

# Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi

*Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing*

Cilt/Vol 7 • Sayı/No 2 • Mayıs-Ağustos/ May-August 2020

Sahibi	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Adına Prof. Dr. Leyla DİNÇ	
Sorumlu Yazı İşleri Müdürü Yayın Kurulu	Doç. Dr. Sergül DUYGULU	
Başkan	Doç. Dr. Sergül Duygulu	Hacettepe Üniversitesi
Editör Yardımcıları	Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz Doç. Dr. Fatoş Korkmaz Doç. Dr. Gülten Işık Koç	Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi
Sekreterler	Dr. Öğr. Üyesi Seher Başaran Açıl Dr. Öğr. Üyesi Nilay Ercan Şahin Arş. Gör. Dr. Gül Hatice Tarakçıoğlu Çelik	Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi
İngilizce Dil Editörü	Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem Yücel	Hacettepe Üniversitesi
İstatistik Editörü	Prof. Dr. İbrahim Koruk	Harran Üniversitesi
Baskıya Hazırlama	Prof. Dr. Sevgi Sun Kapucu Doç. Dr. Zehra Gök Metin Dr. Öğr. Üyesi Hatice Pars Dr. Öğr. Üyesi Zeliha Özdemir Köken Arş. Gör. Dr. Ayça Ay Arş. Gör. Sabri Karahan Arş. Gör. Merve Mert Karadaş	Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi
Yayın Kurulu Üyeleri	Prof. Dr. Selma Görgülü Prof. Dr. Hülya Uçar Prof. Dr. Gülnaz Karatay Prof. Dr. Medine Yılmaz Doç. Dr. Deniz Tanyer Doç. Dr. Nurcan Çalışkan Doç. Dr. Şule Ergöl Doç. Dr. Beyza Doğanay Erdoğan	Doğu Akdeniz Üniversitesi Nuh Naci Yazgan Üniversitesi Munzur Üniversitesi İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Konya Selçuk Üniversitesi Gazi Üniversitesi Kırıkkale Üniversitesi Ankara Üniversitesi
Yayın Türü:	Yerel Süreli Yayın	
Yayın Dili:	Türkçe, İngilizce	
Yayınlanma Biçimi:	4 ayda bir yayımlanır	
Basım Tarihi:	03 Temmuz 2020	
Yönetim Yeri:	H.Ü. Hemşirelik Fakültesi Dergisi Yayın Sekreterliği 06100 Sıhhiye, Ankara/Türkiye Tel: 0 312 305 15 80 Faks: 0 312 312 70 85 E-posta: hbdergi@hacettepe.edu.tr Web Adresi: <a href="http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org">http://www.hacettepehemsirelikdergisi.org</a>	

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

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

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

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

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

ONLINE ISSN 2149-2956

## İçindekiler

### Editörden okura

#### Araştırma makaleleri

---

<b>Kemoterapi Tedavisi Alan Çocukların Bakım Vericilerinin Tedaviye Bağlı Komplikasyonlara Yönelik Eğitim Alma ve Uygulama Özellikleri</b> <b>Training and Practice Characteristics of Caregivers of Children Receiving Chemotherapy Treatment for Treatment-Related Complications</b> Sibel KÜÇÜK, Zeynep UZUN, Selda IŞIK EYYUPLU	87
<b>Kalp Yetersizliği Semptom Durum Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması</b> <b>Validity and Reliability of Turkish Version of the Symptom Status Questionnaire-Heart Failure</b> Zehra GÖK METİN, Merve GÜLBAHAR	95
<b>Hemşirelik Öğrencilerinde Profesyonellik Algısı ve Mesleki Değerlere Bağlılık Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi</b> <b>Evaluation of the Relationship Between the Perception of Professionalism and Commitment to Professional Values in Nursing Students</b> Sibel PEKSOY, Sevil ŞAHİN, İlknur DEMİRHAN, Sena KAPLAN	104
<b>Hemşirelik Öğrencilerinin Periferal İntravenöz Kateter Yerleştirme İşlemi Hakkındaki Bilgi ve Beceri Düzeylerinin Belirlenmesi</b> <b>Determination of Knowledge and Skill Levels of Nursing Students on Peripheral Intravenous Catheter Placement</b> Handan EREN, Ayşe TOPUZ, Ayşe Sonay TÜRKMEN	113
<b>Hemodiyaliz Hastalarında Konfor Düzeyinin İncelenmesi</b> <b>Examining the Comfort Level of Hemodialysis Patients</b> Turgay GÜLAY, Çiğdem ÖZDEMİR ELER, Şeyda ÖKDEM, Ebru AKGÜN ÇITAK	122
<b>Yoğun Bakım Hemşirelerinin Duygusal Emek ve Genel Sağlık Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi</b> <b>Investigation of the Relationship Between Emotional Labor and General Health Status of Intensive Care Nurses</b> Altun BAKSI, Aylin DURMAZ EDEER	130
<b>Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hastane Afet ve Acil Durum Planları ile İlgili Görüşlerinin İncelenmesi</b> <b>Examining the Opinions of Nurses Working in a University Hospital About Hospital Disaster and Emergency Plans</b> Aysun İYTEMÜR, Sıdıka TEKELİ YEŞİL	138
<b>The Effect of the Motivational Interviewing on the Lifestyle, Body Mass Index, Blood Pressure, Self-Efficacy Perception and Medication Adherence of Hypertensive Individuals</b> <b>Motivasyonel Görüşmenin Hipertansif Bireylerin Yaşam Tarzı, Vücut Kitle İndeksi, Kan Basıncı, Öz-yeterlilik Algısı ve İlaç Tedavisi Uyumuna Etkisi</b> Funda ÖZPULAT, Oya Nuran EMİROĞLU	149
<b>Ameliyat Sonrası Dönemde Solunum Egzersizi Günlüğü Kullanımının Düzenli Spirometre Kullanımına Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma</b> <b>The Effect of Using Respiratory Exercise Diary on Regular Spirometer Use in the Postoperative Period: A Randomized Controlled Study</b> Seher ÜNVER, Mesude YILMAZ	161
<b>Pediatric Hemşirelerinin Duygu Gereksinimleri ile Maneviyat ve Manevi Bakım Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi</b> <b>Investigation of Pediatric Nurses' Emotional Needs and Their Views on Spirituality and Spiritual Care</b> Hilal KURT SEZER, Emine GEÇKİL	167
<b>Derleme makaleleri</b>	
<b>Fekal Mikrobiyota Transplantasyonu ve Hemşirelik Bakımı</b> <b>Fecal Microbiota Transplantation and Nursing Care</b> Gürkan ÖZDEN, Seher ÇEVİK AKTURA, Seyhan ÇITLIK SARITAŞ	175
<b>Kadınlarda Premenstrual Sendrom Yaşanmasını Etkileyen Sosyal ve Kültürel Faktörler</b> <b>Social and Cultural Factors Affecting Premenstrual Syndrome Experience in Women</b> Safiye ÖZKAN, Gülten KOÇ	180

Cilt 7 Sayı 2, 2020

## ÖNYAZI

Doç. Dr. Sergül DUYGULU

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

### Değerli Okurlarımıza,

Dergimizin 2020 yılı Cilt 7, Sayı 2'sini de sizlerle paylaşmanın mutluluğunu ve onurunu yaşamaktayız. Değerli okurlarımız, ülkemiz hemşirelik eğitim ve uygulamalarına yaptığı önemli katkılarla hemşirelik mesleğinin gelişiminde öncü rol almış değerli hocamız Prof. Dr. Sayın Eren KUM'un aramızdan ayrılışının beşinci yıldönümü olması nedeniyle, değerli hocamızı burada bir kez daha saygı ve hemşirelik mesleğine yapmış olduğu katkılarından dolayı şükran duygularımızla anıyoruz.

Bildiğiniz gibi ülkemiz ve dünyanın içinde bulunduğu COVID-19 pandemisi Aralık 2019'da Çin'in Wuhan kentinde başlayıp tüm dünyayı etkisi altına almış ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından uluslararası bir halk sağlığı acil durumu olarak ilan edilmiştir. COVID-19 salgını esnasında hastaların bakım ve tedavisinde ana güç olarak hemşireler, salgınla mücadelenin ön cephesinde büyük riskler ve zorluklarla karşı karşıya kalmıştır. Bununla birlikte, sağlık bakım kurumlarındaki diğer çalışanlar ve COVID-19 dışında başka bir sağlık gereksinimi nedeniyle hizmet alanlar da bu risklerle karşı karşıya kalmıştır. Bu nedenle hemşirelik hizmetleri yöneticilerin salgınla mücadele kapsamında önceliklerini belirleyerek, çalışanlar ve hizmet alanlar açısından sağlıklı çalışma ortamları oluşturması önemlidir. Bu kapsamda salgınla mücadele büyük bir özveri ve yoğun emek ile çalışan meslektaşlarımıza ve diğer tüm çalışanlara şükranlarımızı sunuyoruz.

Salgın nedeniyle dünya genelinde tüm insanların yaşam biçimlerinde önemli değişiklikler olmuştur. Bununla birlikte eğitim ve araştırma alanında da salgınla mücadele kapsamında önemli değişiklikler yapılmıştır. Bilimsel toplantılar ertelenmiş ya da iptal edilmiştir. Bu nedenle salgınla mücadelenin ortasında kaliteli, güvenli ve kanıta dayalı bakımın sürdürülebilirliği için dergilerin okuyucu kitlesine ulaştırdığı en güncel araştırma sonuçları daha da önem kazanmıştır.

Değerli okurlarımız, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nin 2001 yılından bu yana düzenli olarak organize ettiği ve bir önceki editör yazısında 29-31 Ekim 2020 tarihleri arasında İstanbul'da gerçekleştirileceğini duyurduğumuz 8. Uluslararası Hemşirelik Yönetimi Kongresi de katılımcılarımızın güvenliği için bir yıl ertelenmiştir. 2021 yılı Ekim ayı içerisinde gerçekleştirilecek olan kongrenin kesin tarihleri siz değerli okuyucularımızla çok yakında paylaşılacaktır. Kongreye ilişkin ayrıntılı bilgi için lütfen <http://www.inmc2021.org/> adresini ziyaret ediniz. Salgının yakın zamanda tüm dünyada kontrol altına alınmasını diliyor ve hemşirelik alanındaki bu önemli kongreye tüm okurlarımızı davet etmekten büyük bir mutluluk ve onur duyuyoruz.

Değerli Okurlarımız, dergimizin bu sayısında da 10 araştırma ve iki derleme olmak üzere toplam on iki makale yer almaktadır. Bu sayıda yayınlanan makaleler; hemşirelik esasları, halk sağlığı hemşireliği, iç hastalıkları hemşireliği, çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği, cerrahi hastalıkları hemşireliği, psikiyatri hemşireliği, doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği ve hemşirelikte yönetim alanlarına ilişkin olup, bu makalelerin okurlarımızın sürekli mesleki gelişimlerine ve hemşirelik hizmetleri uygulamalarına katkı sağlayacağına inanıyorum. Dergimizin bu sayısına yayınlarını göndererek katkıda bulunan yazarlarımıza, dergimizin çıkmasına emeği geçen yayın kurulu üyelerine, editör yardımcılara, danışma kurulu üyelerimize ve yayında emeği geçen herkese çok teşekkür ederim.

Çalışmalarını bizimle paylaşmak isteyen yazarların araştırma makalelerini ve olgu sunumlarını beklediğimizi bildirir, tüm insanların barış ve güven içerisinde yaşadığı günler dilerim.

Saygılarımla.

## Araştırma makalesi

## Research article

Kemoterapi Tedavisi Alan Çocukların Bakım Vericilerinin  
Tedaviye Bağlı Komplikasyonlara Yönelik Eğitim Alma ve  
Uygulama ÖzellikleriSibel KÜÇÜK<sup>1</sup>, Zeynep UZUN<sup>2</sup>, Selda IŞIK EYYUPLU<sup>3</sup>

## ÖZ

**Amaç:** Araştırma kemoterapi tedavisi alan çocukların bakım vericilerinin tedaviye bağlı komplikasyonlara yönelik eğitim alma ve uygulama özelliklerinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı kesitsel tipte yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Kemoterapi tedavisi alan 200 çocuğun bakım vericisi araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Veriler 67 soruluk veri formu ile toplanmıştır. Değerlendirmede sayı, yüzde, Ki-kare testleri kullanılmıştır.

**Bulgular:** Bakım vericilerin %42.4'ü özel bir eğitim hemşiresinden eğitim almak istediğini belirtmiştir. Eğitimin verilme zamanı ile ağız bakımında kullanılan malzeme, yediklerini not etme ve bildirme, banyo sırasında lif, banyo sonrasında nemlendirici kullanma, yatağı/beşiği kilitli tutma; eğitimi veren meslek üyesi ile hastane dışından dönüldüğünde, idrar/gaitada kan görüldüğünde yapılanlar, banyo sonrası nemlendirici kullanma; eğitimin tekrarı ile ağız bakımında kullanılan malzeme, günlük ağız bakımı yapma sıklığı, yatağı/beşiği kilitli tutma, maske kullanma, sebze/meyvelerin temizlik şekli, oyuncak seçimi, diş fırçalamaya izin verme, lif kullanma, idrar/gaitada kan görüldüğünde yapılanlar, banyo sonrası nemlendirici kullanma arasındaki fark anlamlıdır (p<0,05).

**Sonuç:** Eğitimlerin özel bir hemşire tarafından verilmesi istenmektedir. Eğitimin zamanı, tekrarı, eğitimi veren meslek üyesi eğitimin etkinliğini etkilemektedir.

**Anahtar kelimeler:** Bakım verici, çocuk, eğitim, kemoterapi, uygulama

## ABSTRACT

Training and Practice Characteristics of Caregivers of  
Children Receiving Chemotherapy Treatment for  
Treatment-Related Complications

**Aim:** This cross-sectional research was conducted with the purpose of determining the training and practice characteristics of caregivers of children receiving chemotherapy treatment for treatment-related complications.

**Material and Methods:** The caregiver of 200 children who received chemotherapy treatment constituted the sample of the study. The data were collected with a 67-question data form. For the analysis of the data; number, percentage and Chi-square tests were used.

**Results:** 42.4% of caregivers stated that they wanted to receive training from a special education nurse. It was found that the differences between the time of training and the material used in oral care, note and report what children eat, using bath puff during the bath, using moisturizer after bath and keeping the bed/cradle locked were significant (p<0.05). There were also significant differences between the professional member who gives the training and the things done when returning to the hospital and blood is seen in urine/stool and using moisturizer after bath (p<0.05). The difference between the repetition of the training and the material used in oral care, the frequency of daily oral care, keeping the bed/cradle locked, using mask, cleaning vegetables/fruits, choosing toys, allowing brushing teeth, using bath puff, the things done when blood is seen in urine/stool and using moisturizer after bathing have been found to be significant (p<0.05).

**Conclusion:** Caregivers request the training to be given by a private nurse. The time of the training, the repetition of the training and the professional member who gives the training affect the effectiveness of the training.

**Keywords:** caregiver, chemotherapy, child, education, practice

<sup>1</sup>Doç. Dr. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Ankara, Türkiye, E-mail: sibel\_9741@hotmail.com, Tel: +90 312 906 10 00 / 1932, ORCID: 0000-0001-9009-1871

<sup>2</sup>Bilim Uzmanı, Hemşire, Ankara Şehir Hastanesi, Yanık Ünitesi, Ankara, Türkiye, E-mail: zey\_tun24@windowlive.com, Tel: 0538 355 45 52, ORCID: 0000-0003-2595-2537

<sup>3</sup>Bilim Uzmanı, Hemşire, Arif Göçmen Aile Sağlığı Merkezi, Ankara, Türkiye, E-mail: seldaishik@hotmail.com, Tel: 0541 484 05 58, ORCID: 0000-0002-4220-543X

Geliş Tarihi: 4 Temmuz 2018, Kabul Tarihi: 3 Mart 2020

**Atıf/Citation:** Küçük S, Uzun Z, Işık Eyyuplu S. Kemoterapi Tedavisi Alan Çocukların Bakım Vericilerinin Tedaviye Bağlı Komplikasyonlara Yönelik Eğitim Alma ve Uygulama Özellikleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(2): 87-94. DOI: 10.31125/hunhemsire.763126



## GİRİŞ

Son yıllarda görülme sıklığı artan kanser vakalarının tedavisinde yaygın olarak kullanılan yöntemlerden olan kemoterapi tedavisi, pek çok yan etki ve soruna yol açabilmektedir<sup>1</sup>. Kemoterapinin yan etkilerine bağlı ortaya çıkan sorunlar çocuğun yaşam kalitesini azaltmanın yanı sıra tedavi sürecini uzatarak sağlık çalışanların iş yüklerini arttırmaktadır<sup>2-4</sup>. Bu olumsuzlukları en aza indirebilmek için kanser tedavisinde hemşire ve diğer sağlık üyelerinin disiplinler arası işbirliği yaklaşımı önerilmekte ve tedavi sürecinde çocuğun bakımından sorumlu bakım vericilerin önemi üzerinde durulmaktadır<sup>2,5-8</sup>. Bakım vericilerin çocuğun bakımından birinci derecede sorumlu olmaları nedeniyle kemoterapi tedavisinin yan etkilerinin önlenmesi, saptanması ve kontrolünde konularında eğitim almaları gerektiği bildirilmektedir<sup>7</sup>. Kristen ve arkadaşları pediatrik onkolojide aile merkezli bakımın önemi vurgulanmakta<sup>5</sup> ve çocuğa bakım veren ebeveyn veya bakım verenin de semptom belirlemesi ve kontrolünde yer alması gerektiği vurgulanmaktadır<sup>9</sup>. Kemoterapi tedavisi alan çocuklarda görülebilecek semptom ve yan etkilerin etkin ve bilinçli hemşirelik girişimleri ve bakım vericilerin eğitilmeleri ile önlenemediği ya da azaltılabildiği belirtilmektedir<sup>2,6,9,10</sup>. Buna karşın onkoloji alanında hasta ve bakım vericilerine hemşire ve diğer sağlık çalışanları tarafından kemoterapi yan etkileri konusunda yapılan bilgilendirmelerin hasta gereksinimlerini yeterince karşılamadığı bildirilmektedir<sup>7,11</sup>.

Hemşirelerin kanser hastaları ve ailelerini, gereksinimleri doğrultusunda bilgilendirmesi, profesyonel destek sağlama, semptom yönetimine ve kendi bakımlarına yönelik düzenli olarak eğitim ve danışmanlık yapmasının önemli olduğu ve pediatrik onkoloji hemşiresinin en önemli rollerinden birinin eğitim ve danışmanlık rolü olduğu belirtilmektedir<sup>2,12</sup>.

### Araştırmanın Amacı

Araştırma kemoterapi tedavisi alan çocukların bakım vericilerinin tedaviye bağlı komplikasyonlara yönelik eğitim alma ve uygulama özelliklerinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

## GEREÇ ve YÖNTEM

### Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı kesitsel tipte yapılmıştır.

### Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ankara il merkezinde bulunan bir çocuk hematoloji onkoloji hastanesinde kemoterapi tedavisi için hematoloji ve hematoloji-onkoloji ünitelerinde yatan 248 çocuğun bakım vericisi oluşturmuştur. Herhangi bir örneklem seçimine gidilmemiş, araştırmaya katılmayı kabul eden, iletişim engeli bulunmayan ve Türkçe konuşan 200 bakım verici araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

### Verilerin Toplanması

Veriler 15.03.2014-15.03.2015 tarihleri arasında araştırmacılar tarafından oluşturulan veri toplama formu ile toplanmıştır. Veri toplama formu iki bölümden oluşmuştur. Birinci bölümde bakım vericilerin ve çocukların sosyodemografik ve hastalık özelliklerini sorgulayan 18 soru yer almaktadır. İkinci bölüm ise kemoterapiye ilişkin oluşabilecek sorunlara yönelik uygulamaları sorgulayan 8,

ağız bakımı ile ilgili 10, enfeksiyon riski ile ilgili 14 soru, beslenmeye ile ilgili 6 soru ve kanama riski ile ilgili 11 soru olmak üzere toplam 67 kapalı uçlu sorudan oluşmuştur. Veriler araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

### Verilerin Değerlendirilmesi

Değerlendirmede sayı, yüzde, Ki kare test istatistikleri kullanılmıştır. Anlamlılık değeri p<0.05 kabul edilmiştir (IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows Version 21.0. Amornk, NY: IBM Corp.).

### Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlanmadan önce gerekli etik izin (Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji EAH:2014/010) alınmıştır. Bakım vericilerinden gönüllü araştırma onam formu ile onam alınmıştır.

## BULGULAR

Araştırmaya katılan bakım vericilerin çoğunluğunun 26-36 (%41.5) ve 18-25 (%29.0) yaş grubunda yer aldığı, tamamının kadın, %86.0'sinin ev hanımı, %47.0'sinin okuryazar/ilkokul mezunu, %97.0'sinin çocuğun annesi olduğu ve %76.5'inin maddi durumunu orta olarak tanımladığı belirlenmiştir. Kemoterapi alan çocukların yaşlarının 0-5 arasında (%53.0) yoğunlaştığı, %51.0'nin cinsiyetinin kız olduğu, %36.5'inin Akut Lenfoblastik Lösemi (ALL), %22.5'nin Akut Miyeloid Lösemi (AML) tanısı aldığı, %91.5'inin kemoterapi, %5.0'inin radyoterapi, %3.5'inin Kemik İliği Transplantasyonu (KİT) tedavisi, %95.5'inin halen kemoterapi tedavisi aldığı saptanmıştır. Kemoterapi tedavisi sırasında çocukların %41.0'inin ağız yarası, %15.5'inin kan değerlerinde düşme, %34.5'inin bulantı, kusma, iştahsızlık, kabızlık, ishal gibi GİS problemleri, %9.0'unun halsizlik ve anksiyete problemi yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Bakım Vericilerin ve Çocukların Sosyodemografik ve Kemoterapi Tedavisine Ait Özellikleri (n=200)

Özellikler	n	%
<b>Bakım vericiye ait özellikler</b>		
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	200	100
<b>Yaş</b>		
18-25	58	29.0
26-35	83	41.5
36-45	47	23.5
45 ve üzeri	12	6.0
<b>Eğitim durumu</b>		
Okuryazar/ilkokul	94	47.0
Ortaokul	51	25.5
Lise	49	24.5
Üniversite	6	3.0

**Tablo 1. Bakım Vericilerin ve Çocukların Sosyodemografik ve Kemoterapi Tedavisine Ait Özellikleri (n=200) (devamı)**

Çalışma durumu		
Ev hanımı	172	86.0
Çalışıyor	28	14.0
<b>Çocuğa yakınlığı</b>		
Anne	194	97.0
Diğer*	6	3.0
<b>Algılanan maddi durum</b>		
İyi	42	21.0
Orta	153	76.5
Kötü	5	2.5
<b>Çocuğa ait özellikler</b>		
<b>Cinsiyet</b>		
Kız	102	51.0
Erkek	98	49.0
<b>Yaş</b>		
0-5	106	53.0
6-10	65	32.5
11-18	29	14.5
<b>Tanı</b>		
ALL	73	36.5
AML	45	22.5
Diğer onkolojik hastalıklar**	43	21.5
Diğer hematolojik hastalıklar***	39	19.5
<b>Daha önce aldığı tedavi</b>		
Kemoterapi	183	91.5
Radyoterapi	10	5.0
KİT	7	3.5
<b>Halen kemoterapi tedavisi alma durumu</b>		
Alıyor	191	95.5
Almıyor	9	4.5
<b>Kemoterapi tedavi sırasında karşılaşılan problemler****</b>		
Ağız yarası oluşma	82	41.0
GİS problemleri (Bulantı, kusma, iştahsızlık, ishal, kabızlık)	56	34.5
Kan değerlerinde düşme	31	15.5
Huzursuzluk, anksiyete	18	9.0
Halsizlik	18	9.0

\*Abla, hala, teyze, babaanne

\*\* Kronik Myeloid Lösemi (KML), aplastik anemi, hemofagositik lenfositiyoz (HLH), lenfoma

\*\*\* Radyosarkom, osteosarkom, Ewing sarkom

\*\*\*\*Soruya birden fazla yanıt verilmiştir. Yüzdeler n sayısı üzerinden değerlendirilmiştir.

Bakım vericilerin tamamının kemoterapi yan etkilerine yönelik olarak eğitim aldığı, %96.0'sinin tüm eğitim konularında, %29.0'unun hastaneye yatışın 2. günü, %92.5'inin sözel olarak, %50.0'sinin ise hemşirelerden eğitimleri aldığı saptanmıştır. %93.5'i eğitimin tekrarlandığını, %84.5'ü eğitimleri yararlı bulunduğunu, %42.4'ü eğitimlerin bir eğitim hemşiresi tarafından verilmesini istediğini belirtmiştir (Tablo 2).

**Tablo 2. Kemoterapi Yan Etkilerine Yönelik Alınan Eğitim ile İlgili Değişkenler (n=200)**

Değişkenler	n	%
<b>Eğitim alma durumu</b>	200	100
<b>Eğitim konuları</b>		
Enfeksiyon riski	6	3.0
Ağız bakımı	1	0.5
Beslenme	1	0.5
Hepsi	192	96.0
<b>Eğitim alma zamanı</b>		
Hastaneye yatışın ilk günü	62	31.0
Hastaneye yatışın 2. günü	58	29.0
Hastaneye yatışın 3-7. günü	45	22.5
Hastaneye yatıştan sonraki bir haftadan sonra	35	17.5
<b>Eğitim şekli</b>		
Sözel	185	92.5
Yazılı materyal kullanılarak	5	2.5
Sözel ve yazılı materyal kullanılarak	10	5.0
<b>Eğitimi veren kişi</b>		
Hemşire	100	50.0
Hekim	35	17.5
Hemşire-hekim birlikte	65	32.5
<b>Tekrarlı eğitim alma durumu</b>	187	93.5
<b>Eğitimin yararlı olduğunu düşünme durumu</b>		
Çok yararlı	169	84.5
Yararlı	27	13.5
Yararlı değil	4	1.5
<b>Eğitime yönelik öneriler (n=170)</b>		
Eğitim hemşiresi tarafından verilmesi	72	42.4
Eğitim için kitap ve broşür hazırlanması	51	30.0
Daha ayrıntılı bilgi verilmesi	32	18.8
İlk gün eğitim verilmemesi	12	7.1
Daha sık eğitim verilmesi	3	1.8

Bakım vericilerin %70.5'i ağız bakımında "sodyum bikarbonat+gargara+fungostatın" kullandığını, %35.0'i her yemekten sonra ağız bakımı yaptığını belirtmiştir. Bakım vericilerin %91.0'inin çocuğunun yanında maske kullandığını, %94.0'ünün odayı sık sık havalandırdığını, %28.0'inin çocuğunu haftada bir banyo yaptırdığını, %22.0'sinin çocuğunun kıyafetlerini ütülediğini, %99.0'unun sık sık ellerini yıkadığını, %56.5'inin hastane dışından döndüğünde sadece elini yıkadığını, %97.5'inin çocuğunun kişisel eşyalarını ayırdığını, %93.0'ü çocuğunun oyuncaklarının yıkanabilen özellikte olduğunu belirtmiştir. Bakım vericilerin %41.0'i çocuk isterse dışardan yemek aldığını, %77.0'si çocuğunun yediklerini not ettiğini, tamamı (%100) yemek yemeyi etkileyen faktörleri hekim ve hemşireye bildirdiğini, %90.0'ı sebze ve meyveleri çocuğuna yedirmeden önce sirkeli suda bekletip yıkadığını ifade etmiştir. Bakım vericilerden çocuğun vücudunda kızarıklık/morluk olduğunda hekim ve hemşireye bildirdiğini, defekasyonu ve anal bölgeyi günlük takip ettiğini, yatak/beşiği kilitli tuttuğunu söyleyenlerin oranının yüksek olduğu (%90) ve bakım vericilerin yalnızca %28.0'inin çocuğunun banyosu sırasında lif kullanmaya izin verdiği ve yine bakım vericilerin %13.5'ünün tırnak vb. kesmeden önce trombosit değerini kontrol ettiği belirlenmiştir (Tablo 3).

**Tablo 3. Bakım Vericilerin Tedavinin Yan Etkilerini Önlemeye Yönelik Uygulamaları (n=200)**

Ağız Bakımı	n	%
<b>Ağız bakımında kullanılan malzeme</b>		
Sodyum bikarbonat	17	8.5
Sodyum bikarbonat+gargara	42	21.0
Sodyum bikarbonat+gargara+fungostatin	141	70.5
<b>Günlük ağız bakımı yapma sıklığı</b>		
1 kez	41	20.5
2 kez	57	28.5
Her yemek sonrası	70	35.0
Her yemek sonrası+yatmadan önce	32	16.0
<b>Enfeksiyon</b>		
Maske kullanma	182	91.0
Odayı sık havalandırma	188	94.0
Banyo yaptırmaya sıklığı		
Her gün	47	23.5
Gün aşırı	53	26.5
Haftada bir	56	28.0
Gerektikçe	44	22.0
Kıyafetleri ütöleme	105	52.5
<b>El yıkama sıklığı</b>		
Sık sık	198	99.0
Kirlenince	2	1.0
<b>Hastane dışından geldikten sonra yapılan uygulamalar</b>		
El yıkama	113	56.5
Banyo + kıyafet değiştirme	87	43.5
Çocuğun kişisel eşyalarının ayırma	195	97.5
Çocuğa oyuncak seçerken dikkat edilen özellikler		
Yıkayabilme	186	93.0
Kadife, pelüş içermeme	14	7.0
<b>Beslenme</b>		
Çocuk istediğinde dışarıdan yemek alma	82	41.0
Yediklerini not etme	154	77.0
Yemek yemeyi etkileyen faktörleri bildirme	200	100.0
Sebze/meyvelerin temizlik şekli		
Yıkama/sadece su ile yıkama	20	10.0
Sirkeli suda bekletip yıkama	180	90.0
<b>Kanama riski</b>		
Vücutta kızarıklık, morluk olduğunda bildirme	199	99.5
Günlük defekasyonu takip etme	198	99.0
Anal bölgeyi günlük gözlemlenme	192	96.0
Yatağı/beşiği kilitli tutma	180	90.0
Banyo sonrası nemlendirici kullanma	170	85.0
Diş fırçası kullanmama	164	82.0
Banyo sırasında lif kullanma	56	28.0
Tırnak kesmeden önce trombosit değerini kontrol etme	27	13.5

Eğitimin verilme zamanı ile çocuğu kemoterapi tedavisi alınırken ağız bakımında kullanılan malzeme, günlük ağız bakımı yapma sıklığı, çocuğun yediklerini not etme ve bildirme, banyo sırasında lif, sonrasında nemlendirici kullanma; eğitimi veren meslek üyeleri ile hastane dışından dönüldüğünde ve idrar/gaitada kan görüldüğünde yapılanlar ve banyo sonrası nemlendirici kullanma; eğitimin tekrarı ile ağız bakımında kullanılan malzeme, maske kullanma, sebze/meyvelerin temizlik şekli, oyuncak seçimi, diş fırçalamaya izin verme, lif kullanma, idrar/gaitada kan

görüldüğünde yapılanlar ve banyo sonrası nemlendirici kullanma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 4). Tabloda yer almamakla birlikte anal bölgeyi gözlemlenme ve eğitimin tekrarı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken ( $\chi^2=43.000$ ;  $p<0.001$ ), kişisel eşyaları ayırma, dışardan yiyecek alma, morluk/kızarıklık görünce bildirme, kıyafetleri ütöleme, banyo yapma zamanı, tırnaklarını kesmeden önce trombosit değerini öğrenme ile eğitimin verilme zamanı, eğitimi veren meslek üyeleri ve eğitimin tekrarı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

## TARTIŞMA

Kanser tedavisi sırasında bakım vericilerinin kemoterapi tedavisinin yan etkileri ve bu yan etkilerin nasıl önleneceği konularında çoğunlukla hemşirelerden düzenli eğitimler almak istedikleri belirtilmektedir<sup>13</sup>. Bu araştırmada bakım vericilerin tamamının eğitim aldığı ve eğitimlerin genellikle hastaneye yatışın ilk ve ikinci gününde ve sözel olarak verildiği saptanmıştır. Eğitim sırasında yazılı ve görsel materyal kullanımı çok düşüktür (Tablo 2). Bu durumun bakım vericiler açısından eğitimin tekrarı ve kalıcılığı bakımından önemli bir eksiklik olduğu düşünülmüştür. Verilen eğitimleri bakım vericilerin büyük çoğunluğu yararlı bulmaktadır. Bakım vericilerin eğitimlerin özel bir hemşire tarafından ve kitap ve broşür kullanılarak verilmesini istemeleri dikkat çekicidir (Tablo 2). Hastaneye yatışın ilk günü eğitim verilememesini isteyen bakım vericiler bulunmasında bakım vericiler ve çocuklarda ilk gün oluşabilecek stresin etkili olduğu düşünülmüştür.

Kemoterapi tedavisinin en sık yan etkilerinden olan mukozit ve ağız yarısı gelişmesi literatüre uygun olarak<sup>14,15</sup> bu çalışmada da yüksektir (Tablo 3). Mukozite bağlı ağız koplasyonlarının önlenmesi için ağız bakımının iyi yapılması gerektiği bildirilmektedir<sup>16</sup>. Bakım vericilerin büyük çoğunluğu tedavi gördükleri hastane protokolünde yer aldığı şekilde ağız bakımını yapmaktadır. Araştırmanın yapıldığı hastanede sodyum bikarbonat, gargara ve fungostatin ağız bakımında kullanılan temel ajanlardı ve bu ajanların birlikte kullanımı yüksektir (Tablo 3). Ancak bakım vericilerin yalnızca %16'sı ağız bakımını olması gereken zamanda yapmaktadır.

Ağız bakımı ile ilgili eğitimlerin alınma zamanı ve eğitimin tekrarı ağız bakımında kullanılan malzemeleri, tek başına eğitimin tekrarı ise ağız bakımı yapma sıklığını etkilemiştir ( $p<0.05$ ). Hastaneye yatışın ilk haftasında ve daha sonra eğitimleri tekrar alan bakım vericiler daha yüksek oranda sodyum bikarbonat +gargara+fungostatin'li gargara kullanarak, en az günde bir defa ve her yemekten sonra ve yatmadan önce çocuklarına ağız bakımı yapmışlardır (Tablo 4). Ağız bakımında uygun solüsyon kullanılması ve ağız bakım sıklığının istendik düzeyde olmasının kemoterapinin sık görülen yan etkilerinden biri olan ağız yarısı görülme oranlarını azaltabileceği düşünülmüştür. Ayrıca bir kez ağız bakımı yapan ebeveynlerin tamamının eğitimleri tekrarlı alan bakım vericilerden oluşması dikkat çekmiştir.

