62’si lisans mezunudur. Hemşirelerin çoğunun (48.1) kıdem yılı ve acil serviste çalışma süresi 1-5 yıl arasındadır. Hemşirelerin çoğunun (40.7) aylık çalışma saati 160-180 saat arasındadır. Acil servise başlamadan önce hemşirelerin %36.1’i eğitim alırken, %63.9’u eğitim almamıştır. Hemşirelerin %52.8’i acil serviste çalışmaktan memnundur.

Tablo 2. Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Travma Sonrası Stres Belirti Durumlarının Dağılımı (n = 108)

TSBÖ	n	%
Travma yaşamayan (24 puan ve altında puan alan) hemşireler	67	62
Travma yaşayan (25 ve üzeri puan alan) hemşireler	41	38

Tablo 2’de travma yaşayan hemşirelerin sayısı ve yüzdesi yer almaktadır. Ölçeğin değerlendirmesi göz önüne alındığında hemşirelerin %38’inin travma sonrası stres yaşadığı, %62’sinin travma belirtisi göstermedikleri belirlenmiştir.

Tablo 3. Hemşirelerin Travma Sonrası Stres Belirti Durumu ile Sosyo-demografik ve İşle İlgili Değişkenler Arasındaki Farkın Karşılaştırılması (n = 108)

	Travma sonrası stres durumu				X ²	p
	Evet (25 ≥)		Hayır (24 ≤)			
	n	%	n	%		
Yaş						
18-24	10	9.3	16	14.8	4.737	.192
25-29	19	17.6	26	24.1		
30-34	10	9.3	12	11.1		
35 ve üstü	2	1.9	13	12.0		
Cinsiyet						
Kadın	34	31.5	55	50.9	.012	.912
Erkek	7	6.5	12	11.1		
Medeni Durum						
Bekar	26	24.1	40	37.0	.148	.701
Evli	15	13.9	27	25.0		
Çocuk Sahibi Olma						
Çocuk Var	8	7.4	23	21.3	2.728	.099
Çocuk Yok	33	30.6	44	40.7		
Eğitim Durumu						
Lise	2	1.9	10	9.3	4.402	.221
Ön Lisans	4	3.7	11	10.2		
Lisans	28	25.9	39	36.1		
Yüksek lisans ve üzeri	7	6.5	7	6.5		
Çalışma yılı						
0-11 ay	2	1.9	5	4.6	9.440	.093
1-5 yıl	23	21.3	29	26.9		
6- 10 yıl	14	13.0	15	13.9		
11-16 yıl ve üzeri	2	1.9	17	16.6		

Acil Serviste Çalışma Süresi						
0-11 ay	8	7.4	9	8.3		
1-5 yıl	23	21.3	37	34.3	2.892	.576
6- 10 yıl	9	8.3	14	13.0		
11-15 yıl ve üzeri	1	0.9	7	6.5		
Aylık Çalışma Saati						
160-180	15	13.9	29	26.9	9.680	.008*
181 ve üzeri	26	24.0	38	35.2		
Acil servis öncesi eğitim						
Eğitim alan hemşireler	12	11.1	26	24.1	3.202	.362
Eğitim almayan hemşireler	29	26.8	41	37.9		

*p < .05

Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ve işle ilgili değişkenler ile travma sonrası stres belirtileri arasındaki fark Tablo 3'te yer almaktadır. Hemşirelerin aylık çalışma saati ile travma sonrası stres belirtileri bakımından anlamlı fark vardır ($X^2 = 9.680$, $p = .008$). Farkın 181 saat üzerinde çalışan hemşirelerden kaynaklandığı belirlenmiştir. Çalışma saati fazla olan hemşireler daha fazla travma sonrası stres belirtileri yaşamaktadır. Diğer değişkenler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > .05$).

Tablo 4. Hemşirelerin Travma Sonrası Stres Belirti Durumları İle Kullandıkları Başetme Yolları Arasındaki Farkın Karşılaştırılması (n = 108)

	Travma sonrası stres durumu				X^2	p
	Evet (25 ≥)		Hayır (24 ≤)			
	n	%	n	%		
Kendi deneyimlerimi kullanarak problemi çözmeye çalışırım.						
Evet	38	35.2	65	60.2	1.081	.298
Hayır	3	2.8	2	1.8		
Bana sıkıntı veren durumlardan kaçınırım.						
Evet	29	26.9	47	43.5	.004	.949
Hayır	12	11.1	20	18.5		
Bulduğum ortamı terk ederim.						
Evet	25	23.1	35	32.4	.786	.375
Hayır	16	14.9	32	29.6		
Sessiz kalır içime kapanırım.						
Evet	19	17.6	19	17.6	3.607	.580
Hayır	22	20.4	48	44.4		
Sigara kullanımımı arttırırım.						
Evet	23	21.3	24	22.2	4.254	.390
Hayır	18	16.7	43	39.8		
Mesleğimin olumsuz yanlarını düşünüp pişmanlık duyarım.						
Evet	34	25.1	32	40.9	13.230	.000*
Hayır	7	15.9	35	26.1		
İş ve sosyal yaşamı karıştırmamaya çalışırım.						
Evet	38	35.2	60	55.6	.297	.586
Hayır	3	2.8	7	6.4		
İstifa edip iş değiştirmeyi düşünürüm.						
Evet	30	27.8	26	24.1	12.030	.001*
Hayır	11	10.2	41	38.0		
Servis değiştirmeyi düşünürüm.						
Evet	32	29.6	26	24.1	18.660	.000*
Hayır	8	7.4	41	38.9		
Hastalık ya da mazeret izni almayı düşünürüm.						
Evet	28	25.9	20	18.5	15.220	.000*
Hayır	13	12.1	47	43.5		
Meslektaşlarımla paylaşıyorum.						
Evet	34	31.5	62	57.4		.123
Hayır	7	6.5	5	4.6	2.379	

Ailemle paylaşırım.						
Evet	28	25.9	38	35.2	1.434	.231
Hayır	13	12.0	29	26.9		
Yöneticilerle paylaşırım.						
Evet	25	25.9	37	35.2	1.434	.231
Hayır	13	12.0	29	26.9		
Hastalarla iletişimimi azaltırım.						
Evet	31	28.7	29	26.9	10.760	.001*
Hayır	16	9.2	30	35.2		
Hastanın sıkıntısını azaltmak beni rahatlatır.						
Evet	26	22.8	59	37.2	.786	.375
Hayır	16	18.2	32	29.8		
Hastalara karşı içimden öfke duyarım.						
Evet	34	31.5	23	21.5	24.100	.000*
Hayır	7	6.4	44	40.6		

*p < .05

Tablo 4'te hemşirelerin travma sonrası stres belirti durumu ile kullandıkları başetme yolları arasındaki fark karşılaştırılmıştır. Hemşirelerin başetme yolları ile travma sonrası stres belirtileri bakımından anlamlı farklar bulunmuştur. Travma sonrası stres belirtileri yaşayan hemşirelerin anlamlı derecede mesleklerinin olumsuz yanlarını düşünerek pişmanlık duydukları ($X^2 = 13.230$, $p = .000$), istifa ederek iş değiştirmeyi düşündükleri ($X^2 = 12.030$, $p = .001$), hastalarla iletişimlerini azalttıkları ($X^2 = 10.760$, $p = .001$), servis değiştirmeyi düşündükleri ($X^2 = 18.660$, $p = .000$), hastalara karşı öfke duydukları ($X^2 = 24.100$, $p = .000$), hastalık ya da mazeret izni almayı düşündükleri ($X^2 = 15.220$, $p = .000$) belirlenmiştir. Diğer değişkenler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > .05$).

Tartışma

Bu çalışmada acil servislere çalışan hemşirelerin travma sonrası stres belirti durumları, travma sonrası stresi etkileyen sosyo-demografik ve işle ilgili değişkenlerin belirlenmesi, travma sonrası stres belirtileri ile başetmede hemşirelerin kullandığı yollara ışık tutmaya çalışılmıştır. Araştırma sonucunda hemşirelerin %38'inin travma sonrası stres yaşadığı belirlenmiştir. Araştırma sonucunda aylık çalışma saati fazla olan hemşirelerin daha riskli oldukları belirlenmiştir. Travma sonrası stres yaşayan hemşireler meslek seçimleri konusunda pişmanlık duymakta, istifa etmeyi, işten uzaklaşmayı düşünmektedirler. Hemşireler hastalarla iletişimlerini azaltmakta ve hastalara karşı öfke duymaktadırlar. Hemşireler travma sonrası stres ile başetmede önceki deneyimlerinden faydalanmaktadırlar. Literatürde acil çalışanlarında travma sonrası stres, anksiyete, depresyon ve tükenmişlik belirtilerinin sık olarak görüldüğünü gösteren çalışmalar mevcuttur (Annagür, 2010; Ayrancı ve ark., 2002; Gökçe ve Dünder, 2008; McAllister ve McKinnon, 2009; Scully, 2011; Sterud ve ark., 2006). Türkiye'de ilkyardım çalışanlarının anksiyete, depresyon, travma sonrası stres düzeylerinin yüksek olduğunu belirten çalışmalar bulunmakla birlikte (Çakmak, Er, Öz ve Aker, 2009; Tokuç ve Turunç, 2011; Yılmaz, 2007) hemşirelerin bu durumlarla nasıl başettiklerine yönelik bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Yapılan literatür taramasında, çalışmanın sonucunun literatürle benzerlik gösterdiği ancak ülkemizde yapılan çalışmaların sınırlı olduğu görülmüştür. Bu çalışma ve yapılan çalışmalar hemşirelerin evrensel olarak travma açısından ciddi risk altında olduklarını göstermektedir. Bu sonuçlar travmanın hemşireler için öncelikli bir sorun olduğunu desteklemektedir. Acil serviste yaşanan travmalar hemşirelerin ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir ve acil serviste çalışan hemşireler ruhsal travmalar açısından risklidir.