Tablo 4. Bakım Vericilerin Ağız Bakımı, Enfeksiyon, Beslenme ve Kanam Riskine Yönelik Uygulamalarının Eğitimin Zamanı, Eğitimi Veren Sağlık Personeli ve Eğitimin Tekrar Edilme Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=200)

Değişkenler	Eğitim zamanı				Eğitimi veren sağlık personeli				Eğitimin tekrarı			
	Hastaneye yatışın ilk haftasında		Hastaneye yatışın ilk haftasından sonra		Hemşire		Hekim		Evet		Hayır	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Ağız Bakımı</b>												
<b>Ağız bakımında kullanılan malzeme</b>												
Sodyum bikarbonat	15	88.2	2	11.8	12	70.6	5	29.4	12	70.6	5	29.4
Sodyum bikarbonat +gargara	27	64.3	15	35.7	26	85.7	6	14.3	41	97.6	1	2.4
Sodyum bikarbonat +gargara+fungostatin	123	87.2	18	12.8	117	83.0	24	17.0	134	93.5	7	6.5
<b>Analiz</b>	$\chi^2:12.227; p:0.002$				$\chi^2:1.994; p:0.50$				$\chi^2:16.403; p<0.001$			
<b>Günlük ağız bakımı yapma sıklığı</b>												
1 kez	28	68.3	13	31.7	40	97.6	1	2.4	41	100	0	0.0
2 kez	49	86.0	8	14.0	47	82.5	10	17.5	52	91.2	5	8.8
Her yemek sonrası	59	84.3	11	15.7	56	80.0	14	20.0	62	88.6	8	11.4
Her yemek sonrası +yatmadan önce	29	90.6	3	9.4	22	68.8	10	31.2	32	100	0	0.0
<b>Analiz</b>	$\chi^2:7.824; p:0.50$				$\chi^2:10.935; p:0.369$				$\chi^2:8.357; p:0.039$			
<b>Enfeksiyon Riski</b>												
<b>Maske kullanma</b>												
Evet	148	89.7	34	97.1	90	90.0	32	92.4	175	93.6	7	53.8
Hayır	17	10.3	1	2.9	10	10.0	3	8.6	12	6.4	6	46.2
<b>Analiz</b>	$\chi^2:19.55; p:0.162$				$\chi^2:0.266; p:0.876$				$\chi^2:23.434; p<0.001$			
<b>Hastane dışından dönüldüğünde yapılanlar</b>												
Sadece el yıkama	97	58.8	16	45.7	86	52.1	27	77.1	105	56.1	8	61.5
Banyo yapma, kıyafet değiştirme	68	41.2	19	54.3	79	47.9	8	22.9	82	43.9	5	38.5
<b>Analiz</b>	$\chi^2:1.511; p:0.219$				$\chi^2:17.435; p:0.007$				$\chi^2:0.144; p:0.705$			
<b>Oyuncak seçiminde dikkat edilenler</b>												
Yıkabilen	151	91.5	35	100	153	92.7	33	94.3	176	94.1	10	76.9
Kadife/pelüş içermeyen	14	8.5	0	0.0	12	7.3	2	5.7	11	5.9	3	23.1
<b>Analiz</b>	$\chi^2:3.193; p:0.07$				$\chi^2:0.108; p:0.743$				$\chi^2:5.520; p:0.019$			
<b>Beslenme</b>												
<b>Yediklerini not etme, yemek yemeyi etkileyen faktörleri bildirme</b>												
Evet	136	82.4	18	51.4	127	77.0	27	77.1	146	78.1	8	61.5
Hayır	29	17.6	17	48.6	38	23.0	8	22.9	41	21.9	5	38.5
<b>Analiz</b>	$\chi^2:15.664; p<0.001$				$\chi^2:0.000; p:1.000$				$\chi^2:1.877; p:0.171$			
<b>Sebze/meyve temizlik şekli</b>												
Sadece su ile yıkama	19	11.5	1	2.9	15	9.1	5	14.3	13	7.0	7	53.8
Sirkeli su ile yıkama/Bekletme	146	88.5	34	97.1	150	90.9	30	85.7	174	93.0	6	46.2
<b>Analiz</b>	$\chi^2:2.405; p:0.121$				$\chi^2:0.806; p:0.352$				$\chi^2:29.700; p<0.001$			

Tablo 4. Bakım Vericilerin Ağız Bakımı, Enfeksiyon, Beslenme ve Kanam Riskine Yönelik Uygulamalarının Eğitimin Zamanı, Eğitimi Veren Sağlık Personeli ve Eğitimin Tekrar Edilme Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=200) (devamı)

Kanama Riski												
Diş fırçası kullanmama												
Evet	132	80.5	32	91.4	137	83.5	27	77.1	157	84.0	7	58.3
Hayır	32	19.5	3	8.6	27	16.5	8	22.9	30	16.0	5	41.7
<b>Analiz</b>	$\chi^2:2.382; p:0.123$				$\chi^2: .814; p: 0.367$				$\chi^2:5.108; p:0.024$			
Banyo sırasında lif kullanma												
Evet	53	32.1	3	8.6	47	28.5	9	25.7	47	25.1	9	69.2
Hayır	112	67.9	32	91.4	118	71.4	26	74.3	140	74.9	4	30.8
<b>Analiz</b>	$\chi^2:7.943; p:0.005$				$\chi^2: 0.110; p: 0.740$				$\chi^2: 11.724; p:0.001$			
İdrar/gaitada kan gördüğünde yapılanlar												
Geçmesini bekleme	1	0.6	0	0.0	0	0.0	1	2.9	0	0.0	1	7.7
Bildirme	164	99.4	35	100	165	100	34	97.1	187	100	12	92.3
<b>Analiz</b>	Fisher: p: 1.000				$\chi^2: 4.738; p: 0.030$				$\chi^2: 14.457; p<0.001$			
Yatağı/beşiği kilitli tutma												
Evet	145	80.6	35	19.4	147	81.7	33	18.3	171	95.0	9	5.0
Hayır	20	100.0	0	0.0	18	90.0	2	10.0	16	80.0	4	20.0
<b>Analiz</b>	$\chi^2: 4.714; p: 0.030$				$\chi^2: 0.866; p: 0.352$				$\chi^2: 6.664; p: 0.010$			
Banyo sonrası nemlendirici kullanma												
Evet	136	82.4	34	97.1	147	89.1	1	65.7	163	87.2	7	53.8
Hayır	29	17.6	1	2.9	18	10.9	12	34.3	24	12.8	6	46.2
<b>Analiz</b>	$\chi^2:4.906; p:0.027$				$\chi^2: 12.376; p< 0.001$				$\chi^2:10.508; p:0.001$			

Enfeksiyon oranlarını azaltabilmek için nötropenik alanlarda maske kullanımı<sup>17,18</sup>, el hijyenine dikkat edilmesi<sup>19</sup>, oda bulundurulmuş oyuncakların silinebilir, sağlıklı malzemelerden üretilen, kadife/peluş içermeyen özellikte olması<sup>20,21</sup> önerilmektedir. Bu araştırmada el yıkama, maske kullanımı, doğru oyuncak seçimi, çocuğun kişisel eşyalarının ayrılması oranlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Maske kullanımı ve doğru oyuncak seçimi eğitimlerin tekrarıyla anlamlı düzeyde artmaktadır (p<0.05).

Ancak banyo yaptırma rutini, kıyafet ütüleme, hastane dışından dönüşte el yıkama, banyo yapma ve kıyafet değiştirme oranlarının yeterli olmadığı görülmüştür (Tablo 3). Hastane dışından dönüldüğünde yapılması gerekenler konusunda hekimlerden eğitim alanlarda sadece el yıkama oranları yüksek iken banyo yapma ve kıyafetleri değiştirme oranı hemşirelerden eğitim alma ile yükselmektedir ve eğitimi veren meslek mensubu ile anlamlı farklılık oluşmaktadır (p<0.05) (Tablo 4).

Kanser tedavisi sırasında beslenmenin çocuk hastanın genel durumunu, uygulanan tedavilerin devamlılığını ve bakımın niteliğini etkileyen önemli bir etken olduğu bildirilmektedir<sup>16</sup>. Kemoterapi tedavisi süresince enfeksiyonun önlenmesi için çocukların ev dışında hazırlanan dışarıda satılan besinler yememesinin önemli olduğu<sup>22</sup> belirtilmesine karşın bakım vericilerin %41'inin çocuğu istediği takdirde hazır yiyecekler alması olumsuz bir durum olarak değerlendirilmiştir. Nötropenik dönemde pişirilmeyen sebze ve meyvelerin sirkeli suda bekletildikten sonra tüketilmesi önerilmektedir<sup>23</sup>. Ancak bakım vericilerin yalnızca 1/10'unun sebze meyveleri hiç yıkamıyor ya da sadece su ile yıkıyor olmaları sağlığı olumsuz etkilemesi bakımından önemlidir (Tablo 3).

Çocuğun yediklerini not etme ve yemek yemeyi etkileyen faktörleri bildirme oranı eğitimleri hastaneye yatışın ilk haftasında alan bakım vericilerde yüksektir ve eğitimlerin zamanı ile yediklerini not etme ve yemek yemeyi etkileyen faktörleri bildirme ile eğitim alma zamanı arasında anlamlı fark vardır (p<0.05) (Tablo 4). Eğitimlerin hemşirelerden alınması ise sebze ve meyveleri doğru yıkama tekniğini bilme ile oranlarını anlamlı düzeyde yükselmektedir (p<0.05) (Tablo 4).

Kemoterapi ilaçlarının neden olduğu deri, ağız içi ve anal bölge kanamalarının<sup>24-26</sup> önlenmesi amacıyla deri bütünlüğünün korunması<sup>24</sup>, ağız bakımının diş fırçası ile yapılmaması<sup>27</sup>, tırnak kesme gibi yaralanmaya neden olabilecek işlemler öncesinde trombosit değerinin öğrenilmesi<sup>28</sup> önerilmektedir. Özellikle düşmeye bağlı oluşabilecek kanamaların önlenmesinde bakım verici olarak annelerin eğitilmesinin önemli olduğu bildirilmektedir<sup>29</sup>. Bu çalışmada bakım vericilerin diğer kanama önlemlerini bilme oranları yüksek iken banyo sırasında lif kullanmama ve tırnak kesmeden önce trombosit değerlerinin kontrol edilmesi gerektiğini bilme oranlarının düşük olduğu görülmüştür (Tablo 3). Eğitimin veriliş zamanı ile banyo sırasında lif kullanma, sonrasında nemlendirici kullanma ve yatağı/beşiği kilitli tutma arasında anlamlı bir fark olması (Tablo 4) eğitimlerin yeteri kadar etkili olmadığını düşündürmüştür. Eğitimleri hemşirelerden alan bakım vericilerin tamamı idrar/gaitada kan gördüğünde bildirmesi

ve banyo sonrasında nemlendirici kullanılması gerektiğini bilmektedir. Eğitimlerin tekrarı kanama riskini azaltmak için alınması gereken önlemleri bilmeyi anlamlı olarak etkilemektedir (p<0.05).

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Bakım vericiler genel hijyen, beslenmeyi etkileyen faktörleri ve kanama riskini bildirme konularında genellikle doğru uygulama yapmaktadır. Bakım vericiler eğitimlerin özel bir hemşire tarafından verilmesini istemektedir. Eğitimleri veren meslek üyesi, eğitimlerin veriliş zamanı ve sıklığı doğru uygulamaları etkilemektedir. Kemoterapi tedavisi alan çocukların bakım vericilerine tedavi yan etkileri konusunda düzenli aralıklarla, uzman bir eğitim hemşiresi tarafından, yazılı ve görsel materyal ile ve uygulamalı olarak eğitim verilmesi önerilebilir.

**Etik Kurul Onayı:** Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi Etik Kurulundan alınmıştır (2014/010).

**Çıkar Çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Katılımcı Onamı:** Bakım vericilerinden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

**Yazar katkıları:**

Çalışma tasarımı: SK, ZU

Veri toplama ve/veya analizi: SK, ZU, SIE

Makalenin hazırlanması: SK

**Teşekkür**

Çalışmaya katılan tüm bakım vericilere teşekkür ederiz.

**Ethics Committee Approval:** Approval was obtained from Ethics Committee of Ankara Child Health and Disease Hematology Oncology Training Research Hospital (2014/10).

**Conflict of Interest:** Not reported.

**Funding:** None.

**Exhibitor Consent:** Informed consent was obtained from caregivers.

**Author contributions:**

Study design: SK, ZU

Data collection and analyses: SK, ZU, SIE

Drafting manuscript: SK

**Acknowledgement:** We would like to thank all caregivers who participated to the study.

## KAYNAKLAR

1. Carelle N, Piotto E, Bellanger A, et al. Changing patient perceptions of the side effects of cancer chemotherapy. *Cancer*. 2002;95(1):155-63. doi: 10.1002/cncr.10630.
2. Aygül S, Ulupınar S. Hemşirenin hasta eğitimindeki rolüne yönelik hastaların görüşleri. *Anadolu Hemş ve Sağ Bil Derg*. 2012;15:1-9.
3. Laugsand EA, Jakobsen G, Kaasa S, et al. Inadequate symptom control in advanced cancer patients across Europe. *Sup Care Cancer*. 2011;19:2005-2014.
4. Yeşilbalkan Ö, Akyol A, Çetinkaya Y, ve ark. kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları

- semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. EÜ HYO Derg. 2005;21(1):13-31.
5. Kristen E. Holm MS, Joän M, et al. Parental involvement and family-centered care in the diagnostic and treatment phases of childhood cancer: Results from a qualitative study. JOPON. 2003;20(6):301-313.
  6. Walter W. Rosser JM. Colwill JKasperski, et al. Progress of Ontario's family health team model: a patient-centered medical home. Ann of Fam Med. 2001;9(2): 165-171.
  7. Kutlu L, Mutlu L, Kabaoglu A. Lösemili çocukların ebeveynlerinin bilgilendirilme durumunun değerlendirilmesi. HEAD. 2007;4(1): 32-39.
  8. Er M. Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. Çocuk Sağ ve Hast Derg. 2006;49:155-168.
  9. Aslan Ö, Vural H, Kömürcü Ş, ve ark. Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi. CÜ HYO Derg. 2006;10(1):15-28.
  10. Yıldırım N. Kanser hastalarında karşılanmamış gereksinimler. DEÜ HYO Derg. 2013;6(4):231-240.
  11. Aranda S, Jefford M, Yates P, et al. Impact of a novel nurse-led prechemotherapy education intervention (ChemoEd) on patient distress, symptom burden, and treatment-related information and support needs: results from a randomised, controlled trial. Ann Oncol. 2012;23(1):222-31.
  12. Hollis R, The role of the specialist nurse in pediatric oncology in the United Kingdom. EJC. 2005;41(12):1758-1764.
  13. Aslan Z, Yiğit R, Temel GÖ. Lösemi hastası çocuk ebeveynlerinin çocuğun bakımına ilişkin eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanması. MÜ Sağ Bil Derg. 2014;7(2):58-68.
  14. Goldberg S. Patient perceptions about chemotherapy-induced oral mucositis: implications for primary/prophylaxis strategies. Sup Care Cancer. 2004;12:526-30.
  15. Bhatt V, Vendrell N, Nau K, et al. Implementation of a standardized protocol for prevention and management of oral mucositis in patients undergoing hematopoietic cell transplantation. J Oncol Pharm Prac. 2010;16:195-204.
  16. Kurt A. Çetinkaya Ş. Lösemili çocuklarda yaşam kalitesi ve hemşirelik bakımı. Fırat Sağ Hiz Derg. 2008;3(8):36-56.
  17. Hentrich M, Schalk E, Schmidt-Hieber M, et al. Central venous catheter-related infections in hematology and oncology: 2012 updated guidelines on diagnosis, management and prevention by the Infectious Diseases Working Party of the German Society of Hematology and Medical Oncology. Ann Oncol. 2014;25(5):936-47.
  18. Shang J, Friese C, Wu E, et al. Nursing Practice environment and outcomes for oncology nursing. Canc Nurs. 2013;36(3):206-212.
  19. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. Patient Safty.[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf)
  20. Alahan N, Aylaz R, Yetiş G. Kronik hastalığa sahip ebeveynlerin bakım verme yükü. İÜ Sağ Bil Derg. 2015;4(2):1-5.
  21. Aslan F. 1-3 yaş dönemindeki çocuğun oyun ve oyuncak özelliklerinin gelişim kuramları ile açıklanması. CÜ HYO Derg. 2004;4(2):40-43.
  22. Başaran G. Kanser hastalarında beslenme. Klinik Gelişim. 2004;17:24-32.
  23. Hizel S, Toprak Ş, Albayrak M, ve ark. Kanserli çocuklar hakkında Anadolu'nun kırsal bir ilindeki annelerin bilgi, tutum ve davranışları. Gazi Tıp Derg. 2009;20(1):3-6.
  24. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures. How are childhood cancers treated [Internet]. [Erişim Tarihi 29.08.2014.]. Erişim adresi: <http://www.cancer.org/cancer/cancerinchildren/detailedguide/cancer-in-children-treating-how-are-childhood-cancers-treated>
  25. Karabuğa H, Pınar R. Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi, HEMAR-G. 2013;15(2):1-16.
  26. Zengin O, Saltık S, Duysak Y, ve ark. Kanserli çocuğa sahip ailelerin aşama yaklaşımına göre gösterdikleri tepkiler, DÜ Sağ Bil Ens Derg. 2012;2(1):1-4.
  27. Öztürk D, Hintistan S. Hastaların dahiliye ve cerrahi kliniklerinde hemşirelerin yaptığı hasta eğitimlerini değerlendirmesi. DEÜ HYO E Derg. 2011;4(4):153.
  28. Akçay D, Gözüm S. Kemoterapi alan meme kanserli hastalarda kemoterapinin yan etkilerine ilişkin verilen eğitim ve evde izlemin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. Meme Sağ Derg. 2012;8(4):191-199.
  29. Aykanat B, Gözen D. Çocuk sağlığı hemşireliğinde aile merkezli bakım yaklaşımı. GÜ Sağ Bil Derg. 2014;3(1):683-695.

## Araştırma makalesi

## Research article

Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeğinin  
Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik ÇalışmasıZehra GÖK METİN<sup>1</sup>, Merve GÜLBAHAR<sup>2</sup>

## ÖZ

**Amaç:** Bu araştırmanın amacı, Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılmasıdır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu metodolojik araştırma, Ankara’da bir üniversitenin erişkin hastanesi dahiliye ve kardiyoloji kliniklerinde takip edilen kalp yetersizliği (n=70) hastasıyla, 1 Haziran-5 Temmuz 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür. Veriler “Hasta Bilgi Formu” ve “Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği” ile toplanmıştır. Sırasıyla, ölçeğin dil ve kapsam geçerliği, yapı geçerliği, güvenilirlik değerleri belirlenmiştir.

**Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması 67.15±9.97 yıl olup, yarısından fazlasını (%58.6) evre 3 kalp yetersizliği olanlar oluşturmuştur. Uzman görüşleri arasında yüksek derecede uyum (KGO=1.00) olduğu saptanmıştır. Açıklayıcı faktör analizinde, ölçeğin toplam varyansın %91.009’unu açıklayan yedi faktörlü yapısı olduğu ve faktör yüklerinin 0.2-1.0 arasında değiştiği belirlenmiştir. Doğrulayıcı faktör analizinde, Ki-kare/sd=1.551, normlaştırılmamış uyum indeksi=0.83 ve karşılaştırmalı uyum indeksi=0.83 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.86 bulunmuştur.

**Sonuç:** Ölçeğin, Türk toplumu için geçerli ve güvenilir olduğu ve hastalarda görülen kalp yetersizliği semptomlarını ve etkilerini değerlendirmede klinik araştırmalarda kullanılabileceği belirlenmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Geçerlik ve güvenilirlik, kalp yetersizliği, ölçek, semptom

## ABSTRACT

**Validity and Reliability of Turkish Version of the Symptom Status Questionnaire-Heart Failure**

**Aim:** The aim of this study was to perform validity and reliability of Turkish version of the Symptom Status Questionnaire-Heart Failure.

**Material and Methods:** This methodological study was conducted in patients with heart failure (n=70) followed in internal medicine and cardiology clinics of Hacettepe University Adult Hospital between June 1 and July 5, 2019. “Patient Information Form” and “The Symptom Status Questionnaire-Heart Failure” were used for data collection. The language, content and structure validity and the reliability stages were completed, respectively.

**Results:** The mean age of the patients was 67.15±9.97 years, and more than half of those (58.6%) were diagnosed with stage 3 heart failure. There was a high consistency between the expert views (CVR=1.00). The exploratory factor analysis showed that the scale included seven factors structure explaining 91.009% of the total variance, and the factor loadings ranged from 0.20 to 1.0. According to the confirmatory factor analysis, Chi-square/df was 1.551, non-normed fit index was 0.83, and comparative fit index was 0.83. The internal consistency of the Cronbach’s alpha was found to be 0.86.

**Conclusion:** The questionnaire was found valid and reliable for the Turkish society and can be used to evaluate heart failure symptoms and their effects on patients in clinical trials.

**Keywords:** Heart failure, scale, symptom assessment, validity and reliability

<sup>1</sup>Doç. Dr. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye, E-mail: zehragok85@hotmail.com, Tel: 0312 305 15 80/150, ORCID: 0000-0003-0311-9982

<sup>2</sup>Arş. Gör. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye, E-mail: merve221995@gmail.com, Tel: 0312 305 15 80/181, ORCID: 0000-0002-7793-2311

Geliş Tarihi: 28 Ekim 2019, Kabul Tarihi: 31 Mart 2020

**Atıf/Citation:** Gök Metin Z, Gülbahar M. Kalp Yetersizliği Semptom Durum Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(2): 95-103. DOI: 10.31125/hunhemsire.763128



## GİRİŞ

Etiyolojisinde koroner arter hastalığı, kalp kapak anomalileri, kalbin enfeksiyon ve romatizmal hastalıkları, kardiyomyopatiler, ritm ve iletim bozuklukları, hipertansiyon, diyabet, aile öyküsü, sigara ve alkol kullanımı gibi risk faktörleri bulunan kalp yetersizliği yüksek morbidite ve mortalite hızına sahip, yaygın görülen ve prognozu kötü seyreden ilerleyici bir sağlık sorunudur<sup>1-6</sup>. Yüksek mortalite oranlarının yanı sıra semptom yükü fazla ve yönetimi oldukça zor olan kalp yetersizliği hastalarında; en sık görülen fiziksel semptomlar dispne, ortopne, yorgunluk, göğüs ağrısı, öksürük, periferik ödem, pulmoner konjesyon, çarpıntı, sersemlik hissi, bilişsel ve fonksiyonel sınırlılıklar şeklinde sıralanmaktadır<sup>7-12,13-19</sup>. Kalp yetersizliğinde görülen bu fiziksel semptomlar hastaların fonksiyonel kapasitelerinde azalma, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorlanma, bakım bağımlılığında artma, depresyon, anksiyete, tekrarlı hastane yatışları ve tüm bu etkilerin sonucunda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır<sup>15-22</sup>. Tüm bu etkiler dikkate alındığında, kalp yetersizliği hastalarına kapsamlı bir bakım hizmetinin verilmesinde, tekrarlı yatışların azaltılmasında ve yaşam kalitelerinin artırılmasında kalp yetersizliğine özgü ve en sık görülen fiziksel semptomların varlığını, sıklığını, şiddetini ve her bir semptomun hastalar üzerindeki etkilerini değerlendirme önemli bir gereklilik haline almaktadır.

Kalp yetersizliği semptomlarının değerlendirilmesi açısından uluslararası literatür incelediğinde ise çok sayıda ölçüm ve değerlendirme aracının olduğu dikkat çekmektedir. Hafıza Belirti Değerlendirme Ölçeği (MSAS), Kalp Yetersizliğinde Somatik Algılama Ölçeği (HFSPS) ve Kronik Kalp Yetersizliği Anketi gibi ölçekler kalp yetersizliğinde görülen semptomları çok boyutlu olarak ele alabilmektedir, fakat bu ölçeklerin çoğunun ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılmadığı görülmektedir<sup>18,19,23</sup>. Yukarıda ismi geçen ölçeklerin yanı sıra kalp yetersizliği hastalarında görülen fiziksel semptomları tek boyutlu ele alabilen ve semptomları bütüncül açıdan değerlendirmede sınırlı kalan Dispne-Yorgunluk İndeksi ve Kansas City Kardiyomyopati Anketi (KCCQ) gibi ölçekler de bulunmaktadır. Bu nedenle literatürde mevcut hali ile bulunan ölçüm araçlarının kalp yetersizliği hastalarında görülen ortak fiziksel semptomların hastanın sağlık sonuçları üzerine etkisini değerlendirmede sınırlı kaldığı ve bu nedenle hastaların semptom değerlendirmesinin bütüncül olarak gerçekleştirilmediği görülmektedir.

Yapılan literatür taramasında, Seo ve ark. tarafından (2015) Amerika Birleşik Devletleri'nde geliştirilen, Kore'de (2017) geçerlik ve güvenilirliği yapılan ve orijinal adı "Symptom Status Questionnaire-Heart Failure" olan Kalp Yetersizliği Hastalarında Semptom Durumu Ölçeğinin geliştirildiği görülmüştür. İlgili ölçeğin hastalarda en sık görülen; gün içinde dispne, sırt üstü yatar durumda dispne, yorgunluk, göğüs ağrısı, ödem, uyku sorunları, sersemlik veya baş dönmesi gibi yedi farklı semptomun varlığını, sıklığını, şiddetini ve her bir semptomun hastalar üzerindeki etkilerini subjektif açıdan değerlendirmek için kullanılan, kolay anlaşılabilir, hızlıca uygulanan ve kapsamlı bir ölçüm aracı

olduğu dikkat çekmiştir<sup>18,19</sup>. Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeğinin kalp yetersizliği hastalarında ortak görülen fiziksel semptomları, bu semptomların zaman içindeki değişimlerini ve hasta sonuçlarına etkisini subjektif açıdan değerlendirmede literatüre önemli katkılar sağlayacağı ve ölçeğin kalp yetersizliğine özel ileri klinik çalışmalarda da semptom değerlendirmesinde yararlı olacağı düşünülmektedir.

### Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini gerçekleştirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

### GEREÇ ve YÖNTEM

#### Araştırmanın Türü

Araştırma, Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmek üzere metodolojik olarak gerçekleştirilmiştir.

#### Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma verileri, Ankara'da bir üniversitenin erişkin hastanesi dahiliye ve kardiyoloji poliklinikleri ve yatan hasta kliniklerinde 1 Haziran-5 Temmuz 2019 tarihleri arasında toplanmıştır.

#### Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın yapıldığı kliniklerde kalp yetersizliği tanısı ile takip edilen veya yatarak tedavi alan hastalar çalışmanın evrenini oluşturmuştur. Çalışmanın örnekleme, iletişime girme sorunu olmayan, okuma-yazma bilen, 18 yaş ve üzerinde olan ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden, New York Kalp Birliği (NYHA) sınıflamasına göre Evre II-IV kalp yetersizliği tanısı bulunan, klinikte veya poliklinikte tedavi alan hastalar dahil edilmiştir. Literatürde geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında örneklem büyüklüğünün ölçek madde sayısının en az 5-10 katı olması gerektiği belirtilmektedir<sup>24,25</sup>. Bu nedenle, 7 maddeden oluşan Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmak üzere, araştırma örnekleme ölçek madde sayısının 10 katı kadar olan 70 hasta alınması gerektiği hesaplanmıştır.

#### Veri Toplama Araçları

Araştırmada "Hasta Bilgi Formu" ve orijinal adı "The Symptom Status Questionnaire-Heart Failure" olan "Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği" kullanılmıştır.

#### Hasta Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür taranarak geliştirilen "Hasta Bilgi Formu" yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum, çalışma durumu, kalp yetersizliği tanı yılı, kalp yetersizliği sınıflandırması, sigara kullanma durumu ve komorbid durumlar olmak üzere toplam 10 sorudan oluşmaktadır<sup>15, 16,19, 21, 22</sup>.

#### Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği

Heo ve ark. (2015) tarafından geliştirilen, kalp yetersizliği hastalarında en sık görülen gün içinde dispne, yatar durumda dispne, yorgunluk, göğüs ağrısı, ödem, uyku sorunları, sersemlik ya da baş dönmesi gibi yedi temel semptomun varlığını, sıklığını, şiddetini ve bu semptomlardan her birinin hastayı etkileme derecesini 4'lü likert tipte seçenekler ile hasta ifadelerinden hareketle,

subjektif açıdan değerlendiren bir ölçektir. Ölçeğin orijinal formunda Cronbach alfa değeri 0.80 şeklinde bildirilmiştir. Hasta "sıfır" seçeneğini ifade ettiğinde bu durum hastada ilgili semptomun bulunmadığını göstermektedir. Semptomun varlığı durumunda ise, hastadan semptom sıklığını 1'den (haftada bir defadan az) 4'e (neredeyse haftanın her günü) kadar bildirmesi istenir. Aynı şekilde semptomun şiddeti için de 4'lü Likert tipte (1=hafif, 4=çok fazla), semptomun hastaya verdiği rahatsızlık için de 4'lü Likert tipte (1=neredeyse hiç, 4=çok fazla) seçenekleri yer almaktadır. Her semptomu hesaplamak için hastaların sıklık, şiddet ve rahatsızlık için verdiği tüm değerler toplanmaktadır. Böylelikle ölçekten alınabilen puanlar 0-84 arasında değişmektedir<sup>18,19</sup>.

#### Araştırmanın Uygulanması

Bu araştırma kapsamında, sırasıyla dil geçerliği, kapsam geçerliği, yapı geçerliği ve güvenilirlik aşamaları gerçekleştirilmiştir. Araştırmada veriler, yardımcı araştırmacı tarafından yüz-yüze görüşme tekniği ile toplanmış olup her bir hasta için veri toplama formlarının doldurulması yaklaşık 10-15 dakika almıştır.

**Aşama 1-Dil Geçerliği:** Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği, hemşirelik alanında çalışan ve iyi derecede İngilizce bilen üç akademisyen tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Üç çeviri araştırmacılar tarafından birleştirilip, ölçek maddeleri üzerinde uzlaşma sağlandıktan sonra, her iki dili ana dili düzeyinde bilen bir dil uzmanı tarafından ölçek maddelerinin İngilizceye geri çevirisi yapılmıştır. Ölçeğin İngilizce özgün versiyonu ile İngilizce'ye çevrilmiş versiyonu için ana dili İngilizce olan bir uzmana danışılmış ve bu uzman her iki versiyonu anlam ve benzerlik açısından karşılaştırmıştır. Uzmanın gelen öneriler sonrasında ilgili değişiklikler yapılarak ölçeğe son şekli verilmiş ve her iki ölçek versiyonu orijinal geliştiricilere iletilerek uygunluk alınmıştır.

**Aşama 2-Kapsam Geçerliği:** Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeğinin kapsam geçerliğini yapmak üzere Davis tekniğinden (1992) yararlanılmıştır<sup>32,35</sup>. Davis tekniğinde ölçekte yer alan her bir maddenin kapsam geçerliğini değerlendirmede kullanılan (a) "Uygun", (b) "Madde hafifçe gözden geçirilmeli", (c) "Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli" ve (d) "Madde uygun değil" dördümlü likert tipte derecelendirme bulunmaktadır. Ölçeğin kapsam geçerliğini yapmak üzere, geri çevirisi yapılan ölçek İngilizce orijinali ile karşılaştırılıp ve Türkçe sürüm üzerinde ölçek geliştiricileri ve Türkiye'de iç hastalıkları hemşireliği alanında uzman olan altı akademisyenden görüş alınmıştır. Uzmanlardan ölçekte yer alan her bir soruya ilişkin görüşlerini kapsam geçerliği için hazırlanan form üzerinde işaretlemeleri istenmiştir. Davis tekniğinde, her bir madde için a ve b seçeneklerini işaretleyen uzman sayısının, madde için görüş veren toplam uzman sayısına bölünmesi ile hesaplanan kapsam geçerlik indekslerinin 0.80'in üzerinde olması beklenmektedir<sup>35</sup>.

**Aşama 3-Yapı Geçerliği:** Bu aşamada istatistiksel yazılım programı yardımı ile yapı geçerliği adımlarından olan açımlayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) tekniklerinden yararlanılarak ölçeğin yapı geçerliği açısından uygun olup olmadığı incelenmiştir.

**Aşama 4-Güvenirlilik Çalışması:** Ölçeğin dil geçerliği çalışması tamamlandıktan sonra, ölçekteki madde katsayısının en az 10 katı olacak şekilde toplam 70 kalp yetersizliği hastasına ölçek ilk defa uygulanmıştır. Ölçeğin ilk uygulamasından bir hafta sonra (7 gün) zamana göre değişmezlik (test-retest) çalışması için ilk ölçümdeki hasta sayısının en az %20'si olmak üzere 14 hastaya araştırmacı tarafından yüz-yüze görüşülerek ölçek ikinci defa uygulanmıştır.

#### Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 23.0 programında yapılmıştır. Normal dağılıma uyan verilerde parametrik, normal dağılıma uymayan verilerin değerlendirilmesinde non-parametrik testler kullanılmıştır. Araştırmada sosyo-demografik verilerin incelenmesinde yüzde, frekans, medyan, minimum-maksimum değerler, ortalama ve standart sapma gibi istatistikler kullanılmıştır. Hastaların cinsiyet, medeni durum ve çalışma durumlarına göre ölçek puanları arasında fark olup olmadığı Mann Whitney U, eğitim durumu, ekonomik durum, tanı süresi ve KY evreleri gibi üç ve daha fazla kategorideki değişkenler açısından ölçek puanları arasında fark olup olmadığını belirlemek için Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığını ölçmek için ölçekteki maddeler için Cronbach alfa değeri hesaplanmıştır. Ölçek güvenilirliğini göstermek için maddeler arasındaki ilişki (korelasyon) katsayıları hesaplanmıştır. Ölçek içeriğinin ve örneklem büyüklüğünün yeterliliğini göstermek için Bartlett küresellik testi ve Keiser-Mayer-Olkin testinden faydalanılmıştır. Açımlayıcı faktör analizi uygulanırken temel bileşenler analizi tekniği tercih edilmiştir. Faktör analizi sırasında bağımsızlık ve yorumlamada açıklık sağlama amacı ile dik döndürme teknikleri arasında en sık kullanılan Varimax döndürme yöntemi kullanılmıştır. Zamana göre değişmezlik çalışmasında tekrarlı ölçümler arasındaki ilişkiyi belirlemek için eşleştirilmiş gruplarda t testi ve Pearson Korelasyon testinden yararlanılmıştır.

#### Araştırmanın Etik Boyutu

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılabilmesi için "Symptom Status Questionnaire Heart Failure" ölçeğinin orijinal formunu geliştirmiş olan Dr. Seongkum Heo'ya e-posta yolu ile ulaşılmış, yazardan ölçeğin geçerlik-güvenirlilik çalışması için yazılı izin alınmıştır. Alınan yazılı izin sonrası araştırma, "X Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kuruluna" sunulmuş ve etik kurul onayı alınmıştır (GO 19/524). Etik kurul iznini takiben araştırmanın yürütüldüğü kurumdan araştırmanın uygulanabilmesi için kurum izin yazıları alınmıştır. Araştırma kriterlerine uyan hastaların dahil edilmesi için yardımcı araştırmacı 1 Haziran-5 Temmuz 2019 tarihleri arasında araştırmanın yürütüldüğü kurumun poliklinik ve kliniklerine düzenli ziyaretler yapmıştır. Bu sırada hastaneye başvuran ve dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalara araştırmanın amacı açıklanmış, araştırma hakkında detaylı bilgi aktarılmıştır. Bu bilgilendirme sonrası araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalar gönüllü onam formlarını imzalamışlardır.

**Araştırmanın Sınırlılıkları**

Kalp yetersizliği evresi açısından ele alındığında, araştırma örnekleminin homojen dağılmadığı dikkat çekmiştir. Bu durumun, kalp yetersizliği ilişkili semptomların etkilerini yorumlamada hastalar açısından farklılık yaratabileceği ve araştırmamızda bir sınırlılık olabileceği düşünülmüştür.

**BULGULAR****Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri**

Araştırmaya dahil olan hastaların yaş ortalaması 67.15±9.97 yıl olup, yarısından fazlasını (%58.6) erkek hastalar oluşturmuştur. Hastaların büyük bir kısmının ilköğretim mezunu (%47.1) ve evli (%70.0) olduğu saptanmıştır. Hastaların çoğunluğunun (%91.4) çalışmadığı, yarısından fazlasının ise (%55.8) orta düzeyde gelire sahip olduğu belirlenmiştir. Sigara kullanım durumu açısından bakıldığında, hastaların %58.5'inin sigara kullanmayı bıraktığı ve %8.6'sının halen sigara içtiği ortaya çıkmıştır. Hastaların %45.7'sinin kalp yetersizliği tanı yılının 1-5 yıl arasında, %30.0'unun ise 11 yıl ve üzerinde olduğu bulunmuştur. NYHA sınıflamasına göre, hastaların %58.6'sının evre 3 ve %18.6'sının evre 4 olduğu belirlenmiştir. Eşlik eden komorbid durumların sıklıkla %77.1 hipertansiyon, %67.1 hiperlipidemi ve %35.7 diyabetes mellitus olduğu görülmüştür. Ayrıca, hastaların cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, sigara kullanım durumu gibi değişkenleri açısından ölçek puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı (p>0.05); eğitim durumu, gelir durumu ve kalp yetersizliği tanı yılı değişkenleri açısından ise ölçek puanları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (Tablo 1; p<0.05).

**Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri (n=70)**

Parametre	n	%	X ± SS	İstatistik test	p
<b>Ortalama yaş (yıl)</b>			67.15± 9.97		
<b>Cinsiyet</b>					
Erkek	41	58.6	34.56±13.75	489.500**	0.210
Kadın	29	41.4	38.10±13.08		
<b>Eğitim durumu</b>				11.980***	0.018
Okur-yazar değil	3	4.3	49.33±14.01		
İlköğretim	33	47.1	40.30±13.98		
Lise	19	27.1	31.63±9.63		
Üniversite	13	18.6	28.61±12.42		
Üniversite üzeri	2	2.9	35.50±13.43		
<b>Medeni durum</b>				435.500**	0.311
Evli	49	70.0	35.32±14.50		
Bekar	21	30.0	37.66±10.94		
<b>Gelir durumu</b>				7.210***	0.027
Düşük	12	17.1	44.00±10.06		
Orta	39	55.8	35.66±14.17		
Yüksek	19	27.1	31.73±12.27		
<b>Çalışma durumu</b>				117.500**	0.118
Çalışmıyor	64	91.4	36.79±13.63		
Çalışıyor	6	8.6	27.83±9.28		
<b>Sigara kullanım</b>				4.923***	0.085
İçmiyor	23	32.9	40.65±13.35		
İçiyor	6	8.6	29.16±6.24		
Bırakmış	41	58.5	34.43±13.76		

**Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri (n=70) (devamı)**

Hastalık süresi (yıl)					
1-5	32	45.7	34.00±12.74	1.704***	0.426
6-10	21	30.0	36.47±14.80		
11 ve üzeri	17	24.3	39.29±13.33		
<b>NYHA sınıflama</b>				29.436***	<0.001
Evre 2	16	22.8	23.81± 5.95		
Evre 3	41	58.6	35.60±10.77		
Evre 4	13	18.6	52.38±11.29		
<b>Eşlik eden komorbid durumlar*</b>				--	--
HT	54	77.1	--		
HL	47	67.1	--		
DM	25	35.7	--		
KAH	14	20.0	--		
KOAH	10	14.3	--		

X=Ölçek puan ortalaması, SS= Standart sapma, HT: Hipertansiyon, HL: Hiperlipidemi, DM: Diyabetes Mellitus, KAH: Koroner Arter Hastalığı, KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, \* n katlanmıştır. \*\*Mann-Whitney U, \*\*\*Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır.

**Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeğinin Kapsam Geçerliliği**

Ölçek maddelerini Davis Tekniğine göre değerlendiren altı uzman görüşü sonrası, ölçek maddelerine ilişkin kapsam geçerlik oranları (1.0) ve ölçek kapsam geçerlik indeksi 1.0>0.83 olarak hesaplanmıştır (Tablo 2).

**Tablo 2. Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği Geçerlik Bulguları**

Madde	Uygun (1)	Hafifçe gözden geçirilmeli (2)	Ciddi olarak gözden geçirilmeli (3)	Uygun değil (4)	KGO
1	6	0	0	0	1.00
2	6	0	0	0	1.00
3	6	0	0	0	1.00
4	5	1	0	0	0.83
5	6	0	0	0	1.00
6	5	1	0	0	0.83
7	6	0	0	0	1.00

Toplam uzman sayısı=6, KGO= Kapsam geçerlilik oranı, KGI=Kapsam Geçerlilik İndeksi Ölçek KGI=1 (>0.83)

**Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeğinin Faktör Analizi**

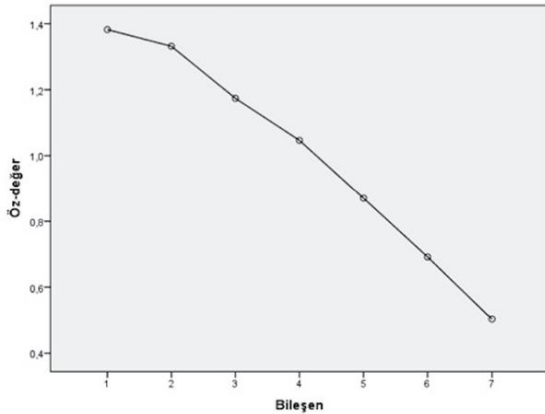
Öncelikle, örneklem sayısının yeterliliğini ve verilerin faktör analizi açısından uygunluğunu belirlemek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett Küresellik Testleri uygulanmıştır. Araştırmamızda, KMO değerinin 0.756, Barlett testi sonucunun ise  $\chi^2=2647.14$  istatistiksel açıdan anlamlı (p<0.05) olduğu hesaplanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3. KMO ve Barlett Küresellik Test Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin Örnekleme Yeterliği Ölçümü			0.756			
Barlett Küresellik Testi Sonuçları	Ki-kare		2647.14			
	Serbestlik derecesi		378			
	P değeri		<0.001			
Faktör öz-değerleri ve açıklama varyansları						
Faktör	Öz-değer	Varyans %	Küm. Varyans %	Döndürme sonrası Öz-değer	Döndürme sonrası varyans %	Küm. Varyans %
1	6.564	23.441	23.441	3.863	13.796	13.796
2	2.887	18.457	41.898	3.843	13.727	27.523
3	3.797	13.560	55.458	3.740	13.358	40.880
4	3.347	11.953	67.411	3.703	13.223	54.104
5	2.887	10.309	77.721	3.633	12.974	67.078
6	2.289	8.176	85.896	3.530	12.606	79.684
7	1.432	5.113	91.009	3.171	11.326	91.009

### Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeğinin Açıklayıcı Faktör Analizi

Açıklayıcı faktör analizi sonucu ortaya çıkan faktör yapısının son şekline ilişkin öz-değerler ve açıklama varyansları Tablo 3'te verilmiştir. Yapılan açıklayıcı faktör analizinde, ölçek maddelerinin tamamının öz-değerinin (eigenvalues) 1'in üzerinde olduğu ve bunların toplam varyansın %91.009'unu açıkladığı saptanmıştır. Faktörler için toplam varyansı açıklama yüzdelerinin birinci faktör için %23.44, ikinci faktör için %18.45 ve üçüncü faktör için %13.65 olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Ölçeğe ait kırılma noktaları ise Şekil 1'de Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeğine İlişkin Scree-Plot Grafiğinde sunulmuştur. Scree-Plot grafiği incelendiğinde, ölçeğin yedi faktörlü yapısı olduğu görülmektedir.



Şekil 1. Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeğine İlişkin Scree-Plot Grafiği

### Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi

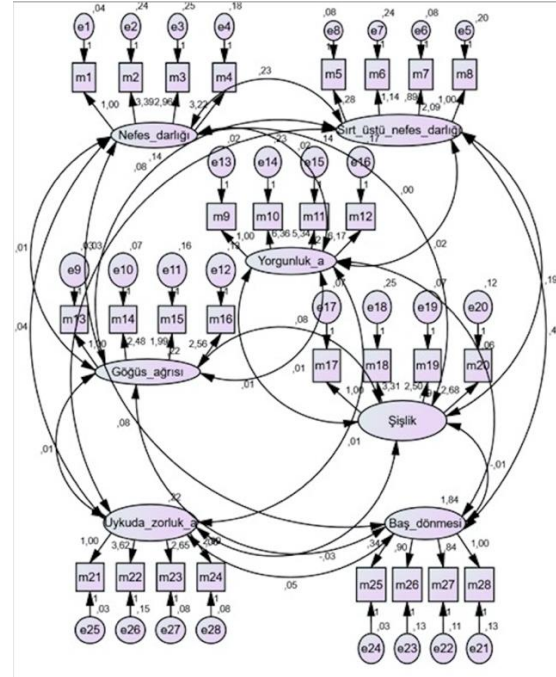
Açıklayıcı faktör analizi sonucunda ölçeğin yedi faktörlü bir yapıya sahip olduğu anlaşılmıştır. Elde edilen veriler üzerinden DFA yapılmıştır. Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeğinin DFA sonrasında elde edilen standart değerleri Tablo 4'te sunulmuştur. Modelin uyumunu değerlendirmek amacıyla uyum iyiliği indeksleri incelenmiştir. Araştırmamızda, Şimşek (2007) tarafından sık

kullanıldığı belirtilen uyum indekslerinden olan  $\chi^2=510.480$ ;  $sd=329$ ;  $RMSEA=0.089$ ;  $GFI=0.933$ ;  $AGFI=0.621$ ;  $CFI=0.836$ ;  $IFI=0.935$  değerleri hesaplanmıştır (Tablo 4). Doğrulayıcı faktör analizi sonrası elde edilen path diyagramı ise Şekil 2'de Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği Path Diyagramında verilmiştir. Path diyagramında, ölçekte yer alan tüm maddelerin faktör yüklerinin 0.2-1.0 arasında değiştiği görülmektedir.

Tablo 4. Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeğinin Uyum Değerleri

Uyumluk indeksi	Değer
Ki-kare ( $\chi^2$ )	510.408
p-değeri	0.000
Serbestlik derecesi	329
Ki-kare/sd	1.551
RMSEA	0.089
SRMR	0.059
NFI	0.836
RFI	0.811
CFI	0.836
IFI	0.935
GFI	0.933
AGFI	0.621

$\chi^2$ =Ki-kare,  $RMSEA$ =Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü,  $SRMR$ =Standartlaştırılmış ortalama hataların karekökü,  $NFI$ =Normlaştırılmış Uyum İndeksi,  $CFI$ =Karşılaştırmalı Uyum İyiliği İndeksi,  $IFI$ =Fazlalık Uyum İndeksi,  $GFI$ =Uyum İyiliği İndeksi,  $AGFI$ =Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi



Şekil 2. Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği Path Diyagramı

### Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeğinin Güvenirliği

Çalışmamızda Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeğinin Cronbach alfa katsayısı 7 maddelik form için 0.86 şeklinde hesaplanmıştır. İlgili ölçeğe ilişkin madde toplam korelasyon katsayıları Tablo 5'te verilmektedir. Ölçeğe ilişkin maddeler arası korelasyon katsayılarının çoğunun %30.0'un üzerinde ve %70.0'in altında olduğu görülmektedir (Tablo 5).

### Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeğinin Zamana Karşı Güvenirliği

Ölçek test-tekrar test puanları arasındaki eşleştirilmiş gruplarda t-testi sonucuna göre; ölçek toplamından elde edilen iki ölçüm arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ( $p>0.05$ ), ayrıca iki ölçüm arasında pozitif yönde çok kuvvetli düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 5;  $p<0.05$ ).

**Tablo 5. Maddelere Ait Faktör Yük Değerleri, Madde Toplam Korelasyon Değerleri, Güvenirlik Katsayıları ve Test-Tekrar Test Puan Ortalamaları Arasındaki Uyumluluk**

Maddeler	X±SS	Madde Toplam Korelasyon	Cronbach alfa değeri	Madde Silinirse Cronbach alfa değeri
<b>Nefes Darlığı</b>	5.78±3.67	0.35	0.85	0.436
Sıklık		0.354		0.859
Şiddet		0.454		0.854
Rahatsızlık		0.581		0.850
<b>Sırt üstü pozisyonunda nefes darlığı</b>	5.75±4.47	0.42	0.85	0.425
Sıklık		0.428		0.857
Şiddet		0.533		0.851
Rahatsızlık		0.612		0.849
<b>Yorgunluk</b>	8.28±2.62	0.18	0.86	0.479
Sıklık		0.181		0.861
Şiddet		0.497		0.853
Rahatsızlık		0.309		0.858
<b>Göğüs ağrısı</b>	3.30±3.40	0.43	0.85	0.522
Sıklık		0.439		0.857
Şiddet		0.362		0.857
Rahatsızlık		0.336		0.857
<b>El ve ayaklarda şişlik</b>	4.14±3.81	0.30	0.85	0.524
Sıklık		0.305		0.859
Şiddet		0.353		0.858
Rahatsızlık		0.398		0.856

**Tablo 5. Maddelere Ait Faktör Yük Değerleri, Madde Toplam Korelasyon Değerleri, Güvenirlik Katsayıları ve Test-Tekrar Test Puan Ortalamaları Arasındaki Uyumluluk (Devamı)**

<b>Uyku sorunları</b>	4.75±4.40	0.27	0.85	0.568
Sıklık		0.277		0.859
Şiddet		0.308		0.861
Rahatsızlık		0.363		0.857
<b>Baş dönmesi</b>	4.14±3.80	0.42	0.85	0.508
Sıklık		0.428		0.857
Şiddet		0.431		0.855
Rahatsızlık		0.386		0.856
Toplam ölçek puanı	36.17±13.61	--	<b>0.86</b>	
<b>KYSDÖ</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>	<b>t*</b>	<b>p</b>
Ölçek toplam puan (n=14)	36.02	13.50	-2.638	<b>0.060</b>
Tekrar test ölçek toplam puan (n=14)	26.53	8.15		
Pearson korelasyon testi			r= .975	<b>0.000</b>

X= Ortalama, SS= Standart sapma, Sınıf içi korelasyon (ICC)=%95 güven aralığı (Min-Maks=0.85-0.86), Maddeler arası korelasyon= (Min-Maks= 0.18-0.43), \*Paired-sample t test

### TARTIŞMA

Kalp yetersizliği hastalarında en sık görülen ve yaşam kalitesini etkileyen dispne, ortopne, yorgunluk, göğüs ağrısı, ödem, uykuda zorluk ve baş dönmesi gibi semptomların durumunu değerlendiren ve yedi faktörlü yapıdan oluşan Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması sonrası, araştırma bulgularımız ölçeğin dil, kapsam, yapı geçerliği ve güvenilirlik açısından kriterleri karşıladığını ve ölçeğin kalp yetersizliği tanısı olan hastalarda kolayca kullanılabileceğini göstermiştir. Yapılan analizler sonrası, ölçeğin orijinal formu korunmuş ve ölçek maddelerinde herhangi bir değişikliğe gidilmemiştir.

Literatürde kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indeksinin en az 0.80 olması gerektiği bildirilmektedir<sup>26,35</sup>. Çalışmamızda yapılan kapsam geçerliği analizinde uzman görüşleri arasındaki uyumun, başka bir deyişle kapsam geçerlik indeksinin oldukça yüksek olduğu (1.0) ve ölçeğin kapsam geçerliği açısından kriterleri karşıladığı belirlenmiştir.

Yapılan araştırmalarda, ölçeğin yapı geçerliği açısından uygunluğunun değerlendirilmesinde KMO katsayısı ve Barlett Küresellik testlerinin kullanıldığı bildirilmektedir<sup>27,28</sup>. Literatürde KMO değerinin 0.60'ın üzerinde olması, 1'e yaklaşması verilerin faktör analizi için uygun olduğunu işaret etmektedir. KMO test sonucunun 0.50'nin üzerinde olması

durumunda faktör analizi uygulanabilir, KMO değerinin 0.70-0.80 aralığında olması orta; 0.80-0.90 aralığında olması iyi; 0.90'dan büyük olması ise mükemmel örneklem yeterliliğini göstermektedir<sup>29,30</sup>. Bartlett küresellik testinin anlamlı olması ise, ölçekte bulunan maddelerin korelasyon matrisinin faktör analizi yapmaya uygun olduğunu göstergesidir. Çalışmamızda da benzer şekilde ölçeğin yapı geçerliği açısından uygunluğunun test edilmesi için KMO katsayısı ve Bartlett Küresellik testi kullanılmış, KMO değerinin 0.75, Bartlett testinin ise anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular değerlendirildiğinde, araştırma örneklem büyüklüğünün faktör analizi için yeterli olduğu ve ölçeğe ilişkin faktör analizi yapılabileceği sonucuna ulaşılmıştır<sup>31</sup>.

Açımlayıcı faktör analizi sonuçları değerlendirilirken ölçeğin tek faktörlü ya da çok faktörlü yapıda olması durumunun özellikle dikkate alınması gerektiğinin altı çizilmektedir<sup>32</sup>. Literatürde tek faktörlü ölçeklerde toplam varyansın en az %30'nun açıklanması beklenirken, çok faktörlü ölçeklerde varyansın daha da yüksek olması gerektiği bildirilmektedir<sup>29,36</sup>. Araştırmamızda yapılan AFA sonucuna göre, Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeğinin orijinalindeki gibi yedi faktörlü yapısı olduğu ortaya çıkmış ve ölçekteki faktörlerin toplam varyansın %91.009'unu açıkladığı görülmüştür<sup>18</sup>. Bu bulgu, Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeği maddelerinin yeterli geçerlik düzeyinde olduğunu ve her bir maddenin ölçek ile yeterli düzeyde ilişkili olduğunu göstermiştir.

Çalışmamızda geçerlik analizlerinin son basamağında uygulanan DFA'de ölçeğin faktör yükleri ve ölçek uyumluluk değerleri incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre, ölçekte yer alan faktörler toplam varyansın çoğunluğunu (%91.009) açıklamaktadır ve dolayısı ile ölçeğin faktör yapısının güçlü olduğu söylenebilir. Uyumluluk indeksleri açısından ele alındığında ise literatürde GFI, AGFI'den elde edilen katsayısının 0.90'nın üstünde olması iyi uyumu işaret etmektedir<sup>27</sup>. RMSEA değerinin 0.10'dan küçük olması ve  $\chi^2/sd$ 'nin ise 2.0'dan küçük olması iyi uyumu göstermektedir<sup>33</sup>. Bulgularımızdaki uyumluluk indeksleri ele alındığında ( $\chi^2/sd=1.55$  ve  $RMSEA=0.08$ ) ölçeğin Türkçe versiyonunun orijinal modele uyumlu olduğu söylenebilir<sup>28</sup>. Araştırmamızda dil, kapsam ve yapı açısından geçerli olduğu ortaya çıkan Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeğinin Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları analiz edilmiş ve Chronbach alfa değeri 0.86 şeklinde belirlenmiştir. Heo ve arkadaşları tarafından (2015) Amerika Birleşik Devletleri'nde kalp yetersizliği hastalarına uygulanan Kalp Yetersizliği Semptom Durum Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa değeri 0.80 olarak rapor edilmiştir<sup>18</sup>. Heo ve arkadaşlarının (2017) Kore'de Kalp Yetersizliği Semptom Durum Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliğini yaptıkları başka bir çalışmada da Cronbach alfa değerinin 0.76 olduğu bildirilmiştir<sup>19</sup>. Literatürde Cronbach alfa katsayısının 0.0-1.0 arasında değiştiği, katsayının 0.60-0.80 arasında olması durumunda ölçeğin oldukça güvenilir, 0.80 ve üzerinde olması durumunda ise ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu bildirilmektedir<sup>28,34</sup>. Ayrıca, kalple ilgili sağlık sorunu olan hastaların yaşadıkları semptom sıklığı, şiddeti ile fiziksel

aktivite ve yaşamdan zevk almayı engelleme durumunu değerlendirmede Kardiyak Semptom Ölçeği de kullanılabilmektedir<sup>37</sup>. Literatürde kalp hastalığı olan bireylerde Kardiyak Semptom Ölçeğinin kullanıldığı çalışmalarda da Cronbach alfa değerlerinin 0.85-0.98 arasında değiştiği raporlanmıştır<sup>37,38</sup>. Özkan ve Taştan'ın (2016) kalp cerrahisi sonrası hastalarda nefes darlığı, yorgunluk, ödem, göğüs ağrısı gibi semptomların sıklık, şiddet ve hastayı engelleme durumunu değerlendirdikleri çalışmalarında da Cronbach alfa değerinin 0.87-0.99 arasında değiştiğini bildirmiştir<sup>37</sup>. Bu açıdan bakıldığında, araştırmamızda hesaplanan Cronbach alfa değerinin literatürle uyumlu olarak yüksek derecede güvenilir olduğu görülmüştür.

Güvenirlilik testlerinden bir diğeri de ölçeğin test-tekrar test sonuçlarıdır. Bu test ile aynı grupta belli aralıklarla iki kez elde edilen ölçümler arasında hesaplanan korelasyon katsayısı incelenmekte olup, testin zamana bağlı olarak ne derece kararlı ölçümler verdiği belirlenmektedir. Akgül'e (2005) göre korelasyon katsayısının 0.25 ve daha az olması çok zayıf; 0.26-0.49 arasında olması zayıf; 0.50-0.69 arasında olması orta; 0.70-0.89 arasında olması yüksek; 0.90-1.0 arasında olması ise çok yüksek güçte ilişkiyi tanımlamaktadır<sup>33</sup>. Yüksek korelasyon, hem test puanlarının kararlılığını hem de ölçülen özellikle iki ölçüm arasında zamana bağlı olarak fazla değişme olmadığını göstermektedir. Bulgularımız doğrultusunda, Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeğinin test-tekrar test puanları arasındaki korelasyon katsayısı çok yüksek (0.97) olarak belirlenmiş ve ölçeğin zamana karşı tutarlı bir ölçüm aracı olduğu saptanmıştır.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeğinin kalp yetersizliği tanılı hastalarda geçerlik ve güvenilirliğinin test edildiği bu çalışmada, bulgularımız Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeğinin sensitivite ve spesifitesinin yüksek olduğunu göstermiştir. Kalp yetersizliği hastalarında sık görülen semptomları sıklık, süre ve hastayı etkileme açısından kapsamlı olarak değerlendirebilen Kalp Yetersizliği Semptom Durumu Ölçeğinin kalp yetersizliği semptomlarını temel alan klinik araştırmalarda uygulanması yararlı olacaktır.

**Etik Kurul Onayı:** Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır. (Karar No: GO 19/524, Karar Tarihi: 28.05.2019)

**Çıkar Çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Katılımcı Onamı:** Kalp yetersizliği tanılı hastalardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

**Yazar katkıları:**

Çalışma tasarımı: ZGM, MG

Veri toplama ve/veya analizi: MG, ZGM

Makalenin hazırlanması: ZGM, MG

**Teşekkür**

Yazarlar araştırmaya katılmayı kabul eden tüm kalp yetersizliği hastalarına teşekkürlerini sunar.

**Ethics Committee Approval:** Ethical approval was obtained from Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee of Hacettepe University (Decision Number: GO 19/524, Approval Date: May 28, 2019)

**Conflict of Interest:** Not reported.

**Funding:** None.

**Exhibitor Consent:** Informed consent was obtained from patients with heart failure.

**Author contributions:**

Study design: ZGM, MG

Data collection and analyses: MG, ZGM

Drafting manuscript: ZGM, MG

**Acknowledgement:** We would like to thank all patients with heart failure who approved to participate to the study.

## KAYNAKLAR

- McMurray JV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K et al. Akut ve kronik kalp yetersizliği tanı ve tedavisine yönelik 2012 ESC kılavuzu. *Türk Kardiyol Dern Arş.* 2012;3:77-137.
- İliçin G, Biberoglu K, Süleymanlar G, Ünal S, Sönmez MH. İç hastalıkları özet kitabı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti; 2017.s.90-100.
- Akbıyık A, Koçak G, Öksel E. Kronik kalp yetmezliği olan hastalarda öz-bakım davranışlarının incelenmesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.* 2016;1:1-10.
- Menge ÇB. Kalp yetmezliği hastalarına uygulanan rehabilitasyon programının yorgunluk, yaşam kalitesi ve uyku kalitesi üzerine etkisi. [Yüksek Lisans Tezi]. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.
- Mert H, Barutcu C. Kalp yetersizliğinde palyatif bakım. *Taf Prev Medi Bull.* 2012;11(2):219-24.
- Jessup M, Abraham WT, Casey DE, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, et al. 2009 focused update: ACCF/AHA guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation. *J Am Coll Cardio.* 2009;53(15):1343-82.
- Tokgözoğlu L, Yılmaz MB, Abacı A, Altay H, Atalar E. Türkiye’de kalp yetersizliği yol haritası kalp yetersizliğinin ve buna bağlı ölümlerin önlenmesi amacıyla geliştirilebilecek politikalara ilişkin öneriler. *TKD.* 2015;1-31.
- Değertekin M, Erol C, Ergene O ve ark. Türkiye’deki kalp yetmezliği prevalansı ve öngördüğüleri: HAPPY çalışması. *Türk Kardiyol Dern Arş.* 2012;40:298-308.
- Alkan S, Nural N. Kalp Yetersizliğinde Tekrarlı Yatışlar Önlenebilir mi? *Turk J Card Nur.* 2017;8(16):28-34.
- Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Adams RJ, Berry JD, Brown TM. Heart disease and stroke statistics-2011 update: a report from the American Heart Association. *Circulation.* 2011;123(4):18-209.
- Akıncı AÇ, Zengin N, Buğu Y. Kalp yetersizliği ve hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi.* 2014;18(2):52-9.
- Lokker ME, Gwyther L, Riley JP, van Zuylen L, van der Heide A, Harding R. The prevalence and associated distress of physical and psychological symptoms in patients with advanced heart failure attending a South African Medical Center. *J Cardiovasc Nurs.* 2015; 31(4):313-22. <http://dx.doi.org/10.1097/JCN>
- Grange J. The role of nurses in the management of heart failure. *Heart.* 2005;91(2):39-42.
- Demir M, Ünsar S. Kalp yetmezliği ve evde bakım. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi.* 2008; 3(8):119-30.
- Efe F, Olgun N. Kalp yetersizliği olan hastalarda dispne, yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerine eğitimin etkisi. *SBÜ Hemşirelik Dergisi.* 2011;1-13.
- Albert N, Trochelman K, Li J, Lin S. Signs and symptoms of heart failure: Are you asking the right questions? *Am J Crit Care.* 2010;19:443-52. <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2009314>
- Song EK, Moser DK, Rayens MK, Lennie TA. Symptom clusters predict event-free survival in patients with heart failure. *J Cardiovasc Nurs.* 2010;25:284-91. <http://dx.doi.org/10.1097/JCN>
- Heo S, Moser DK, Pressler SJ, Dunbar SB, Mudd-Martin G, Lennie TA. Psychometric properties of the symptom status questionnaire-heart failure. *J Cardiovasc Nurs.* 2015;30:136-44. <http://dx.doi.org/10.1097/JCN>
- Heo S, An M, Kim J. Validation of the symptom status questionnaire-heart failure in korean patients. *Appl Nurs Res.* 2017;38:141-46. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2017.10.015>
- Giamouzis G, Kalogeropoulos A, Georgiopoulou V, Laskar S, Smith AL, Dunbar S. Hospitalization epidemic in patients with heart failure: Risk factors, risk prediction, knowledge gaps, and future directions. *J Cardiac Fail.* 2011;17:54-75. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cardfail.2010.08.010>
- Heo S, Moser DK, Lennie TA, Fischer M, Smith E, Walsh MN. Modifiable correlates of physical symptoms and health-related quality of life in patients with heart failure: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2014;51:1482-90. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.03.005>
- Lee KS, Moser, DK. Heart failure symptom measures: critical review. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2013;12(5):418-28. doi: 10.1177/1474515112473235
- Yılmaz E, Eser E, Gürgün, C, Kültürsay, H. Kronik Kalp Yetersizliği Anketi'nin (KKYA) Türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Kardiyol Derg.* 2010;10(6):526-38. doi:10.5152/akd.2010.162
- Esin MN. Veri toplama yöntem ve araçları ve veri toplama araçlarının güvenilirlik ve geçerliği. *Erdoğan S, Nahçıvan N, Esin MN. Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.* 2014.s.217-30.
- Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlilik. *Uludağ Üniv Tıp Fak Derg.* 2004;30(3):211-216.

26. Casanova C, Marin JM, Martinez-Gonzalez C, De Lucas-Ramos P, Mir-Viladrich I, Cosio B. Differential effect of modified medical research council dyspnea, COPD assessment test, and clinical COPD questionnaire for symptoms evaluation within the new GOLD staging and mortality in COPD. *Chest*. 2015;148(1):159-68.
27. Büyükköztürk Ş. Testlerin geçerlik ve güvenilirlik analizlerinde kullanılan bazı istatistikler. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. 15. Baskı. Ankara: Pegem Akademi; 2011. s.167-82.
28. Karasar N. Ölçme ve araçlarında aranan nitelikler. Bilimsel araştırma yöntemi. 19. Baskı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım; 2009. s.147-53.
29. Kalaycı Ş. SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri. Ankara: Asil. 2009. s. 30-40.
30. Tavşancıl E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. 5. Baskı. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd.Şti; 2006.s.35-45.
31. Özdamar K. Güvenirlik ve soru analizi. Paket programlar ile istatistiksel veri analizi. 4. Baskı. Eskişehir: Etam AŞ; 2002.s.511-25.
32. Yurdugül H. Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. In:15. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi Bildiri Kitabı; 2005; 1-6.
33. Akgül A. Korelasyon analizi. Tıbbi araştırmalarda istatistik analiz teknikleri: SPSS uygulamaları. 2. Baskı. Ankara: Emek Ofset Ltd. Şti; 2003.s.382-403.
34. Jöreskog K, Sörbom D. LISREL 8.51, Mooresville: Scientific Software. 2001.
35. Davis LL. Instrument review: getting the most from your panel of experts. *Appl Nurs Res*. 1992;5(4):194-97.
36. Şimşek ÖF. Yapısal eşitlik modellemesine giriş, temel ilkeler ve LISREL Uygulamaları. Ankara: Ekinoks Yayınları; 2007.s.44-9.
37. Özkan Y, Taştan S. Kardiyak Semptom Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Turk Gogus Kalp Dama*. 2016;24(3):480-88.
38. Nieveen JL, Zimmerman LM, Barnason SA, Yates BC. Development and content validity testing of the Cardiac Symptom Survey in patients after coronary artery bypass grafting. *Heart & Lung*. 2008;37:17-27.



## Araştırma makalesi

## Research article

# Hemşirelik Öğrencilerinde Profesyonellik Algısı ve Mesleki Değerlere Bağlılık Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Sibel PEKSOY<sup>1</sup>, Sevil ŞAHİN<sup>2</sup>, İlknur DEMİRHAN<sup>3</sup>, Sena KAPLAN<sup>4</sup>**ÖZ**

**Amaç:** Bu çalışma, hemşirelik öğrencilerinde profesyonellik algısı ve mesleki değerlere bağlılık arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı tipte olan bu çalışma, 278 hemşirelik öğrencisi ile yürütülmüştür. Araştırmanın verileri; veri toplama formu, Hemşirelerin Mesleki Değerleri Ölçeği-Revize (HMDÖ-R) ve Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri (MPTE) ile toplanmıştır. İstatistiksel analizde; Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis testi ve Spearman's korelasyon analizi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Öğrencilerin yaş ortancası 20 (18-35)'dir. Öğrencilerin hemşireliği profesyonel bir meslek olarak algılaması, mezun olduktan sonra hemşirelik yapmayı düşünmesi, dördüncü sınıf hemşirelik öğrencisi olması, akademik kariyer ve mesleki örgütlere üye olmayı planlaması durumunda MPTE toplam puan ortancasının arttığı belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Bununla birlikte hemşireliğe yönelik özel ilgi alanı olanlarda ve kadın öğrencilerde HMDÖ-R ve MPTE toplam puan ortancalarının yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Korelasyon analizine göre; HMDÖ-R ve MPTE toplam puanları arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Sonuç:** Çalışmada profesyonelliği benimseyen hemşirelik öğrencilerinin mesleki değerlerine de bağlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu bağlılık hemşirelik mesleğine yönelik özel ilgi alanı bulunan öğrencilerde dikkat çekmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Hemşirelik öğrencileri, mesleki değerler, profesyonellik

**ABSTRACT**

**Evaluation of the Relationship Between the Perception of Professionalism and Commitment to Professional Values in Nursing Students**

**Aim:** This study was conducted to evaluate the relationship between the perception of professionalism and commitment to professional values in nursing students.

**Material and Methods:** This descriptive study was conducted with 278 nursing students. The study data was collected using a data collection form, the Nurses Professional Values Scale - Revised (NPVS-R) and the Inventory of Professional Attitude at Occupation (IPAO). Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test and Spearman's correlation analysis were used to analyze the data.

**Results:** The median age of students was 20 (18-35). It was determined that the median of total IPAO score was increased when the students perceived nursing as a professional occupation, thought about practicing nursing after graduation, were fourth-year nursing students, and planned to make an academic career and become a member of professional organizations ( $p<0.05$ ). Additionally, the median total NPVS-R and IPAO scores were found to be high among the respondents with a special interest in nursing and who were female ( $p<0.05$ ). According to correlation analysis, a positive relationship was found between NPVS-R and IPAO total scores ( $p<0.05$ ).

**Conclusion:** It was concluded from the study that nursing students who adopted professionalism are committed to professional values, and such a commitment was particularly apparent among the students with a special interest in the nursing profession.

**Keywords:** Nursing students, professionalism, professional values

<sup>1</sup>Arş. Gör. Dr. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye, E-mail: sibelpeksoy@gmail.com, Tel: +90 505 517 25 07, ORCID: 0000-0003-1444-2857

<sup>2</sup>Doç. Dr. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye, E-mail: sevilshahin1@gmail.com, Tel: +90 312 906 19 26, ORCID: 0000-0001-7089-6648

<sup>3</sup>Arş. Gör. Dr. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye, E-mail: ilknur0603@hotmail.com, Tel: +90 312 906 19 15, ORCID: 0000-0002-6910-9018

<sup>4</sup>Doç. Dr. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye, E-mail: ataykaplan@yahoo.com, Tel: +90 312 906 19 20, ORCID: 0000-0002-1677-5463

Geliş Tarihi: 27 Ağustos 2018, Kabul Tarihi: 13 Nisan 2020

\*Çalışma, 3-5 Ekim 2017 tarihlerinde "International Meeting on Education & Research in Health Science (IMER-HS) (İstanbul/Türkiye)" kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

**Atıf/Citation:** Peksoy S, Şahin S, Demirhan İ, Kaplan S. Hemşirelik Öğrencilerinde Profesyonellik Algısı ve Mesleki Değerlere Bağlılık Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(2): 104-112. DOI: 10.31125/hunhemsire.763138

## GİRİŞ

Meslekler, toplumların ihtiyaçlarını karşılamak üzere çeşitli alanlarda yüzyıllardır etkili olmaktadır. Meslek sahibi olmak; mensuplarına otonomi, toplumsal kabul, prestij, güç ve yetki kazandırmaktadır<sup>1</sup>. Meslekte profesyonellik ise bir alanda gerçekleştirilen, uzmanlık gerektiren bilgi, beceri ve davranış biçimidir<sup>2</sup>. “Meslek” ve “Profesyonellik” kavramlarının her ikisi de; mesleki bilgiyi, beceriyi, etik standartları ve topluma karşı yükümlülükleri barındırmaktadır<sup>3</sup>. Hemşireler bu kapsamda sağlık hizmeti sunan ve sağlığı iyileştirme faaliyetleri gerçekleştiren sağlık profesyonelleri olarak görülmektedir<sup>4</sup>. Bununla birlikte meslek ve profesyonellik kavramları “belirli bir hizmet karşılığında kazanç sağlanması” olarak özdeşleşmiş olsa da<sup>5</sup>, bu kazanç mesleki bilgi, beceri ve ahlaki yükümlülüklerin gözardı edilmesine yol açabilmektedir. Hemşirelikte, mesleki değerlerin içselleştirilmesi, çatışmaların çözülmesi ve öncelikli eylemlerin belirlenmesine ilişkin yeterlilik, temelini etik değerlerden almaktadır<sup>6,7</sup>. Bu yeterlilik profesyonel hemşirelik bakımının bilgi ve beceriyle bütünleşmesi sonucu hemşire-hasta ilişkisine yansımaktadır<sup>3,6,7</sup>. Meslek ve profesyonelliğe yönelik tehditler, profesyonel kimliğin yapılandırıldığı hemşirelik eğitiminde bilgi, eleştirel düşünme ve rehberlik ile gözden geçirilmelidir<sup>2</sup>.

Hemşirelik eğitiminin bilimsel temelli bilgiyi, beceriyi ve eleştirel düşünceyi kapsayacak nitelikte olması<sup>2,8</sup>, mesleki kimliğin benimsenmesinde ve farkındalık kazandırılmasında önemlidir. Literatürde lisans düzeyinde eğitim almış hemşirelerin profesyonel tutum puanlarının yüksek olduğu belirtilmekte olup, bu bulgu hemşirelikte profesyonel kimlik gelişiminin lisans eğitiminde kazandırıldığını yansıtmaktadır<sup>9</sup>. Profesyonellik<sup>7,8,10-14</sup>, ve mesleki değerlere bağlılık<sup>5,14-19</sup>, lisans eğitiminde benimsenen kavramlardır. Yapılan çalışmalarda hemşirelik eğitiminin sorumluluk, özerklik, onur ve hasta güvenliğine yönelik mesleki değerleri geliştirdiği<sup>15</sup>, eğitim sürecinin profesyonellik algısını artırdığı<sup>10</sup>, aynı zamanda mesleği benimseyen öğrencilerin profesyonellik algılarının daha yüksek olduğu<sup>10</sup> vurgulanmaktadır. Aynı zamanda, hemşirelik öğrencilerinde öncelikli profesyonel değerler arasında insan onuru<sup>18,19</sup>, adalet ve doğruluk<sup>19</sup> bulunmaktadır. Bununla birlikte benlik saygısı, bireysel ve çevresel bazı faktörler de mesleki değerleri ve profesyonellik algısını etkileyebilmektedir. Literatürde mesleki değerlere bağlılığın benlik saygısını artırdığı<sup>16</sup>, mesleki değerlerin cinsiyet ve etnik kökenle ilişkili olduğu<sup>7</sup> vurgulanmaktadır. Bu nedenle hemşirelik öğretim elemanlarının eğitimleri planlarken bunları göz önünde bulundurmaları ve mentorluk sırasında bu farklılıkları ele almaları önerilmektedir<sup>17</sup>. Mesleki değerler ve profesyonellikle ilişkili bu çalışmaların aksine; bazı çalışmalarda eğitimin<sup>13,20</sup>, bilimsel toplantılara katılımın, mesleki derneklere üyeliğin, değerler eğitimi almanın<sup>20</sup> profesyonel değerlerle ilişkilendirilemediği belirtilmektedir. Hemşirelik eğitimi sürecinde, öğrencilerin profesyonel kimlik geliştirebilmesi, mesleki değerlere ilişkin yeterlilik kazanabilmesi ve farkındalık geliştirmesi beklenmektedir. Literatürde mesleki değerler ve profesyonellik kavramları

sıklıkla birbirinden bağımsız çalışmalar olarak yürütülmüş olup, aradaki ilişkinin değerlendirildiği sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmıştır. Bu nedenle bu çalışma, hemşirelik öğrencilerinin profesyonellik algıları ile mesleki değerlere bağlılıkları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır.

## Araştırma Soruları

Hemşirelik öğrencilerinin profesyonellik algısı ve mesleki değerlere bağlılığı arasında bir ilişki var mıdır?  
Hemşirelik öğrencilerinde profesyonellik algısını ve mesleki değerlere bağlılığını etkileyen faktörler nelerdir?

## GEREÇ ve YÖNTEM

### Araştırmanın Türü

Bu çalışma Ankara’da bir Devlet Üniversitesi’nin Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü’nde eğitim gören öğrencilerin profesyonellik algıları ile mesleki değerlere bağlılıkları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

### Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, bir Devlet Üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü’nde eğitim gören öğrencilerle, 1-16 Ekim 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür.

### Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini ilgili üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü’nde, güz döneminde hemşirelik ana derslerine kayıtlı ikinci (n=131), üçüncü (n=141) ve dördüncü sınıfta (n=154) öğrenim gören 426 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmada güz döneminde eğitim gören hemşirelik birinci sınıf öğrencileri, klinik uygulama deneyiminin bulunmaması nedeniyle araştırma kapsamı dışındadır. Araştırmada örneklem hesaplamasına gidilmemiş olup, evrenin tümüne ulaşılması hedeflenmiştir. Bu çalışma, araştırmaya katılmayı kabul eden ve veri toplama formlarını eksiksiz dolduran 278 hemşirelik öğrencisi ile tamamlanmıştır (evren temsiliyeti %65).

### Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri Veri Toplama Formu, Hemşirelerin Mesleki Değerleri Ölçeği-Revize (HMDÖ-R) ve Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri (MPTE) ile toplanmıştır.

### Veri Toplama Formu

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda<sup>5,9-12,21,22</sup> geliştirilen Veri Toplama Formu: sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, aile tipi, mezun olduğu lise vb.) ve hemşirelik eğitimine ilişkin özellikleri (tercih etme nedeni, hemşireliği kendine uygun bulma, mezun olduğunda hemşireliği yapmayı düşünme vb.) kapsayan 16 maddeden oluşmaktadır.

### Hemşirelerin Mesleki Değerleri Ölçeği-Revize (HMDÖ-R)

Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin mesleki değerleri algılama düzeyini belirlemek amacıyla Weis ve Schank tarafından<sup>23</sup> likert tipte (1-önemli değil; 2-biraz önemli, 3-önemli, 4-çok önemli, 5-çok fazla önemli) geliştirilmiştir. Bu ölçek ilk olarak Orak ve Alpar tarafından<sup>24</sup>, 44 madde içeren uzun versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmasıyla ülkemize uyarlanmıştır. Weis ve Schank<sup>23</sup>

ölçeği revize etmesi sonucu ölçek 26 maddeye indirilmiştir. Bu nedenle ölçeğin yeniden Türkçe'ye uyarlaması Acaroğlu<sup>21</sup> tarafından yapılmış olup kapsam geçerliği [Kapsam gereçlik indeksi (KGİ)=0.95] ve güvenilirliği (Cronbach's alpha=0.96) uygundur. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 26, en yüksek puan 130'dur. Ölçekte ters çevrilecek madde bulunmamaktadır. Yüksek puan mesleki değerlere uyumun yüksek olduğunu göstermektedir. HMDÖ-R alt boyut içermemektedir<sup>21</sup>. Ölçeğin orjinal çalışmasında<sup>23</sup> Cronbach alfa değeri 0.92, Türkçe uyarlamasında<sup>21</sup> 0.96, çalışmamızda ise 0.95 olarak belirlenmiştir.

### Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri (MPTE)

MPTE Erbil ve Bakır<sup>22</sup> tarafından hemşire ve ebelerin mesleklerinde profesyonel tutumunu ölçmek için kültürel bir ölçme aracı olarak geliştirilmiştir. Bu ölçek daha önce ebeler ve hemşirelik öğrencileri üzerinde uygulanmış olup<sup>11,12</sup>, ölçek yazarının da görüşü alındıktan sonra ölçeğin öğrenciler üzerinde uygulanmasına karar verilmiştir. Ebeler öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.93 olarak bulunurken<sup>12</sup>; hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan çalışmada bu değer belirtilmemiştir. Likert tipte geliştirilmiş (5-bana tamamen uyuyor; 4- bana biraz uyuyor; 3- kararsızım; 2- bana uymuyor; 1- bana hiç uymuyor) bir ölçektir. MPTE mesleki gelişim, eğitim, mesleki ilkeler, ekip üyeleri ve hastalarla ilişki ve iletişim, mesleki sorunlara yaklaşım gibi konularda tutumu içeren 32 maddeden oluşmaktadır. MPTE'nin geçerlik (KGİ=0.95; Kaiser Meyer Olkin=0.86) ve güvenilirliği (Cronbach's alpha=0.89) meslekte profesyonel tutumu ölçmek için uygun olarak bulunmuştur. MPTE'den alınan en düşük puan 32, en yüksek puan ise 160'dır. MPTE'nin toplam puanı meslekte profesyonel tutum puanını vermekte olup; ölçek puanı yükseldikçe profesyonellik düzeyi artmaktadır. MPTE'nin de alt boyutu bulunmamaktadır<sup>22</sup>. MPTE'nin orjinal çalışmasında Cronbach alpha değeri 0.89, çalışmamızda ise 0.94 olarak belirlenmiştir.

### Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın veri toplama araçları; öğrencilerin ders saatleri dışında, müfredatta yer alan derslerin yürütülmesini engellemeden derslerin yürütüldüğü dersliklerde, öğrencilere çalışma ile ilgili bilgilendirme yapıldıktan sonra araştırmacılar tarafından uygulanmıştır. Yapılan bilgilendirmede öncelikle araştırmanın amacı açıklanmış ve veri toplama formları tanıtılmıştır. Ölçeklerin tanıtımı sırasında MPTE'nin hemşire ve ebeler için geliştirilmesi nedeniyle "işyerinde, iş arkadaşı" gibi ifadelerin bulunduğu belirtilmiştir. "İşyerinde, iş arkadaşı" ifadelerin yerine, "klinik uygulama, hemşire/öğrenci hemşire" ifadelerinin kullanılması beklenmiştir. Uygulama aşaması yaklaşık 20 dakika sürmüş olup, araştırmacılar öğrencilerin yanlarında bulunmuştur.

Araştırmanın uygulanması için ana derslere devam eden öğrencilere bir seferde ulaşılmıştır. Araştırmaya 48 öğrenci gönüllü olmamaları, 90 öğrenci devamsızlıkları nedeniyle dahil edilememiştir. Bununla birlikte 10 öğrencinin formu eksik doldurması nedeniyle verileri araştırma dışında bırakılmıştır (Tablo 1).

**Tablo 1. Hemşirelik Öğrencilerin Çalışmaya Katılım Durumlarının Sınıflara Göre Dağılımı**

Sınıflar	Evren (N)	Öğrencilerin araştırmaya katılım durumu			
		Araştırmaya katılmak istemeyen	Devamsızlık yapan	Formları eksik dolduran	Araştırmaya katılan
İkinci Sınıf	131	7	19	3	102
Üçüncü Sınıf	141	18	39	5	79
Dördüncü ü Sınıf	154	23	32	2	97
<b>Toplam</b>	<b>426</b>	<b>48</b>	<b>90</b>	<b>10</b>	<b>278</b>

### Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analiz için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp.Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı kullanılmıştır. Kategorik verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde; sayısal ve ölçek verilerinin değerlendirilmesinde ortanca (minimum-maksimum), non-parametrik testler (Mann-Whitney U testi, Kruskall Wallis testi), ölçekler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

### Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yürütülebilmesi için, araştırmanın yapılacağı üniversitenin Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulundan (Tarih:08/06/2017; Karar no:18) ve hemşirelik bölümünden (Tarih:05/07/2017; Karar no:27139605/521) gerekli izinler alınmıştır. Araştırma kapsamında öğrencilere araştırmanın amacı açıklanmış, çalışmaya katılımın gönüllük esasına dayalı olduğu belirtilmiştir. Öğrencilerin sözel onamları alınmış ve veri toplama formlarını doldurmaları istenmiştir. Araştırmada kullanılan ölçeklerin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yürüten araştırmacılar kurumsal mail adresleri aracılığı ile yazılı izinleri alınmıştır. Aynı zamanda bu ölçeklerin öğrencilere uygulanıp uygulanmayacağı ve hangi ana dersleri almış olan öğrenci grupları üzerine uygulanacağına ilişkin danışmanlık da alınarak çalışmanın tasarımı yapılmıştır. Öğrencilerin çalışma hakkında soruları cevaplanmış, çalışma sonuçlarının ders notlarını etkilemeyeceği belirtilmiş ve çevresel uyarıların olmadığı bir sınıf ortamında veri toplama formlarını doldurmalarına dikkat edilmiştir.

### Araştırmanın Sınırlılıkları

MPTE hemşireler ve ebeler için geliştirilmiş bir ölçek olup, ölçek maddelerinde ifade değişikliği yapılmadan kullanılması çalışmanın sınırlılıkları arasındadır.

## BULGULAR

Çalışmamızda, öğrencilerin yaş ortancası 20 (Min:18-Maks:35) olarak bulunmuştur. Çalışmamızda, öğrencilerin çoğunluğunun kadın (%88.8), çekirdek aileye sahip (%83.5), anadolu lisesi mezunu (%68.7) ve üniversiteye kadar şehir merkezinde yaşamış (%68.0) olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Öğrencilerin hemşirelik mesleğini tercih etme nedenleri incelendiğinde; ilk sırayı "meslek garantisi"nin (%59.7) aldığı belirlenmiş olup; öğrencilerin çoğunluğu hemşireliği kendine uygun bulmakta (%63.7), hemşireliği profesyonel bir meslek olarak görmekte (%85.3), hemşireliği mezuniyet

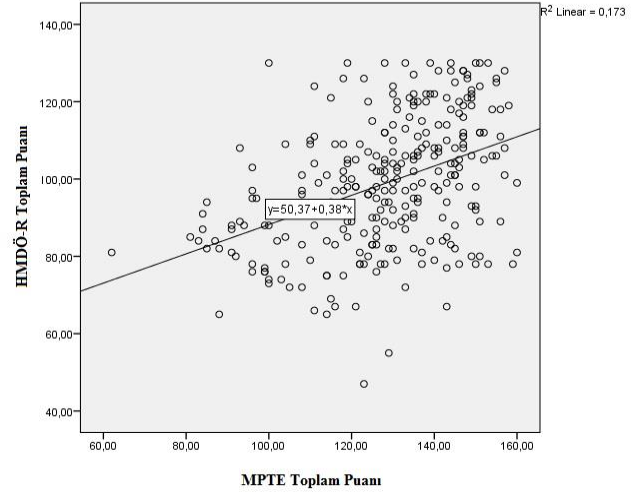
sonrası yapmayı düşünmekte (%83.1) ve hemşireliğe yönelik özel ilgili alanının olduğunu (%66.9) ifade etmektedir. Öğrencilerin yarıya yakını tekrar tercih yapma durumu olsa hemşireliği tekrar tercih edeceğini (%47.5) belirtmektedir (Tablo 3).

**Tablo 2. Hemşirelik Öğrencilerinin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı**

Sosyo-demografik Özellikler	Ortanca	Min-Maks
<b>Yaş</b>	20	(18-35)
<b>Cinsiyet</b>	<b>Sayı</b>	<b>(%)</b>
Kadın	247	(88.8)
Erkek	31	(11.2)
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek	232	(83.5)
Geniş aile	41	(14.7)
Parçalanmış aile	5	(1.8)
<b>Ailenin gelir durumu</b>		
Gelir gidere eşit	179	(64.4)
Gelir giderden az	68	(24.5)
Gelir giderden fazla	31	(11.2)
<b>Babanın çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	202	(72.7)
Çalışmıyor	19	(6.8)
Emekli	55	(19.8)
Vefat etmiş	2	(0.7)
<b>Annenin çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	53	(19.1)
Çalışmıyor	217	(78.1)
Emekli	7	(2.5)
Vefat etmiş	1	(0.4)
<b>Öncesinde yaşadığı yer</b>		
Şehir	189	(67.9)
İlçe	68	(24.5)
Köy	18	(6.5)
Kasaba / Yurtdışı	3	(1.1)
<b>Mezun olduğu lise</b>		
Anadolu lisesi	191	(68.7)
Anadolu öğretmen lisesi	31	(11.2)
Düz lise	27	(9.7)
Sağlık meslek lisesi	11	(4.0)
Özel lise	10	(3.6)
Diğer <sup>#</sup>	8	(2.9)
<b>Sınıf</b>		
İkinci sınıf	102	(36.7)
Üçüncü sınıf	79	(28.4)
Dördüncü sınıf	97	(34.9)

\*Diğer eğitim durumuna anadolu imam hatip lisesi (bir kişi), temel lise (iki kişi), açık öğretim lisesi (üç kişi) ve fen lisesi (iki kişi) dahil edilmiştir.

Ölçeklerin toplam puan ortancaları incelendiğinde; HMDÖ-R 99 (Min:47-Maks:130), MPTE 130 (Min:62-Maks:160) olarak bulunmuştur (Tablo 4). Çalışmamızda MPTE ile HMDÖ-R toplam puan ortancaları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $R^2$  Linear= 0.173) ( $p < 0.05$ ) (Şekil 1).



**Şekil 1. Hemşirelik Öğrencilerinin Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri ve Hemşireliğin Mesleki Değerleri Ölçeği-Revize Toplam Puanları Arasındaki İlişki**

**Tablo 3. Hemşirelik Öğrencilerinin Mesleği Tercih Etmelerine ve Mesleğe İlişkin Bazı Görüşlerine Göre Dağılımı**

Öğrencilerin Mesleği Tercih Etme Nedeni ve Mesleğe İlişkin Bazı Görüşleri	n	(%)
<b>Hemşireliği tercih etme nedeni*</b>		
Statü	30	(10.8)
Aile isteği	52	(18.7)
Meslek garantisi	166	(59.7)
Akademik kariyer	36	(12.9)
<b>Öğrencilerin Mesleğe İlişkin Bazı Görüşleri</b>		
Mesleği kendine uygun bulma durumu	177	(63.7)
Hemşireliği profesyonel bir meslek olarak görme durumu	237	(85.3)
Mezuniyet sonrası hemşire olarak çalışmak isteme durumu	231	(83.1)
Hemşireliğe yönelik özel ilgi alanı olma durumu	186	(66.9)
Mesleki örgütlere üye olmayı düşünme durumu	135	(48.6)
<b>Hemşireliği tekrar tercih etmeyi isteme durumu</b>		
Evet	132	(47.5)
Hayır	146	(52.5)
<b>Hemşireliğe bakış açısı</b>		
Olumlu	143	(51.5)
Olumsuz	57	(20.5)
Kararsız	78	(28.0)

\* Birden fazla neden belirtilmiştir.

Çalışmamızda kadın öğrencilerin MPTE [131 (Min:62-Maks:160)] ve HMDÖ-R [101 (Min:47-Maks:130)] toplam puan ortancalarının erkek öğrencilere göre [MPTE = 122 (Min:81-Maks:156); HMDÖ-R = 88 (Min:65-Maks:130)] yüksek olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Öğrencilerin diğer sosyo-demografik değişkenlerine göre ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p > 0.05$ ). MPTE toplam puan ortancalarının sınıflara göre dağılımı incelendiğinde; hemşirelik dördüncü sınıf

öğrencilerinin toplam puan ortancalarının [135 (Min:85-Maks:159)], ikinci [130 (Min:84-Maks:160)] ve üçüncü [126 (Min:62-Maks:157)] sınıf öğrencilerin puan ortancalarına göre daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bu bulgulara göre, eğitim süresi arttıkça öğrencilerin profesyonellik algısında da artış olduğu görülmektedir (Tablo 4).

**Tablo 4. Hemşirelik Öğrencilerinin MPTE ve HMDÖ-R Toplam Ölçek Puanlarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı**

Sosyo-demografik Özellikler	MPTE*		HMDÖ-R**	
	Ortanca	Min Maks	Ortanca	Min Maks
<b>Toplam Ölçek Puanı</b>	130	62-160	99	47-130
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	131	62-160	101	47-130
Erkek	122	81-156	88	65-130
<i>İstatistiksel Analiz***</i>	<b>z=2.591; p=0.010</b>		<b>z=3.287; p=0.001</b>	
<b>Aile tipi</b>				
Çekirdek	130	81-160	98	47-130
Geniş aile	131	62-160	100	65-130
Parçalanmış aile	131	62-160	103	55-121
<i>İstatistiksel Analiz***</i>	KW $\chi^2=0.627$ ; p=0.731		KW $\chi^2=1.254$ ; p=0.534	
<b>Ailenin gelir durumu</b>				
Gelir gidere eşit	130	62-159	99	47-130
Gelir giderden az	129	88-160	99	55-130
Gelir giderden fazla	135	91-160	95	74-130
<i>İstatistiksel Analiz****</i>	KW $\chi^2=1.960$ ; p=0.375		KW $\chi^2=0.193$ ; p=0.908	
<b>Babanın çalışma durumu*</b>				
Çalışıyor	130	81-160	100	47-130
Çalışmıyor	130	62-146	92	65-130
Emekli	133	92-160	98	65-128
<i>İstatistiksel Analiz****</i>	KW $\chi^2=1.819$ ; p=0.403		KW $\chi^2=4.264$ ; p=0.119	
<b>Annenin çalışma durumu*</b>				
Çalışıyor	133	62-157	101	65-130
Çalışmıyor	130	81-160	98	47-130
Emekli	128	108-150	97	75-130
<i>İstatistiksel Analiz****</i>	KW $\chi^2=2.391$ ; p=0.303		KW $\chi^2=0.304$ ; p=0.859	
<b>Öncesinde yaşadığı yer*</b>				
Şehir	131	62-160	99	47-130
İlçe	126	85-15	97	55-130
Köy	131	108-151	98	78-130
<i>İstatistiksel Analiz****</i>	KW $\chi^2=2.462$ ; p=0.292		KW $\chi^2=0.099$ ; p=0.952	
<b>Mezun olduğu lise</b>				
Anadolu lisesi	130	62-160	99	47-130
Anadolu öğretmen lisesi	131	91-155	105	66-130
Düz lise	134	84-160	94	72-128
Sağlık meslek lisesi	114	85-157	94	65-130
Özel lise	128	105-157	98	72-128
Diğer (Temel Lise vb.)	124	91-135	94	88-130
<i>İstatistiksel Analiz****</i>	KW $\chi^2=5.796$ ; p=0.327		KW $\chi^2=1.836$ ; p=0.871	

**Tablo 4. Hemşirelik Öğrencilerinin MPTE ve HMDÖ-R Toplam Ölçek Puanlarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (devamı)**

Sınıf	126	62-157	95	67-130
İkinci sınıf <sup>a</sup>	126	62-157	95	67-130
Üçüncü sınıf <sup>b</sup>	130	84-160	101	47-130
Dördüncü sınıf <sup>c</sup>	135	85-159	102	55-130
<i>İstatistiksel Analiz****</i>	KW $\chi^2=12.969$ ; p=0.002 a-c arasında fark vardır <sup>†</sup>		KW $\chi^2=1.663$ ; p=0.435	

\*Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri.

\*\*Hemşirelerin Mesleki Değerleri Ölçeği-Revize.

\*\*\*Mann Whitney U Testi kullanılmıştır.

\*\*\*\*Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır.

<sup>††</sup>"Vefat, kasaba/yurtdışı" gibi değişkenler grup sayısının az olması nedeniyle ölçek analizlerinden çıkarılmıştır.

<sup>†††</sup>Gruplar arası fark Bonferroni düzeltmesi ile incelenmiştir.

Öğrencilerin mesleği tercih etme nedenleri arasında akademik kariyer yapmak isteyenlerde [138 (Min:100-Maks:160)], akademik kariyer yapmak istemeyenlere göre [130 (Min:62-Maks:160)]; mesleği tekrar tercih etmeyi düşünenlerde [136 (Min:81-Maks:160)], mesleği tekrar tercih etmeyi düşünmeyenlerde göre [126 (Min:62-Maks:156)], MPTE toplam puan ortancaları daha yüksektir ( $p<0.05$ ). Bununla birlikte; mesleği kendine uygun bulanların [136 (Min:83-Maks:160)], mesleğe olan bakış açıları olumlu olanların [136 (Min:85- Maks:160)], hemşireliği profesyonel bir meslek olarak düşünenlerin [132 (Min:62- Maks:160)], mezuniyet sonrası hemşirelik yapmak isteyenlerin [133 (Min:62- Maks:160)] ve mesleki örgütlere üye olmayı düşünenlerin [135 (Min:81-Maks:160)] MPTE toplam puan ortancaları daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Aynı zamanda, hemşireliğe yönelik özel ilgi alanı olan öğrencilerin hem MPTE, hem de HMDÖ-R toplam puan ortancaları yüksek bulunmuş olup; bu öğrencilerin profesyonellik algısı ve mesleki değerlere uyumları yüksektir ( $p<0.05$ ) (Tablo 5).

**Tablo 5. Hemşirelik Öğrencilerinin MPTE ve HMDÖ-R Toplam Ölçek Puanlarının Mesleği Tercih Etmelerine ve Mesleğe İlişkin Bazı Görüşlerine Göre Dağılımı**

Mesleği Tercih Etme ve Mesleğe İlişkin Bazı Görüşler	MPTE*		HMDÖ-R**	
	Ortanca	Min Maks	Ortanca	Min Maks
<b>Hemşireliği tercih etme nedeni</b>				
<b>Statü</b>				
Evet	128	81-152	98	67-122
Hayır	131	62-160	99	47-130
<i>İstatistiksel Analiz***</i>	z=1.080; p=0.280		z=0.450; p=0.653	
<b>Aile isteği</b>				
Evet	130	85-157	99	55-130
Hayır	130	62-160	98	47-130
<i>İstatistiksel Analiz***</i>	z=0.267; p=0.790		z=0.604; p=0.546	
<b>Meslek garantisi</b>				
Evet	130	62-160	99	47-130
Hayır	130	81-160	98	55-130
<i>İstatistiksel Analiz***</i>	z=1.381; p=0.167		z=0.238; p=0.812	

**Tablo 5. Hemşirelik Öğrencilerinin MPTE ve HMDÖ-R Toplam Ölçek Puanlarının Mesleği Tercih Etmelerine ve Mesleğe İlişkin Bazı Görüşlerine Göre Dağılımı (devamı)**

Akademik kariyer				
Evet	138	100-160	100	65-130
Hayır	130	62-160	98	47-130
<i>İstatistiksel Analiz***</i>	<b>z=2.251; p=0.024</b>		z=0.870; p=0.384	
Öğrencilerin Mesleğe İlişkin Bazı Görüşleri				
Mesleği kendine uygun bulma durumu				
Evet	136	83-160	101	47-130
Hayır	124	62-156	96	65-130
<i>İstatistiksel Analiz***</i>	<b>z=6.142; p&lt;0.001</b>		z=1.309; p=0.191	
Hemşireliği profesyonel bir meslek olarak görme durumu				
Evet	132	62-160	99	47-130
Hayır	119	84-149	97	65-130
<i>İstatistiksel Analiz***</i>	<b>z=3.391; p=0.001</b>		z=1.668; p=0.095	
Mezuniyet sonrası hemşire olarak çalışmak isteme durumu				
Evet	133	62-160	99	47-130
Hayır	123	81-151	97	72-130
<i>İstatistiksel Analiz***</i>	<b>z=3.407; p=0.001</b>		z=0.575; p=0.560	
Hemşireliğe yönelik özel ilgi alanı olma durumu				
Evet	135	85-160	101	47-130
Hayır	123	62-160	94	55-130
<i>İstatistiksel Analiz***</i>	<b>z=4.910; p&lt;0.001</b>		<b>z=2.429; p=0.015</b>	
Mesleki örgütlere üye olmayı düşünme durumu				
Evet	135	81-160	101	47-130
Hayır	126	62-160	97	65-130
<i>İstatistiksel Analiz***</i>	<b>z=4.674; p&lt;0.001</b>		z=1.802; p=0.072	
Hemşireliği tekrar tercih etmeyi isteme durumu				
Evet	136	81-160	100	55-130
Hayır	126	62-156	98	47-130
<i>İstatistiksel Analiz***</i>	<b>z=4.698; p&lt;0.001</b>		z=0.446; p=0.656	
Hemşireliğe bakış açısı				
Olumlu <sup>a</sup>	136	85-160	100	55-130
Olumsuz <sup>b</sup>	121	62-154	101	47-130
Kararsız <sup>c</sup>	125	87-156	97	67-130
<i>İstatistiksel Analiz****</i>	<b>KW <math>\chi^2=30.979</math>; p&lt;0.000</b> a-b arasında ve a-c arasında fark vardır <sup>y</sup>		KW $\chi^2=1.570$ ; p=0.456	

\*Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri.

\*\*Hemşirelerin Mesleki Değerleri Ölçeği-Revize.

\*\*\*Mann Whitney U Testi kullanılmıştır.

<sup>y</sup>Gruplar arası fark Bonferroni düzeltmesi ile incelenmiştir.

## TARTIŞMA

Profesyonellik ve mesleki değerler, hemşirelerin hastalarıyla, meslektaşlarıyla, toplumla etkileşimine rehberlik etmekte ve hemşirelik uygulamaları için temel oluşturmaktadır. Meslekte bu temelin oluşturulmasıyla; hemşirelik uygulamalarında kalitenin artırılması, mesleki gelişimin sağlanması, hemşirelikte memnuniyetin artırılması ve mesleki uygulamalarda hataların en aza indirilmesi hedeflenmektedir<sup>8,25</sup>. Hemşirelik özerklik, yararlılık/zarar vermeme, hasta savunuculuğu, dürüstlük,

bireye saygı, adalet gibi mesleki etik ilkeler doğrultusunda uygulanmalıdır. Hemşirelik eğitiminde insanlık onurunu koruyan ve sosyal adalet anlayışına sahip meslek mensupları yetiştirilmesi amaçlanmaktadır<sup>26</sup>. Bu kapsamda; çalışmamızda hemşirelik öğrencilerinin profesyonellik algıları ile mesleki değerlere bağlılığı arasındaki ilişki ve bu ilişkiyi etkileyen faktörlere yönelik bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Mesleki değerler ve profesyonellik kavramı, literatürde öğrenci<sup>11,16,18</sup> ve klinisyen hemşireler<sup>9,22,27,28</sup> gibi farklı çalışma gruplarında incelenmiştir. Çalışmamızda, MPTE toplam puan ortancası 130 (Min:62-Maks:160) olarak bulunurken; Erbil ve Bakır'ın<sup>22</sup> çalışmasında 128.4±13.1, Zengin ve ark.nın<sup>27</sup> çalışmasında 132.2±29.9, Özdelikara ve ark.nın<sup>11</sup> çalışmasında 132.9±16, Dikmen ve ark.nın<sup>9</sup> çalışmasında 140.2±11.9 olduğu görülmektedir. Profesyonellik ile ilgili ölçek puanının literatürde 128-140 puan arasında değişiklik gösterdiği belirlenmiş olup, çalışma sonucumuzla benzerlik göstermektedir. Mesleki değerler ölçeğine ilişkin literatürde dikkat çeken en önemli nokta farklı soru maddelerinden oluşan Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmış iki ölçeğin de kullanılmasıdır. Bu nedenle ölçeğin soru maddesinin indirgenmediği çalışmalarda<sup>18,27,28</sup> HMDÖ puan ortalaması çalışma sonucumuza göre göreceli olarak yüksektir. HMDÖ-R bu ölçeğin soru maddesinin 26'ya indirgenerek güncellenmiş formatı olup, Görüş ve ark.nın<sup>20</sup> çalışmasında hemşirelerin puan ortalaması 90.7±14.7 olarak bulunmuştur. Bununla birlikte Iacobucci ve ark.nın<sup>16</sup> çalışmasında ise öğrencilerinin HMDÖ-R ortalaması 101.4±12.7 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızdan elde edilen ölçek puan ortancası [99 (Min:47-Maks:130)] lisans öğrencilerine ilişkin çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Bu sonuca göre çalışmamızda HMDÖ-R toplam puanı dikkate alındığında hemşirelik öğrencilerinin mesleki değer algılarının yüksek olduğu ifade edilebilir. Çalışmamızda bununla birlikte; MPTE ile HMDÖ-R toplam puanları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiş olup; profesyonellik algısı yüksek olan öğrenciler, mesleki değerleri sahiplenmekte ve bağlılıkları da artmaktadır (p<0.05). Çalışmamıza benzer şekilde Zengin ve ark.nın<sup>27</sup> çalışmasında, MPTE puanı ile HPDÖ ve alt boyutları (onur boyutu, sorumluluk boyutu, harekete geçme boyutu, güvenlik boyutu, otonomi boyutu) arasında pozitif yönde korelasyon elde edilmiştir. Bu bulgulara göre mesleki değerlere bağlı olmanın profesyonelliği ve mesleki gelişimi güçlendirebileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda profesyonelliği ve mesleki değerleri etkileyen faktörler açısından öğrencilerin bazı sosyo-demografik özellikleri (cinsiyet, aile tipi, gelir durumu, eğitim süresi/sınıfı vb.), mesleğe ilişkin özellikleri [mesleği tercih nedeni, mesleğe ilişkin bazı görüşleri (mesleki örgütlere üye olma durumu, mesleğe yönelik özel ilgi alanı, mezuniyet sonrası hemşirelik yapmayı düşünme vb.)] incelenmiştir. Bu faktörlerden cinsiyete ilişkin bulgular incelendiğinde; özellikle kadın öğrencilerin; MPTE ve HMDÖ-R puanlarının yüksek olduğu saptanmış olup (p<0.05), profesyonellik ve mesleki değerlere ilişkin olumlu tutumlarının olduğu belirlenmiştir. Hemşirelik okullarının büyük çoğunluğunu

kadın öğrenciler oluşturmaktadır<sup>18</sup>. Literatürde MPTE ölçek puan ortalamalarının ise kadın öğrencilerde yüksek olduğu belirtilmektedir<sup>11,29</sup>. HMDÖ ölçeğinin ilk geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeğe ilişkin alt boyutlar bulunmakta olup<sup>24</sup>, literatürde kadın öğrencilerin “insan onuru”, “sorumluluk”, “otonomi” ve “güvenlik” alt boyut puan ortalamalarının erkek öğrencilere göre yüksek olduğu belirlenmiştir<sup>13,18</sup>. Bununla birlikte cinsiyetin profesyonelliğe ilişkin tutumu etkilemediğini vurgulayan çalışma bulguları da mevcuttur<sup>14,19,20</sup>. Hemşirelik mesleğinde yasal olarak yaklaşık 10 yıldır erkek hemşireler yer almaktadır. Erkek hemşirelerin toplumsal olarak kabul görmesi, hemşireliğin kadına özgü bir meslek olarak düşünülmesi, erkek hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerin mesleki kimlik bilincini etkileyebilmektedir. Karadağlı'nın çalışmasında<sup>18</sup> belirttiği gibi kız çocuklarının kimlik gelişimi aşamasında bireylere saygı duymasının beklenmesi ve sorumluluk alabilmesi gibi toplumsal cinsiyetle ilişkili faktörlerin ölçek puanlarında etkili olabileceği düşünülmektedir.

Hemşirelik mesleğinin aile isteği, iş garantisi gibi nedenlerle tercih edilmesinin profesyonelliği olumsuz etkileyebileceği vurgulanmaktadır<sup>30</sup>. Bu nedenle mesleği iş garantisi nedeniyle tercih etmek insan onuru, adalet, eşitlik, yararlılık, doğruluk gibi mesleki değerlerle bağdaşmamaktadır. Mesleki değerlerle bütünleştirilmeden hemşireliği iş garantisi nedeniyle tercih etmek, mesleği gelir elde etmek için araç olarak gördüğünü de pekiştirebilmektedir. Bununla birlikte çalışmamızda hemşireliği iş garantisi nedeniyle tercih eden ve etmeyen öğrencilerin MPTE ve HMDÖ-R puan ortancaları benzer olarak bulunmuştur. Hemşirelik öğrencileri lisans eğitimi öncesinde mesleği “iş garantisi” nedeniyle tercih etmiş olsa da mesleki eğitim süreci öğrencilerin değerler ve profesyonellik kavramlarına ilişkin algılarında değişime yol açmış olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda hemşirelik dördüncü sınıf öğrencilerinin, MPTE toplam puan ortancaları ikinci ve üçüncü sınıf öğrencilere göre daha yüksektir ( $p<0.05$ ). Japonya'da Tanaka ve ark.'nın<sup>31</sup> hemşirelik öğrencileriyle yaptığı çalışmada sınıf seviyesindeki artış ile öğrencilerin hemşirelikte profesyonel davranışlarının düzeyi arasında güçlü bir korelasyon olduğu belirlenirken, Çevik ve Khorshid'in<sup>10</sup> çalışmasında da dördüncü sınıf öğrencilerin profesyonelliğe ilişkin puanları yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar, profesyonelliğe ilişkin olumlu tutumun eğitim süresi, mesleki bilgi birikimi ve bilginin klinik uygulama/deneyimle bütünleşmesi sürecinden etkilendiğini de göstermektedir. Aynı zamanda eğitim süresinin artması öğrencilerde bireysel gelişimdeki farkındalığı ve mesleki değerleri benimsemeyi de etkileyebilmektedir. Bununla birlikte Karadağlı'nın çalışmasında<sup>18</sup> mezuniyet sonrası hemşirelik mesleğini yapmak isteyen birinci sınıf öğrencilerin, mesleki değerler puanı diğer sınıflara göre anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Bazı çalışmalarda ise ikinci ve üçüncü sınıf öğrencilerinin meslekte profesyonel tutum puanlarının dördüncü sınıf öğrencilerine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur<sup>12,32</sup>. Bu durum, literatürde dördüncü sınıf

öğrencilerinin iş bulma ve mezun olma gibi konularda kaygı yaşamaları nedeniyle profesyonelliğe yönelik tutum ve davranışları gözardı etmiş olabileceği şeklinde yorumlanmaktadır<sup>12</sup>. Hemşirelikte, eğitim-öğretim sürecinin, öğrencilerinin hem bireysel hem de mesleki değerlerinin farkına varabileceği ve bu değerleri kazanabileceği şekilde yapılandırılması, nitelikli ve kaliteli bakımın sağlanmasında oldukça önemlidir<sup>18</sup>. Çalışmamızda da hemşirelik öğrencilerinde eğitim süreci arttıkça profesyonellik algılarının geliştiği belirlenmiştir. Bu kapsamda hemşirelik öğrencileri mesleki değerlerin bilinciyle ve profesyonel kimlikleriyle mezun olarak; mesleki yaşamlarında da hasta bakımının kalitesini artırabilmektedir.

Çalışmamızda, akademik kariyer planlayan öğrencilerin MPTE toplam puan ortancaları; hemşirelikte özel ilgi alanı bulunan öğrencilerin ise hem MPTE, hem de HMDÖ-R toplam puan ortancaları yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Literatürde de, akademik/klinik kariyer yapmayı düşünenlerin ve hemşirelikte özel bir alana ilgi duyanların MPTE puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur<sup>11</sup>. Lisans mezuniyet sonrası hemşireler özel ilgi duydukları alanlara yönelik hemşirelik anabilim dallarında lisansüstü eğitimlerini tamamlayarak uzman olabilmekte veya hemşirelik mesleği ile ilgili özel klinik ve/veya alanlar için Sağlık Bakanlığı'nca düzenlenen eğitim programlarına katılarak yetki belgesine sahip olabilmektedir. Böylece temel hemşirelik rolleri ile birlikte; uzmanlık alanı ile ilişkili bilgi, beceri, araştırma, eğitim ve danışmanlık hizmetlerini sürdürebilmektedir<sup>33</sup>. Profesyonel hemşireler sürekli kendini geliştirmekte<sup>8,27</sup>; hasta güvenliğine, kalite süreçlerine ve toplumsal hizmetlere katkı sağlamayı hedeflemektedir<sup>8</sup>. Bu nedenle mesleki gelişim planları yapan hemşirelik öğrencileri mesleki farkındalığa sahip olup, mesleki gelişmeleri takip etmek istemektedir.

Çalışmamızda, mesleği tekrar tercih edeceğini ifade edenlerin, mesleği kendine uygun bulanların, mesleğe olan bakış açıları olumlu olanların, hemşireliği profesyonel bir meslek olarak algılayanların ve mezuniyet sonrası hemşirelik yapmak isteyenlerin MPTE toplam puan ortancalarının yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Yapılan çalışmalarda hemşireliği kendine uygun bulanların, tekrar seçmeyi düşünenlerin<sup>11</sup> ve mesleğini değiştirmek istemeyenlerin<sup>34</sup> profesyonellik algılarının yüksek olduğu vurgulanmaktadır. Bu çalışma sonuçları çalışmamızdaki bulgular ile benzerlik göstermektedir. Klinik uygulama sırasında hemşireliği özümseyerek yapan öğrenciler, bu düşünceyi profesyonellik algılarına da yansıtılabilmektedir. Bu durum hemşireliği tekrar tercih etmeyi istemek, hemşireliği kendine uygun bulmakla bütünleşmektedir.

Çalışmamızda, mesleki örgütlere üye olmayı düşünenlerin MPTE toplam puan ortancaları daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Literatürde hemşirelikte profesyonelliğin mesleki örgütlere üyelikle ilişkili olduğu<sup>28,35</sup>, profesyonel tutumun mesleki örgütlere üye olanlarda yüksek olduğu<sup>27</sup> vurgulanmaktadır. Bu sonuçlara göre mesleki örgütlerin, profesyonelleşme sürecini hızlandırdığı, mesleki gelişmelere büyük katkı sağladığı düşünülmektedir.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamızda öğrencilerin profesyonellik tutumunu belirlediğimiz MPTe toplam puan ortancası 130 (Min:62-Maks:160)'dir. Mesleki değerleri incelediğimiz HMDÖ-R toplam puan ortancası ise 99 (Min:47-Maks:130) olarak bulunmuştur. Profesyonellik algısı yüksek olan öğrencilerin, mesleki değerler algısı da yüksektir. Özellikle mesleğe yönelik özel ilgi alanı bulunan ve kadın öğrencilerde bu ilişki dikkat çekmektedir. Bununla birlikte; akademik kariyer planlayan, hemşireliği kendine uygun bulan, mezuniyet sonrası hemşirelik yapmak isteyen, mesleki örgütlere üye olmayı planlayan, hemşireliğe olumlu bakış açısına sahip olan ve dördüncü sınıf öğrencilerde profesyonellik algısı yüksek olmakla birlikte mesleki değerlere bağlılık açısından fark bulunmamaktadır. Bu kapsamda, mesleki değerlerine bağlı profesyonel hemşirelerin yetiştirilmesi için lisans eğitiminde; mesleki gelişmeler, yenilikler ve kariyer planlarına yönelik fırsatların sağlanması, mesleki değerlerle ilişkilendirilmesi önerilmektedir. Bu nedenle hemşirelik eğitimi yürüten öğretim elemanlarının yürütülen müfredatta profesyonellik ve mesleği değerleri eğitime bütünleştirmeleri ve farkındalık sağlamaları önemlidir.

**Etik Kurul Onayı:** Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (Tarih:08/06/2017; Sayı:18) izin alınmıştır.

**Çıkar Çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Katılımcı Onamı:** Hemşirelik öğrencilerinden sözel onam alınmıştır.

**Yazar katkıları:**

Çalışma tasarımı: SP, SŞ

Veri toplama ve/veya analizi: SP, İD, SŞ

Makalenin hazırlanması: SP, İD, SŞ, SK

**Teşekkür**

Çalışmaya katılan tüm hemşirelik öğrencilerine teşekkür ederiz.

**Ethics Committee Approval:** Approval was obtained from Ethics Committee of Ankara Yıldırım Beyazıt University (Date: 08/06/2017; No: 18)

**Conflict of Interest:** Not reported.

**Funding:** None.

**Exhibitor Consent:** Informed consent was obtained from nursing students.

**Author contributions:**

Study design: SP,SŞ

Data collection and analyses: SP, İD, SŞ

Drafting manuscript: SP,İD,SŞ, SK

**Acknowledgement:** We would like to thank all nursing students who participated to the study.

## KAYNAKLAR

1. Nathaniel AK, Burkhardt MA. Çağdaş hemşirelikte etik (Çeviri ed: Alpar ŞE, Bahçecik N, Karabacak Ü.). Üçüncü baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi; 2013.
2. Altıok HÖ, Üstün B. Profesyonellik: Kavram analizi. DEUHYO ED. 2014;7(2):151-5.