Bu çalışmada travma sonrası stres belirtileri ile demografik değişkenler karşılaştırıldığında çalışma saati fazla olan hemşirelerin daha fazla travma yaşadığı belirlenmiştir. Literatürde uzun mesai saatlerinin hemşirelerin travma sonrası stres düzeyini arttırdığı, başetme davranışlarını ise azalttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Altekin, 2017; Perez, Jones, Englert ve Sachau, 2010; Yeşil, 2010). Çalışma saati yüksek olan hemşireler travma sonrası stres belirtileri yönünden daha riskli olabilirler. Bu anlamda hemşirelerin çalışma saatlerinin düzenlenmesi, uzun çalışma saatlerinin azaltılması travma sonrası stresi azaltmada kurumsal bir önlem olarak sağlanmalıdır.

Bu çalışmada travma yaşayan hemşirelerin travma yaşamayan hemşirelere göre anlamlı derecede mesleklerinin olumsuz yanlarını düşünerek pişmanlık duydukları, istifa ederek iş değiştirmeyi düşündükleri, hastalarla iletişimlerini azalttıkları, servis değiştirmeyi düşündükleri, hastalara karşı öfke duydukları, hastalık ya da mazeret izni almayı düşündükleri belirlenmiştir. Çalışmanın bulguları literatürle benzerlik göstermektedir. Travma sonrası stresle başetmede kullanılan bu etkisiz başetme yollarının sıklıkla travmanın sebep olduğu çaresizlik duygularıyla mücadele etmek için kullanıldığı görülmüştür (Lerias ve Byrne, 2003). Acil çalışanları başetme yöntemi olarak sıklıkla; alkol, sigara, madde ve kafein kullanımı, aşırı derecede yeme ve içme, sürekli gerginlik hali, ekip içi çatışma, kaçma davranışında bulunma, işten uzaklaşma, travmatik olayı unutmaya deneme gibi etkisiz başetme yöntemleri kullanılmaktadır (Beaton, Murphy, Johnson, Pike ve Corneil, 1999; Marmar, Weiss, Metzler ve Delucchi, 1996; Tully, 2004; Yılmaz ve Öztürk, 2011). Acil serviste çalışan hemşirelerin diğer serviste çalışan hemşirelere göre travmayla başa çıkma stratejisi olarak kokain, marihuana gibi yasadışı uyuşturucu ve bağımlılık yapan ilaçları kullanma olasılıklarının daha fazla olduğu, %20'sinin travmanın sonucu olarak meslek değiştirmeyi düşündükleri, sık sık izin ve istirahat raporu aldıkları ortaya çıkmıştır (Byrne ve ark., 2006; Laposa ve ark., 2003; Nelson-Gardell ve Harris, 2003). Laposa, Alden ve Fullerton'un (2003) yaptığı bir çalışmada acil serviste çalışan hemşire ve doktorların %20'sinin yaşanan travma nedeniyle işten ayrılmayı düşündükleri belirlenmiştir. Nelson-Gardell ve Harris'in (2003) çalışmalarında hemşirelerin

yeni bir işe geçme eğilimi gösterebilecekleri ortaya çıkmıştır. Bu çalışma ve yapılan diğer çalışmalar acil serviste çalışan hemşirelerin travmatik stres belirtileri açısından ciddi risk altında olduklarını göstermektedir. Bu sonuçlar travmanın hemşirelik için öncelikli bir sorun olduğunu göstermektedir. Hemşirelerin sağlıklı iş ortamında çalışmaya hakları vardır. Hemşirelerin ruhsal açıdan risk altında olmaları sadece kendilerini etkileyen bir durum değildir. Bu durumdan kurumlar hemşireleri kaybederek, hastalara yetersiz bakım alarak etkilenmektedirler. Araştırmanın sonuçları İzmir ilinde yer alan iki eğitim-araştırma ve iki üniversite hastanesinde küçük bir örnekleme yürütüldüğünden sonuçları genellenemez. Araştırmadan elde edilen sonuçların bu bağlamda değerlendirilmesi önerilir.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Acil servislerde çalışan hemşireler travma sonrası stres belirtileri açısından risklidir, bu nedenle hemşirelere yönelik taramalar yapılabilir, riskli hemşireler belirlenerek, hemşirelere destek sağlanabilir. Deneyimli hemşirelerin çalışma süresi az olan hemşirelere rehberlik etmesi daha deneyimsiz hemşireler için yol gösterici olabilir, hemşirelerin kendi aralarında deneyim paylaşımında bulunarak birbirini destekleyebilecekleri ortamlar oluşturulabilir. Çalışma saati fazla olan hemşireler daha riskli olduklarından hemşirelerin çalışma saatlerinin düzenlenmesine gereksinim bulunmaktadır. Travma sonrası stres belirtileri gösteren hemşirelerin ruhsal destek alabilecekleri birimler oluşturulması ve işlevselliğinin sağlanması gerekmektedir. Kurum içinde hemşirelerin travma sonrası stres belirtileriyle başetmelerini güçlendirecek eğitimler ve aktiviteler yapılması önerilir. Farklı servislerde çalışan hemşirelerle karşılaştırmalı çalışmalar yapılarak riski fazla olan birimlerin tespit edilmesine yönelik tanımlayıcı çalışmalar yapılabilir. Travma sonrası stres açısından riskli hemşirelere yönelik koruyucu ve önleyici girişimler içeren ve etkilerini zaman içinde değerlendiren uzunlamasına deneysel çalışmalar yapılması önerilir.

Kaynaklar

- Akyolcu, N., Öztekin, D., & Çelik, S. (2006). Acil birimlerde "Triyaj" kimler tarafından ve nasıl uygulanıyor? *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 57, 1-7.
- Altekin, S. (2017). Sağlık çalışanlarında ikincil travmatik stres. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6 (2), 90-95.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı DSM-V. (Çeviren: E, Köroğlu, Beşinci baskı). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.(Oriijinal yayının basım yılı 2013).
- Annagür, B. (2010). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2, 161-173.
- Ayrancı, Ü., Yenilmez, Ç., & Günay, Y. (2002). Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 147-54.
- Bauwens, J., & Tosone, C. (2010). Professional posttraumatic growth after a shared traumatic experience: Manhattan clinicians perspectives on post-9/11 practice. *Journal of Loss and Trauma*, 15, 498-517.
- Başoğlu, M., Şalicioğlu, E., Livanou, M. & Özeren, M. (2001). A study of the validity of a screening instrument for traumatic stress in earth quake survivors in Turkey. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 491-509.
- Beaton, R., Murphy, S., Johnson, C., Pike, K., & Corneil, W. (1999). Coping responses and posttraumatic stress symptomatology in urban fire services personnel. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 293-308.
- Bozkurt Zincir, S. (2015). Akut stres bozukluğu. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel sayısı*, 8, 10-20.
- Bush, J. N. (2009). Compassion fatigue: are you at risk? *Oncology Nursing Forum*, 36, 24-28.
- Byrne, M. K., Lerias, D., & Sullivan, N. L. (2006). Predicting vicarious traumatization in those indirectly exposed to bushfires. *Stress and Health*, 22, 167-177.
- Çakmak, H., Er, A. R., Öz, C. Y., & Aker, A. T. (2009). Kocaeli ili 112 acil yardım birimlerinde çalışan personelin Marmara depreminden etkilenme ve olası afetlere hazırlık durumlarının saptanması. *Akademik Acil Tıp Dergisi*, 2, 83-88.
- Dominquez-Gomez, E., & Rutledge, D. N. (2009). Prevalence secondary traumatic stress among emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 35 (3), 199-204.
- Gentry, J. E. (2002). Compassion fatigue. *Journal of Trauma Practice*, 1, 37-61.
- Gholamzadeh, S., Sharif, F., & Rad, F. D. (2011). Sources of occupational stress and coping strategies among nurses who are working in admission and emergency department in hospitals affiliated to Shiraz University of Medical Sciences, Iran. *Iran Journal of Nursing and Midwifery Research*, 16 (1), 42-47.
- Gökçe, T., & Dündar, C. (2008). Samsun ruh ve sinir hastalıkları hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerde şiddete maruziyet sıklığı ve kaygı düzeylerine etkisi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15, 25-28.
- Healy, S., & Tyrell, M. (2011). Stress in emergency departments: experiences of nurses and doctors. *Emergency Nurse*, 19 (4), 31-37.
- Keleşçi, A., & Akyolcu, N. (2011). Acil birimlerde çalışan hemşirelerde çalışma ortamının tükenmişlik düzeylerine etkisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 11 (2), 16-27.
- Kılıç, C., & İnci, F. (2015). Acil tıp çalışanlarında travmatik stres: yaş ve eğitimin koruyucu etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26, 236-241.
- Laposa, J. M., Alden, L. E., & Fullerton, L. M. (2003). Work stress and posttraumatic stress disorder in ED nurses/personnel. *Journal of Emergency Nursing*, 29 (1), 23-28.
- Lerias, D., & Byrne, M. K. (2003). Vicarious traumatization: Symptoms and predictors. *Stress and Health*, 19, 129-138.
- Marmar, C., Weiss, D., Metzler, T., & Delucchi, K. (1996). Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. *American Journal of Psychiatry*, 153, 94-102.
- McAllister, M., & McKinnon, J. (2009). The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: a critical review of the literature. *Nurse Education Today*, 29, 371-379.
- Najjar, N., Davis, W. L., Beck-Coon, K., & Doebbeling, C. C. (2009). Compassion fatigue: a review of the research to date and relevance to cancer-care providers. *Journal of Health Psychology*, 14, 267-277.
- Nelson-Gardell, D., & Harris, D. (2003). Childhood abuse history, secondary traumatic stress and child welfare workers. *Child Welfare: Journal of Policy and Program*, 82 (1), 5-26.
- Perez, L., Jones, J., Englert, D. R., & Sachau, D. (2010). Secondary traumatic stress and burnout among law enforcement investigators exposed to disturbing media images. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 23, 113-124.