3. Dinç L. Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. HUHEMFAD. 2010;17(2):74-82.
4. Korkmaz F. Meslekleşme ve ülkemizde hemşirelik. HUHEMFAD. 2011;18(1):59-67.
5. Güven T. Tıp etiği açısından meslek ve profesyonellik kavramlarının incelenmesi. Hacettepe Tıp Dergisi. 2009;40(2):84-8.
6. Babadağ K. Hemşirelik ve değerler. Birinci baskı. Ankara: Alter Yayıncılık; 2010.
7. Martin P, Yarbrough S, Alfred D. Professional values held by baccalaureate and associate degree nursing students. J Nurs Scholarsh. 2003;35(3):291-6.
8. Byars M, Camacho M, Earley D, Harrington L. Professionalism in the critical care setting: a concept analysis. Nurs Crit Care. 2017;12(3):5-8.
9. Dikmen YD, Yönder M, Yorgun S, Usta YY, Umur S, Aytekin A. Hemşirelerin profesyonel tutumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014;17(3):158-64.
10. Çevik K, Khorshid L. Hemşirelik öğrencilerinin profesyonel davranış uygulayabilme durumlarının belirlenmesi. EGEHFD. 2012;28(2):23-30.
11. Özdelikara A, Alkan SA, Boğa NM. Ondokuz Mayıs Üniversitesi hemşirelik son sınıf öğrencilerinde profesyonelliğin belirlenmesi. USAYSAD. 2016;2(2):1-11.
12. Pınar ŞE, Cesur B, Duran Ö, Güler E, Üstün Z, Abak G. Ebelik öğrencilerinin mesleki profesyonellikleri ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2013;8(23):19-37.
13. Gümrah HV. Sağlık meslek lisesi ve lisans eğitimi alan hemşirelik öğrencilerinin profesyonel değerlere ilişkin görüşlerinin belirlenmesi. İstanbul: Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.
14. Parvan K, Zamanzadeh V, Hosseini FA. Assessment of professional values among Iranian nursing students graduating in universities with different norms of educational services. Thritha J Med Sci. 2012;1(2):37-43.
15. Kantek F, Kaya A, Gezer N. The effects of nursing education on professional values: A longitudinal study. Nurse Educ Today. 2017;58:43-6.
16. Iacobucci TA, Daly BJ, Lindell D, Griffin MQ. Professional values, self-esteem, and ethical confidence of baccalaureate nursing students. Nurs Ethics. 2013;20(4):479-90.
17. Shafakhah M, Molazem Z, Khademi M, Sharif F. Facilitators and inhibitors in developing professional values in nursing students. Nurs Ethics. 2018;25(2):153-64.
18. Karadağlı F. Hemşirelik öğrencilerinin profesyonel değer algıları ve etkileyen faktörler. Mersin Üniv Sağlık Bilim Derg. 2016;9(2):81-91.
19. Kaya H, Işık B, Şenyuva E, Kaya N. Hemşirelik öğrencilerinin bireysel ve profesyonel değerleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;15(1):18-26.



20. Görüş S, Kılıç Z, Ceyhan Ö, Şentürk A. Hemşirelerin profesyonel değerleri ve etkileyen faktörler. J Psy Nurs. 2014;5(3):137-42.
21. Acaroğlu R. Revize edilen hemşirelerin mesleki değerleri ölçeği Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliği. FNJN. 2014;22(1):8-16.
22. Erbil N, Bakır A. Meslekte profesyonel tutum envanterinin geliştirilmesi. JHS. 2009;6(1):290-302.
23. Weis D, Schank MJ. An Instrument to measure professional nursing values. J Nurs Scholarsh. 2000;32(2):201-4.
24. Orak NŞ, Alpar ŞE. Hemşirelerin profesyonel değerleri ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. MÜSBED. 2012;2(1):22-31.
25. Yayla A, Özlü ZK, Gümüş K, Sevinç G, Khaghani E. İki farklı kültürdeki hemşirelerin profesyonel değerlerinin incelenmesi: farklı iki ülke örneği. UHD. 2015;5:19-30.
26. Shahriari M, Mohammadi E, Abbaszadeh A, Bahrami M. Nursing Ethical Values and Definitions: A Literature Review. Iran J Nurs Midwifery Res. 2013;18(1):1-8.
27. Zengin M, Yayan EH, Yıldırım N, Akın E, Avşar Ö, Mamiş E. Pediatri hemşirelerinin profesyonel değerlerinin profesyonel tutumlarına etkisi. HSP. 2018;5(2):1-7.
28. Dikmen Y. Hemşirelerde profesyonel değerler ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. STED. 2016;25(5):197-204.
29. Reyhanoğlu N. Hemşirelikte profesyonel tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011.
30. Çelik S, Ünal Ü, Saruhan S. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi. FNJN. 2012;20(3):193-9.
31. Tanaka M, Taketomi K, Yonemitsu Y, Kawamoto R. The current status of nursing professionalism among nursing faculty in Japan. J Nurs Res. 2017;25(1):7-12.
32. Chiu CH, Yi Lu H, Arrigo LG, Wei CJ, Tsai D. Professionalism survey of medical students in Taiwan. J Exp Clin Med. 2010;2(1):35-42.
33. Resmî Gazete. Hemşirelik Yönetmeliği 2010, Sayı: 27515 [internet]. 2020 [Erişim tarihi: 9 Ocak 2020]. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm>
34. Beydağ KD, Arslan H. Kadın doğum kliniklerinde çalışan ebe ve hemşirelerin profesyonelliklerini etkileyen faktörler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2008;3(7):75-87.
35. Kim-Godwin YS, Beak HC, Wynd CA. Factors influencing professionalism in nursing among Korean American registered nurses. J Prof Nurs. 2010;26(4):242-9.

## Araştırma makalesi Research article

# Hemşirelik Öğrencilerinin Periferel İntravenöz Kateter Yerleştirme İşlemi Hakkındaki Bilgi ve Beceri Düzeylerinin Belirlenmesi



Handan EREN<sup>1</sup>, Ayşe TOPUZ<sup>2</sup>, Ayşe Sonay TÜRKMEN<sup>3</sup>

### ÖZ

**Amaç:** Çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin periferel intravenöz kateter yerleştirmeye yönelik bilgi ve beceri düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışma tanımlayıcı olarak yürütülmüştür. Her sınıftan 20'şer öğrenci olmak üzere toplamda 80 öğrenci çalışmaya dâhil edilmiştir. Veriler Mayıs-Temmuz 2019 tarihleri arasında araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu, bilgi formu ve beceri kontrol listesi yardımıyla laboratuvar ortamında toplanmıştır. Öğrenciler girişimi kol maketi üzerinde gerçekleştirmişlerdir.

**Bulgular:** Öğrencilerin bilgi puan ortalamaları 37.48±3.45, beceri puan ortalamaları 33.09±4.17 olarak belirlenmiştir. Birinci sınıfa devam eden öğrencilerin bilgi puan ortalamalarının (39.60±2.87), dördüncü sınıfa devam eden öğrencilerin ise beceri puan ortalamalarının (34.45±3.06) diğerlerine göre yüksek olduğu görülmüştür. Bilgi puan ortalamaları ile beceri puan ortalamaları arasında pozitif yönde, istatistiksel açıdan zayıf bir ilişki bulunmuştur ( $r=0.244$ ,  $p<0.05$ ).

**Sonuç:** Öğrencilerin periferel intravenöz kateter yerleştirme işlemine yönelik bilgi ve beceri puanlarının ortalamasının üzerinde olduğu görülmüştür. İşleme yönelik beceri düzeyinin artırılması için bilgi düzeylerinin artırılması gerektiği, klinik uygulamalarda ve laboratuvar uygulamalarında her öğrencinin eğitimci veya klinik hemşire eşliğinde işlemi gerçekleştirme sayısının artırılması, ilerleyen sınıflarda beceriye yönelik laboratuvar uygulamalarının tekrarlanması gerektiği önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Beceri, bilgi, hemşire öğrenci, periferel intravenöz kateter

### ABSTRACT

#### Determination of Knowledge and Skill Levels of Nursing Students on Peripheral Intravenous Catheter Placement

**Aim:** The aim of this study was to determine the knowledge and skill levels of nursing students for peripheral intravenous catheter placement.

**Material and Methods:** The study was conducted as descriptive. A total of 80 students, 20 students from each class, were assigned to the study. The data were collected in a laboratory between May and July 2019 using sociodemographic data form, knowledge form and skill checklist prepared by the researchers. The students demonstrated the skill on the arm model.

**Results:** The mean knowledge score of the students was 37.48±3.45 and the mean score of skill was 33.09±4.17. It was determined that the mean knowledge score of the first-grade nursing students (39.60±2.87) was the highest while the mean skill score was highest in the fourth-grade nursing students (34.45±3.06). A positive, weak, statistically significant relationship was found between the mean knowledge and the mean skill scores ( $r=0.240$ ,  $p<0.05$ ).

**Conclusion:** It was found that the students' knowledge and skill scores for peripheral intravenous catheter placement were above average. In order to increase the skill level for the procedure, it was recommended that the knowledge level of the students should be increased, the number of students performing the procedure in the presence of an educator or clinical nurse should be increased in clinical and laboratory practices and the laboratory practices for the skill should be repeated in the following classes.

**Keywords:** Knowledge, nursing students, peripheral intravenous catheter, skill

<sup>1</sup>Dr. Öğr. Üyesi Yalova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yalova, Türkiye, E-mail: erennhandan@gmail.com, Tel: +90 543 871 27 71, ORCID: 0000-0002-6507-5690

<sup>2</sup>Öğr.Gör. Bilim Uzmanı Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Diyaliz Programı, Karaman, Türkiye, E-mail: aysetopuz@kmu.edu.tr, Tel: +90 553 874 29 55, ORCID: 0000-0001-6049-8611

<sup>3</sup>Doç. Dr. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Karaman, Türkiye, E-mail: asonaykurt@gmail.com, Tel: +90 505 378 10 41, ORCID: 0000-0002-3716-3255

Geliş Tarihi: 24 Eylül 2019, Kabul Tarihi 13 Nisan 2020

**Atıf/Citation:** Eren H, Topuz A, Türkmen A.S. Hemşirelik Öğrencilerinin Periferel İntravenöz Kateter Yerleştirme İşlemi Hakkındaki Bilgi ve Beceri Düzeylerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(2): 113-121. DOI: 10.31125/hunhemsire.763142

## GİRİŞ

Periferik intravenöz kateterizasyon (PİVK), modern tıbbın vazgeçilmez ve en sık kullandığı uygulamalardan birisidir. Bu yola, intravenöz sıvı tedavisi, ilaç tedavisinin sürdürülmesi, hemodinamik izlemlerin yapılması, total parenteral beslenmenin sağlanması gibi işlemlerde başvurulmaktadır<sup>1-3</sup>. Periferik intravenöz kateter uygulaması ve bakımından hemşireler sorumludur. Birçok hemşire tarafından sık uygulandığı için sıradan bir uygulama olarak görülse de karmaşık bir uygulamadır<sup>4</sup>. Çünkü PİVK uygulaması tekniğe uygun bir şekilde yapılmadığı zaman hastaların hastanede kalış süresinin uzamasına, hasta ve yakınlarının stres yaşamasına, gereksiz tanı ve tedavi işlemlerine maruz kalınmasına, sağlık çalışanlarının iş yükünün artmasına, maddi kayıplara ve birçok komplikasyona neden olabilmektedir<sup>4,5</sup>. Bu sebeple işlemin kanıt temelli prosedürlere dayanarak gerçekleştirilmesi gerekmektedir<sup>6</sup>. Cicolini ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada, hemşirelerin periferik intravenöz kateter ilişkili enfeksiyonları önlemede bilgi düzeylerinin düşük olduğu, bu sonucun hasta güvenliği açısından riskli olduğu iletilmiştir<sup>7</sup>. Literatürde<sup>8-11</sup>, uygun vene girme yetersizliği, uygun kateterin seçilmemesi ve kateterin yanlış sabitlenmesi gibi nedenlerin kateter girişimine ilişkin en sık görülen komplikasyonlardan olan infiltrasyon ve flebit gelişimini tetiklediği ve etkilediği belirtilmektedir. Bu komplikasyonların görülme sıklığının azalması için hemşirelerin bu uygulamaya yönelik bilgi ve beceri düzeylerinin yeterli olması gerekmektedir<sup>4</sup>. Periferik intravenöz kateter uygulamasına yönelik yeterliliğin ise hemşirelik eğitimi boyunca sağlanmış olması beklenmektedir. Periferik intravenöz kateter yerleştirme işlemi, hemşirelik eğitiminde teorik ve uygulamalı olarak yer almaktadır<sup>12</sup>. Bu eğitim kapsamında öğrencilere hastanın işleme hazırlanması, doğru malzeme seçimi, uygun ven tercihi, ağrı kontrolünü sağlama, cilt antiseptisini sağlama, uygun teknikle vene giriş, kateterin tespit işlemi ve işlemin kayıt altına alınması öğretilmektedir<sup>4,13,14,15</sup>.

Öğrencilerin eğitimleri süresince bu uygulama ile ilgili yeterli bilgi ve beceri kazanmaları, komplikasyonları önlemek ve hasta güvenliği uygulamalarını desteklemek açısından önemlidir<sup>12</sup>. Yapılan bir çalışmada, PİVK yerleştirme işlemi sırasında hemşireler tarafından en çok unutilan malzemenin flaster olduğu ve bu malzemenin o anda başka bir sağlık personelinin istenildiği ve temin edildiği<sup>11</sup>, başka bir çalışmada intravenöz kateter uygulama işlemi öncesi hemşirelerin %22'sinin işlem öncesinde hastaya bilgi vermediği<sup>16</sup>, %87.9'unun ellerini yıkamadığı ve %63.7'sinin işlem sırasında eldiven giymediği, yapılan diğer çalışmada, hemşirelerin %85.3'ünün kateterizasyon için uygun bölge seçimini doğru olarak cevapladığı ancak aynı soru anatomik isimler kullanılarak sorulduğunda boş bıraktıkları ya da doğru cevaplayamadıkları<sup>17</sup>, Karadeniz'in<sup>18</sup> çalışmasında ise hemşirelerin %35'inin kateter işlemi öncesi bölge temizliği sağlandıktan sonra bölgeye yanlışlıkla dokunduğu, %7'sinin ise bilinçli olarak damarı tekrar palpe ettiği saptanmıştır. Bu çalışmaların dışında konu ile ilgili hemşirelik öğrencileri ile yürütülen bir çalışmaya Türkiye'de rastlanmamıştır. Yurt dışında ise Ahlin ve arkadaşları<sup>12</sup> tarafından yürütülen

çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin %81-100 arasında PİVK yerleştirme adımlarını doğru bir şekilde gerçekleştirdiği görülmüştür. Aynı çalışmada, öğrencilerin en fazla oranda doğru yaptığı işlem basamağının eldiven kullanımı, en az oranda doğru yaptığı işlem basamağının ise işlem öncesinde hastanın bilgilendirilmesi olduğu görülmüştür.

Bu çalışmalardan yola çıkarak, mezun olduktan sonra hemşirelerin işleme yönelik becerilerinin eksiksiz olması için lisans düzeyinde iken bu işleme yönelik bilgi ve becerinin öğrencilere tam olarak kazandırılması gerektiği düşünülmektedir. Ancak öncelikle, hemşirelik öğrencilerin PİVK yerleştirme işlemine yönelik bilgi ve beceri düzeylerinin ortaya konması önemlidir. Bu sebeple bu tanımlayıcı çalışma, hemşirelik öğrencilerinin PİVK yerleştirme işlemi hakkındaki bilgi ve beceri düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

## GEREK ve YÖNTEM

### Araştırmanın Türü

Bu çalışma, tanımlayıcı türde yürütülmüştür.

### Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışma, bir devlet üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde yürütülmüştür. Çalışmanın evrenini fakültede eğitim görmekte olan tüm hemşirelik öğrencileri oluşturmuştur (N=321). Çalışmanın örneklem hesabının yapılmasında G\*Power 3.1.5 programına başvurulmuş, %80 güçle 0.05 önemlilik seviyesinde, 0.6 etki büyüklüğünde 77 öğrencinin çalışmaya katılması planlanmıştır<sup>19</sup>. Kayıpların olabileceği düşünülerek 80 öğrenciye ulaşılması hedeflenmiştir. Her sınıfın öğrenci sayısı birbirine yakın olduğundan her sınıf için örneklem büyüklüğü 20 öğrenci olarak belirlenmiştir. Çalışmanın dâhil edilme kriterlerini; hemşirelik öğrencisi olmak, kateter yerleştirme işlemi engelleyecek psikomotor yetilerde sorunu olmamak (kolun alçıya alınması gibi), veri toplama sırasında okulda bulunmak ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmak oluşturmuştur. Çalışmadan çıkarılma kriterlerini ise, bilgi formunu doldurduktan sonra beceri için belirlenen tarihte laboratuvara gelmemek ve çalışmadan ayrılmak istemek oluşturmuştur. Öğrencilere ders saatlerinden önce araştırmacılar tarafından çalışmaya ilişkin duyuru yapılmış, öğrenci listesine göre çalışmaya katılmak isteyip istemedikleri sorulmuştur. Her sınıftan 20'şer kişi dahil edilip, toplamda 80 öğrenci ile çalışma yürütülmüştür. Çalışmaya dâhil olan bütün öğrenciler PİVK yerleştirme becerisine ilişkin teorik ve uygulama eğitimini aynı eğitimciden, aynı teorik ve uygulama saat süresi ile almışlardır.

### Veri Toplama Araçları

Çalışmada veriler, araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan sosyodemografik veri formu, PİVK yerleştirme işlemi bilgi formu ve PİVK yerleştirme işlemi beceri kontrol listesi ile toplanmıştır<sup>4,5,8,12</sup>.

**Sosyodemografik Veri Formu:** Bu formda, öğrencilerin cinsiyet, genel not ortalaması, mezun olduğu lise, periferik intravenöz kateter yerleştirme hakkındaki bilgi kaynağı, klinik hemşiresi veya eğitimci ile klinik uygulama sırasında gerçek hastada kateter yerleştirme deneyimi, PİVK

yerleştirme becerisine ilişkin düşüncelerini içeren toplam 11 kapalı uçlu soru yer almıştır.

### **Periferal İntravenöz Kateter Yerleştirme İşlemi Bilgi**

**Formu:** Araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulmuş<sup>2,11,12,16</sup> olup öğrencilere işlem öncesi hazırlık, uygulama süreci, malzemelerin uzaklaştırılması ve kayıt işlemlerine yönelik sorular sorulmuştur. Öğrencilerden soruları doğru, yanlış; gerekli, gerekli değil; uygun, uygun değil veya fikrim yok şeklinde cevaplamaları istenmiştir. Periferal intravenöz kateter yerleştirme işlemi bilgi formunda yer alan sorular hazırlık (20 soru), uygulama (13 soru) ve kayıt (11 soru) olmak üzere üç alt başlık halinde incelenmiştir. Hazırlık alt başlığı altında, ellerin yıkanması, kullanılacak malzemelerin hazırlanması ve kontrolü; uygulama alt başlığında, hastayı bilgilendirme, uygun veni belirleme, eldiven kullanımı, turnike kullanımı, bölgenin temizliği, kateteri yerleştirme tekniği, damar yolu açıklığının denetimi ve kateter pansumanına ilişkin sorular; kayıt alt başlığı altında ise kateter pansumanı ve hemşire gözlemine yapılan kayıtlar, malzemelerin uzaklaştırılmasına yönelik sorular yer almıştır. Bilgi formunda toplamda 44 soru yer almıştır. Bilgi formunda yer alan her bir soruya doğru cevap veren öğrencilere 1 puan, yanlış veya fikrim yok şeklinde cevap veren öğrencilere 0 puan verilmiştir. Öğrencilerin bilgi formundan alabilecekleri en yüksek puanlar hazırlık alt başlığı için 20, uygulama alt başlığı için 13, kayıt alt başlığı için 11, toplamda ise 44 puan olarak belirlenmiştir.

### **Periferal İntravenöz Kateter Yerleştirme İşlemi**

**Beceri Kontrol Listesi:** Bu listede araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan<sup>2,11,12,16,20</sup>, PİVK yerleştirme işlem basamaklarını içeren maddeler yer almıştır. Listenin hazırlık alt başlığında, ellerin yıkanması, uygun malzemelerin seçilmesi ve kontrolü, hastayı işlem hakkında bilgilendirmeye ve onamını almaya yönelik maddeler; uygulama alt başlığında, uygun venin belirlenmesi, turnike kullanımı, bölgenin temizliği, uygun teknik ile kateteri yerleştirme, damar yolu açıklığının kontrolü, kateterin tespitlenmesine ilişkin maddeler; kayıt alt başlığında ise, malzemelerin uzaklaştırılması, el yıkama, kateter tespit materyali ve hemşire gözlem formuna yapılan kayıtlara yönelik maddeler bulunmaktadır. Beceri kontrol listesinde yer alan maddeler öğrenci tarafından eksiksiz uygulandığında veya öğrenci doğru malzemeyi kullandığında “uyguladı”; yanlış uygulandığında uygulanmadığında ya da yanlış malzeme kullandığında “yanlış uyguladı” şeklinde işaretlenmiştir. Beceri kontrol listesinde bahsedilen basamağı doğru uygulayan öğrencilere 1 puan, yanlış uygulayan veya uygulamayan öğrencilere ise 0 puan verilmiştir. Beceri kontrol listesinde toplamda 41 adet işlem basamağı yer almıştır. Öğrencilerin beceri formundan alabilecekleri en yüksek puanlar hazırlık (15 soru) alt başlığı için 15, uygulama (16 soru) alt başlığı için 16, kayıt (11 soru) alt başlığı için 11, toplamda ise 42 puan olarak belirlenmiştir. Bilgi formunda yer alan soruların ve beceri formunda yer alan işlem basamaklarının uygunluğunun değerlendirilmesi için Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı’nda görevli üç öğretim üyesinden uzman görüşü alınmıştır.

### **Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Veri toplama süreci bilgi düzeyinin ölçülmesi ve beceri düzeyinin ölçülmesi olmak üzere iki aşamadan oluşmuştur. Bilgi düzeyinin ölçülmesi aşamasında, çalışmaya dâhil olan öğrencilerin birbirlerinden bağımsız zamanlarda sosyodemografik veri toplama formunu ve periferal intravenöz kateter yerleştirme bilgi formunu doldurması istenmiştir. Öğrencilerin bilgi ve beceri değerlendirme formlarının karışmaması için ilk uygulanan forma öğrencilerden numaralarını yazmaları istenmiştir. Bilgi formunu dolduran her öğrenci yine birbirinden bağımsız zamanlarda formu doldurduktan 7 gün sonra çalışmanın ikinci aşaması için laboratuvara davet edilmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirildiği kurumda öğrencilere periferal intravenöz kateter uygulamasına yönelik teorik ve uygulamalı eğitim Hemşirelik Esasları II dersinde verilmektedir. Bahar döneminde yer alan bu ders 6 saat teorik, 4 saat laboratuvar ve 8 saat uygulama olacak şekilde yürütülmektedir. Öğrenciler işleme yönelik teorik bilgiyi aldıktan sonra, 4 saatlik laboratuvar uygulaması kapsamında işleme yönelik demonstrasyon uygulamasına katılmaktadırlar. Sonrasında ise uygulama saatinde beceriyi eğitimcileri ile birlikte maketler üzerinde gerçekleştirmektedirler.

Kurumda eğitim gören öğrenciler PİVK yerleştirme becerisine ilişkin teorik ve uygulama eğitimini Mart ayı içerisinde aldığından veriler Mayıs-Temmuz 2019 tarihleri arasında fakültenin mesleki beceri laboratuvarında toplanmıştır. Laboratuvar 2 bölümden (hasta odası ve ilaç hazırlama odası) oluşmaktadır. Uygulamaya davet edilen her bir öğrenciye işlemden önce laboratuvar tanıtılmıştır. Öğrencilere ilaç odasında var olan malzemeler arasında gerekli malzemeleri hazırladıktan sonra uygulama için hasta odasına gideceği belirtilmiştir. Öğrenciler PİVK yerleştirme becerisini Nursing Anne maketi üzerinde gerçekleştirmişlerdir. Bu esnada gözlem sırasında oluşabilecek yanlışlığı önlemek adına beceri listesi aynı anda iki araştırmacı tarafından doldurulmuştur. İki araştırmacının değerlendirmeleri arasında anlamlı farklılık olup olmadığı paired sample t testi ile analiz edilmiş, anlamlı fark bulunmadığından (p:0.083 t:1.754) rastgele seçilen bir araştırmacının değerlendirme sonuçları çalışma kapsamında kullanılmıştır. Veri toplama formlarının kullanılabilirliğini değerlendirmek amacıyla örneklem büyüklüğünün yaklaşık %15’ini oluşturacak şekilde her sınıftan 3, toplamda 12 öğrenci ile ön uygulama gerçekleştirilmiştir. Ön uygulama sonrasında veri toplama formlarında herhangi bir değişiklik yapılmadığından ön uygulamaya katılan öğrenciler çalışmanın devamında uygulama örnekleme dâhil edilmiştir. Uygulama sırasında süre tutulmamıştır.

### **Verilerin Değerlendirilmesi**

Öğrencilerin sosyodemografik verileri, PİVK yerleştirme bilgi formunda yer alan sorulara verdiği cevaplar ve PİVK yerleştirme beceri kontrol listesinde uyguladıkları basamakların analizinde ortalama, standart sapma ve yüzdeyi içeren tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Öğrencilerin bilgi ve beceri alt başlıklarından (hazırlık, uygulama, kayıt) aldıkları puanların sınıflara göre dağılımlarının incelenmesinde normallik analizi yapılmıştır. Analiz sonucu doğrultusunda normal dağılım görüldüğü için

One Way Anova testi kullanılmıştır. Farkın hangi sınıftan kaynaklandığını anlamak için Tukey testi yapılmıştır. Öğrencilerin bilgi ve beceri puan ortalamaları arasındaki ilişki Pearson Korelasyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistik analizleri IBM SPSS Statistics 22 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) bilgisayar programında yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir.

### Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan etik izin (04-2018/13) ve Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığından kurum izni alınmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan öğrencilerden yazılı onam alınmıştır.

### BULGULAR

Öğrencilerin genel not ortalamaları dört üzerinden  $2.74 \pm 0.54$  olup, not ortalamaları açısından öğrencilerin sınıflara göre dağılımı benzerdir ( $p > 0.05$ ). Öğrencilerin yarısından fazlasının kadın (%65) olduğu, PİVK yerleştirmeye ilişkin bilgi kaynakları arasında ilk üç sırada hemşirelik eğitimi (%90), kitaplar (%37.5) ve hemşirelerin (%30) yer aldığı belirlenmiştir. Öğrencilerin çoğunun (%77.5) ailesinde sağlık çalışanı olmadığı görülmüştür.

Öğrencilerin çoğunluğu (%72.5) klinik uygulama sırasında gözetim altında hastada kateter yerleştirme işlemini deneyimlemiş ve çoğu (%65.6) klinik uygulama sırasında hastaya ilk kez PİVK yerleştirme işlemini 1. sınıfta gerçekleştirmiştir. Öğrencilerin klinik uygulamalarda hastaya kateter uygulama sayısı  $4.39 \pm 4.88$  olarak bulunmuştur. Klinik uygulama sırasında gözetim altında hastaya ilk kez PİVK uygulaması sırasında ise öğrencilerin yanında genellikle eğitimcileri (%60.3) bulunmuştur. Öğrencilerin %93.8'i PİVK yerleştirme işleminde başarılı olabileceğini düşündüğünü bildirmiştir.

Öğrencilerin PİVK yerleştirmeye ilişkin bilgi puan ortalaması  $37.48 \pm 3.45$ , beceri puan ortalaması  $33.09 \pm 4.17$  olarak belirlenmiştir (Tablo 1).

**Tablo 1. Öğrencilerin PİVK Yerleştirmeye İlişkin Bilgi ve Beceri Alt Başlık Puan Ortalamaları (n=80)**

	Bilgi		Beceri	
	X ± SS	Min-Maks	X ± SS	Min-Maks
Hazırlık	17.59±1.70	10-15	13.24±1.39	9-13
Uygulama	10.40±1.44	12-20	11.48±2.59	6-17
Kayıt	9.49±1.10	6-11	8.38±1.86	4-11
Toplam	37.48±3.45	30-44	33.09±4.17	22-41

Öğrencilerin PİVK yerleştirmeye ilişkin bilgi ve beceri durumlarına göre dağılımları Tablo 2'de verilmiştir. Buna göre; hemşirelik öğrencilerinin tamamı, işlem öncesinde uygun numarada kateterin ve turnikenin gerekli olduğunu, hastayı işlem öncesi bilgilendirmek gerektiğini belirtmiştir. Uygulama sırasında ise aynı şekilde öğrencilerin tamamı, tedavi tepsisine uygun numarada kateter alırken yalnızca bir öğrenci turnikeyi kullanmamıştır. Öğrencilerin %25'i uygulama sırasında hastaya işlem öncesi bilgi vermemiştir. Hemşirelik öğrencilerinin çoğu (%65) bilgi formunda yer alan ven görünürlüğünü sağlamak için kullanılabilen uygun tekniklere yönelik soruya doğru cevap vermiştir. Öğrencilerin tamamına yakını (%97.5), bilgi formunda, işlem

öncesi, tamamı ise işlem sonrası elleri yıkamanın gerekli olduğunu belirtmiştir ancak beceri sırasında %37.5'i işlem öncesi; %42.5'i ise işlem sonrasında ellerini yıkamamıştır. Öğrencilerin çoğu (%81.3) turnikenin kolda kalış süresi ile ilgili bilgiyi doğru yanıtlarken; uygulama sırasında yarısı bu sürede hata yapmıştır. Öğrencilerin yarısından fazlası (%71.3) uygulama sırasında turnikeyi bağladığında radyal nabızın alınabiliyor olmasına bakmamıştır. Öğrencilerin çoğu (%61.3) işlemi hemşire gözlemine kayıt ederken kateteri yerleştirdiği veni yazmamıştır (Tablo 2).

**Tablo 2. Öğrencilerin PİVK Yerleştirmeye İlişkin Bilgi ve Beceri Sonuçları (n=80)**

	Gerekli n(%)	Gerekli değil n(%)	Fikrim yok n(%)	Kullandı n(%)	Kullanmadı n(%)
Tek kullanımlık eldiven	79 (98.8)	0	1 (1.3)	78 (97.5)	2 (2.5)
Intraket/ uygun numara	80 (100)	0	0	80 (100)	0
Enjektöre çekilmiş salin	72 (90)	6 (7.5)	2 (2.5)	69 (86.3)	11 (13.8)
Vacuteynir	9 (11.3)	50 (62.5)	21 (26.2)	0	80 (100)
Antiseptik solüsyon	79 (98.8)	1 (1.3)	0	79 (98.8)	1 (1.3)
Turnike	80 (100)	0	0	79 (98.8)	1 (1.3)
Steril eldiven	7 (8.7)	67 (83.3)	6 (7.5)	2 (2.5)	78 (97.5)
Flaster	77 (96.3)	3 (3.8)	0	80 (100)	0
Klemp	6 (7.5)	66 (82.5)	8 (10)	1 (1.3)	79 (98.8)
Spanç/ pamuk	60 (75)	17 (21.2)	3 (3.8)	80 (100)	0
Kalem	73 (91.3)	6 (7.5)	1 (0.2)	70 (87.5)	10 (12.5)
İğne ucu atık kutusu	78 (97.5)	2 (2.5)	0	60 (75)	20 (25)
İşlem öncesi bilgi verme	80 (100)	0	0	60 (75)	20 (25)
Elleri yıkama	78 (97.5)	2 (2.5)	0	50 (62.5)	30 (37.5)
Eldiven giyme	75 (93.8)	5 (6.3)	0	71 (88.8)	9 (11.3)
Intraketin kontrol edilmesi	70 (87.5)	8 (10)	2 (2.5)	37 (46.3)	43 (53.8)

Öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıflara göre puan ortalamalarının dağılımı ve gruplar arası karşılaştırması Tablo 3'te verilmiştir. Buna göre; bilgi düzeyi uygulama alt başlığı ( $p=0.012$ ) ve toplam puan ortalamaları ( $p=0.012$ ) açısından gruplar arası anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Yapılan ileri analizde bilgi düzeyi uygulama alt başlığı puan ortalaması açısından 1. sınıf öğrencilerinin 3. sınıf öğrencilerinden ( $p=0.009$ ); bilgi düzeyi toplam puan ortalaması açısından 1. sınıf öğrencilerinin hem 3. sınıf ( $p=0.019$ ), hem de 4. sınıf öğrencilerinden ( $p=0.028$ ) anlamlı derecede yüksek puan aldığı belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 2. Öğrencilerin PİVK Yerleştirmeye İlişkin Bilgi ve Beceri Sonuçları (n=80) (devamı)

İşlem için uygun venler	Uygun n(%)	Uygun değil n(%)	Fikrim yok n(%)	Uygun veni ifade edebilmesi n(%)	
				Uyguladı	Uygulamadı /yanlış uyguladı
Dorsal metakarpal venler	67 (83.8)	4 (5)	9 (11.2)	65 (81.3)	15 (18.8)
Femoral arter	9 (11.2)	60 (75)	11 (13.8)		
Sefalik ven	61 (76.3)	4 (5)	15 (18.7)		
Bazilik ven	55 (68.8)	8 (10)	17 (21.2)		
	Doğru	Doğru değil	Fikrim yok	Uyguladı	Uygulamadı /yanlış uyguladı
Ven görünürlüğü nü artıran tekniklerin kullanımına yönelik soru/bunlardan uygun olanının kullanımı	52 (65)	28 (35)	0	41 (51.3)	39 (48.8)
Turnikenin bağlanma şekli	79 (98.8)	1 (1.3)	0	78 (97.5)	2 (2.5)
Turnikenin uygulanma yeri	79 (98.8)	0	1 (1.3)	74 (92.5)	6 (7.5)
Turnikenin kalış süresi	65 (81.3)	10 (12.4)	5 (6.3)	40 (50)	40 (50)
Radyal nabızın kontrolü	77 (96.3)	3 (3.8)	0	23 (28.8)	57 (71.3)
Bölgeyi aseptik tekniklere uygun temizleme	77 (96.3)	3 (3.8)	0	69 (86.3)	11 (13.8)
Silme işleminden sonra kurumasını bekleme	66 (82.5)	8 (10)	6 (7.5)	51 (63.8)	29 (36.3)
Vene giriş açısı	46 (57.5)	32 (20)	2 (2.5)	71 (88.8)	9 (11.3)
Vene girdikten sonra vene giriş açısı	79 (98.8)	1 (1.3)	0	75 (93.8)	5 (6.3)
Kateteri ilerletirken çelik iğnenin pozisyonu	61 (76.3)	19 (23.8)	0	57 (71.3)	23 (28.8)

Tablo 2. Öğrencilerin PİVK Yerleştirmeye İlişkin Bilgi ve Beceri Sonuçları (n=80) (devamı)

Turnikenin açılması	75 (93.8)	5 (6.3)	0	42 (52.5)	38 (47.5)
Salin ile yıkama	58 (72.5)	17 (21.2)	5 (6.3)	46 (57.5)	34 (42.5)
Kateter bölgesinin tespiti	69 (86.3)	8 (10)	3 (3.7)	64 (80)	16 (20)
Tespitte tarih yazımı	80 (100)	0	0	78 (97.5)	2 (2.5)
Tespit üzerine saat yazımı	48 (60)	29 (16.3)	3 (3.7)	32 (40)	48 (60)
Tespit üzerine hastanın tanısının yazımı	77 (96.3)	1 (1.3)	2 (2.4)	0	80(100)
Tespit üzerine hemşirenin isminin yazımı	69 (86.3)	11 (13.8)	0	63 (78.8)	17 (21.3)
Tespit üzerine hasta adının yazımı	72 (90)	3 (3.7)	5 (6.3)	0	80 (100)
Çelik iğnenin iğne ucu atık kutusuna atılması	46 (57.5)	34 (42.5)	0	70 (87.5)	10 (12.5)
Eldivenlerin tıbbi atık kutusuna atılması	76 (95)	4 (5)	0	76 (95)	4 (5)
Elleri yıkama	80 (100)	0	0	46 (57.5)	34 (42.5)
Hemşire gözlemine kayıt ederken tarih yazımı	80 (100)	0	0	60 (75)	20 (25)
Hemşire gözlemine kayıt ederken venin yazımı	54 (67.5)	16 (20)	10 (12.5)	31 (38.8)	49 (61.3)
Hemşire gözlemine kayıt ederken uygulayan hemşirenin adının yazımı	77 (96.3)	1 (1.3)	2 (2.4)	54 (67.5)	26 (32.5)

**Tablo 3. Öğrencilerin Sınıflara Göre Aldıkları Bilgi ve Beceri Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Gruplar Arası Karşılaştırması**

	1.sınıf	2.sınıf	3.sınıf	4.sınıf	F	p	
Bilgi	Hazırlık	18.45±1.05	17.25±1.59	17.50±1.93	17.15±1.90	2.571	0.060
	Uygulama	11.25±1.62	10.15±1.35	9.85±1.09	10.35±1.35	3.906	0.012
	Kayıt	9.90±0.97	9.75±0.78	9.15±1.38	9.15±1.03	2.730	0.050
	Toplam	39.60±2.87	37.15±2.66	36.50±3.80	36.65±3.60	3.897	0.012
Beceri	Hazırlık	13.85±1.04	13.50±1.36	12.40±1.67	13.20±1.06	4.485	0.006
	Uygulama	9.85±2.11	11.85±2.64	11.05±2.66	13.15±1.84	7.014	0.000
	Kayıt	9.20±1.74	8.95±1.98	7.25±1.37	8.10±1.77	5.235	0.002
	Toplam	32.90±3.71	34.30±4.84	30.70±4.03	34.45±3.06	3.848	0.013

\*Gruplar arasındaki farkın analizinde Tukey testi uygulanmıştır.

Beceri düzeyi hazırlık alt başlığı puan ortalaması açısından hem 1. sınıf ( $p=0.004$ ), hem de 2. sınıfa devam eden öğrencilerin ( $p=0.046$ ) 3. sınıfa devam eden öğrencilerden anlamlı derecede yüksek puan aldığı görülmüştür. Beceri düzeyi uygulama alt başlığı puan ortalaması açısından 4. sınıfa devam eden öğrencilerin hem 1. sınıf ( $p=0.000$ ) hem de 3.sınıfı devam eden ( $p=0.029$ ) öğrencilerden; 2. sınıfa devam eden öğrencilerin ise 1. sınıfa devam eden öğrencilerden ( $p=0.041$ ); beceri düzeyi kayıt alt başlığı puan ortalaması açısından hem 1. sınıf ( $p=0.004$ ), hem de 2. sınıfa devam eden öğrencilerin ( $p=0.014$ ) 3. sınıfa devam eden öğrencilerden anlamlı derecede yüksek puan aldığı bulunmuştur. Beceri düzeyi toplam puan ortalaması açısından hem 2. sınıf ( $p=0.026$ ), hem de 4. sınıf öğrencilerinin ( $p=0.019$ ) ise 3. sınıfa devam eden öğrencilerden anlamlı derecede yüksek puan aldığı belirlenmiştir (Tablo 3).

Çalışmaya katılan öğrencilerin bilgi ve beceri durumları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan analizde bilgi ve beceri toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde, zayıf, istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ( $r=0.244$ ,  $p<0.05$ ) (Tablo 4).