- Perry, B., Toffner, G., Merrick, T., & Dalton, J. (2011). An exploration of the experience of compassion fatigue in oncology nurses. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 21, 91-105.
- Scully, P. J. (2011). Taking care of staff: a comprehensive model of support for paramedics and emergency medical dispatchers. *Traumatology*, 17, 35-42.
- Sterud, T., Ekeberg, Q., & Hem, E. (2006). Health status in the ambulance services: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 6, 82-92.
- Stathopoulou, H., Karanikola, M. N., Panagiotopoulou, F., & Papathanassoglou, E. D. (2011). Anxiety levels and related symptoms in emergency nursing personnel in Greece. *Journal of Emergency Nursing*, 37(4), 314-320.
- Tokuç, B., & Turunç Y. (2011). Edirne’de ambulans çalışanlarının anksiyete, depresyon ve işe bağlı gerginlik düzeyleri. *Galip Ekuklu Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 11 (42), 39-44.
- Tully, A. (2004). Stress, sources of stress and ways of coping among psychiatric nursing students. *Journal Psychiatric Mental Health Nursing*, 11 (1), 43-47.
- Yeşil, A. (2010). 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık çalışanlarında ruhsal travma ve ilişkili sorunların yaygınlığı. Ruhsal Travma Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Kocaeli, Türkiye.
- Yılmaz, B. (2007). Yardım çalışanlarında travmatik stres. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 10, 137-147.
- Yılmaz, F., & Öztürk, H. (2011). Causes of conflicts encountered by nurse managers in hospitals and their approaches in conflicts management. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19 (3), 145-52.

Doğum Korkusu Yaşayan Kadınlarda Psiko-Eğitim Obstetrik ve Maternal Sonuçları İyileştirir mi? Sistematik İnceleme*

Nursen BOLSOY ** Nurcan ÇELİK*** Hanife Nurseven ŞİMŞEK****

Öz

Giriş: Doğum korkusu, obstetrik ve maternal sonuçları etkilemektedir. Doğum korkusunu önlemek ya da tedavi etmek için yapılan girişimlerden birisi de antenatal psiko-eğitimidir. **Amaç:** Bu sistematik incelemenin amacı; doğum korkusu yaşayan kadınlarda antenatal psiko-eğitimin obstetrik ve maternal sonuçlar üzerine etkisini araştıran randomize kontrollü çalışmaları incelemektir. **Yöntem:** Sistematik inceleme, konuyla ilgili çalışmaların geriye dönük olarak taranması biçiminde gerçekleştirilmiştir. İncelemede “antenatal”, psycho-education classes” ve “fear of childbirth” anahtar kelimeleri kullanılarak “Google Akademik”, “Science Direct” ve “Wiley Interscience” veri tabanları elektronik olarak taranmıştır. Elektronik veri tabanlarındaki tüm özetler, başlıklar ve makaleler incelenmiş ve 1280 çalışmaya ulaşılmış; bu çalışmalardan son 5 yılı kapsayan 685 çalışma incelenmiş ve bu çalışmalardan dahil olma kriterlerini karşılayan 7 randomize kontrollü çalışma dahil edilmiştir. **Bulgular:** Çalışmalar, doğum korkusu yaşayan kadınlara verilen antenatal psiko-eğitimin doğum korkusunu azalttığını göstermektedir. Azalan doğum korkusu sonucunda; vajinal doğum oranlarının, pozitif doğum deneyiminin, maternal uyumun arttığı ve anneliği olumlu yönde etkilediği, buna karşın sezaryen doğum oranlarının ve postnatal depresif semptomların azaldığı belirtilmektedir. **Sonuç:** Doğum korkusu günümüzde çözülmesi gereken öncelikli sorunlardan biri haline gelmiştir. Doğum korkusu yaşayan kadınlarda psiko-eğitimin obstetrik ve maternal sonuçlar üzerine olumlu etkilerinin olduğu görülmektedir. Bu sistematik incelemenin konu ile ilgili yapılacak olan çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Antenatal, Psiko-eğitim Sınıfları, Doğum Korkusu.

Abstract

Does Psycho-Education Improve the Obstetric and Maternal Outcomes with Women Have a Fear of Childbirth? A Systematic Review

Background: Fear of childbirth affects obstetric and maternal outcomes. One of the interventions to prevent or treat fear of childbirth is antenatal psycho-education. **Objectives:** The aim of this systematic review is to review the randomized controlled trial which research the obstetric and maternal results of the effect of antenatal psycho-education of women who have childbirth fear. **Methods:** This systemic review is performed by retrospective scanning of the studies related the subject. “Google Academic”, “Science direct” and “Wiley Interscience” databases were scanned electronically by using “antenatal”, “psycho-education classes” and “fear of childbirth” keywords. All of the abstracts, titles and articles in electronic databases were detected and reached to 1280 studies; then 685 studies that covered last 5 years were examined, and 7 of randomized controlled study which were met the criteria for including were included to the review. **Results:** These studies has shown that antenatal psycho-education for women who have fear of childbirth is decreased the fear of childbirth. As a result of decreased fear of childbirth; it was reported that vaginal birth rates, positive childbirth experience, maternal adjustment increased and motherhood positively affected, whereas cesarean delivery rates and postnatal depressive symptoms decreased. **Conclusion:** Fear of childbirth has become one of the primacy problems that need to be solved. Psycho-education has a positive effect on obstetric and maternal outcomes in women who have a fear of childbirth. It’s supposed that this review could contribute the studies which would be performed on this area.

Key Words: Antenatal, Psycho-education Classes, Fear of Childbirth.

Geliş tarihi: 07.03.2018 Kabul tarihi: 02.01.2019

Gebelik ve doğum süreci, kadınlar için doğal bir yaşam olayı olmanın yanı sıra fiziksel, biyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı bir süreçtir (Çalık ve Aktaş, 2011; Toohill, Fenwick, Gamble ve Creedy, 2014). Bu süreç kadınlarda, doğumun bilinmeyen ve öngörülemez bir durum olarak algılanmasına ve doğum korkusunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Doğum korkusu; bu süreçte vajinal doğumun neden olduğu kaygı ve endişe olarak tanımlanmaktadır (Lukasse, Schei ve Ryding, 2014). Doğum korkusu nedeniyle gebe kadınların günlük rutinleri, mesleki yaşamları, sosyal faaliyetleri ve ilişkileri önemli ölçüde etkilenmektedir (Fenwick, Staff, Gamble, Creedy ve Bayes, 2010; Kjærgaard, Wijma, Dykes ve Alehagen, 2008; Nieminen, Stephansson ve Ryding, 2009). Yapılan çalışmalarda; gebelerin yaklaşık %20’sinin doğum korkusu yaşadığı ve %6-10’unun ise günlük işlerini ve diğer faaliyetlerini etkilediği belirtilmektedir (Fenwick ve ark., 2013; Kjærgaard ve ark., 2008).

Doğum korkusunu önlemek ya da tedavi etmek için yapılan girişimlerin başında antenatal eğitimler gelmektedir. Bu konudaki yaklaşımların temelini “doğal doğum” ve “psikoprofilaksi” felsefeleri oluşturmuştur. Bu iki felsefenin benzerliği; sağlıklı gebelik, fiziksel uygunluk, normal doğumun fizyolojisi, doğum eylemindeki korkunun ortadan kaldırılması, gevşeme ve nefes alma tekniklerinin kullanımı ve kadının istediği kişi tarafından sürekli desteklenmesi üzerine odaklanmıştır (Gagnon ve Sandall, 2007). Çalışmalar, doğum korkusunu azaltmak için antenatal eğitimlerin etkili olduğunu göstermiştir (Fenwick ve ark., 2015; Haapio, Kaunonen, Arffman ve Astedt-Kurki, 2017; Karabulut, Çoşkuner-Potur, Doğan-Merih, Cebeci-Mutlu ve Demirci, 2016; Kızıllırmak ve Başer, 2016; Kordi, Bakhshi, Masoudi ve Esmaily, 2017; Toohill ve ark., 2014).