**Tablo 4. Öğrencilerin Periferik İntravenöz Kateter Yerleştirme İşlemine Yönelik Bilgi ve Beceri Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki**

	Bilgi Toplam Puan	Beceri Toplam Puan
Bilgi Toplam Puan	$r = 1.000$	$r = 0.244$ $p = 0.029^*$

\*  $p < 0.05$ , pearson korelasyon analizi yapılmıştır.

## TARTIŞMA

Periferik intravenöz kateter yerleştirme, birçok komplikasyonu beraberinde getirebilen dikkat edilmesi gereken önemli uygulamalardan biridir. Hemşirelerin PİVK yerleştirme konusundaki bilgi ve becerileri ile işlemin başarılı gerçekleştirilmesi, işlem sırası ve sonrası oluşabilecek komplikasyonlar arasında ilişkinin olduğu belirtilmektedir<sup>13,21,22</sup>. Bu sebeple hemşirelik öğrencilerinin kateter yerleştirme işlemine yönelik bilgi ve beceri düzeylerinin olabildiğince yüksek olması önemlidir. Farklı sınıflarda yer alan hemşirelik öğrencilerinin periferik intravenöz kateter yerleştirmeye ilişkin bilgi ve beceri düzeylerinin belirlenmesi amaçlanan bu çalışmada, öğrencilerin bilgi ve beceri puanlarının ortalamasının üzerinde olduğu bulunmuştur. Ayrıca çalışmada öğrencilerin doğru

olarak yanıtladığı soruları uygulama sırasında yanlış uyguladığı veya uygulamadığı görülmüştür. Ahlin ve arkadaşları<sup>12</sup> tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde öğrencilerin işleme yönelik bilgi düzeylerinin iyi olduğu ve çoğunun işlemi doğru gerçekleştirdiği ancak doğru olarak ifade ettikleri bazı uygulamaları yanlış veya eksik yaptıkları görülmüştür. Bu sonuç, işleme yönelik bilginin uygulamaya aktarılmasına ilişkin yaşanan sorunlarla ilişkili olabilir. Literatürde de benzer şekilde öğrencilerin temel becerilere yönelik bilgilerini uygulamaya aktarmakta zorluk yaşadığı belirtilmektedir<sup>12,23,24</sup>. Bu durumun nedeni, öğrencilerin uygulamayı gerçekleştirirken anksiyete yaşayabilmeleri ve işlemin maket üzerinde gerçekleştirilmesi, öğrencilerin canlıda gelişebilecek fizyolojik değişiklikleri göz ardı etmesi olabilir.

Çalışmada öğrencilerin bilgi formunda yer alan işlem öncesi hastayı bilgilendirme, işlem öncesi ve sonrasında elleri yıkama ile ilişkili ifadelerle çoğunlukla doğru yanıt verdiği ancak uygulama aşamasında doğru bildiklerini yanlış verdiğini görülmüştür. Bu sonucun nedeni, işlemin laboratuvar ortamında ve maket üzerinde gerçekleştiriliyor olması olabilir. Ahlin ve arkadaşlarının<sup>12</sup> yürüttüğü çalışmada da öğrencilerin çoğunlukla işlem öncesi hastayı bilgilendirme (%64) ve işlem sonrası el yıkama (%54) basamaklarını unuttukları görülmüş ve benzer şekilde bu sonuç becerinin canlı birey değil de maket üzerinde gerçekleştiriliyor olması, bu sebeple öğrencilerin bazı işlem basamaklarını göz ardı edebilmeleri ile ilişkilendirilmiştir.

Literatürde<sup>25,26</sup>, PİVK yerleştirme işleminde uygun malzeme seçiminin flebit, ekstrasvayon ve enfeksiyon gibi komplikasyonlarla ilişkili olduğu belirtilmektedir. İşlemden kullanılacak olan malzemenin işlem için uygunluğunun değerlendirilmesi komplikasyonların ve tekrarlayan girişimlerin önlenmesinde önemlidir. Çalışmada öğrencilerin çoğunlukla (%53.8) işlem öncesinde kateteri kontrol etmediği görülmüştür. Bunun nedeni, öğrencilerin kullanılan kateterin son kullanma tarihini, iğne ucunu kontrol etmeden uygulamayı hızlı tamamlamak adına bir an önce kateteri yerleştirme işlemine geçmek istemeleri, dolayısıyla bu işlem basamağını göz ardı etmeleri olabilir. Periferik intravenöz kateter yerleştirme başarısının artmasında uygun venin seçimi önemlidir<sup>27</sup>. Girişim yapılacak venin görünürlüğü ve dolgunluğu başarılı girişim şansını artırmaktadır. Bu sebeple ven görünürliğini artıracak tekniklerin işlem öncesinde uygulanması gerekmektedir<sup>6</sup>. Turnike uygulaması, girişim yapılacak bölgeyi kalp seviyesinden aşağıda tutma, sıcak uygulama, sıvazlama gibi birçok teknik bulunmaktadır<sup>28,29</sup>. Çalışmada, öğrencilerin çoğunun bilgi formunda yer alan ven görünürlüğüne artırmaya yönelik kullanılan tekniğe ilişkin ifadeye doğru yanıt verdiği, bu oranın beceri sırasında düştüğü görülmüştür. Bu sonuçlar, aynı şekilde öğrencilerin işlemi laboratuvar ortamında kol maketinde gerçekleştirmeleri ile ilişkili olabilir. Çalışmada ayrıca, öğrencilerin çoğunun turnike uygulamasına ilişkin soruya doğru yanıt verdiği, ancak uygulama sırasında çoğunun turnikeyi makette bağlı olarak unuttuğu görülmüştür. Bu sonuç, öğrencilerin maket üzerine uygulama yapmaları, dolayısıyla hastanın kolundaki dolaşıma yönelik değişiklikleri

görememeleri ile ilişkili olabilir. Literatürde<sup>30</sup>, öğrencilerin maketler üzerindeki uygulamalar ile canlıya yaptıkları uygulamalar arasında farklılıklar olabileceği, laboratuvar uygulamalarının gerçek uygulamaların yerini alamayacağı belirtilmektedir.

Hemşirelik bakımını görünür kılmak için kayıt işleminin doğru yapılması önemlidir. Dolayısıyla PİVK yerleşimine ilişkin gerekli bilgilerin hemşire gözlemine kayıt edilmesi gerekmektedir<sup>6,31</sup>. Çalışmada, öğrencilerin kayıt işlemine yönelik ifadelerle verdiği doğru yanıt oranlarının beceri sırasında düştüğü görülmüştür. Öğrencilerin çoğu, kayıt işleminde özellikle kateteri yerleştirdiği veni hemşire gözlemine kaydetmemiştir. Çalışmada kullanılan hemşire gözlem formu ders kapsamında yer alan demonstrasyon sırasında eğitimci tarafından öğrencilere tanıtılmakta ve uygulama sırasında öğrenciler tarafından kullanılmaktadır. Dolayısıyla bu sonuç öğrencilerin kateteri yerleştirdiği venin anatomik ismini bilme durumlarıyla ilişkili olabilir. Öğrencilerin PİVK yerleştirebilecek venlere ilişkin bilgilerin değerlendirildiği sorulara yanlış cevap verenlerin olması bu sonuç ile ilişkili olabilir. Ayrıca yapılan çalışmalarda öğrencilerin ve hemşirelerin uyguladıkları girişimlere ilişkin bilgiyi kayıt etme oranlarının düşük olduğu belirtilmiştir. Bu sonuç kayıt işleminin uygulamayı gerçekleştirmekten daha az önemli olduğunu düşünmeleri ile ilişkilendirilmiştir<sup>32,33,34</sup>.

Hemşirelik öğrencilerine PİVK yerleştirme uygulamasına yönelik teorik ve uygulamalı eğitim çoğunlukla birinci sınıfta verilmektedir. Devam eden dönemlerde öğrenciler, işleme yönelik becerilerini klinik uygulamalarda geliştirebilmektedirler. Çalışmada, öğrencilerin sınıflarına göre bilgi ve beceri puan ortalamalarında değişiklik görülmüştür. Dördüncü sınıfa devam etmekte olan öğrencilerin beceri, birinci sınıfa devam etmekte olan öğrencilerin ise bilgi puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Birinci sınıfa devam etmekte olan öğrencilerin bilgi puan ortalamasının diğerlerine göre yüksek olması PİVK yerleştirme becerisinin birinci sınıfta öğretilmesi, dolayısıyla öğrencilerin konuya ilişkin bilgilerini kolay hatırlayabilmeleri ile ilişkili olabilir. Dördüncü sınıfa devam etmekte olan öğrencilerin beceri puan ortalamasının diğerlerine göre yüksek olmasının sebebi ise işleme yönelik deneyimlerinin daha fazla olması ile ilişki olabilir. Literatürde, çalışmamıza benzer şekilde hemşirelik öğrencilerinin periferal intravenöz kateter yerleştirme işlemine yönelik beceri düzeylerinin sınıflara göre incelendiği çalışmaya rastlanmasa da, hemşirelik öğrencilerinin bazı beceri düzeylerinin devam etmekte oldukları sınıfla birlikte arttığına ilişkin bulgular bulunmaktadır. Bu çalışmalarda da uygulamaya yönelik deneyimin artmasının öz yeterliliği ve beceriyi geliştireceği vurgulanmıştır<sup>35,36</sup>. Dolayısıyla 4. sınıfa devam eden öğrencilerin beceri düzeylerinin diğerlerine göre yüksek olması beklendiktir. Bence bu paragrafı tartışma girişi yazdığımız yerden sonraya almalıyız.

Çalışmada ayrıca 3. sınıfa devam eden öğrencilerin bilgi ve beceri puanlarının diğer öğrencilere göre genelde daha düşük olduğu görülmüştür. Bunun nedeni üçüncü sınıfa devam eden öğrencilerin çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersi kapsamındaki uygulamaları takip ediyor

olması olabilir. Bu dersin öğretimi sırasında kliniklerde öğrenciler pediatrik hastalara kateter yerleştirme işlemini yalnızca/ağırlıklı olarak gözlemlemektedirler. Bu sebeple öğrencilerin PİVK yerleştirmeye ilişkin bilgi ve becerileri düzeylerinin diğer öğrencilerden farklılaşabileceği düşünülmüştür.

Periferal intravenöz kateter uygulamasına yönelik bilgi düzeyinin artması işlemi uygulamaya yönelik yeterliliği de artırmaktadır. Böylece işlem süresi kısaltmakta ve kateter uygulamasına bağlı olarak gelişebilecek komplikasyonlar da önlenebilmektedir<sup>37,38</sup>. Literatürde<sup>39</sup> PİVK uygulamasına yönelik bilgi düzeyinin, tek seferde kateteri yerleştirme başarısına etki ettiğine yönelik kanıtlar bulunmaktadır. Ayrıca bölgenin tespiti, temizlenmesi, malzeme kullanımı, bölgenin bakımının doğru yapılmasının komplikasyonları azalttığı belirtilmektedir<sup>6,7</sup>. Çalışmamızda da öğrencilerin bilgi ve beceri puan ortalamaları arasında pozitif yönde bir ilişkinin olduğu görülmüştür. Dolayısıyla öğrencilerin işlemi doğru yapmaya yönelik becerilerinin geliştirilmesi için işleme yönelik bilgi düzeylerinin de eksiksiz olması gerektiği düşünülmektedir.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin periferal intravenöz kateter yerleştirmeye ilişkin bilgi ve beceri düzeylerinin ortalamasının üzerinde olduğu, birinci sınıf öğrencilerin bilgi, dördüncü sınıf öğrencilerin ise beceri puan ortalamalarının diğerlerine göre yüksek olduğu görülmüştür. Öğrencilerin PİVK yerleştirme işlemine yönelik bazı bilgilerini uygulamaya aktaramadıkları ancak işleme yönelik bilgi düzeyleri arttıkça beceri düzeylerinin de arttığı görülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusunda, öğrencilerin teorik bilgi düzeyini geliştirmek ve bu bilgiyi beceriye daha kolay aktarabilmeleri için gerçekliğe yakınlığı yüksek düzeyde eğitim materyallerinin kullanılması, öğrencilerin ilerleyen eğitim dönemlerinde işleme yönelik bilgi ve becerilerini güncel tutmak için klinik uygulamalar sırasında klinik hemşireler ve eğitimcileri ile birlikte hastaya daha fazla uygulama yapmaları, yalnızca eğitimin ilk yılı değil ilerleyen dönemlerde de periferal intravenöz kateter yerleştirme becerisine yönelik teorik bilginin ve laboratuvar uygulamalarının tekrarlanması önerilebilir.

**Etik Kurul Onayı:** Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan alınmıştır.

**Çıkar Çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Katılımcı Onamı:** Öğrencilerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

**Yazar katkıları:**

Çalışma tasarımı: HE

Veri toplama ve/veya analizi: HE, AT, AST

Makalenin hazırlanması: HE, AT, AST

**Teşekkür**

Çalışmaya katılan öğrencilere teşekkür ederiz.

**Ethics Committee Approval:** Approval was obtained from Ethics Committee of Karamanoglu Mehmetbey University.

**Conflict of Interest:** Not reported.



**Funding:** None.

**Exhibitor Consent:** Informed consent was obtained from nursing students.

**Author contributions:**

Study design: HE

Data collection and analyses: HE, AT, AST

Drafting manuscript: HE, AT, AST

**Acknowledgement:**We would like to thank all students who participated to the study.

## KAYNAKLAR

- González López JL, Vilele AA, Palacio EF, Corral JO, Matri CB, Portal PH. Indwell Times, Complications and Costs of Open vs Closed Safety Peripheral Intravenous Catheters: A Randomized Study. *J Hosp Infect.* 2014;86(2):117-126.
- Potter AP, Perry GA, Stockert AP, Hall MA. *Fundamentals of Nursing (Eighth edition).* Canada: Mosby, an Imprint of Elsevier Inc; 2013.
- Büyükyılmaz F, Kuş B. Periferik İntravenöz Kateter Uygulamalarında Komplikasyonların Önlenmesinde Güncel Kanıtlar: Sistematik İnceleme. *FNJN.* 2017;25(3):209-217.
- Eşer İ, Denat Y. Yaşlı Hastalarda Periferik İntravenöz Kateterizasyon. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2006;010(1):43-49.
- Güner İC, Ovayolu N, Karadağ G. Hemşirelerin periferik venöz kateter (pvk) uygulamaya ilişkin durumlarının belirlenmesi. *Hemşirelik Forumu.* 2005:10-5.
- Infusion Nurses Society. *Infusion Nursing Standards of Practice.* *J Infusion Nurs.* 2011;34(1S):S1-S110.
- Cicolini G, Manzoli L, Simonetti V, Flacco ME, Comparcini D, Capasso L, et al. Phlebitis risk varies by peripheral venous catheter site and increases after 96 hours: a large multi-centre prospective study. *J Adv Nurs.* 2014;70:2539-2549.
- Aydın S, Gürol Arslan G. Hemşirelerin periferik intravenöz kateter girişimlerine ilişkin bilgi düzeylerinin incelenmesi. *DEUHFED.* 2018;11(4):290-299.
- Erdoğan BC, Denat Y. Periferik intravenöz kateter komplikasyonlarından flebit ve hemşirelik bakımı. *Journal of Human Rhythm.* 2016;2(1):6-12.
- Hadaway L. Short Peripheral Intravenous Catheters and Infections. *J Infusion Nurs.* 2012;35(4):230-40.
- Karadağ A. Ven içi sıvı tedavisi: komplikasyonlar ve hemşirelik bakımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 1999;3(1): 39-47.
- Ahlin C, Klang-Söderkvist B, Johansson E, Björkholm M, Löfmark A. Assessing nursing students' knowledge and skills in performing venepuncture and inserting peripheral venous catheters. *J Nurs Educ.* 2017;23:8-14.
- Sarı D, Eşer İ, Akbiyık A. Phlebitis associated with peripheral intravenous catheters and nursing care Periferik intravenöz kateterle ilişkili flebit ve hemşirelik bakımı. *J Hum Sci.* 2016;13:2905-2920.
- Deguzman ZC, O'mara SK, Sulo S, Haines T, Blackburn L, Corazza J. Bacteriostatic normal saline compared with buffered 1% lidocaine when injected intradermally as a local anesthetic to reduce pain during intravenous catheter insertion. *ASPAN.* 2012;27(6):399-407.
- Rosenthal, K. Tailor your I.V. insertion techniques for special populations. *Nursing.* 2005;35:37-41.
- Avşar G, Özlü Z, Gümüş K, Özer N, Aytekin A. Determination of the situation of nurses related to the application of peripheral venous catheter. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2013;2(4):499-509.
- Arpa Y, Aygün H, Yalçınbaş Y, San D, Ulukol A. Santral kateter bakımında şeffaf örtü ve klorheksidin glukonat emdirilmiş şeffaf örtü kullanılan pediatrik kardiyovasküler cerrahi hastalıklarının kateter ilişkili enfeksiyon oranlarının karşılaştırılması. *HEMAR-G.* 2013;15(2):57-67.
- Karadeniz G, Kutlu N, Tatlısumak E, Özbakkaloğlu B. Nurses' knowledge regarding patients with intravenous catheters and phlebitis interventions. *J Vasc Nurs.* 2003;21(2):44-7.
- Lund F, Schultz JH, Maatouk I, Krautter M, Möltnner A, Werner A, Nikendei C. Effectiveness of IV cannulation skills laboratory training and its transfer into clinical practice: a randomized, controlled trial. *PloS one.* 2012;7(3):1-10.
- Schuster C, Stahl B, Murray C, Keleekai NL, Glover K. Development and testing of a short peripheral intravenous catheter insertion skills checklist. *J Assoc Vasc Access.* 2016;21:196-204.
- Keleekai NL, Schuster CA, Murray CL, King MA, Stahl BR, Labrozzi LJ, et al. Improving nurses' peripheral intravenous catheter insertion knowledge, confidence, and skills using a simulation-based blended learning program: a randomized trial. *Simul Healthc.* 2016;11:376.
- Wallis MC, McGrail M, Webster J, Marsh N, Gowardman J, Playford, EG, et al. Risk factors for peripheral intravenous catheter failure: a multivariate analysis of data from a randomized controlled trial. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2014;35:63-68.
- Sharif F, Masoumi S. A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. *BMC Nurs.* 2005;4(6):1-7.
- Serçekuş P, Başkale H. Nursing students' perceptions about clinical learning environment in Turkey. *Nurse Educ Today.* 2016;17:134-138.
- Milutinović D, Simin D, Zec D. Risk factor for phlebitis: a questionnaire study of nurses' perception. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2015;23(4):677-84.
- O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, Heard SO, et al. Healthcare infection control practices advisory committee (HICPAC) (appendix 1). Summary of recommendations: guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Clin. Infect. Dis.* 2011;52:1087-1099.
- Cihan Erdogan B, Denat Y. The development of phlebitis and infiltration in patients with peripheral intravenous catheters in the neurosurgery clinic and affecting factors. *Int J Caring Sci.* 2016;9(2):619-29.

28. Kong S, Lee KS, Kim J, Jang SH. The effect of two different hand exercises on grip strength, forearm circumference, and vascular maturation in patients who underwent arteriovenous fistula surgery. *Ann Rehabil Med.* 2014;38(5):648-657.
29. Bıyık Bayram S, Caliskan N. Effects of local heat application before intravenous catheter insertion in chemotherapy patients. *J Clin Nurs.* 2016;25:1740-1747.
30. Ricketts B. The role of simulation for learning within pre-registration nursing education e a literature review. *Nurse Educ Today.* 2011;31(7):650-54.
31. Korkmaz Arslan G, Emiroglu O. Hemşireliğin görünürlüğünü artırmak için standardize ve kodlu bir sınıflama sisteminin kullanılması: Klinik bakım sınıflama sistemi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.* 2012;19(2):69-79.
32. Schaar GL, Mustata Wilson G. Evaluating senior baccalaureate nursing students' documentation accuracy through an interprofessional activity. *Nurse Educ.* 2015;40(1):7-9.
33. Wynn S. Preparing today's nursing students for tomorrow's career. *Issues Ment Health Nurs.* 2015;37(4):245-248.
34. Turaç N, Ünsal A. Hemşirelerin subkütan düşük molekül ağırlıklı heparin enjeksiyonu uygulamasına ilişkin bilgi ve davranışları. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi.* 2018;5(1):1-13.
35. Goldsmith M, Stewart L, Ferguson L. Peer learning partnership: An innovative strategy to enhance skill acquisition in nursing students. *Nurse Educ.* 2006;26(2): 123-130.
36. Van Horn E, Christman J. Assessment of nursing student confidence using the clinical skills self-efficacy scale. *Nurs Educ Perspect.* 2017; 38(6):344-346.
37. Ho SE, Liew LS, Tang WM. Nurses' knowledge and practice in relation to peripheral intravenous catheter care. *Med&Health.* 2016;11(2):181-188.
38. Aydın S, Arslan GG. Hemşirelerin periferal intravenöz kateter girişimlerine ilişkin bilgi düzeylerinin incelenmesi. *DEUHFED.* 2018;11(4):290-99.
39. Helm RE, Klausner JD, Klemperer JD, Flint LM, Huang E. Accepted but unacceptable: peripheral IV catheter failure. *J Infus Nurs.* 2015;38:189-203.

## Araştırma makalesi

## Research article

## Hemodiyaliz Hastalarında Konfor Düzeyinin İncelenmesi

Turgay GÜLAY<sup>1</sup>, Çiğdem ÖZDEMİR ELER<sup>2</sup>, Şeyda ÖKDEM<sup>3</sup>, Ebru AKGÜN ÇITAK<sup>4</sup>

## ÖZ

**Amaç:** Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda konfor düzeyinin incelenmesidir.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı olarak yapılan araştırma, Ekim-Aralık 2018 tarihleri arasında, hemodiyaliz tedavisi alan 262 hasta ile yapılmıştır. Veriler "Hasta Tanıtım Formu" ve "Hemodiyaliz Konfor Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package For Social Sciences) 25 programı kullanılarak; sayı, yüzde ve frekans dağılımları ile değerlendirilmiştir. Analizlerde bağımsız gruplarda t testi ve tek yönlü varyans analizinden yararlanılmıştır. Çalışmada kullanılan ölçeğin iç tutarlılığını değerlendirmek için Cronbach alfa katsayısı 0.75 olarak bulunmuştur. Çalışmada anlamlılık düzeyi p<0.05 olarak kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan hastaların %59.5'i erkek, %30.5'i 40-59 yaş aralığında ( $\bar{x}$ =60.7±14.48, min:18-max:92), %37'si emekli, %70.2'sinin gelir durumu orta düzeydedir. Hastaların %77.5'inin haftada 3 seans diyaliz tedavisi aldığı, %65.6'sının vasküler giriş yolunun arteriovenöz fistül olduğu saptanmıştır. Hastaların Hemodiyaliz Konfor Ölçeği üstesinden gelme alt boyutu puan ortalaması 16.01±4.81, rahatlama alt boyutu puan ortalaması 9.16±3.70 ve ölçek puan ortalaması 25.18±7.03 olarak bulunmuştur.

**Sonuç:** Hemodiyaliz hastalarının konfor düzeyinin orta olduğu saptanmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Hemodiyaliz, konfor, son dönem böbrek yetmezliği

## ABSTRACT

## Examining the Comfort Level of Hemodialysis Patients

**Aim:** This study was conducted to evaluate the comfort level of patients receiving hemodialysis treatment.

**Material and Methods:** This descriptive study was conducted with 262 patients receiving hemodialysis treatment between October and December 2018. Data were collected using "Patient Identification Form" and "Hemodialysis Comfort Scale. The data obtained from the study were analyzed by using SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 25 program with number, percentage, independent samples t test and one way ANOVA. The Cronbach alpha coefficient of the scale used in the study was found to be 0.75. In the study, the significance level was accepted as p <0.05.

**Results:** 59.5% of the patients were male, 30.5% were between the ages of 40-59 ( $\bar{x}$ =60.7±14.48, min:18-max: 92), 37% were retired, 70.2% of them had a moderate income level. It was found that 77.5% of the patients received 3 sessions of dialysis treatment per week and 65.6% of them had arteriovenous fistula. The mean score of subscale "overcoming" was 16.01±4.81, the mean score of subscale "relief" was 9.16±3.70 and the total scale mean score was 25.18±7.03.

**Conclusion:** The comfort level of hemodialysis patients was found to be moderate.

**Keywords:** Comfort, hemodialysis, end stage renal disease

<sup>1</sup>Dr. Öğr. Üyesi Başkent Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Ankara, Türkiye, E-mail: gturgay\_gmh@hotmail.com, Tel: 0312 246 66 66/1709, ORCID: 0000-0003-2790-1426

<sup>2</sup>Öğr. Gör. Başkent Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Ankara, Türkiye, E-mail: cigdemo@baskent.edu.tr, Tel: 0312 246 66 66/1709, ORCID:0000-0002-5900-4220

<sup>3</sup>Dr. Öğr. Üyesi Başkent Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Ankara, Türkiye, E-mail: okdems@baskent.edu.tr, Tel: 0312 246 66 66/6716, ORCID:0000-0002-4534-8081

<sup>4</sup>Doç. Dr. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara, Türkiye, E-mail: citak@baskent.edu.tr, Tel: 0312 246 66 66/2139, ORCID:0000-0002-0484-4687

Geliş Tarihi: 26 Şubat 2019, Kabul Tarihi 02 Mayıs 2020

**Atıf/Citation:** Gülay T, Özdemir Eler Ç, Ökdem Ş, Akgün Çitak E. Hemodiyaliz Hastalarında Konfor Düzeyinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(2): 122-129. DOI: 10.31125/hunhemsire.763155

## GİRİŞ

Son Dönem Böbrek Yetmezliği (SDBY), böbrek fonksiyonlarının geri dönüşsüz kaybı sonucunda, glomerüler filtrasyon hızının (GFH) 5-10 ml/dk'ya düşmesi ve renal replasman tedavisi (RRT) seçeneklerinden uygun olanının başlanması gerektiği önemli bir halk sağlığı sorunudur<sup>1,2</sup>. Ülkemizde Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği ortak raporuna göre, 2018 yılı sonu itibarıyla toplam 71.055 hastaya RRT uygulanmaktadır. En sık uygulanan RRT tipi ise %74,82 oranla hemodiyaliz (HD)'dir<sup>3</sup>.

Günümüzde HD alanındaki ilerlemeler, SDBY hastalarının yaşam sürelerinin uzamasına yol açmıştır. Fakat bu gelişmelere bağlı hastalık ve tedavi ile ilişkili birçok fiziksel ve psikososyal semptom gelişmektedir. Konstipasyon, bulantı, kusma, diyare, iştahsızlık, kas krampları, ödem, ciltte kuruluk, kaşıntı, uyku problemleri, ağrı, huzursuzluk, cinsel işlev bozukluğu gibi deneyimlenen bu semptomlar hastada fiziksel, sosyal, ekonomik, psikolojik sorunların ortaya çıkmasına neden olmakta ve hastaların öz bakım gücünde, yaşam kalitesinde, konforunda azalmaya neden olabilmektedir<sup>4,5</sup>. HD hastasında görülen kaşıntıya bağlı bireyde uyku düzeni bozukluğu, fiziksel ve zihinsel yorgunluk, sosyal izolasyon görüldüğü, dolayısıyla bireyin konfor düzeyinin etkilendiği görülmektedir<sup>6</sup>. Deneyimlenen ağrı semptomu, HD tedavisine uyumu azaltmakta, yaşam kalitesini ve konforu olumsuz yönde etkilemektedir. Yorgunluk ise HD hastasının günlük yaşam aktivitelerini, öz bakım gücünü etkileyerek bireyin konforunu etkilemektedir<sup>7</sup>.

HD hastasının konforunu etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Tedavi için sürekli bir diyaliz merkezine ulaşmak zorunda olmak, HD seans süresinde hareketlerin kısıtlanması, HD tedavisine bağlı bireysel bağımsızlığın azalması, iş uyumunda bozulma ve sosyal ilişkilerde bozulma pek çok faktörden biridir ve bunlar hastaların deneyimlediği günlük konforlarını azaltmaktadır<sup>8,9</sup>. Bu nedenle HD hastasının konforunun sağlanması ve yaşam kalitesinin artırılması önemlidir. Bunun için hastanın semptom kontrolünü güçlendirecek etkin bir bakımın verilmesi gerekmektedir. HD hastasının çoğunlukla haftada 3 gün ortalama 4 saat süren tedavisi için diyaliz merkezinde olduğu gözönünde bulundurulduğunda beklenen etkin bakımın sağlanmasında hemşirelerin rolünün önemi daha belirginleşmektedir<sup>10</sup>. Bu kapsamda hem tedavinin başlangıcında hemde ilerleyen dönemlerinde hemşirelerin iyi bir izleme ve etkili bir semptom yönetimi ile HD hastasının konfor düzeyinin yükseltilebileceği bilinmektedir<sup>11,12</sup>.

Konfor; bireylerin karşılanması gereken temel insan gereksinimlerindedir. Hemşirelikte güncel bir öneme sahip olan konfor kavramı, hastanın konforunun sağlanmasının kaliteli bakımın bir parçası olarak kabul edilmektedir. Hemşire, hasta bireyin konfor gereksinimlerini tanılaması, bu gereksinimlerin karşılanmasına yönelik hemşirelik bakımı girişimlerini planlaması, uygulaması, uygulama sonrası hasta bireyin konfor düzeyini değerlendirebilmelidir<sup>13</sup>. Hastanın konfor gereksiniminin başarılı bir şekilde karşılanması,

hemşirelik tanısının doğru belirlenmesine bağlıdır. Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Derneği'nin (North American Nursing Diagnosis Association-NANDA) belirlediği "Rahatlıkta/Konforda Bozulma" tanısının da; hasta da görülen ağrı, bulantı, kaşıntı gibi rahatsız edici uyarana tepki olarak rahatsızlık duygusu yaşayan bireyin konforunda bozulma görülebileceği belirtilmektedir<sup>14</sup>.

Yapılan literatür incelemesinde, HD tedavisi alan hastaların konforlarını etkileyen semptomlar ile ilgili çeşitli hemşirelik araştırmaları bulunmaktadır<sup>11,15</sup>. HD hastalarının konforlarını azaltan bu semptomlar; yorgunluk<sup>16,17</sup>, ağrı<sup>12,18</sup>, bulantı-kusma<sup>19</sup>, konstipasyon-diyare<sup>20,21</sup>, kaşıntı<sup>12</sup>, uyku problemleri<sup>22,23</sup> olarak tanımlanmıştır. Semptom kontrolünün iyi yapılabilmesi, etkin bir bakım verilmesi, hasta eğitiminin ve uygulanabilecek girişimlerin planlanması için hastaların konfor düzeylerinin belirlenmesi oldukça önemlidir<sup>24</sup>. Bu nedenle bu çalışma, planlanacak çalışmalara, uygulanacak girişimlere katkı sağlaması adına, hemodiyaliz hastalarının konfor düzeyinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

### Araştırma Soruları

Hemodiyaliz hastalarının genel konfor düzeyi nasıldır?

Hemodiyaliz hastalarının demografik özelliklerine göre konfor düzeyi nasıldır?

Hemodiyaliz hastalarının hastalığa ilişkin özelliklerine göre konfor düzeyi nasıldır?

### GEREÇ ve YÖNTEM

#### Araştırmanın Türü

Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışma, hemodiyaliz hastalarının konfor düzeyinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

#### Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma, Ekim - Aralık 2018 tarihleri arasında; Başkent Üniversitesi Hastanesi'ne bağlı iki diyaliz merkezinde HD tedavisi alan hastalar ile yapılmıştır. Diyaliz merkezinin birinde 220 hasta tedavi görmektedir. Bu merkez üç adet on iki yataklı salon, bir adet Hepatit B ve C hastalarına ait üçer yataklı salonla hizmet vermektedir. Ayrıca üniteye acil müdahale odası, doktor odası, ofis, teknisyen odası, personel giyinme odaları, hasta giyinme odaları, bekleme salonu ve konferans salonu bulunmaktadır. Bir diğer diyaliz merkezinde ise 140 hasta tedavi görmekte, bir adet 16 yataklı salon, bir adet ikişer yataklı salon, bekleme salonu, doktor odası, hemşire odası ve giyinme odası bulunmaktadır. Hemodiyaliz işlemi genellikle haftada 3 kez ve her seans 4 saat olacak şekilde uygulanır. HD seansı süresince hastalar tercihleri doğrultusunda her yatak başında bulunan plazma tv, kişiye özel kulaklık ile tv izleyebilmekte, müzik dinleyebilmekte, diğer hastalarla sohbet edebilmekte ya da dinlenmektedirler. Hastaların eğitim ihtiyaçları sağlık profesyonelleri tarafından belirlenip, belirlenen ihtiyaçlar doğrultusunda hasta kendini iyi hissettiği sürede ya da seans sonunda eğitim salonunda grup eğitimleri yürütülmektedir. Her iki diyaliz merkezinde Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmeliği'ne göre her 5 cihaz için 1 sertifikalı diyaliz hemşiresi ya da diyaliz teknikeri çalışmaktadır<sup>25</sup>.

### Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini veri toplama tarihleri arasında ilgili hastanenin diyaliz merkezlerinde tedavi alan 360 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme dahil etme kriterleri; gönüllü olma, 18 yaş ve üstünde olma, bilinç düzeyi (veri toplama araçlarındaki ifadeleri anlama yetisine sahip olma), oryantasyonu yerinde olma, işitme sorunu yaşamama ve en az 6 aydır HD tedavisi alma olarak belirlenmiştir. Araştırmanın örnekleme dahil etme kriterlerine göre; 360 hastanın 4'ünün 18 yaş ve üstünde olmadığı, 8'inin 6 aydan az HD tedavisi aldığı ve 86'sının da çalışmaya katılmak istemediği belirlenmiştir. Dahil edilme kriterlerine uyan 262 hasta ile çalışma tamamlanmıştır.

### Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verileri, araştırmacı tarafından ilgili literatür<sup>12,23,26,27,28</sup> doğrultusunda hazırlanmış "Hasta Tanıtım Formu" ve "Hemodiyaliz Konfor Ölçeği (HDKÖ)" kullanılarak toplanmıştır. Hasta Tanıtım Formu; hastaların sosyo-demografik özelliklerini ve hastalığa ilişkin özelliklerini içeren 11 sorudan oluşmaktadır. Hasta tanıtım formunda; hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, gelir durumu, sosyal güvencesi, mesleği, kaç ay/yıl HD tedavisi aldığı, damara erişim yolu, haftalık diyaliz seans sayısı ve sekonder bir hastalığın varlığına ilişkin soruları içermektedir.

**Hemodiyaliz Konfor Ölçeği (HDKÖ);** Kolcaba tarafından geliştirilen Genel Konfor Ölçeği ve sonrasında belirli durumlara özgü geliştirilen konfor ölçeklerinden yararlanılarak Şahin-Orak ve arkadaşları tarafından 2017 yılında geçerlik ve güvenilirliği yapılan beşli likert tipinde bir ölçek olup, 9 madde ve 2 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin 4. maddesine verilen yanıtlardan "hiçbir zaman" 1 puan, "çok nadir" 2 puan, "bazen" 3 puan, "çok sık" 4 puan ve "her zaman" 5 puan olarak puanlanmaktadır. Diğer maddelere (1-3,5-9) verilen yanıtlardan "hiçbir zaman" 5 puan, "çok nadir" 4 puan, "bazen" 3 puan, "çok sık" 2 puan ve "her zaman" 1 puan olarak puanlanmaktadır. Ölçeğin "Rahatlama" (7-9. maddeler) ve "Üstesinden gelme" (1-6. maddeler) olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. Rahatlama alt boyutundan en az 3.00 ve en çok 15.00 puan alınabilmekte; üstesinden gelme alt boyutundan ise en az 7.00 ve en çok 30.00 puan alınabilmektedir. HDKÖ'den alınacak en düşük puan 9, en yüksek puan 45'tir. Alınan puan 45'e yaklaştıkça konfor seviyesi yükselmektedir. Ölçeğin Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı ise 0.87'dir<sup>27</sup>. Bu çalışmada da HDKÖ'nün cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.75 olarak bulunmuştur.

### Araştırmanın Uygulanması

Veriler Ankara ilinde bulunan iki özel diyaliz merkezinde, araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile ortalama 10 dakikada toplanmıştır. Anketler, kendini iyi hisseden hastalara HD tedavi seansı ilk saati içinde araştırmacılar tarafından hastalara sorular okunarak doldurulmuştur. Kendini iyi hissetmediğini ifade eden hastalara anketler, hastaların kendilerini iyi hissettiklerini ifade ettikleri zaman dilimi içerisinde araştırmacılar tarafından doldurulmuştur.

### Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayarda SPSS (Statistical Package For Social Sciences) 25 programı kullanılarak sayı, yüzde ve frekans dağılımları ile değerlendirilmiştir. Verilerin normallik kontrolüne Kolmogorow Simirnov testi ile bakılmıştır ( $p>0,05$ ). İstatistiksel analizlerde bağımsız gruplarda t testi ve tek yönlü varyans analizinden yararlanılmıştır. Çalışmada kullanılan ölçeğin iç tutarlılığını değerlendirmek için Cronbach alfa katsayısı kullanılmıştır. Çalışmada anlamlılık düzeyi  $p<0.05$  olarak kabul edilmiştir.

### Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygunluğu ve yapılabilmesi için Başkent Üniversitesi Etik Kurulundan etik onam (10/10/2018, KA18/289) ve araştırmanın yürütülebilmesi için Başkent Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğinden kurum izni alınmıştır. Araştırmada insan olgusunun kullanımında bireysel hakların korunması gerektiğinden "isteklilik, gönüllülük" ilkesi ışığında "Bilgilendirilmiş/Aydınlatılmış Onam" koşulu yerine getirilmiştir. HDKÖ kullanım izni, Nuray Şahin Orak'dan e-posta yoluyla alınmıştır.