*Çalışma, 01-03 Aralık 2017’de Ankara’da düzenlenen II. Uluslararası Gebelik Doğum ve Lohusalık Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur. ** Doktor Öğretim Üyesi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Uncubozköy Sağlık Yerleşkesi, Yunusemre/Manisa. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7035-6342> *** Öğretim Görevlisi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Uncubozköy Sağlık Yerleşkesi, Yunusemre/Manisa. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4323-6430> **** Araştırma Görevlisi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Uncubozköy Sağlık Yerleşkesi, Yunusemre/Manisa. Telefon: 0 236 2318373/585. e-mail: hanife.ege.2006@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8307-6865>

Günümüzde doğuma hazırlık eğitimleri, gebelik, doğum, temel bebek bakım becerileri hakkında bilgi sağlarken, gebelik ve postpartum erken dönemde maternal psiko-sosyal sağlıkla ilgili daha az emosyonel bilgi sağlamaktadır (Gao, Chan, Li, Chen ve Hao, 2010; Ip, Tang ve Goggins, 2009; Ngai, Chan ve Ip, 2009). Fakat psiko-eğitime dayalı müdahaleler, gebeye sağlık durumu ve tedavisiyle ilgili bilgi sağlamanın yanı sıra başa çıkma mekanizmaları ve davranışsal uyumu güçlendirmeyi teşvik etmeye odaklanmaktadır (Lincoln, Wilhelm ve Nestoriuc, 2007). Yani, sadece “bilgi sağlama” değil, bireyin farkındalığını artırarak bireyin davranışlarını ve tutumlarını değiştirmeyi hedeflemektedir (Saisto, Toivanen, Salmela-Aro ve Halmesmaki, 2006; Xia, Merinder ve Belgamwar, 2011). Yapılan çalışmalarda gebelik ve doğum sürecinde psiko-eğitimsel müdahalelerin, maternal psiko-sosyal sağlığı artırdığı, postpartum depresyonu ise azalttığı belirtilmiştir (Gao ve ark., 2010; Gao, Chan ve Sun, 2012; Ip ve ark., 2009; Ngai ve ark., 2009).

Literatürde, doğum korkusu yaşayan kadınlarda antenatal psiko-eğitimin obstetrik ve maternal sonuçlarına yönelik sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu sistematik derlemenin amacı; doğum korkusu yaşayan kadınlarda antenatal psiko-eğitimin obstetrik ve maternal sonuçlar üzerine etkisini araştıran randomize kontrollü çalışmalarını incelemek ve sağlık profesyonelleri için rehber olacak kanıt temelli uygulamaları sunmaktır.

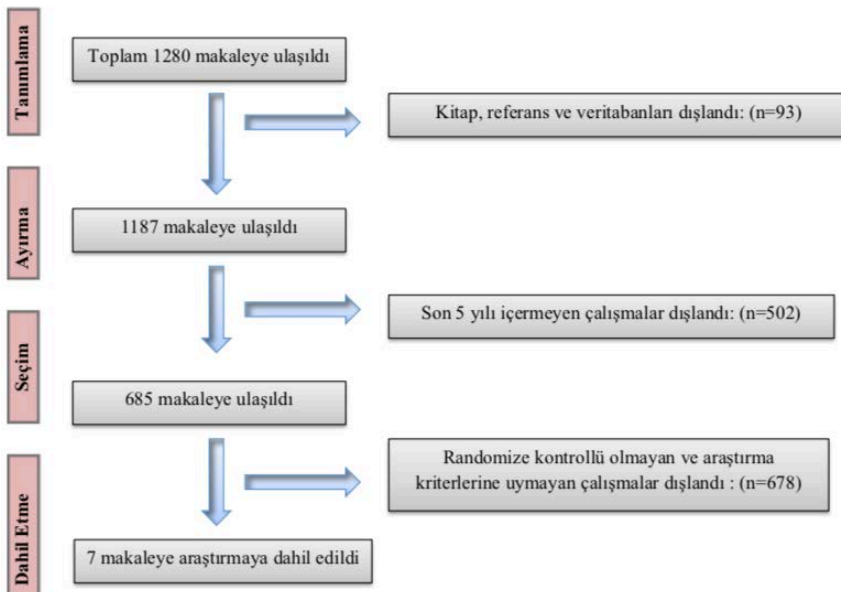
Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu sistematik derleme, sağlık alanında yapılan sistematik derlemelerin nasıl yazılacağı hakkında bilgi veren ve York Üniversitesi Ulusal Sağlık Araştırmaları Enstitüsü tarafından geliştirilen Centre for Reviews and Dissemination (CRD) rehberine göre yapılmıştır (CRD, 2009). Sistematik inceleme, konuyla ilgili çalışmaların geriye dönük olarak taranması biçiminde gerçekleştirilmiştir. Sistematik derleme ve meta-analizler, kanıta dayalı uygulamalarda önemi giderek artan ve klinisyenlere en iyi kanıt sağlayan çalışmalardandır (CRD, 2009; Moher ve ark., 2015; Nahcivan ve Seçginli, 2017). Makaleler, Şekil 1’de belirtildiği gibi PRISMA-P (Sistematik derleme ve meta-analiz raporlarının yazılması için oluşturulmuş rehber) akış şeması doğrultusunda sınıflandırılmıştır. Sistematik inceleme “antenatal”, psycho-education classes” ve “fear of childbirth” anahtar kelimeleri kullanılarak “Google Akademik”, “Science Direct” ve “Wiley Interscience” veri tabanları elektronik olarak taranarak, 01 Mayıs-30 Kasım 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmalar, 3 aşamalı bir süreçle seçilmiştir. İlk olarak elektronik veri tabanlarındaki tüm özetler, başlıklar ve makaleler incelenerek ve 1280 (Google Akademik 988 çalışma, Science Direct 269 çalışma, Wiley Interscience 23 çalışma) çalışmaya ulaşılmıştır. Bu çalışmalardan 93’ü ansiklopedi, kitap bölümü, veri tabanı ve özet olduğu için değerlendirme dışı bırakılarak ve 1187 çalışma incelenmiştir. İkinci olarak, son 5 yılı (2012-2017) kapsayan 685 çalışma (Google Akademik 607 çalışma, Science Direct 61 çalışma, Wiley Interscience 17 çalışma) incelenerek ve 502 çalışma son 5 yıla dâhil olmadığından dışlanmıştır. Üçüncü olarak ise, bu çalışmalardan dâhil olma kriterlerini karşılayan randomize kontrollü 7 çalışma seçilmiş ve 678 çalışma dışlanmıştır. Sistematik incelemeye, sadece gebelik döneminde verilen antenatal psiko-eğitimin doğum korkusu üzerindeki etkisiyle ilgili olan randomize kontrollü çalışmalar dâhil edilmiştir.



Şekil 1. Çalışmaların Seçim Sürecini Gösteren Akış Şeması (PRISMA-P Akış Şeması)

*Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., et al. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 Statement. Systematic Reviews, 4 (1), 1.

Dahil edilen tüm çalışmalar iki ayrı araştırmacı tarafından ayrı ayrı JBI-Meta Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument (JBI-MAStARI)’ın Türkçe versiyonu kullanılarak değerlendirilmiştir. Değerlendirme aracının Türkçe’ye adaptasyonu ve geçerliliği Nahcivan ve Seçginli (2017) tarafından yapılmış olup; Cronbach’s alfa katsayısı 0.68 olarak

bulunmuştur. Kontrol listesi dörtlü likert tipinde olup, her bir madde için “Evet” 1 puan, “Hayır”, “Belirtilmemiş” ve “Uygun değil” cevabı 0 puan olarak değerlendirilmektedir. Değerlendirme puanı 0-10 arasında değişmekte olup; toplam puanın yüksekliği araştırmanın metodolojik kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir (Nahcivan ve Seçginli, 2017).

Değerlendirme sonucunda; tüm makalelere 10 üzerinden 7 puan almıştır (Tablo 1). “Çalışmalarda, katılımcılar girişim/tedavi gruplarına kör teknikle mi atanmıştır? (Katılımcıların yapılan girişimi tedaviyi bilmemesi)”, “Katılımcıları çalışma gruplarına dağıtan kişi, katılımcıların hangi tedaviyi aldığından habersiz miydi?” ve “Sonuçları değerlendirenler katılımcıların hangi grupta olduklarından habersiz miydi?” maddelerinden 0 puan almıştır.

Makale Seçim Kriterleri

Bu sistematik derlemede çalışmaların seçimi, katılımcılar (P: population), müdahaleler (I: interventions), karşılaştırma grupları (C: comparison), sonuçlar (O: outcomes) ve araştırma deseni (S: study designs); yani PICOS yöntemiyle ayrıntılı olarak oluşturulmuş ve aşağıdaki dahil edilme kriterlerine uyması beklenmiştir.

P: Doğum korkusu yaşayan gebelerde, obstetrik ve maternal sonuçlar olumsuz yönde etkilenebilir. Bu yüzden antenatal dönemde doğum korkusu yaşayan gebelerle yapılan çalışmalar, bu araştırmanın hedef grubunu oluşturmuştur.

I: Doğum korkusu ve psiko-eğitim ile ilgili eğitimleri temel alan randomize kontrollü deneysel çalışmalar dahil edilmiştir.

C: Doğum korkusu ve psikoeğitim ile ilgili antenatal dönemde yapılan çalışmaların iki ana değişkeninin karşılaştırılması hedeflenmiştir. Gebelerin obstetrik ve maternal sonuçlarına yönelik yapılan girişimlerin etkilerinin karşılaştırılması.

O: Yapılan girişimlerin sonuçları, obstetrik ve maternal sonuçlar gibi bulgular incelenmiştir.

S: 2012-2017 tarihlerinde uluslararası hakemli bir dergide yayınlanmış olan, İngilizce olan ve konuyla ilgili kanıt düzeyi yüksek olan randomize kontrollü çalışmalar seçilmiştir.

Dışlama Kriterleri

Kongrelerde sunulan özet metinler, sadece özetine ulaşılabilen makaleler, meta analizler, sistematik derlemeler, derleme makaleler ve randomize kontrollü olmayan çalışmalar bu sistematik incelemeye dahil edilmemiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada sınırlı sayıda veri tabanına ulaşılmış olup; MEDLINE, EMBASE, CINAHL, ve PROQUEST gibi arama motorlarına bakılmaması araştırmanın sınırlılığı kabul edilebilir.