### BULGULAR

Çalışmaya katılan hastaların %59.5'inin erkek, %30.5'inin 40-59 yaş aralığında ( $\bar{x}=60.7\pm 14.48$ , min:18-max:92), %35.8'inin ilkökul mezunu olduğu görülmektedir. Katılımcıların %37'si emekli olup, %95.4'ünün sosyal güvencesi bulunmakta ve %70.2'sinin geliri giderine eşittir. Çalışmaya katılan hastaların %77.5'inin haftada 3 seans diyaliz tedavisi aldığı, %65.6'sının vasküler giriş yolunun arteriovenöz fistül olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan hastaların %35.5'inin hemodiyaliz tedavisine başlama zamanının 1-3 yıl olduğu ve %55'inin böbrek yetmezliği dışında kronik bir hastalığının olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

**Tablo 1. Hemodiyaliz Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı (n= 262)**

Özellik	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	106	40.5
Erkek	156	59.5
<b>Yaş</b>		
39 ve altı	26	9.9
40-59	80	30.5
60-69	80	30.5
70 ve üzeri	76	29.9
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	203	77.5
Bekar	59	22.5
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur Yazar Değil	17	6.5
İlkokul	94	35.8
Ortaokul	22	8.4
Lise	44	16.8
Üniversite	85	32.5
<b>Sosyal Güvence</b>		
Evet	250	95.4
Hayır	12	4.6
<b>Aylık Gelir Durumu</b>		
Gelir Giderden Az	51	19.5
Gelir Gidere Denk	184	70.2
Gelir Giderden Fazla	27	10.3

**Tablo 1. Hemodiyaliz Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı (n= 262) (devamı)**

<b>Meslek</b>		
Memur	23	8.8
İşçi	14	5.2
Emekli	97	37.0
Ev Hanımı	72	27.5
Serbest Meslek	17	6.5
İşsiz	13	5.0
Diğer	26	10.0
<b>Hastalığa İlişkin Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Hemodiyaliz sıklığı</b>		
Haftada 3 seans	203	77.5
Haftada 2 seans	50	19.1
Haftada 1 seans	9	3.4
<b>Vasküler Giriş Yolu</b>		
Arteriovenöz Fistül	172	65.6
Arteriovenöz Greft	6	2.3
Vasküler Kateterizasyon	84	32.1
<b>Hemodiyaliz Tedavisine Başlama Zamanı</b>		
1-3 yıl	93	35.5
4-6 yıl	62	23.7
7-9 yıl	33	12.6
10-12 yıl	40	15.3
13 yıl ve üzeri	34	13.0
<b>Sekonder Hastalık</b>		
Evet	118	45.0
Hayır	144	55.0
<b>Toplam</b>	<b>262</b>	<b>100.0</b>

Tablo 2’de hemodiyalizde konfor ölçeği toplam puan ortalaması ile alt boyutlarının puan ortalamaları yer almaktadır. Hastaların üstesinden gelme alt boyutu puan ortalaması 16.01±4.81, rahatlama alt boyutu puan ortalaması 9.16±3.70 ve toplam ölçek puan ortalaması 25.18±7.03 olarak bulunmuştur.

**Tablo 2. Hemodiyalizde Konfor Ölçeği Toplam Puan Ortalaması ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları (n=262)**

	Minumum	Maksimum	Ortalama±SS
<b>Üstesinden Gelme</b>	6.00	28.00	16.01±4.81
<b>Rahatlama</b>	3.00	15.00	9.16±3.70
<b>Toplam</b>	9.00	42.00	25.18±7.03

Tablo 3’ de hemodiyaliz hastalarının tanımlayıcı özellikleri ve hemodiyalizde konfor ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. HDKÖ puan dağılımlarına bakıldığında; erkek hastaların rahatlama boyutu puan ortalaması (9.30±3.91) ile üstesinden gelme boyutu puan ortalaması (16.32±4.52) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Yaş, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence, meslek değişkenleri ile ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05). Gelir durumu ile HDKÖ üstesinden gelme alt boyutu puan ortalaması ve ölçek toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 4’de hemodiyaliz hastalarının hastalığa ilişkin özellikleri ve hemodiyalizde konfor ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; vasküler giriş yolu greft olan hastaların üstesinden gelme alt boyutu puan ortalaması (19.83±5.07) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Haftalık seans sayısı ile HDKÖ toplam puan ortalaması (29.33±6.89) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Sekonder bir hastalığı olanların, HDKÖ üstesinden gelme alt boyut puan ortalaması (15.30±4.92) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

## TARTIŞMA

Bu çalışma, HD tedavisi alan hastalarda konfor düzeyinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışmamızda HD hastalarının konfor düzeyinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

Konfor, hasta ve ailesinin yüksek yaşam kalitesine sahip olmasında etken olan önemli bir kavramdır. Yaş, medeni durum, eğitim seviyesi, cinsiyet, gelir durumu, sosyal destek ve eşlik eden başka bir hastalığın olması gibi özelliklerin de konforu etkilediği bildirilmektedir<sup>29</sup>. Çalışmamızdaki hastaların tanımlayıcı özellikleri ile konfor puanları karşılaştırıldığında yaş, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence ve meslek ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken; erkek hastaların HDKÖ rahatlama alt boyutu puan ortalaması ve HDKÖ üstesinden gelme alt boyutu puan ortalamasının kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Estridge ve arkadaşlarının (2018), 51 HD tedavisi alan hasta ile yaptıkları çalışmada, kadın hastaların genel konfor ölçeği puan ortalamalarının erkeklere göre biraz yüksek olduğu saptanmıştır<sup>30</sup>. Toplumda cinsiyet rolü olarak bilinen, kadınlara yüklenen sorumlulukların; kadınların konfor düzeyinin erkeklere oranla daha düşük seviyede olmasına neden olduğu düşünülmektedir. Kadın ve erkeklerin konfor düzeyleri açısından literatür ile karşılaştırıldığında benzerlik olmadığı görülmektedir. Bu durumun çalışma gruplarının farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Konfor gereksinimi olan birey ancak bu gereksinim karşılandığında sorunların üstesinden gelme becerisinde başarılı olmaktadır. Çalışkan’ın (2018), HD hastaları ile yaptığı çalışmada genel konfor ölçeğinin üstesinden gelme alt boyutunda hastaların desteğe ihtiyaçlarının olduğu ifade edilmiştir<sup>12</sup>. Çalışmamızda gelir durumu yüksek hastalarda; HDKÖ üstesinden gelme alt boyutu puan ortalaması ve HDKÖ puan ortalaması istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. Eğitim seviyesi, gelir durumu gibi özelliklerin yüksek olması, HDKÖ üstesinden gelme alt boyutunda olumlu etkisi bulunmaktadır. Eğitim seviyesi, gelir durumu yükseldikçe hastaların farkındalıkları artmakta ve öz yönetim becerileri gelişerek hastanın konfor düzeyini etkilediği düşünülmektedir.

Literatürde HD tedavisi alan hastaların konfor düzeylerine ilişkin çalışmalara bakıldığında konfor düzeyinin girişim yapılmadan önce düşük seviyede olduğu görülmektedir<sup>31,32</sup>. Çalışmamızda hemodiyaliz hastalarının konfor düzeyinin

Tablo 3. Hemodiyaliz Hastalarının Tanımlayıcı Özellikleri ve Hemodiyalizde Konfor Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Cinsiyet	n=262	Rahatlama Alt Boyut-Puan Ortalaması±SS	p	Üstesinden Gelme Alt Boyut- Puan Ortalaması±SS	p	Ölçek Puan Ortalaması±SS	p
Kadın	106	8.97±3.38	0.01	15.56±5.19	0.02	24.53±7.26	0.49
Erkek	156	9.30±3.91		16.32±4.52		25.62±6.85	
<b>Yaş</b>							
39 ve altı	26	8.84±3.74	0.83	18.07±4.90	0.40	26.92±7.14	0.65
40-59	80	9.47±3.76		16.43±4.25		25.91±6.62	
60-69	80	9.11±3.72		15.08±5.07		24.20±7.46	
70 ve üzeri	76	9.01±3.68		15.84±4.87		24.85±6.87	
<b>Medeni Durum</b>							
Evli	203	9.27±3.71	0.56	16.00±4.84	0.25	25.28±7.02	0.31
Bekar	59	9.02±3.67		16.83±4.76		24.47±6.39	
<b>Eğitim Durumu</b>							
Okur yazar değil	17	9.41±4.28	0.11	16.70±5.16	0.48	26.11±8.25	0.21
İlkokul	94	8.44±3.29		15.43±4.80		23.88±6.60	
Ortaokul	22	9.00±4.26		15.81±4.76		24.81±7.73	
Lise	44	9.20±3.89		17.06±5.21		26.27±7.51	
Üniversite	85	10.02±3.71		16.20±4.42		26.22±6.40	
<b>Sosyal Güvence</b>							
Evet	250	9.22±3.71	0.23	16.11±4.79	0.13	25.34±7.03	0.09
Hayır	12	7.91±3.52		14.00±4.82		21.91±6.43	
<b>Meslek</b>							
Memur	23	9.04±2.93	0.83	16.69±4.08	0.10	25.73±5.86	0.28
İşçi	14	10.07±3.64		17.85±4.24		27.92±5.44	
Emekli	97	9.23±3.95		16.10±4.99		25.34±7.65	
Ev hanımı	72	8.70±3.52		15.19±4.98		23.90±7.05	
Serbest meslek	17	8.70±3.58		15.94±4.39		24.64±6.56	
İşsiz	13	9.53±3.82		18.76±5.50		28.30±8.22	
Diğer	26	9.87±4.11		14.66±3.85		24.54±5.35	
<b>Gelir Durumu</b>							
Düşük	51	9.03±3.64	0.35	15.35±3.87	<0.001	24.39±5.73	0.01
Orta	184	9.05±3.78		15.81±4.80		24.87±7.08	
Yüksek	27	10.14±3.21		18.62±5.70		28.77±7.99	

Değerler ortalama ±standart sapma olarak sunulmuştur

SS: Standart Sapma

\*p: One-way ANOVA

Tablo 4. Hemodiyaliz Hastalarının Hastalığa İlişkin Özellikleri ve Hemodiyalizde Konfor Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Vasküler Giriş Yolu	n=262	Rahatlama Alt Boyut- Puan Ortalaması±SS	*p	Üstesinden Gelme Alt Boyut- Puan Ortalaması±SS	*p	Ölçek Puan Ortalaması±SS	*p
Katater	84	9.00±3.60	0.44	15.22±4.69	0.03	24.22±7.07	0.26
Fistül	172	9.30±3.77		16.26±4.79		25.57±6.99	
Greft	6	7.50±3.01		19.83±5.07		27.33±7.17	
<b>Haftalık Seans Sayısı</b>							
Haftada 3 seans	203	10.33±3.74	0.11	19.00±4.47	0.02	29.33±6.89	<0.001
Haftada 2 seans	50	8.08±3.08		14.44±4.33		22.52±5.80	
Haftada 1 seans	9	9.38±3.79		16.24±4.86		25.63±7.15	
<b>Sekonder Hastalık</b>							
Evet	118	9.21±3.82	0.86	15.30±4.92	0.03	24.51±7.34	0.16
Hayır	144	9.13±3.62		16.59±4.65		25.72±6.73	
<b>Hemodiyaliz Tedavisine Başlama Zamanı</b>							
1-3 yıl	93	9.01±3.48	0.81	15.45±5.42	0.11	24.46±7.39	0.26
4-6 yıl	62	9.01±4.12		15.70±4.22		24.72±6.36	
7-9 yıl	33	9.87±3.90		16.42±4.52		26.30±6.53	
10-12 yıl	40	9.30±3.64		17.80±4.61		27.10±7.19	
13 yıl ve üzeri	34	9.02±3.52		15.61±4.24		24.64±6.18	

Değerler ortalama ±standart sapma olarak sunulmuştur.

SS: Standart Sapma

\*p: One-way ANOVA



orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu durumun çalışma gruplarının farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir. HD tedavisi alan hastaların konforu etkileyen faktörler belirlenip uygun hemşirelik girişimleri uygulandığında, konforun anlamlı düzeyde arttığı görülmektedir.

Hemodiyaliz hastalarında görülen semptomlar, bireyin konfor düzeyi ve yaşam kalitesini etkilemektedir. Etkin semptom kontrolü sağlanan hastalar ferahlama duygusu yaşarlar<sup>33</sup>. Çalışmamızda hastaların HDKÖ ortalamalarının orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Çalışkan'ın (2018), üremik hastalarda kaşıntının konfor düzeyine etkisini incelediği çalışmada; hastaların konfor düzeylerini genel konfor ölçeği ile değerlendirmiş ve hemodiyaliz tedavisi alan hastaların hemodiyaliz tedavisi almayan hastalara göre yüksek konfora sahip olduğunu saptamıştır<sup>12</sup>. Hastaların hastalık ve/veya tedaviden kaynaklanan semptomlarının saptanıp, semptom yönetiminin sağlanması ile hastaların konfor düzeyine olumlu katkılarının olacağı düşünülmektedir.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuç olarak, hemodiyaliz hastalarının konfor düzeyinin orta düzeyde olduğu, erkek hastaların ve gelir durumu yüksek hastaların konfor düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda; konfor düzeylerini arttırıcı yeni çalışmalar planlanması ve alana özgü düzenlemelerin yapılması önerilmektedir.

**Etik Kurul Onayı:** Başkent Üniversitesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Karar No: KA18/289).

**Çıkar Çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Katılımcı Onamı:** Hemodiyaliz hastalarından bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

**Yazar katkıları:**

Çalışma tasarımı: GT, ÇÖE, ŞÖ, EAÇ

Veri toplama ve/veya analizi: GT, ÇÖE, ŞÖ, EAÇ

Makalenin hazırlanması: GT, ÇÖE, ŞÖ, EAÇ

**Teşekkür**

Çalışmaya katılan hemodiyaliz hastalarına teşekkür ederiz.

**Ethics Committee Approval:** Approval was obtained from Ethics Committee of Başkent University (Decision Number: KA18/289).

**Conflict of Interest:** Not reported.

**Funding:** None.

**Exhibitor Consent:** Informed consent was obtained from patients undergoing hemodialysis.

**Author contributions:**

Study design: GT, ÇÖE, ŞÖ, EAÇ

Data collection and analyses: GT, ÇÖE, ŞÖ, EAÇ

Drafting manuscript: GT, ÇÖE, ŞÖ, EAÇ

**Acknowledgement:** We would like to thank all patient who approved to participate to the study.

## KAYNAKLAR

1. Süleymanlar G. Kronik böbrek hastalığı ve yetmezliği: tanımı, evreleri ve epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri. 2007;3(38):1-7.

2. Daugirdas JT, Blake PG. Diyaliz el kitabı. 4.Baskı. Bozfkakıoğlu S, editör. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri; 2010.
3. Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon. Türk Nefroloji Derneği Registry; 2018.
4. Claxton RN, Blackhall L, Weisbord SD, Holley JL. Undertreatment of symptoms in patients on maintenance hemodialysis. Journal of Pain and Symptom Management. 2010;39(2):211-18.
5. Scherer JS, Combs SA, Brennan F. Sleep disorders, restless legs syndrome, and uremic pruritus: diagnosis and treatment of common symptoms in dialysis patients. Am J Kidney Dis. 2017;69(1):117-28.
6. Kavurmacı M, Tan M. Üremik kaşıntı ve hemşirelik bakımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015;18(1):57-62.
7. Azak A, Altundağ Dündar S. Kronik hemodiyaliz yetmezliği nedeniyle hemodiyaliz uygulanan hastalarda akut yorgunluk sendromu ve etkileyen faktörler. Türkiye Klinikleri J Med Sci.2012;32(6):1623-29.
8. Küçükünal A, Kıvanç Altunay İ, Salman KE, Atış G. Hemodiyaliz hastalarında üremik pruritus ve yaşam kalitesi ilişkisi. Turkderm – Arch Turk Dermatol Venerology. 2015;49:(1):23-7.
9. Kıran F. Hemodiyaliz hastalarının hayat kalitesine etkilerinin ölçülmesi (Yüksek Lisans Tezi). Tekirdağ: Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2016.
10. Tan M, Okanlı A, Karabulutlu E, Erdem N. Hemodiyaliz hastalarında sosyal destek ve umutsuzluk arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005;8(2):32-9.
11. Akpolat T, Utaş C. Hemodiyaliz Hastalarında Sık Karşılaşılan Sorunları. Eds. Akpolat T, Utaş C. Hemodiyaliz hekimi el kitabı. Türk Nefroloji Derneği Yayını; 2008;20.
12. Çalışkan T, Çınar PS. Hemodiyaliz tedavisi alan ve almayan üremik hastalarda kaşıntı konforu etkiler mi?. Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi. 2019;14(3):84-96.
13. Çınar YŞ. Kolcaba'nın konfor kuramı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2011;27(2):79-88.
14. Carpenito MJL. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. 2. Baskı. Erdemir F, çev. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2005.
15. Barutçu AD, Hakkı A, Sabahat A, Ecdar HÇ. Hemodiyaliz ve böbrek nakli hastalarında anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması. Turkish Journal of Nephrology. 2017;26(2):171-176.
16. Moledina DG, Perry WF. Pharmacologic treatment of common symptoms in dialysis patients: A narrative review. Semin Dialysis. 2015;28:377-83.

17. Letchmi S, Das S, Halim H, Zakariah FA, Hassan H. Fatigue experienced by patients receiving maintenance dialysis in hemodialysis units. *Nurs Health Sci.* 2011;13:60-4.
18. Özyiğit S, Yıldırım Y, Karaman E. Hemodiyaliz hastalarında ağrı. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi.* 2016;25(1):88-94.
19. Özer Z, Yangöz ŞT. Hemodiyaliz hastalarında kanıta dayalı semptom yönetimi: bulantı ve kusma. *Türkiye Klinikleri.* 2018;9-15.
20. Yıldırım Y, Deniz A. hemodiyaliz hastalarında kanıta dayalı semptom yönetimi: konstipasyon. *Türkiye Klinikleri.* 2018;16-24.
21. Akgöz N, Arslan S. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda yaşanan semptomların incelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi.* 2017;1(12).
22. Akyol A, Yurdusever S, Kırkayak A, Sifil HM, Ecder T. Hemodiyaliz Hastalarının Uyku Sorunlarına Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi.* 2017;2(12).
23. Turgay G, Tural E, Sezer S. Restless legs syndrome, sleep quality and fatigue in hemodialysis patients. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi.* 2018;2(2):196-203.
24. Vicdan AK. The effect of training given to hemodialysis patients according to the comfort theory. *Clinical Nurse Specialist.* 2020;30-7.
25. Diyaliz merkezleri yönetmeliği. Erişim Tarihi: 11 Kasım 2019. Erişim adresi: <https://shgm.saglik.gov.tr/TR,53516/diyaliz-merkezleri-hakinda-yonetmelik.html>
26. Akça KN, Doğan A. Hemodiyaliz hastalarının diyaliz sonrası yaşadığı sorunlar ve evde bakım gereksinimleri. *Bozok Tıp Dergisi.* 2011;1:15-22.
27. Şahin ON, Çınar PS, Kartal A. Ölçek geliştirme çalışması. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi.* 2017;2(12):68-77.
28. Turgay G, Tural E, Sezer S. Hemodiyaliz Hastalarının Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yeti Yitimi, Depresyon ve Komorbidite Yönünden Değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi,* 2017;26(3):311-6.
29. Melo GAA, Aguiar LL, Silva RA, Quirino GS, Pinheiro AKB, Caetano JA. Factors related to impaired comfort in chronic kidney disease patients on hemodialysis. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(4):889-95.
30. Estridge KM, Morris DL, Kolcaba K, Winkelman C. Comfort and fluid retention in adult patients receiving hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal.* 2018;45(1);25-33,60.
31. Tabiee S, Momeni A, Alireza SS. The effects of comfort-based interventions (back massage and patient and family education) on the level of comfort among hemodialysis patients. *Mod Care J.* 2017;14(3):64-87.
32. Isnaini N, Hidayati T, Sumaryani S. effect of combination of slow deep breathing and ice therapy towards comfort level in arteriovenous fistula insertion of hemodialysis patients in pku muhammadiyah hospital yogyakarta nur. *Indonesian Journal of Clinical Pharmacy.* 2018;7(1);45–51.
33. Süleymanlar G, Utaş C, Arinsoy T, Ateş K, Altun BA. Population-based survey of chronic renal disease in Turkey the CREDIT study. *Nephrology Dialysis Transplantation.* 2011;26(6):1862-71.

## Araştırma makalesi

## Research article

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Duygusal Emek ve  
Genel Sağlık Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesiAltun BAKSİ<sup>1</sup>, Aylin DURMAZ EDEER<sup>2</sup>

## ÖZ

**Amaç:** Yoğun bakım hemşirelerinde duygusal emeğin yordayıcısı olarak genel sağlık, sosyo-demografik ve mesleğe ilişkin bazı özelliklerin incelenmesidir.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışma kesitsel ve ilişkisel tipte tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırma, Türkiye'nin batısında ve güneydoğusunda yer alan iki üniversite hastanesinde Temmuz–Aralık 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini yoğun bakım birimlerinde çalışan toplam 152 yoğun bakım hemşiresi oluşturmuştur. Araştırma için etik kuruldan, ölçeğin uyarlamasını yapan yazarlardan, kurumlardan ve hemşirelerden izin alınmıştır. Veriler sayı, yüzde, ortalama, korelasyon ve regresyon analizi ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Yoğun bakım hemşirelerinin yaş ortalaması 30.28±5.35, %68.4'ü kadın, %53.3'ü mesleğini "orta düzeyde" sevdiğini ve sorumlu olunan/bakım verilen hasta sayısının ortalama 5.05(±2.95) olduğu saptanmıştır. Hemşirelerde derinlemesine davranış alt boyutu incelendiğinde mesleği sevmeye durumu (Evet) ( $\beta=0.185$ ,  $p<0.05$ ) anlamlı yordayıcı olduğu saptanmıştır. Yüzeysel davranış alt boyutu incelendiğinde, mesleği sevmeye durumu (Evet) ( $\beta=0.298$ ,  $p<0.001$ ) ve ekonomik durum algısının ( $\beta=0.211$ ,  $p<0.05$ ) anlamlı yordayıcı olduğu saptanmıştır.

**Sonuç:** Bu çalışmada yoğun bakım hemşirelerinde genel sağlık durumunun duygusal emek için anlamlı yordayıcı olmadığı saptanmıştır. Hemşirelerin mesleği sevmeye düzeyi arttıkça duygusal emeğin alt boyutları olan "derinlemesine ve yüzeysel davranışın" arttığı saptanmıştır. Kurum yöneticileri hemşirelerin duygusal emek sürecini daha iyi yönetebilmesi için destek vermeli ve uygun klinik ortam oluşturulmalıdır. Yine hemşirelerin mesleklerini sevmesi için gerekli stratejilerin geliştirilmesi önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Duygusal emek, hemşire, sağlık, yoğun bakım üniteleri.

## ABSTRACT

**Investigation of the Relationship Between Emotional Labor and General Health Status of Intensive Care Nurses**

**Aim:** This study was conducted to investigate general health, socio-demographic characteristics and some profession-related characteristics in intensive care nurses as a predictor of emotional labor.

**Material and Methods:** This study is a cross-sectional and relational study. The study was carried out in two university hospitals located in the west and southeast of Turkey between July and December 2018. The sample of the study consisted of a total of 152 intensive care nurses working in intensive care units. Permissions for the study were obtained from the ethics committee and the university hospitals. Data were analysed with number, percentage, mean, correlation and regression analysis.

**Results:** It was determined that the average age of intensive care nurses was 30.28±5.35, 68.4% were women, 53.3% loved their profession at a "moderate level" and the average number of patients who were responsible/cared for was 5.05 (± 2.95). When the in-depth behavior sub-dimension was examined in nurses, it was found that the state of liking the profession (Yes) ( $\beta=0.185$ ,  $p<0.05$ ) was a significant predictor. When the superficial behavior sub-dimension was examined, it was determined that the state of liking the profession (Yes) ( $\beta=0.298$ ,  $p<0.001$ ) and the perception of economic status ( $\beta=0.211$ ,  $p<0.05$ ) were significant predictors.

**Conclusion:** In the study, it was determined that general state of health was not a significant predictor of emotional labor in intensive care nurses. It was found that as the nurses' level of liking the profession increased, "in-depth and superficial behavior", which are the sub-dimensions of emotional labor, increased. Institution managers should provide support and create an appropriate clinical environment for nurses to manage the process of emotional labor better. In addition, it is recommended that necessary strategies be developed for nurses to love their professions.

**Keywords:** Emotional labor, health, intensive care units, nurse.

<sup>1</sup>Dr. Öğr. Üyesi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye, E-mail: altun.baksi@hotmail.com, Tel: 0246 2113267, ORCID: 0000-0001-8267-2254.

<sup>2</sup>Dr. Öğr. Üyesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye, E-mail: aylin\_durmaz@yahoo.com, Tel: 0232 4124764, ORCID: 0000-0002-0681-5863.

Geliş Tarihi: 27 Kasım 2019, Kabul Tarihi: 05 Mayıs 2020

**Atıf/Citation:** Baksi A, Durmaz Edeer A. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Duygusal Emek ve Genel Sağlık Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(2): 130-137. DOI: 10.31125/hunhemshire.763157

## GİRİŞ

Geçmişte duygular işyeri olgusu içerisinde ihmal edilmiş ve açıklanmaya gerek duyulmamıştır<sup>1</sup>. Günümüzde hizmet sektörünün yükselişi ile normal şartlarda soyut ve kişiye özel nitelikte olan duygu, ekonomik değeri olan ve örgütün verimliliğini arttıracak somut bir ürün haline gelmiştir<sup>2,3</sup>. Bu anlayış neticesinde çalışma hayatında kişiden fiziksel ve zihinsel güç gibi duygularını da işin gerekliliklerine uyarlamaları beklenmektedir. Bu doğrultuda “duygu” ve “emek” kavramlarından yola çıkılarak duygusal emek “çalışanın işini yaparken duygularını düzenlemesi” olarak tanımlanmıştır<sup>4,5</sup>. Duygusal emek kişilerarası hizmet işlemleri sırasında örgütsel olarak gerekli duygular olarak tanımlanan örgütsel “kurallar” ile tutarlı olmak için duyguları ve duygusal ifadeleri yönetme eylemini ifade eder<sup>6</sup>.

Duygusal emek kavramı ilk defa 1983 yılında sosyolog Hochschild tarafından kavramsallaştırılmıştır. Duygusal emek kavramı, yüzeysel ve derinlemesine davranış olarak iki boyutta incelenmiştir<sup>7</sup>. Yüzeysel davranışta birey, yalnızca davranışlarını değiştirerek beklentilere uyumlu hale getirmekte gerçekte öyle hissetmediği halde hissediyormuş gibi davranmaktadır. Derinlemesine davranışta ise, birey duygularını düzenleyerek o anda yansıtmaması gereken duyguyu gerçekten hissediyor hale gelmekte ve ona uygun davranış göstermektedir<sup>7-10</sup>. Ashforth ve Humphrey (1993), bu davranışlara “spontane ve samimi duygular” kavramını eklemiştir. Bu alt boyutta çalışanların öz duyguları ile beklenen arasında fark bulunmamakta ve duygularını yönetmeye gerek kalmadan doğal (samimi) duygularla davranmaktadır<sup>11</sup>. Literatürde duygusal emeğin olumlu ve olumsuz sonuçları olduğu belirtilmektedir<sup>8,10,12</sup>. Mann (2005) tarafından oluşturulan duygusal emek sağlık bakım modeline göre; duygusal emek sürecinin yönetilme durumuna göre olumlu sonuçları arasında duygusal uyum/denge, hastalarla kurulan iyi iletişim ve iş doyumu yer alırken, olumsuz sonuçları arasında duygusal çatışma, bozulmuş benlik saygısı, depresyon, yabancılaşma, aşırı rol yüklenmesi, memnuniyetsizlik, stres, tükenmişlik, iş doyumunun azalması ve fizyolojik problemler yer almaktadır<sup>8</sup>.

Özellikle insan unsurunun ön planda olduğu işlerde duyguların yoğunluğu daha da fazla hissedilmektedir<sup>10</sup>. Bunlar öncelikle hemşireler, doktorlar, öğretmenler, havayolu personeli, sosyal hizmet uzmanları, çağrı merkezi çalışanları ve satış görevlileri gibi mesleklerdir<sup>12</sup>. Duygusal emek kişilerarası ilişkiler hakkında bilgi vermesi ve bakım kalitesi açısından önemlidir<sup>13</sup>. Yoğun bakım birimleri stres yaratan birimlerdir ve hastalar ile yoğun ve sürekli iletişim halinde olan hemşireler için duygusal yük getirmektedir. Yoğun bakım birimlerinde yatan hastaların yoğun duygusal/ruhsal desteğe gereksinimi bulunmaktadır<sup>14</sup>. Hastalar hizmet sunumunda psikolojik sürece göre hizmetlerini değerlendirir ve duygusal gereksinimlerini karşılayan kişilerin iyi hizmet sunduğunu düşünür<sup>15</sup>. Bu anlayışla duyguların düzenlenmesinde bir takım durumsal, bireysel değişkenler ve örgütsel faktörler etkili olabilmektedir<sup>2</sup>. Yoğun bakım hemşirelerinin bu görev ve

sorumlulukları yerine getirebilmeleri için de ruhsal olarak sağlıklı bir yapıya sahip olmaları gerekmektedir. Yoğun bakım hemşireleri üzerinde yapılan bir araştırmada ruhsal sağlık durumlarının hastalık düzeyinde olmadığı fakat sürekli ve belirli aralıklar ile değerlendirilmesi önerilmektedir<sup>16</sup>. Literatürde duygusal emek ile ilgili birçok çalışma yapıldığı görülmektedir. Literatürde duygusal emek takım iklimi algılanan bakım kalitesi<sup>17</sup>, cinsiyet<sup>18</sup> ve stres<sup>19,20</sup> arasında ilişkiyi inceleyen bir çok araştırma bulunmaktadır. Ülkemizde hemşirelerin duygusal emek süreçleri ile ilgili olarak yapılan araştırmalarda; tükenmişlik<sup>1,12,15</sup>, demografik faktörler arasındaki ilişki<sup>21</sup>, maneviyat<sup>22,23</sup> ve yoğun bakım ve klinik hemşirelerinde duygusal emek ile empati eğilimi<sup>14</sup> incelenmiştir. Fakat ülkemizde yoğun bakım hemşirelerinde duygusal emek ve genel sağlık durumları arasındaki ilişkinin incelendiği herhangi bir çalışmaya ulaşılamamıştır.

### Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, yoğun bakım birimlerinde çalışan hemşirelerin duygusal emeğin yordayıcısı olarak genel sağlık, sosyo-demografik ve mesleğe ilişkin bazı özelliklerinin incelenmesidir.

## GEREÇ ve YÖNTEM

### Araştırmanın Türü

Bu çalışma tanımlayıcı, kesitsel ve ilişkiyel tipde bir araştırmadır.

### Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma, birisi Türkiye'nin batısında, diğeri güneydoğusunda yer alan iki üniversite hastanesinde çalışan yoğun bakım hemşirelerinde Temmuz-Aralık 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini; Türkiye'nin güneydoğusunda (n:142) ve batısında (n:130) yer alan üniversite hastanelerinin yoğun bakım kliniklerinde görev yapan hemşireler oluşturmuştur (n:272). Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında Sample Size Calculator programı kullanılmıştır. Evren üzerinden yapılan örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında evren 272 ve p=0.05 alındığında örneklem büyüklüğü 159 olarak hesaplanmıştır. Örneklem seçiminde tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. İki üniversite hastanesi iki ayrı tabaka olarak ayrılmıştır. Tabaka ağırlığı ve tabakadan alınacak hemşire sayısı belirlenmiştir. Güneydoğu bölgesindeki üniversite hastanesinden toplam 83 hemşire, batı bölgesindeki hastaneden toplam 76 hemşirenin rasgele örnekleme alınması belirlenmiştir. Araştırma örneklemini toplam 152 hemşire oluşturmuştur. Araştırma örneklemine alınma kriterleri; hemşirelerin araştırmaya katılmak için gönüllü olması, kuruma/birime uyum sürecini tamamlaması açısından 6 ay ve üzeri yoğun bakım ünitesinde çalışmış olmasıdır<sup>10,24</sup>.

### Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri; Tanıtıcı Bilgiler Formu, Hemşirelerin Duygusal Emek Davranışı Ölçeği ve Genel Sağlık Anketi (GSA-12) kullanılarak toplanmıştır.

**Tanıtıcı Özellikler Formu:** Tanıtıcı bilgiler formu, hemşirelerin sosyo-demografik “yaş, cinsiyet, medeni ve eğitim durumu, ekonomik durum algısı, çocuk sayısı” ve

klirik/mesleki özellikler ile ilgili “yoğun bakımda ve meslekte deneyim süresi, çalışılan yoğun bakım birimi, birimden memnuniyet durumu, kliniğin yoğunluk derecesi, haftalık çalışma saati, çalışma şekli, yoğun bakımda isteği ile çalışma durumu, mesleği sevme düzeyi, mesleği bırakma isteği, mesleği yeniden seçme, istihdam şekli, önceden psikolojik bir sorun yaşama ve destek alma durumu, çalışma saatlerinde ortalama sorumlu olunan hasta sayısı” sorulardan oluşmaktadır<sup>10,14,24</sup>.

**Hemşirelerin Duygusal Emek Davranışı Ölçeği:** Ölçek, hemşirelerin duygusal emek davranışının belirlenmesi amacıyla Değirmenci tarafından 2016 yılında geliştirilmiştir. Ölçek, 24 madde ve üç alt boyuttan “yüzeysel davranış, derinlemesine davranış ve samimi davranış” oluşmaktadır. Ölçek, 5’li likert tipinde puanlanmakta ve olumsuz ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Ölçeğin cronbach alfa iç tutarlılık güvenilirlik katsayı değerlerinin derinlemesine davranışta .86, yüzeysel ve samimi davranış alt boyutunda .75 ve tüm ölçek için .90 olduğu saptanmıştır. Ölçek alt boyut puan ortalamalarının yükselmesi, o davranışın gösterildiği şekilde değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan puanlar değerlendirilirken; her bir alt boyuttan alınan toplam puan, alt boyuttaki madde sayısına bölünerek aritmetik ortalaması alınmaktadır. Buna göre her bir alt boyutta alt boyut puan ortalaması “1” ve “5” arasında değişmektedir. Ölçek alt boyutlarda ortalama puan “1”e yaklaştıkça duygusal emek davranışının düşük olduğu, puan “5”e yaklaştıkça davranışın yüksek olduğu şeklinde değerlendirilmektedir<sup>10,24</sup>.

**Genel Sağlık Anketi (GSA-12):** GSA, Goldberg tarafından toplumda sık rastlanan akut ruhsal rahatsızlıkları yakalamak amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek genel psikopatoloji düzeyini saptamakta ve toplum taramalarında psikiyatrik vaka bulmakta kullanılmaktadır. Ölçeğin 12, 28, 30 ve 60 soruluk formları bulunmaktadır. Bu çalışmada hemşirelerin genel ruhsal sağlık durumunu belirlemek amacıyla 12 soruluk formu kullanılmıştır. Her soru 4 seçenektir oluşmaktadır. Yanıtlar likert (0-1-2-3) ölçeği şeklinde veya GSA el kitabında önerildiği şekilde (0-0-1-1) puanlanabilir. Puanlamada GHQ (General Health Questionnaire-GHQ) tipi puanlama adı verilen yöntem kullanılmıştır<sup>25</sup>. Buna göre ilk iki kolon 0, son iki kolon da 1 olarak puanlanmaktadır. Bu tip puanlamanın kullanıldığı araştırmaların çoğunda GSA12 için en uygun kesme noktasının 1 ve 2 puan arası olduğu belirtilmiştir. İki ve üstü puan alanlar riskli grup olarak değerlendirilmektedir. Güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.78 bulunmuştur. Genel sağlık durumu puanının yüksek olması kişilerin ruhsal sağlık durumlarının riskli olduğunu ve ruhsal problemler yaşadığını göstermektedir<sup>26</sup>.

#### Verilerin Toplanması

Araştırma verileri; birisi Türkiye’nin batısında ve diğeri güneydoğusunda yer alan iki üniversite hastanesinde Temmuz–Aralık 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma verileri toplanmadan önce araştırmacılar tarafından her iki üniversite hastanesinde yer alan her bir yoğun bakım hemşiresi ile yüz-yüze görüşülerek araştırma ile ilgili bilgi verilmiştir. Daha sonra formlar araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler tarafından ortalama 4-5

dakikada doldurulmuştur. Veri toplama sürecinde hemşirelerin uygun olduğu zamana ve verilerin uygun bir ortamda doldurulmasına dikkat edilmiştir.

#### Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri bilgisayar ortamında SPSS 24.00 (Statistical Package for the Social Sciences) istatistik paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Hemşirelerin tanıtıcı bilgileri için tanımlayıcı istatistiklerden sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Duygusal emek alt boyutları ile ilişkili olan değişkenler korelasyon analizi ile belirlenmiştir. Korelasyon analizinde bağımlı değişken olan duygusal emek ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı çıkan bağımsız değişkenler stepwise çoklu doğrusal regresyon analizine alınmış ve duygusal emeği açıklama yüzdesi belirlenmiştir. Regresyon modeli oluşturulurken modelin standartlaştırılmış artıkları ve değişkenler arası çoklu bağlantı problemi incelenmiştir<sup>27</sup>. Regresyon analizinde cinsiyet, mesleği sevme, mesleği bırakma isteği, ekonomik durum algısı ve klinik yoğunluk derecesi değişkenleri kategorik değişkenler olduğu için kukla (dummy) değişken olarak analize dahil edilmiştir. Değişkenlerin regresyon eşitliğine alınabilmesi için istatistiksel anlamlılık düzeyi  $\alpha < 0.05$  kabul edilmiştir.

#### Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için Türkiye’nin güneydoğusunda bir üniversite hastanesi Tıp Fakültesi’nin etik kurulundan onay alınmıştır (Karar No: 195, Karar tarihi: 06.06.2018). Araştırmanın yürütüleceği hastanelerden ve kullanılan ölçüm araçları için uyarlamasını yapan yazarlardan yazılı izin alınmıştır. Yine hemşirelerden “Bilgilendirilmiş Onam Formu” kullanılarak sözel izin alınmıştır.