Bulgular

Bu incelemeye dahil edilen 7 makale randomize kontrollü çalışmadır. Bu çalışmaların altısını iki farklı proje oluşturmakta olup; üç farklı sunumu bulunmaktadır. Araştırma kriterlerine uygun 7 randomize kontrollü çalışma Tablo 1’de verilmiş olup; 2236 gebeye, Finlandiya, Avustralya ve İran’da yapılmıştır. Araştırma popülasyonu homojendir. Kontrol grubundaki müdahaleler standart bakımı içermektedir.

Salmela-Aro ve arkadaşları (2012) ciddi doğum korkusu yaşayan nullipar kadınlarda, anneliği olumlu yönde geliştirmeyi amaçladıkları çalışmada; deney grubundaki 131 nullipar gebe psiko-eğitim almış, kontrol grubundaki 224 nullipar gebe standart bakım almıştır. Müdahale grubundaki gebeler, 28. haftadan doğuma kadar 6 seans ve 1 seansını ise postpartum 6-8. haftalarda olmak üzere toplam 7 seans psiko-eğitim almıştır. Her seans 120 dk. olup, 30 dakikası gevşemeyi içermektedir. Psiko-eğitim konuları; korku, anksiyete, grup terapisi ve gevşemenin etkileri, doğum korkusu, doğumun evreleri, doğum süreci, hastane rutinleri ve ağrı giderici yöntemler, babanın doğum eylemine katılması, bağlanma, anneliğe uyum, olumlu yönde anneliği teşvik etme, doğum hazırlıklarının tamamlanması ve organizasyonu, postpartum dönemde ise doğum deneyimi, depresyon, anne-yenidoğan ilişkisi ile olumlu yönde ebeveynliği teşvik etme gibi konulardan oluşmaktadır. Seanslara en fazla 6 nullipar kadın alınmış ve her seansta aynı psikolog eğitim vermiştir. Hastane rutinleri, doğum süreci ve ağrı giderici yöntemleri ebe ve psikolog birlikte anlatmışlar ve babaların doğum eylemine katılması seansına partner de katılmıştır. Kadınlara, Wijima Doğum Beklentisi Ölçeği-A versiyonu, Doğuma Hazır Oluşluk Ölçeği, Anneliğe Hazır oluşluk Ölçeği, Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği ve Çift Uyum Ölçeği (Dyadic Adjustment Scale: DAS) uygulanmıştır. Psiko-eğitimin, doğum için annelerin hazır oluşluğunu arttırdığı ve bunun anneliği olumlu yönde geliştireceği sonucuna varılmış ve gruplar arası farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Salmela-Aro ve ark., 2012).

Rouhe ve arkadaşları (2013) doğum korkusu olan kadınlarda, grup psiko-eğitiminin ya da standart bakımın doğum şekline ve doğum memnuniyetine etkisini değerlendirmeyi amaçladıkları çalışmada; deney grubundaki 131 nullipar gebe psiko-eğitim almış, kontrol grubundaki 240 nullipar gebe standart bakım almış ve bu gebeler gerektiğinde halk sağlığı hemşiresine yönlendirilmiştir. Müdahale grubundaki gebelere verilen psiko-eğitim grup terapisi gebelikte 26. haftadan doğuma kadar 6 seans ve 1 seansını ise postpartum dönem 6-8. haftalarda olmak üzere toplam 7 seanstır. Seanslar en fazla 6 nullipar kadından oluşmuş ve her seansta aynı psikolog eğitim vermiştir. Her seans 120 dk. olup, 30 dakikası gevşemeyi içermektedir. Psiko-eğitim konuları; korku ve anksiyete, grup terapisi ve gevşemenin etkileri, doğum korkusu, bireysel reaksiyonların normalleşmesi, doğumun evreleri, hastane rutinleri, doğum süreci, ağrı giderici yöntemler, aile olmak, ilişki değişiklikleri, ebeveynlik, anne olmak, postnatal depresyon, bağlanma, doğum hazırlıkları, doğum deneyimleri, travma ve depresyon ile anne-yenidoğan ilişkisini içermektedir. Hastane rutinleri, doğum süreci ve ağrı giderici yöntemleri ebe ve psikolog birlikte anlatmış, aile olmaya başlama, ilişkilerde değişiklik ve ebeveynlik seansına partner de katılmıştır. Kadınlara, antenatal dönemde Wijima Doğum Beklentisi Ölçeği-A versiyonu, postnatal dönemde ise Doğum Memnuniyeti Ölçeği (Delivery Satisfaction Scale: DDS) ve Wijima Doğum Beklentisi Ölçeği-B versiyonu uygulanmıştır. Psiko-eğitimin, spontan vajinal doğumları arttırdığı, sezaryen oranlarını azalttığı, kadınların daha fazla pozitif doğum deneyimi yaşadığı ve bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Rouhe ve ark., 2013).

Toohill ve arkadaşları (2014) kadınlarda doğum korkusunu azaltmak için ebeler tarafından verilen antenatal psiko-eğitim danışmanlığının etkisini değerlendirmeyi amaçladıkları çalışmada; müdahale grubundaki 170 gebe psiko-eğitim almış, kontrol grubundaki 169 gebe standart bakım almıştır. Müdahale grubundaki gebelere 24 ve 34. gebelik haftalarında, birer seans, toplamda 2 seans psiko-eğitim telefonla verilmiş ve yaklaşık 1 saat sürmüştür. Kadınlara Wijima Doğum Beklentisi Ölçeği-A versiyonu, Doğum Öz-Yeterlilik Ölçeği, Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği ve Karar Çatışması Ölçeği eğitime başlamadan ve gebeliğin 36. haftasında uygulanmıştır. Müdahale grubunda, psiko-eğitimden sonra doğum korkusu puanları daha düşük ve doğum öz-yeterlilik puanlarının daha yüksek olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında karar çatışması ve depresif semptomlar azalmış fakat, istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmiştir (Toohill ve ark., 2014).

Rouhe ve arkadaşları (2015) doğum korkusu olan kadınlarda, grup psiko-eğitiminin ya da standart bakımın doğum deneyimi, postnatal maternal uyum, depresif semptomlar ve post-travmatik stres semptomları üzerindeki etkisini değerlendirmeyi amaçladıkları çalışmada; müdahale grubundaki 131 nullipar gebe psiko-eğitim almış, kontrol grubundaki 240 nullipar gebe standart bakım almış, gerektiğinde halk sağlığı hemşiresine yönlendirilmiş ve bakım almıştır. Müdahale grubundaki gebelere verilen psiko-eğitim grup terapisi gebelikte 6 seans ve doğumdan sonra 1 seans olmak üzere toplam 7 seanstır. Seanslar en fazla 6 nullipar kadından oluşmuş ve her seansta aynı psikolog eğitim vermiştir. Her seans 120 dk. olup, 30 dk.'sı gevşemeyi içermektedir. Psiko-eğitim konuları; korku ve anksiyete, grup terapisi ve gevşemenin etkileri, doğum korkusu, bireysel reaksiyonların normalleşmesi, doğumun evreleri, hastane rutinleri, doğum süreci ve ağrı giderici yöntemler, aile olmaya başlama, ilişki değişiklikleri, ebeveynlik, anne olmaya başlama, postnatal depresyon, bağlanma, doğum hazırlıkları, doğum deneyimleri, travma ve depresyon ile anne-yenidoğan ilişkisini içermektedir. Hastane rutinleri, doğum süresi ve ağrı giderici yöntemleri ebe ve psikolog birlikte anlatmış, aile olmaya başlama, ilişkilerde değişiklik ve ebeveynlik seansına partner de katılmıştır. Müdahale grubundaki gebeler, 28. haftadan doğuma kadar 6 seans psiko-eğitim almışlar ve 1 seansını ise postpartum 6-8. haftalarda almışlardır. Kadınlara, Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, Maternal Uyum ve Tutum Ölçeği, Travmatik Olaylar Ölçeği ve Wijima Doğum Beklentisi Ölçeği A versiyonu gebelikte iki kez ve Wijima Doğum Beklentisi Ölçeği B versiyonu postpartum 3. ayda uygulanmıştır. Psiko-eğitim alanlarda, doğum deneyimlerinin daha iyi olduğu ve postnatal maternal uyumun arttığı vurgulanmıştır. Gruplar arası farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Sosyal destek, psiko-eğitim alma ve daha az korkulu doğum deneyimi ile maternal uyumun daha iyi olacağı düşünülmektedir. Psiko-eğitim alanlarda postnatal depresif semptomların anlamlı olarak daha düşük olduğu belirtilmiştir (Rouhe ve ark., 2015).

Fenwick ve arkadaşları (2015) doğum korkusunu azaltmak için ebeler tarafından verilen psiko-eğitimin kadınların doğum sonuçları ve postpartum psikososyal sağlık üzerindeki etkilerini değerlendirmeyi amaçladıkları çalışmada; müdahale grubundaki 170 gebe psiko-eğitim almış, kontrol grubundaki 169 gebe standart bakım almıştır. Müdahale grubundaki gebelere verilen psiko-eğitim 2 seans olup; 24 ve 34. gebelik haftalarında telefonla verilmiş ve yaklaşık 1 saat sürmüştür. Kadınlara Wijima Doğum Beklentisi Ölçeği-A versiyonu, Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği ve Güven ve Doyum Algısı Ölçeği'nin (Sense of Confidence and Satisfaction Scale) öz-yeterlilik alt boyutu uygulanmıştır. Kontrol grubuyla kıyaslandığında müdahale grubunda, tüm sezaryen ve acil sezaryen oranları azalmış fakat bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmiştir. Müdahale grubundaki az sayıdaki kadın tekrar gebe kaldığında sezaryen doğumu tercih edeceğini belirtmiş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında postnatal depresyon semptom puanları ve doğum memnuniyeti açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamasına rağmen; negatif doğum anılarını hatırlama müdahale grubunda daha düşüktür ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir. Postnatal dönemdeki kadınlar, psiko-eğitimin; karar verme mekanizmalarını güçlendirerek doğum korkularını azaltmada yardımcı olduğunu belirtmişler ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Fenwick ve ark., 2015).

Kordi ve arkadaşları (2017) doğum korkusu olan kadınlarda psiko-eğitime dayalı doğuma hazırlık eğitiminin etkisini değerlendirmeyi amaçladıkları çalışmada; müdahale grubundaki 60 gebe psiko-eğitim almış, kontrol grubundaki 62 gebe ise standart bakım almıştır. Müdahale grubundaki gebelere verilen psiko-eğitim 3 seans olup; 28. gebelik haftasından sonra psikolog ve ebe tarafından verilmiş ve her seans 90 dk. sürmüştür. Kadınlar eğitim almadan önce Wijima Doğum Beklentisi Ölçeği-A versiyonunu, eğitim aldıktan ve doğumdan 6 hafta sonra ise Wijima Doğum Beklentisi Ölçeği-B versiyonunu doldurmuşlardır. Müdahale grubunda doğum korkusu azalmış ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir (Kordi ve ark., 2017).

Toohill ve arkadaşları (2017) yaptıkları çalışmada; doğum korkusu olan kadınlara ebeler tarafından verilen antenatal psiko-eğitimin maliyet etkinliğini değerlendirmeyi amaçlamışlardır. Kadınların doğum korkusu Wijima Doğum Beklentisi Ölçeği-A versiyonu kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu çalışma bir önceki çalışmaya benzer şekilde olup; deney grubundaki 170 gebe psiko-eğitim almış, kontrol grubundaki 169 gebe standart bakım almıştır. Müdahale grubundaki gebelere verilen psiko-eğitim 2 seans olup; 24 ve 34. gebelik haftalarında telefonla verilmiş ve yaklaşık 1 saat sürmüştür. Her iki gruptaki kadınlara postpartum 6. haftada gebelikte kullandığı sağlık hizmetlerinin toplam maliyeti için anket uygulanmıştır. Psiko-eğitim alan grupta vajinal doğum oranlarının 2 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Ebelerden psiko-eğitim alan her 5 kadından birisine sezaryen yapılmamıştır. Bu müdahale ile genel olarak sağlık maliyetinin oldukça azaldığı belirtilmiştir (Toohill, Callander, Gamble, Creedy ve Fenwick, 2017).

Tablo 1. Araştırmaların Yöntem ve Sonuçları

Yazar/ Yıl	Yöntem	Araştırma populasyonu	Deney grubuna uygulanan müdahale	Kontrol grubuna uygulanan müdahale	Sonuçlar	Kalite Puanı
Salmel a-Aro ve ark., 2012	Randomize kontrollü çalışma	131 gebe müdahale grubu 224 gebe kontrol grubu	7 seans psiko- eğitim grup terapisi	Standart bakım	Gruplar arasında psiko-eğitimden sonra annelerin doğuma hazır oluşunun arttığı ve bunun anneliğe olumlu yönde katkı sağlayacağı öngörülmektedir. Ayrıca bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.	7
Rouhe ve ark., 2013	Randomize kontrollü çalışma	131 gebe müdahale grubu 240 gebe kontrol grubu	7 seans psiko- eğitim grup terapisi	Standart bakım	Müdahale grubu ve kontrol grubu arasında, spontan vajinal doğum ve müdahaleli vajinal doğum oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Müdahale grubundaki kadınlar daha fazla pozitif doğum deneyimi yaşamışlardır.	7
Toohill ve ark., 2014	Randomize kontrollü çalışma	170 gebe müdahale grubu 169 gebe kontrol grubu	24 ve 34. haftalarda iki seans telefonla psiko-eğitim danışmanlığı	Standart bakım	Gruplar arasında psiko-eğitimden sonra doğum korkusu ve doğum öz-yeterliliği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirtilmiştir. Karar çatışması ve depresif belirtiler azalmış fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.	7
Fenwi ck ve ark., 2015	Randomize kontrollü çalışma	170 gebe müdahale grubu 169 gebe kontrol grubu	24 ve 34. haftalarda iki seans telefonla psiko-eğitim danışmanlığı	Standart bakım	Kontrol grubuyla kıyaslandığında müdahale grubunda, tüm sezaryen ve acil sezaryen oranları kliniksel olarak anlamlı bir şekilde azalmasına rağmen, bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır. Müdahale grubunda daha az sayıda kadın bir sonraki gebeliğinde sezaryeni tercih edeceğini belirtmiş ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir. Negatif doğum anılarını hatırlamanın müdahale grubunda daha düşük olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.	7
					Postnatal dönemdeki kadınlar, psiko-eğitimin; karar verme mekanizmalarını güçlendirerek doğum korkularını azaltmada yardımcı olduğunu belirtmişler ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.	

Rouhe ve ark., 2015	Randomize kontrollü çalışma	131 gebe müdahale grubu 240 gebe kontrol grubu	7 seans psiko-eğitim grup terapisi	Standart bakım	Kontrol grubuna kıyasla müdahale grubunda postnatal maternal uyum ve doğum deneyiminin daha iyi olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirtilmiştir. Postnatal depresif semptomların müdahale grubunda anlamlı derecede düşük olduğu belirtilmiştir. Gruplar arasında post-travmatik stress semptomları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.	7
Toohill ve ark., 2017	Randomize kontrollü çalışma	170 gebe müdahale grubu 169 gebe kontrol grubu	24 ve 34. haftalarda iki seans telefonla psiko-eğitim danışmanlığı	Standart bakım	Müdahale grubunda vajinal doğum oranlarının 2 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir. Psiko-eğitim hariç, diğer sağlık hizmetlerinin ortalama maliyeti müdahale grubunda daha düşük olmasına rağmen; bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ebelerden danışmanlık hizmeti alan her 5 kadından birisine sezaryen yapılmamıştır. Bu müdahale ile genel olarak sağlık maliyetinin oldukça azaldığı belirtilmiştir.	7
Kordi ve ark., 2017	Randomize kontrollü çalışma	60 gebe müdahale grubu 62 gebe kontrol grubu	7 seans psiko-eğitim grup terapisi	Standart bakım	Gruplar arasında psiko-eğitimden sonra doğum korkusunun azaldığı ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.	7

Tartışma

Doğum eylemi, evrensel ve fizyolojik bir süreç olmasına rağmen kadınların doğumda deneyimlediği psikolojik ve duygusal durumlar kadından kadına değişiklik gösterebilir. Doğum deneyimi algıya dayalı bir kavramdır ve uzun yıllar sağlık profesyonelleri tarafından genellikle göz ardı edilmiştir. Fakat son yıllarda, birçok kadın, doğum deneyimini maternal psiko-sosyal sağlığın merkezinde yer alan “öz-olumlama” olarak görmeye başlamıştır (Larkin ve Begley, 2009). Yapılan çalışmalar, doğum korkusu yaşayan kadınlara verilen psiko-eğitimin pozitif doğum deneyimini arttırdığını göstermektedir (Rouhe ve ark., 2013, 2015). Akca ve arkadaşlarının sistematik doğuma hazırlık programının doğum memnuniyeti üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada; sağlık personelinin gebelerle daha iyi iletişim kurmasının ve gebelerin doğum eyleminde karar verme sürecine katılmasının, olumlu doğum deneyimiyle birlikte memnuniyeti arttırdığı belirlenmiştir (Akca ve ark., 2017).

Doğum korkusunu önlemek ya da tedavi etmek için yapılan uygulamaların başında antenatal eğitimler gelmektedir. Yapılan çalışmalar, doğum korkusu yaşayan kadınlara antenatal dönemde verilen psiko-eğitimin doğum korkusunu azaltmada etkili olduğunu göstermiştir (Kordi ve ark., 2017; Toohill ve ark., 2014). Psiko-eğitim ebelerin antenatal bakımlarına kolaylıkla ilave edebilecekleri bir yöntemdir ve doğum korkusu yaşayan kadınlara ebeler tarafından verilen psiko-eğitimin yararlı olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Fenwick, Toohill, Slavin, Creedy ve Gamble, 2017). Haapio ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, doğum korkusu yaşayan ve ilk kez anne olacak kadınlara verilen doğuma hazırlık eğitiminin doğum korkusunu azalttığı belirtilmiştir (Haapio ve ark., 2017). Nieminen ve arkadaşlarının 2016 yılında ciddi doğum korkusu yaşayan nullipar kadınların tedavisinde internete dayalı fizibilite çalışmasında kadınların doğum korkusunun terapi sonrası azaldığı ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir (Nieminen, Andersson, Wijma, Ryding ve Wijma, 2016). Fakat yapılan bir çalışmada küçük sınıflardaki antenatal eğitimin obstetrik ve psikososyal sonuçlar açısından etkili olduğuna dair kanıtların yetersiz olduğu belirtilmiştir (Brixval ve ark., 2015). Bu eğitimlerle ilgili kanıtların yetersizliği; çalışmaların

örneklem büyüklüklerinin küçük olması, eğitimlerin standardizasyonunun sağlanamaması ve teorik temelli olan girişimsel çalışmaların yetersiz olmasıyla açıklanabilir.

Son yıllarda, yüksek sezaryen oranlarının anne ve çocuk sağlığına olumsuz etkileri dünyada ve Türkiye’de öncelikli sorunlardan biri haline gelmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1985’ten bu yana ideal sezaryen oranlarını %10-15 arasında olduğunu öngörmesine rağmen dünyada, sezaryen oranları giderek artmaktadır (Betran ve ark., 2015). Türkiye’de 2016 yılındaki doğumların %53.1’i sezaryen ile gerçekleştirilmiştir ve bu oran DSÖ’nün öngörüsünden çok yüksektir (Köse ve ark., 2017). Doğum eylemi sırasında gebeye sunulan destekleyici bakım ve tıbbi olmayan müdahaleler gereksiz sezaryen oranlarını azaltmada rol oynayabilir (Khunpradit ve ark., 2011). Yapılan çalışmalar, doğum korkusu yaşayan kadınlarda antenatal psiko-eğitimin vajinal doğum oranlarını artırdığını, tüm sezaryen ve acil sezaryen doğum oranlarını azalttığını, ayrıca bir sonraki doğumda daha az kadının tekrar sezaryen doğumu tercih edeceğini göstermektedir (Rouhe ve ark., 2013, 2015; Toohill ve ark., 2017). Saisto ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, ciddi doğum korkusu yaşayan kadınlara verilen terapötik grup psiko-eğitim ve relaksasyon teknikleri uygulandığında anlamlı olarak daha fazla vajinal doğum yaptıkları belirtilmiştir (Saisto ve ark., 2006). Yapılan başka bir çalışmada da, doğum korkusu yaşayan kadınlarda internete dayalı bilişsel davranışçı terapinin sezaryen oranlarını azalttığı saptanmıştır (Larsson ve ark., 2017). Cantone ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptıkları çalışmada antenatal sınıfların sezaryen oranlarını %10 oranında azalttığı belirtilmiştir (Cantone, Pelullo, Cancellieri ve Attena, 2017). Bunun yanında; Yohai tarafından yapılan çalışmada ise, prenatal doğuma hazırlık sınıflarının doğum şekli üzerinde etkisinin olmadığı gösterilmiştir (Yohai ve ark., 2018). Fakat antenatal sınıfların çelişkili sonuçlarının yanında, bireyselleştirilmiş antenatal eğitimin sezaryen sonrası vajinal doğum oranlarını artırdığı bildirilmektedir (Gagnon ve Sandall, 2007). Literatürdeki çalışmaların çoğunluğu eğitime dayalı müdahalelerin vajinal doğum oranlarını artırdığını vurgulamakta ve bulgular benzerlik göstermektedir. Özellikle psiko-eğitime dayalı sınıfların, kadınların hem bilişsel hem de davranışsal uyumları üzerinde olumlu etkisi olduğundan; kadınların vajinal doğumu tercih etme oranları ve olumlu doğum deneyim yaşama oranlarında bir artış sağlayacağı düşünülmektedir.

Doğum hem olumlu hem olumsuz psikolojik tepkilerle ilişkili olabilen karmaşık bir yaşam olayıdır. Bir bebeğe sahip olmak doğum sonrası depresyon ve postnatal psikozda dahil olmak üzere çeşitli zihinsel sağlık sorunları ile ilişkilendirilmiştir (Bastos, Furuta, Small, McKenzie-McHarg ve Bick, 2015). Kişiler arası psikoterapinin postpartum depresyon tedavisinde yaygın olarak kullanıldığı ve genellikle hastalarda iyileşme sağladığı gösterilmiştir (Miniati ve ark., 2014). Yapılan çalışmalar, doğum korkusu yaşayan kadınlara verilen antenatal psiko-eğitimin postnatal depresif semptomları azalttığını göstermiştir (Rouhe ve ark., 2013, 2015). Fakat, Fenwick ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, doğum korkusu yaşayan kadınlara verilen antenatal psiko-eğitimin postnatal depresif semptomlar üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır (Fenwick ve ark., 2015). Kanıtlar gebelikte verilen eğitimlerin postnatal depresyonu önlemede etkili olabileceğini göstermiştir (Clatworthy, 2012). Bulgular, literatürle benzerlik göstermektedir. Çünkü psiko-eğitim, başa çıkma mekanizmalarını güçlendirerek postpartum depresyonu azaltmada etkili olabileceği düşünülmektedir.

Doğum korkusunun anne-bebek ilişkisinde zorluklara ve depresyona neden olduğu düşünülmektedir (Salmela-Aro ve ark., 2012). Yapılan çalışmalar doğum korkusu yaşayan kadınlara verilen antenatal psiko-eğitimin maternal uyumu artırdığını ve anneliği olumlu yönde etkilediğini göstermiştir (Rouhe ve ark., 2015; Salmela-Aro ve ark., 2012). İki çalışmada, psiko-eğitim alan kadınlarda postpartum dönem 6. haftada ve 3. ayda maternal rol yeterliliğinin daha yüksek olduğu, postpartum depresif semptomların daha az olduğu, psikososyal sağlığın daha iyi olduğu ve bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir (Gao ve ark., 2010, 2012). Razurel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, postpartum dönemde anneliğe adaptasyonu sağlamak için verilen psiko-eğitimin; kadınların stresini ve endişesini azalttığı gösterilmiştir (Razurel, Avignon, Gerdy ve Bouton, 2017a). Diğer bir çalışmada ise, gebelikte ve postpartum dönemde verilen psiko-eğitimin; anne-bebek ilişkisini ve ebeveyn öz-yeterliliğini artırdığı belirtilmiştir (Razurel ve ark., 2017b). Bulgular, literatürle benzerlik göstermektedir. Çünkü psiko-eğitimin anne ve bebek arasında davranışsal uyumu güçlendirerek maternal uyumu artırdığı düşünülmektedir.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Doğum korkusu ve sonucunda artan sezaryen oranları günümüzde çözülmesi gereken öncelikli sorunlardan biri haline gelmiştir. Doğum korkusu yaşayan kadınlarda psiko-eğitimin obstetrik ve maternal sonuçlara etkisini araştıran randomize kontrollü çalışma sayısı oldukça azdır ve çalışmaların bazıları aynı araştırmacıların farklı tarihlerde yaptıkları çalışmalarıdır. Ancak, incelenen randomize kontrollü çalışmalar; doğum korkusu yaşayan kadınlarda antenatal psiko-eğitimin vajinal doğum ve pozitif doğum deneyimi, doğum korkusu ve postnatal depresif semptomlar üzerine olumlu etkilerinin olduğunu göstermektedir. Psiko-eğitim, sağlık profesyonelleri için basit bir araçtır ve antenatal eğitim içeriğine kolaylıkla entegre edilebilir. Doğum korkusunu azaltmak, olumlu doğum deneyimini artırmak ve artan sezaryen oranları ile baş etmek için uygun bir müdahale olabilir. Kanıtların yetersiz olduğu göz önüne alındığında gelecekte iyi yapılandırılmış ve iyi rapor edilmiş araştırmalardan ortaya çıkacak kanıtlara ihtiyaç vardır. Antenatal psiko-eğitim sonuçlarını değerlendirmek amacıyla daha geniş örneklem sayısı ve körlük sağlanarak farklı merkezlerde yeni çalışmaların yapılması önerilebilir.

Sonuç

Kişisel sağlık verilerinin kayıt ve korunması, sağlık profesyonellerinin bilgi düzeyi, konu ile ilgili duygu, davranış ve tutumlarında hassasiyet gerektirir. Kişisel sağlık verilerinin hukuka aykırı ve uygunsuz bir şekilde paylaşılması, hukuksal temelde mesleki duyarlılık gereksinimi gösteren davranışlardır. Bireylerin en savunmasız olduğu hastalık durumlarında, garantör konumdaki sağlık personelinin bilgi, farkındalık ve duyarlılığının artırılması, sorumlu, özenli ve dikkatli davranması yasal ön koşuldur. Konu ile ilgili yasal düzenlemeler önemli olmakla birlikte, tek başına yeterli değildir. Bilgi güvenliğine ilişkin önlemlerin alınmasında, verinin meşru amaç için ilgili personel tarafından, gerektiği kadar toplanma, belirli bir süre için

tutulma ve bağımsız bir organ tarafından denetimi gibi hususlarda dikkatli olmayı, özen göstermeyi gerektirir. Bu kapsamda, literatüre yeni kazandırılan geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan “Hemşirelik Öğrencileri İçin Kişisel Sağlık Verilerinin Kayıt Ve Korunması Tutum Ölçeği”nin hemşirelik eğitim sürecinde kullanılması, profesyonel meslek yaşamına geçmeden önce sorumluluk bilincinin artırılması, farkındalık yaratması ve duyarlılık oluşturmaya yönünde anlamlı olacaktır. Ayrıca farklı örneklerde ve sağlık disiplinlerinde de ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılması önerilebilir.

Kaynaklar

- Acı, A., Eşer, A. C., Özyürek, E. S., Aydın, A., Korkmaz, N., Gorgen, H., et al. (2017). The influence of the systematic birth preparation program on childbirth satisfaction. *Archives of Gynecology Obstetrics*, 295 (5), 1127-1133. <https://doi.org/10.1007/s00404-017-4345-5>
- Akers, J., Aguiar-Ibáñez, R., Sari, A. B. A., Beynon, S., Booth, A., Burch, J., et al. (2009). Centre for reviews and dissemination systematic reviews (CRD). Guidance for undertaking reviews in healthcare. Published by CRD, University of York. Erişim: 15.06.2018. https://www.york.ac.uk/media/crd/Systematic_Reviews.pdf
- Bastos, M. H., Furuta, M., Small, R., McKenzie-McHarg, K., & Bick, D. (2015). Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 4:CD007194. DOI: 10.1002/14651858.CD007194.pub2
- Betran, A. P., Torloni, M. R., Zhang, J. J., Gülmezoglu, A. M., & for the WHO Working Group on Caesarean Section. (2015). WHO statement on caesarean section rates. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 123 (5), 667-670. <https://dx.doi.org/10.1111%2F1471-0528.13526>
- Brixval, C. S., Axelsen, S. F., Lauemøller, S. G., Andersen, S. K., Due, P., & Koushede, V. (2015). The effect of antenatal education in small classes on obstetric and psycho-social outcomes - a systematic review. *Bio Med Central Systematic Reviews*, 4:20. <https://dx.doi.org/10.1186%2Fs13643-015-0010-x>
- Çalık, K., & Aktaş, S. (2011). Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi.
- Cantone, D., Pelullo, C. P., Cancellieri, M., & Attena, F. (2017). Can antenatal classes reduce the rate of cesarean section in Southern Italy? *Women and Birth*, 30 (2), e83-e88. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.09.004>
- Clatworthy, J. (2012). The effectiveness of antenatal interventions to prevent postnatal depression in high-risk women. *Journal of Affective Disorders*, 137 (1-3), 25-34. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.02.029>
- Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., Turkstra, E., Sneddon, A., et al. (2013). Study protocol for reducing childbirth fear: a midwife-led psycho-education intervention. *Pregnancy and Childbirth*, 13 (190), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-190>
- Fenwick, J., Staff, L., Gamble, J., Creedy, D. K., & Bayes, S. (2010). Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? *Midwifery*, 26 (4), 394-400. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.10.011>
- Fenwick, J., Toohill, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., Turkstra, E., et al. (2015). Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. *Bio Med Central Pregnancy & Childbirth*, 15 (284), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0721-y>
- Fenwick, J., Toohill, J., Slavin, V., Creedy, D. K., & Gamble, J. (2017). Improving psychoeducation for women fearful of childbirth: Evaluation of an evidence search translation project. *Women and Birth*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2017.06.004>
- Gagnon, A. J., & Sandall, J. (2007). Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood or both. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3:64.CD002869. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002869.pub2>
- Gao, L., Chan, S. W., & Sun, K. (2012). Effects of an interpersonal-psychotherapy-oriented childbirth education programme for Chinese first-time childbearing women at 3-month follow up: Randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 49 (3), 274-281. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.09.010>
- Gao, L., Chan, S.W., Li, X., Chen, S., & Hao, Y. (2010). Evaluation of an interpersonal-psychotherapy-oriented childbirth education programme for Chinese first-time childbearing women: a randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47 (10), 1208-1216. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.03.002>
- Haapio, S., Kaunonen, M., Arffman, M., & Astedt-Kurki, P. (2017). Effects of extended childbirth education by midwives on the childbirth fear of first-time mothers: an RCT. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31 (2), 293-301. <https://doi.org/10.1111/scs.12346>
- Ip, W. Y., Tang, C. S., & Goggins, W. B. (2009). An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *Journal of Clinical Nursing*, 18 (15), 2125-2135. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02720.x>
- Karabulut, Ö., Çoşkuner-Potur, D., Doğan-Merih, Y., Cebeci-Mutlu, S., & Demirci, N. (2016). Does antenatal education reduce fear of childbirth? *International Nursing Review*, 63 (1), 60-67. <https://doi.org/10.1111/inr.12223>
- Khunpradit, S., Tavender, E., Lumbiganon, P., Laopaiboon, M., Wasiak, J., & Gruen, R. L. (2011). Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 6:CD005528. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005528.pub2>
- Kızıllırmak, A., & Başer, M. (2016). The effect of education given to primigravida women on fear of childbirth. *Applied Nursing Research*, 29, 19-24. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.04.002>
- Kjærgaard, H., Wijma, K., Dykes, A. K., & Alehagen, S. (2008). Fear of childbirth in obstetrically low-risk nulliparous women in Sweden and Denmark. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26, 340-50. <https://doi.org/10.1080/02646830802408498>
- Kordi, M., Bakhshi, M., Masoudi, S., & Esmaily, H. (2017). Effect of childbirth psychoeducation program on the level of fear of childbirth in primigravid women. *Evidence Based Care Journal*, 7 (3), 26-34. <http://dx.doi.org/10.22038/ebcj.2017.25676.1575>
- Köse, M. R., Bora-Başara, B., Güler, C., Soyututan-Çağlar, İ., Özdemir, T. A., Aygün, A., et al. (2017). T. C. Sağlık Bakanlığı sağlık istatistikleri yılı 2016. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 1083, SB-SAGEM-2017/4. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0> (Erişim: 29.12.2017).
- Larkin, P., & Begley, C. M. (2009). Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 25 (2), e49-e59. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.07.010>
- Larsson, B., Karlström, A., Rubertsson, C., Ternström, E., Ekdahl, J., Segeblad, B., et al. (2017). Birth preference in women undergoing treatment for childbirth fear: A randomised controlled trial. *Women and Birth*, 30 (6), 460-467. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.04.004>
- Lincoln, T. M., Wilhelm, K., & Nestoriuc, Y. (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 96 (1-3), 232-245. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.07.022>

- Lukasse, M., Schei, B., & Ryding, E. L. (2014). Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5 (3), 99-106. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.06.007>
- Miniati, M., Callari, A., Calugi, S., Rucci, P., Savino, M., & Mauri, M., et al. (2014). Interpersonal psychotherapy for postpartum depression: a systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 17 (4), 257-268. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0442-7>
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., et al. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 Statement. *Systematic Reviews*, 4 (1), 1. doi: 10.1186/2046-4053-4-1
- Nahcivan, N., & Seçginli, S. (2017). How are the methodological quality of quantitative studies included in systematic review? *Turkiye Klinikleri Halk Sağlığı Hemşireliği Özel Dergisi*, 3 (1), 10-9. <http://www.atifdzini.com/article/tr-sistemantik-derlemeye-dahil-edilen-nicel-arastirmalarin-metodolojik-kalitesi-nasil-degerlendirilir-124606.html>
- Ngai, F. W., Chan, S. W., & Ip, W. Y. (2009). The effects of a childbirth psychoeducation program on learned resourcefulness, maternal role competence and perinatal depression: a quasi-experiment. *International Journal of Nursing Studies*, 46 (10), 1298-1306. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.03.007>
- Nieminen, K., Andersson, G., Wijma, B., Ryding, E. L., & Wijma, K. (2016). Treatment of nulliparous women with severe fear of childbirth via the internet: a feasibility study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 37 (2), 37-43. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2016.1140143>
- Nieminen, K., Stephansson, O., & Ryding, E. (2009). Women's fear of childbirth and preferences for caesarean section - a cross sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88 (7), 807-813. <https://doi.org/10.1080/00016340902998436>
- Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3 (1), 142-162. <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/pskguncel/article/view/5000076380>
- Razurel, C., Antonietti, J. P., Rulfi, F., Pasquier, N., Domingues-Montanari, S., & Darwiche, J. (2017b). The impact of pre- and post-natal psycho-educational intervention on the construction of parenthood. *Archives of Women's Mental Health*, 20 (3), 469-472. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0720-2>
- Razurel, C., Avignon, V., Gerdy, P., & Bouton, J. (2017a). Postpartum psycho-educational interviews to promote adaptation in new mothers: A preliminary study. *Journal of Nursing Education and Practice*, 7 (2), 1-9. <https://doi.org/10.5430/jnep.v7n2p1>
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmaki, E., & Saisto, T. (2013). Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women-randomised trial. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 120 (1), 75-84. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12011>
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmaki, E., Ryding, E. L., et al. (2015). Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience – a randomised controlled trial. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 36 (1), 1-9. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2014.980722>
- Saisto, T., Toivanen, R., Salmela-Aro, K., & Halmesmaki, E. (2006). Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85 (11), 1315-1319. <https://doi.org/10.1080/00016340600756920>
- Salmela-Aro, K., Read, S., Rouhe, H., Halmesmaki, E., Toivanen, R. M., Tokola, M. I., et al. (2012). Promoting positive motherhood among nulliparous pregnant women with an intense fear of childbirth: RCT intervention. *Journal of Health Psychology*, 17 (4), 520-534. <https://doi.org/10.1177/1359105311421050>
- Toohill, J., Callander, E., Gamble, J., Creedy, D. K., & Fenwick, J. (2017). A cost effectiveness analysis of midwife psycho-education for fearful pregnant women-a health system perspective for the antenatal period. *Bio Med Central Pregnancy & Childbirth*, 17, 217. <https://dx.doi.org/10.1186%2Fs12884-017-1404-7>
- Toohill, J., Fenwick, J., Gamble, J., & Creedy, D. K. (2014). Prevalence of childbirth fear in an Australian sample of pregnant women. *Bio Med Central Pregnancy & Childbirth*, 14, 275. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-275>
- Toohill, J., Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., Turkstra, E., et al. (2014). A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. *Birth*, 41 (4), 384-394. <https://dx.doi.org/10.1111%2Fbirt.1213>
- Xia, J., Merinder, L. B., & Belgamwar, M. R. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 6, CD002831. DOI: 10.1002/14651858.CD002831.pub2.
- Yohai, D., Alharar, D., Cohen, R., Kaltian, Z., Aricha-Tamir, B., Aion, S. B., et al. (2018). The effect of attending a prenatal childbirth preparedness course on labor duration and outcomes. *Journal of Perinatal Medicine*, 46 (1), 1-6. <https://doi.org/10.1515/jpm-2016-0345>