## BULGULAR

Araştırmaya katılan yoğun bakım hemşirelerinin yaş ortalaması 30.28 ( $\pm 5.35$ ) (en az-en fazla=19.00-47.00), %68.4’ü kadın ve %53.3’ü evlidir. Hemşirelerin %68.5’i lisans mezunu, %77’si ekonomik durumunu orta düzey olarak algılamakta ve çocuk sayısı ortalaması 1.6 $\pm$ .86 (en az-en fazla=0-4)’ dir. Yoğun bakım hemşirelerinin %42.2’sinin 6-10 yıl arasında yoğun bakım deneyimi bulunmakta, %29.6’sı dahili ve %11.2’si cerrahi birim yoğun bakımda çalışmakta, %49.4’ü çalıştığı birimden memnun, %73’ü çalıştığı kliniğin yoğunluğunu “çok” olarak ifade etmekte, %44.7’si haftalık çalışma saatinin 41-50 saat olduğu ve %84.2’si gece-gündüz dönüşümlü olarak çalıştığını belirtmiştir. Hemşirelerin %80.3’ü yoğun bakımda isteği ile çalıştığını, %53.3’ü mesleğini “orta düzeyde” sevdiğini, %77’si imkanı olsa mesleği bırakmak istediğini ve %42.1’i mesleği yeniden seçme şansı olursa yine seçebileceğini belirtmiştir. Hemşirelerin %55.3’ü kadrolu ve sorumlu olunan/bakım verilen hasta sayısı ortalaması 5.05 ( $\pm 2.95$ ) dir. Hemşirelerin genel sağlık ölçeğine göre %65.1’i riskli gruptadır (Tablo 1). Yoğun bakım hemşirelerinin duygusal emek ölçeğinin derinlemesine davranış alt boyut puanı 3.72 ( $\pm 0.68$ ), samimi davranış alt boyut puanı 3.83 ( $\pm 0.76$ ) ve yüzeysel davranış alt boyut puanı 3.67 ( $\pm 0.77$ ), genel sağlık ölçeği puan ortalaması ise 3.55 ( $\pm 3.20$ ) olarak saptanmıştır (Tablo 1).

**Tablo 1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Mesleki Özellikleri, Duygusal Emek ve Genel Sağlık Ölçek Puanları (n=152)**

Değişkenler	Sayı	Yüzde
<b>Yoğun bakım deneyim süresi</b>		
6 ay-1 yıl	11	7.2
1-5 yıl	49	32.2
6-10 yıl	64	42.2
11 yıl ve üstü	28	18.4
<b>Meslekte deneyim süresi</b>		
6 ay-1 yıl	6	3.9
1-5 yıl	40	26.3
6-10 yıl	66	43.5
11 yıl ve üstü	40	26.3
<b>Çalışılan yoğun bakım birimi</b>		
Cerrahi	17	11.2
Dahili	45	29.6
Anestezi	7	4.6
Yenidoğan	31	20.4
Acil	7	4.6
Onkoloji	8	5.3
Yanık	3	2.0
Çocuk	10	6.9
Koroner	15	9.9
Göğüs kalp damar cerrahisi	9	5.9
<b>Çalışılan birimden memnuniyet durumu</b>		
Evet	75	49.4
Kısmen	44	28.9
Hayır	33	21.7
<b>Klinik yoğunluk derecesi</b>		
Orta	41	27.0
Çok	111	73.0
<b>Haftalık çalışma saati</b>		
40	22	14.5
41-50	68	44.7
51-60	36	23.7
61≥	26	17.1
<b>Çalışma şekli</b>		
Sürekli gündüz	17	11.2
Sürekli gece	7	4.6
Gece-gündüz dönüşümlü	128	84.2
<b>Yoğun bakımda isteği ile çalışma durumu</b>		
Evet	122	80.3
Hayır	30	19.7
<b>Mesleği sevme durumu</b>		
Hiç sevmiyorum	12	7.9
Az seviyorum	35	23.0
Orta düzeyde seviyorum	81	53.3
Çok seviyorum	24	15.8
<b>Mesleği bırakma isteği (imkanı olması durumunda)</b>		
Evet	117	77.0
Hayır	35	23.0
<b>Mesleği yeniden seçme</b>		
Evet	64	42.1
Hayır	88	57.9
<b>İstihdam şekli</b>		
Kadrolu	84	55.3
Sözleşmeli	68	44.7

**Tablo 1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Mesleki Özellikleri, Duygusal Emek ve Genel Sağlık Ölçek Puanları (n=152) (devamı)**

Değişkenler	Sayı	Yüzde
<b>Daha önce psikolojik bir sorun yaşama durumu</b>		
Evet	2	1.3
Hayır	150	98.7
<b>Daha önce psikolojik destek alma durumu</b>		
Evet	11	7.2
Hayır	141	92.8
<b>Genel sağlık ölçeği</b>		
Normal	53	34.9
Riskli grup	99	65.1
<b>Sorumlu olunan hasta sayısı</b>	<b>X±SS</b>	<b>Min-Maks</b>
	5.05±2.95	2.00-23.0
<b>Duygusal emek alt boyutları</b>		
Derinlemesine davranış	3.72±.68	1.00-5.00
Samimi davranış	3.83±.76	1.00-5.00
Yüzeysel davranış	3.67±.77	1.00-5.00
<b>Genel sağlık puan ortalaması</b>	3.55±3.20	0.00-11.00

### Korelasyonlar

Araştırmada regresyon modelindeki bağımsız değişkenler arasındaki korelasyon değerleri Tablo 2'de gösterilmiştir. Korelasyon analizi sonucunda; yoğun bakım hemşirelerinin yüzeysel davranış ve samimi davranış ile genel sağlık durumu arasında ilişki olmadığı, derinlemesine davranış ile negatif yönde anlamlı zayıf ilişki olduğu ( $r=-0.171$ ,  $p:0.035$ ;  $p<0.05$ ) bulunmuştur (Tablo 2). Bu ilişki, hemşirelerin genel sağlık durumu puanı arttıkça hastalara derinlemesine davranışların azaldığını göstermektedir.

Duygusal emek derinlemesine davranış alt boyutu ile mesleği sevme ( $r=0.274$ ;  $p:<0.001$ ) ve mesleği bırakma isteği ( $r=0.198$ ) arasında pozitif yönde, cinsiyet ( $r=-0.166$ ;  $p:<0.041$ ) ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 2).

Duygusal emek samimi davranış alt boyutu ile mesleği sevme ( $r=0.282$ ;  $p:0.000$ ) ve mesleği bırakma isteği ( $r=0.173$ ) arasında pozitif yönde, sorumlu olunan hasta sayısı ( $r=-0.162$ ) ile negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ( $p<0.01$ ) (Tablo 2).

Duygusal emek yüzeysel davranış alt boyutu ile ekonomik durum algısı ( $r=0.207$ ), mesleği sevme ( $r=0.377$ ;  $p:0.000$ ) ve klinik yoğunluk ( $r=0.214$ ;  $p:0.008$ ) arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ( $p<0.05$ ) (Tablo 2).

### Duygusal Emek Ölçeğinin Derinlemesine, Yüzeysel ve Samimi Davranış Alt Boyutlarının Modellenmesi

Yoğun bakım hemşirelerinin derinlemesine, samimi ve yüzeysel davranış ile korelasyonda anlamlı ilişki saptanan tanıtıcı özellikler ayrı modeller kurularak regresyon modeline alınmıştır (Tablo 3,4,5). Üç ayrı regresyon modelinde anlamlı olduğu saptanmıştır. Hemşirelerde derinlemesine davranış alt boyutu incelendiğinde, mesleği sevme durumunun (Evet) ( $\beta= 0.185$ ,  $p<0.05$ ) derinlemesine davranış alt boyutu için istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir yordayıcı olduğu ve toplam varyansın %9'nu açıkladığı görülmektedir (Tablo 3).

Tablo 2. Duygusal Emek ve Bağımsız Değişkenler (n=152)

Değişkenler	1	2	3	4
1. Derinlemesine davranış	-			
2. Samimi davranış	<b>0.864*</b> *	-		
3. Yüzeysel davranış	<b>0.776*</b> *	<b>0.723**</b>	-	
4. Genel Sağlık Durumu	<b>-0.171*</b>	0.148	-0.136	-
5. Yaş	0.034	-0.026	0.070	0.031
6. Cinsiyet (Erkek)	<b>-0.166*</b>	-0.073	0.058	0.154
7. Medeni durum	-0.082	-0.089	-0.002	0.008
8. Eğitim durumu	-0.038	0.074	0.062	0.101
9. Ekonomik durum algısı	0.155	0.126	<b>0.207*</b>	<b>-0.227**</b>
10. Mesleki deneyim	0.000	-0.100	0.008	0.001
11. Yoğun bakım deneyimi	-0.074	-0.156	-0.123	0.004
12. Birimden memnuniyet durumu	-0.136	0.132	0.049	<b>0.233**</b>
13. Klinik yoğunluk derecesi	0.056	0.011	<b>0.214*</b> *	-0.003
14. Haftalık çalışma saati	-0.099	-0.001	-0.071	0.202*
15. Yoğun bakımda çalışmayı isteme durumu	0.022	0.047	0.028	0.084
16. Mesleği sevme durumu (Evet)	<b>0.274*</b> *	<b>0.282*</b>	<b>0.377*</b> *	<b>-0.350**</b>
17. Sorumlu olunan hasta sayısı	-0.154	<b>-0.162*</b>	-0.157	0.110
18. Mesleği bırakma isteği (Hayır)	<b>0.198*</b>	<b>0.173*</b>	0.139	<b>-0.206*</b>

\*p&lt;0.05, \*\*p&lt;0.01

Tablo 3. Derinlemesine Davranış Alt Boyutunun Modellenmesi (n= 152)

	Beta	SH	$\beta$	t	p
<b>Derinlemesine davranış</b>					
Constant	3.321	0.315		10.548	0.000
Genel sağlık toplam puanı	-0.014	0.018	-0.067	-0.782	0.435
Cinsiyet	-0.140	0.117	-0.095	-1.190	0.236
Mesleği sevme durumu (Evet)	-0.157	0.077	0.185	2.046	<b>0.043*</b>
Mesleği bırakma isteği	0.163	0.137	0.102	1.190	0.236
R	0.308				
R <sup>2</sup>	0.095				
F	3.862				
p	0.005				
DW (1.5-2.5)	1.980				

\*Cinsiyet (0: kadın, 1: erkek), mesleği sevme durumu (0: evet, 1: hayır), mesleği bırakma isteği (0:hayır, 1: evet) değişkenleri kategorik değişkenlerdir.

Hemşirelerde samimi davranış alt boyutu incelendiğinde, bu modelin anlamlı olduğu fakat hiçbir değişkenin samimi davranış alt boyutu için istatistiksel olarak anlamlı bir yordayıcı olmadığı bulunmuştur ve bu değişkenlerin toplam varyansın %0.8'ni açıkladığı görülmektedir (Tablo 4).

Tablo 4. Samimi Davranış Alt Boyutunun Modellenmesi (n= 152)

	Beta	SH	$\beta$	t	p
<b>Samimi davranış</b>					
Constant	3.337	0.265		12.617	0.000
Mesleği sevme durumu	0.150	0.081	0.158	1.844	0.067
Sorumlu olunan hasta sayısı	-0.039	0.020	-0.151	1.907	0.058
Mesleği bırakma isteği	0.224	0.154	0.125	1.455	0.148
R	0.286				
R <sup>2</sup>	0.082				
F	4.405				
P	0.005				
DW (1.5-2.5)	1.889				

\*Mesleği sevme durumu (0: evet, 1: hayır), mesleği bırakma isteği (0:hayır, 1: evet) değişkenleri kategorik değişkenlerdir.

Hemşirelerde yüzeysel davranış alt boyutu incelendiğinde, modelin anlamlı olduğu, mesleği sevme durumu ( $\beta=0.298$ ,  $p<0.001$ ) ve ekonomik durum algısı ( $\beta=0.211$ ,  $p<0.05$ ) yüzeysel davranış alt boyutu için istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü yordayıcılar olduğu ve toplam varyansın %16'sını açıkladığı görülmektedir (Tablo 5).

Tablo 5. Yüzeysel Davranış Alt Boyutunun Modellenmesi (n= 152)

	B	SH	$\beta$	t	p
<b>Yüzeysel davranış</b>					
Constant	1.908	0.433		4.408	0.000
Ekonomik durum algısı	0.327	0.118	0.211	2.779	<b>0.006*</b>
Mesleği sevme durumu (Evet)	0.285	0.073	0.298	3.985	<b>0.000*</b>
Klinik yoğunluk derecesi	0.112	0.127	0.067	0.885	0.378
R	0.403				
R <sup>2</sup>	0.163				
F	9.586				
p	0.000				
DW (1.5-2.5)	1.886				

\*Mesleği sevme durumu (0: evet, 1: hayır), ekonomik durum algısı (0: orta, 1:iyi), klinik yoğunluk derecesi (0:orta, 1:çok) değişkenleri kategorik değişkenlerdir.

## TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı; yoğun bakım hemşirelerinin duygusal emeğin yordayıcısı olarak genel sağlık, sosyo-demografik ve mesleğe ilişkin bazı özelliklerinin incelenmesidir. Araştırma bulgularına bakıldığında hemşirelerde duygusal emeğin derinlemesine davranış alt boyutunda mesleği sevmenin ve yüzeysel davranış alt boyutunda mesleği sevmeye ve ekonomik durum algısının anlamlı yordayıcı olduğu saptanmıştır. Yoğun bakım hemşirelerinin mesleği sevmeye düzeyi arttıkça “*derinlemesine ve yüzeysel davranışın*” arttığı saptanmıştır. Hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırmada psikolojik açıdan rahatlamak için işini yaparak motivasyon geliştirenlerin derinlemesine davranışlarının arttığı saptanmıştır<sup>22</sup>. Hemşirelerin mesleğe yönelik tutumları ile mesleki profesyonelliklerinin incelendiği bir araştırmada mesleğini seven hemşirelerin profesyonel tutum ve mesleğe yönelik olumlu tutum puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır<sup>28</sup>. Yine cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerde mesleğini seven hemşirelerin profesyonel tutumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır<sup>29,30</sup>. Literatürde profesyonelliğin en önemli ölçütü olarak işin gereklerini en mükemmel şekilde yerine getirmek olduğu ve profesyonel hemşirelerin niteliklerinden birisinin sorumluluk olduğu belirtilmektedir<sup>31</sup>. Bu doğrultuda mesleğini seven hemşirelerin profesyonel tutumları ile kendilerinden beklenen rol ve sorumlulukları derinlemesine ve yüzeysel davranış göstererek yerine getirdiği düşünülmektedir. Yine yapılan bir araştırmada mesleğini seven hemşirelerin iş doyumunun daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde iş doyumunun çalışanın başarılı, üretken ve mutlu olabilmesi için önemli bir durum olduğu belirtilmektedir<sup>32</sup>. Dahili yoğun bakım birimlerinde çalışan hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada işlerini sevmeyen hemşirelerin örgütsel rahatsızlıklarının daha çok olduğu saptanmıştır<sup>33</sup>. Yine literatürde duygularını iyi yönetenlerin daha iyi refah ve daha düşük iş stresi gösterdikleri belirtilmiştir<sup>6,19</sup>. Bu doğrultuda yine mesleğini seven hemşirelerin iş doyumunun daha yüksek olduğu ve örgüt ile daha uyumlu olduğu düşünüldükçe kendilerinden beklenen davranış derinlemesine ve yüzeysel davranış şeklinde yerine getirdiği düşünülmektedir.

Yoğun bakım hemşirelerinin ekonomi durum algısı iyileştikçe “*yüzeysel davranışın*” arttığı saptanmıştır. Duygusal emek tanımları incelendiğinde ortak noktanın duyguların düzenlenmesi ve bunun bir ücret karşılığında yapılması olduğu görülmektedir. Yani çalışan işini başarıyla yerine getirebilmek amacıyla duygularını araçsallaştırmaktadır<sup>34</sup>. Hasta ilişkilerinde tıbbi sekreterlerin duygusal emek durumlarının incelendiği bir araştırmada kurumun belirlediği kuralları uygulamayanlar için hasta haklarından şikayet gelirse uyarı olduğu ve işten çıkarılma olabildiği belirtilmiştir<sup>35</sup>. Bu durum ekonomik kaygıları daha az olan hemşirelerin kendilerinden beklenen davranış yerine getirdikleri fakat davranışın gerektirdiklerini hissetmek için çok fazla çaba harcamadıklarını düşündürmektedir.

Araştırma sonuçlarına bakıldığında genel sağlık durumunun derinlemesine, yüzeysel ve samimi davranış için anlamlı yordayıcı olmadığı saptanmıştır. Fakat derinlemesine davranış ve genel sağlık arasında negatif yönde anlamlı zayıf ilişki olduğu saptanmıştır. Genel sağlık durumu puanının yüksek olması kişilerin ruhsal sağlık durumlarının riskli olduğunu ve ruhsal problemler yaşadığını göstermektedir. Bu ilişki ruhsal problemler arttıkça derinlemesine davranışın azaldığını göstermektedir. Literatürde hemşirelerin iş kaynaklarını geliştirmek, duygusal emek için riskleri ve duygusal uyumsuzlukları önlemek için psikolojik dayanıklılığın önemli olduğu belirtilmiştir<sup>36</sup>. Farklı bir örneklem grubu olarak kamu sektöründe çalışanlar ile yapılan bir araştırmada derinlemesine davranış ve psikolojik/ruhsal sıkıntı arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır<sup>37</sup>. Araştırma örneğinden farklı olarak hizmet sektöründe çalışanlar ile yapılan bir araştırmada yüzeysel davranışın daha kötü mental sağlık, derinlemesine ve samimi davranışın daha iyi mental sağlık ile ilişkili olduğu belirtilmiştir<sup>38</sup>. Hemşireler ve hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırmada maneviyat arttıkça derinlemesine davranışın arttığı saptanmıştır<sup>22,23</sup>. Literatürde sürekli acil durum beklentisi, yüksek teknoloji karmaşıklığı, hastaların genel sağlık durumundaki ani değişim takipleri nedeniyle yoğun bakım kliniklerinin çalışanların ruhsal durumları açısından riskli ortamlar olduğu belirtilmektedir<sup>39</sup>. Yine yoğun bakım birimlerinde yatan hastaların yoğun ruhsal sorunları bulunmaktadır<sup>14</sup>. Hemşirelerden sadece kendi duygusal tepkilerini değil, hasta ve yakınlarının da korku ve stresini azaltması beklenmektedir<sup>40</sup>. Yapılan bir literatür incelemesinde yoğun bakım birimlerinde çalışan hemşirelerde stresli ortamın duygusal yük getirdiği ve %70'lere varan oranda tükenmişlik yaşadıkları belirtilmektedir<sup>41</sup>. Bu doğrultuda hemşirelerin çalışma şartları ve tükenmişliğinde etkisiyle ruhsal problemleri arttıkça kendilerinden beklenen derinlemesine davranış göstermek için çaba harcamadıkları düşünülmektedir. Araştırmada genel sağlık durumunun yüzeysel ve samimi davranış için anlamlı yordayıcı olmaması bu davranışların herhangi bir çaba harcamadan gerçekleştirilmiş olması ile ilgili olabilir. Bu doğrultuda araştırmanın farklı örneklem gruplarında yapılması değişkenler ile aradaki ilişkinin belirlenmesi açısından önemlidir.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışma; yoğun bakım hemşirelerinin duygusal emek ve genel sağlık düzeyi arasındaki ilişki hakkında bilimsel bilgi vermesi açısından literatüre katkı sağlamaktadır. Kurum yöneticileri hemşirelerin duygusal emek sürecini daha iyi yönetebilmesi için destek vermeli ve uygun klinik ortam oluşturulmalıdır. Yüksek motivasyon gerektiren yoğun bakım birimlerinde çalışan hemşirelerin mesleklerini sevmesi için gerekli stratejilerin geliştirilmesi önerilmektedir. Bu doğrultuda hemşirelerin mesleki memnuniyeti ve motivasyonlarını etkileyen durumların belirlenmesi, destekleyici iş ortamlarının oluşturulması, klinik yoğunluklarının ve sorumlu oldukları hasta sayısının



azaltılmasının etkili olabileceği düşünülmektedir. Duygusal emek ve genel sağlık arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik daha fazla çalışma yapılması önerilmektedir. Yine konu ile ilgili daha büyük örneklerle araştırma yapılması önerilmektedir.

**Etik Kurul Onayı:** Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (Karar No: 195, Karar tarihi: 06.06.2018).

**Çıkar Çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Katılımcı Onamı:** Hemşirelerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

**Yazar katkıları:**

Araştırma dizaynı: AB, ADE

Veri toplama: AB, ADE

Veri analizi: ADE

Makale yazımı: AB, ADE

**Teşekkür**

Çalışmaya katılan tüm hemşirelere teşekkür ederiz.

**Ethics Committee Approval:** Approval was obtained from Non-interventional Clinical Research Ethics Committee of Dicle University (Decision number: 195, Decision date: 06.06.2018).

**Conflict of Interest:** Not reported.

**Funding:** None.

**Exhibitor Consent:** Informed consent was obtained from nurses.

**Author contributions:**

Study design: AB, ADE

Data collection: AB, ADE

Data analyses: ADE

Drafting manuscript: AB, ADE

**Acknowledgement:** We would like to thank all nurses who participated to the study.

## KAYNAKLAR

1. Yıldırım MH, Erul EE. Effects of emotional labor on employees burnout behavior. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*. 2013;5(1):89-99.
2. Basım HN, Beğenirbaş M. Çalışma yaşamında duygusal emek: Bir ölçek uyarlama çalışması. *Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2012;19(1):77-90.
3. Pala T, Sürgevil O. Duygusal emek ölçeği: Ölçek geliştirme, güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Ege Academic Review*. 2016;16(4):773-87.
4. Başbuğ G. Duygusal emeğin iş memnuniyetine etkisi: Çağrı merkezi çalışanlarına yönelik bir çalışma. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*. 2010;58: 253-74.
5. Kaya U, Ozhan ÇK. Emotional labor and burnout relationship: a research on tourist guides. *Journal of Labour Relations*. 2012;3(2):109-30.
6. Mikolajczak M, Menil C, Luminet O. Explaining the protective effect of trait emotional intelligence regarding occupational stress: Exploration of

- emotional labour processes. *J Res Pers*. 2007;41(5):1107-17.
7. Hochschild AR. *The managed heart: Commercialization of human feeling*. London, England: University of California Press, Ltd.; 1983.
8. Mann S. A health-care model of emotional labour. *J Health Organ Manag*. 2005;19(5):304-17. doi: 10.1108/14777260510615369
9. Grandey AA. Emotion regulation in the workplace: A new way to conceptualize emotional labor. *J Occup Health Psychol*. 2000;5(1):95-110. doi: 10.1037//1076-8998.5.1.95
10. Degirmenci Oz S, Baykal U. Emotional labor behavior of nurses. *J Health Nurs Manag*. 2017;3(4):143-47. doi: 10.26650/FNJJN.387142
11. Ashforth BE, Humphrey RH. Emotional labor in service roles: The influence of identity. *Academy of Management Review*. 1993;18(1):88-115.
12. Bayram N, Aytac S, Dursun S. Emotional labor and burnout at work: a study from Turkey. *Procedia Soc Behav Sci*. 2012;65:300-305. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.11.126
13. Gray B. The emotional labour of nursing- defining and managing emotions in nursing work. *Nurse Educ Today*. 2009;29(2):168-75. doi:10.1016/j.nedt.2008.08.003
14. Tunc P, Gitmez A, Krespi Boothby MR. An investigation of emotional labor strategies on the basis of empathy among nurses working at intensive care and inpatient units. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2014;15(1):45-54. doi: 10.5455/apd.45762
15. Altuntas S, Altun ÖS. The relationship between emotional labor behaviors and burnout levels of nurses. *J Health Nurs Manag*. 2015;1(2):37-43. doi: 10.5222/SHYD.2015.037
16. Özgür G, Yıldırım S, Aktaş N. Bir üniversite hastanesinin ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde ruhsal durum değerlendirmesi. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008; 12(2):21-30.
17. Cheng C, Bartram T, Karimi L, Leggat SG. The role of team climate in the management of emotional labour: implications for nurse retention. *J Adv Nurs*. 2013; 69(12):2812-25. doi: 10.1111/jan.12202
18. Adeniji OG, Akanni AA, Ekundayo OO. Gender difference in emotional labour among nurses in Osun State, Nigeria. *Gender & Behaviour*. 2015;13(2):6789-94.
19. Karimi L, Leggat SG, Donohue L, Farrell G, Couper GE. Emotional rescue: the role of emotional intelligence and emotional labour on well-being and job-stress among community nurses. *J Adv Nurs*. 2014;70(1):176-86. doi: 10.1111/jan.12185
20. Mann S, Cowburn J. Emotional labour and stress within mental health nursing. *J Psychiatr Ment Hlt*. 2005;12(2):154-62.
21. Dogan A, Sigrı U. Emotional labour: A study on nurses. *The Journal of Human and Work*. 2017;4(2):113-26. doi: 10.18394/iid.342620
22. Baksı A, Arda Sürücü H. Is spirituality an important variable as the predictor of emotional labour for

- nursing students?. Nurse Educ Today. 2019;79:135-41. doi:10.1016/j.nedt.2019.05.025.
23. Baksi A, Arda Sürücü H. Factors playing a role in the development of emotional labor behavior of clinical nurses. *Perspect Psychiatr C.* 2020. doi:10.1111/ppc.12486.
  24. Degirmenci S. Developing the scale of emotional labor behavior for nurses [PhD Thesis]. İstanbul: İstanbul University; 2016.
  25. Goldberg, D., & Williams, P. (1988). General health questionnaire.
  26. Kılıç C. Genel sağlık anketi: Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. 1996.
  27. Hair J, Black WC, Babin BJ, Anderson ER. *Multivariate data analysis.* 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education; 2010.
  28. Tarhan G, Kılıç D, Yıldız E. Hemşirelerin mesleğe yönelik tutumları ile mesleki profesyonellikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi.* 2016;58(4):411-16.
  29. Çelik S, Ünal Ü, Saruhan S. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi.* 2012; 20(3):193-99.
  30. Karamanoğlu AY, Özer FG, Tuğcu A. Denizli ilindeki hastanelerin cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi.* 2009;14(1):12-17.
  31. Dikmen Y, Yönder M, Yorgun S, Usta YY, Umur S, Aytekin A. Hemşirelerin profesyonel tutumları ile bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2014;17(3):158-64.
  32. Durmuş S, Günay O. Hemşirelerde iş doyum ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi.* 2007;29(2):139-46.
  33. Dede M, Çınar S. Dahiliye yoğun bakım hemşirelerinin karşılaştıkları güçlükler ve iş doyumlarının belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi.* 2008;1(1):3-14.
  34. Özkan G. Çağrı merkezlerinde duygusal emek ve örgütsel iletişim. *Selçuk İletişim.* 2013;7(4):64-80.
  35. Kaya ŞD, Yüceler A, Uludağ A, Karadağ Ş. Hasta ilişkilerinde tıbbi sekreterlerin duygusal emek ve iletişim becerilerinin nitel olarak değerlendirilmesi. *SDÜ Vizyoner Dergisi.* 2017;8(19):62-76.
  36. Delgado C, Upton D, Ransie K, Furness T, Foster K. Nurses' resilience and the emotional labour of nursing work: An integrative review of empirical literature. *Int J Nurs Stud.* 2017;70:71-88.
  37. Karim J, Weisz R. Emotions at work: The role of emotional intelligence and emotional labor in predicting work-family conflict, psychological distress, and life satisfaction. *IJASS.* 2011;4(3):29-44.
  38. Huang ME, Wu ZQ, Tang GQ. How does personality relate to mental health in service industry setting? The mediating effects of emotional labor strategies. *Acta Psychol Sin.* 2010;42(12):1175-89. (Abstract)
  39. Altınöz Ü, Demir S. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerde çalışma ortamı algısı, psikolojik distres ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi.* 2017;8(2):95-101.
  40. Kinman G, Leggetter S. Emotional labour and wellbeing: What protects nurses?. *Healthcare Basel.* 2016;4(89):1-12.
  41. Van Mol MM, Kompanje EJ, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD. The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: A systematic review. *PloS One.* 2015;10(8):1-22.

## Araştırma makalesi

## Research article

# Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hastane Afet ve Acil Durum Planları ile İlgili Görüşlerinin İncelenmesi



Aysun İYTEMÜR<sup>1</sup>, Sıdika TEKELİ YEŞİL<sup>2</sup>

## ÖZ

**Amaç:** Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin Hastane Afet ve Acil Durum Planlarına ilişkin görüşlerini incelemektir.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini, bir üniversite hastanesinde çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Veriler Nisan - Temmuz 2016 tarihleri arasında 28 soruluk bir anket aracılığı ile toplanmıştır. Çalışmaya 402 hemşire katılmıştır. Katılımcıların afet ve acil durum planları hakkındaki görüşleri ile ilişkili olabilecek değişkenleri değerlendirmek için demografik, çalışma geçmişi, afet deneyimi gibi ankette yer alan değişkenler ile çapraz tablolar oluşturulmuştur. İstatistiksel anlamlılık ki kare testi ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Katılımcıların %70'i afet ve acil durumla ilgili bir eğitime katıldıklarını belirtmişlerdir. Eğitim almadığını belirtenlerin çoğunluğu (%71) 21-30 yaş grubundadır. Hastane Afet ve Acil Durum Planlarından haberdar olmadığını ifade edenlerin çoğunluğu (%76) yine 21-30 yaş grubundadır. Hastane Afet ve Acil Durum Tatbikatlarından haberdar olduğunu belirten hemşirelerin %60'ı meslekte 6-10 yıl çalışma sürelerine sahiplerdir.

**Sonuç:** Hastane Afet ve Acil Durum Planları konusunda haberi olmadığını ifade edenlerin çoğunluğunu mesleğin ve kurumda çalışmanın ilk yıllarında olan hemşireler oluşturmaktadır. Özellikle mesleğin ve kurumda çalışmanın ilk yıllarındaki hemşirelere, Hastane Afet ve Acil Durum Planları ile ilgili eğitimler ve farkındalık çalışmaları, tatbikatlara dâhil edilme gibi konularda öncelik verilmesi önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Acil durumlar, afet, afet ve acil durum planları, hastane, hemşire

## ABSTRACT

### Examining the Opinions of Nurses Working in a University Hospital About Hospital Disaster and Emergency Plans

**Aim:** The study aim was to examine the opinions of nurses working in a university hospital about Hospital Disaster and Emergency Plans.

**Material and Methods:** This is a descriptive study. The universe of the research was the nurses working in a university hospital. The data were collected between April and July 2016 through a questionnaire consisting of 28 questions. 402 nurses participated in the study. In order to evaluate the variables that may be related to the participants' views on disaster and emergency plans, cross-tables were formed with the variables included in the questionnaire such as demographic, work history, disaster experience. Statistical significance was evaluated by chi-square test.

**Results:** 70.0% of the participants stated that they attended a training on disaster and emergency. The majority of those (71%) who stated that they did not receive training were in the 21-30 age group. The majority of those (76%) who stated that they were not aware of the Hospital Disaster and Emergency Plans were also in the 21-30 age group. 60% of the nurses who stated that they were aware of Hospital Disaster and Emergency Drills had 6-10 years working experience in the profession.

**Conclusion:** The majority of those who stated that they were not aware of Hospital Disaster and Emergency Plans were nurses who had few years working experience in the profession and the institution. It is recommended to give priority to nurses who have several years of experience in the profession and the institution, on issues such as trainings and awareness studies on Hospital Disaster and Emergency Plans, and inclusion in drills.

**Keywords:** Disaster, disaster and emergency plans, emergencies, hospital, nurse

<sup>1</sup>Ars.Gör. Yüksek İhtisas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Programı, Ankara, Türkiye, E-mail: aysuniytemur@gmail.com, Tel: +90 535 864 7556, ORCID: 0000-0002-5158-3627

<sup>2</sup>Dr. Öğr. Üyesi Hacettepe Üniversitesi, Halk Sağlığı Enstitüsü, Scientific Consultant, Rheinfelden, Switzerland, E-mail: sidikatekeli@hotmail.com, Tel: +41 81 83131161, ORCID: 0000-0002-7930-3252

Geliş Tarihi: 14 Haziran 2019, Kabul Tarihi: 11 Mayıs 2020

**Atıf/Citation:** İytemur A., Tekeli Yeşil S. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hastane Afet ve Acil Durum Planları ile İlgili Görüşlerinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(2): 138-148. DOI: 10.31125/hunhemshire.763162

## GİRİŞ

Dünyada ve ülkemizde afet ve acil durumlar önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır<sup>1</sup>. Doğa (deprem, sel gibi) ve insan kaynaklı (nükleer, santral ve transfer kazaları gibi) tehlikeler tek başlarına afete yol açmamaktadır. Söz konusu tehlikeler ne zaman toplumların yoksulluk, eğitimsizlik, yanlış şehirleşme, vb. zarar görebilirlikleri ile bir araya gelirse o zaman afete dönüşmektedirler. Afetler insan sağlığının her üç boyutunu da, bedensel, ruhsal ve sosyal, çeşitli şekillerde etkiler. Beklenmedik sayıda ölüm, yaralanma veya hastalık; sağlık altyapısının tahrip olması ve rutin sağlık hizmetlerinin kesintiye uğraması; bulaşıcı hastalıklar veya yiyecek sıkıntısına yol açabilecek şekilde çevrenin etkilenmesi; ruh sağlığı problemleri ve spontan veya organize olmuş bir şekilde gelişen göç hareketleri, afetlerin halk sağlığı üzerindeki etkilerinin başlıcalarıdır<sup>2-4</sup>.

Afet ve acil durumlar her sektörü etkilese de, sağlık sektörü en çok etkilenenler arasındadır<sup>3,5-6</sup>. Sağlık sektörünün en önemli parçalarından biri hastanelerdir. Herhangi bir afet durumunda hastaneler, hem afeti yaşayıp hem de afete yanıt verme durumunda kalmaktadırlar. Hastaneler bu özellikleri ile diğer kurumlardan ve iş yerlerinden ayrılır<sup>3</sup>. Hastanelerin afet ve acil durumlara fiziksel ve fonksiyonel olarak hazırlıklı olmaları, afet anında hızlı ve etkin bir şekilde müdahale edebilmeleri ancak Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP) ile mümkündür<sup>5,7</sup>.

Afetlerle başa çıkmada önemli bir yere sahip olan HAP'lar, afet ve acil durumlara ilişkin riskleri önlemeyi ve azaltmayı, hazırlıklı olmayı ve etkin müdahaleyi amaçlar. Karmaşık bir yapıya sahip olan hastanelerin tehlikeler karşısında zarar görebilirliğini azaltır, personelin, hasta ve hasta yakınlarının can güvenliğini korur ve hastane donanımının zarar görmesini engeller, hastanelerin fonksiyonlarını sürdürmelerini sağlar<sup>7</sup>.

Hastane Afet ve Acil Durum Planları hastaneye özgü olup, Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen kılavuz ile standart bir çerçevede hazırlanır. HAP'lar sadece müdahale aşamasında değil afet öncesi, sırası ve sonrası dönemde yapılması gerekenlerin ne zaman, nasıl ve kimin tarafından yapılması gerektiğini, görev alan personellerin sorumluluklarını açıkça tanımlayan sistematik planlardır<sup>7</sup>.

Hastaneler birçok farklı branşta sağlık personelinin barındırır. Hemşireler ise hastane personelinin büyük çoğunluğunu oluşturduğu gibi sağlık hizmetlerinin sunumunda da önemli bir yere sahiptir. Hemşirelerin sayıca fazla olmasının yanı sıra, sağlık sisteminin her alanında hizmet vermeleri, hastanelerin tüm birimlerinde görev almaları ve aldıkları eğitim gereği sağlık bilimleri dışında sosyoloji, iletişim gibi konularda da bilgi ve becerilere sahip olmaları bu konudaki etkinliklerini arttırmaktadır. Bu durum hemşirelere afet ve acil durumlarda da önemli roller yüklemektedir<sup>8,9</sup>. Ancak, literatüre baktığımızda hemşirelerin HAP hakkında görüş, bilgi ya da tutumlarına ilişkin sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır<sup>10-11</sup>. Bu çalışmaların bazıları hastanelerin tüm personel grubu ile yapılan çalışmalardır. Yalnızca hemşireler ile yapılan çalışmalar ise daha sınırlı sayıdadır<sup>12-14</sup>.

Fung ve diğerleri (2008) Hong Kong Üniversitesinde yüksek lisans programına katılan hemşireler ile yaptıkları çalışmada, katılımcıların %61.0'inin HAP'dan haberdar olduğu sonucuna ulaşmışlardır<sup>15</sup>.

Al Thobaity ve diğerleri (2014) tarafından Suudi Arabistan'da kamu ve askeri hastanelerinin karşılaştırıldığı çalışmada, acil durum ve afetlere yanıt sırasında hemşirelerin önemli rollere sahip oldukları üzerine durulmuştur. Toplam 600 hemşire ile yapılan bu çalışmada, askeri hastanede çalışan hemşirelerin kamu hastanesinde çalışan hemşirelere göre afetle ilgili bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır<sup>16</sup>.

Elazeem ve diğerleri (2011) Mısır'da bir üniversite hastanesinde 56 doktor, 22 başhemşire, 73 hemşire, 70 sağlık teknikeri, 99 idari çalışan, 80 temizlik personeli olmak üzere toplamda 400 sağlık personeli ile yaptıkları çalışmada, personelin hastane iç afetleri ile ilgili farkındalıklarının tüm personel gruplarında düşük olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Aynı zamanda afet ve acil durum ile ilgili tatbikatların ve afet ve acil durum planları ile ilgili eğitimlerin ise istenilen düzeyde olmadığı belirtilmiştir<sup>17</sup>.

Vatan ve Salur'un (2010) İzmir'de bulunan 39 hastanede görevli 71 yönetici hemşire ile yaptıkları çalışmada, hemşirelerin büyük bir çoğunluğu (%83.4) HAP'dan haberdar olduklarını, %58.3'ü HAP'da görevinin olduğunu, %41.7'si ise görevinin olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %46.7'si afet senaryo uygulamalarının yapıldığını ifade etmiştir<sup>18</sup>.

Yurdakul ve diğerlerinin (2012) Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi yönetimi ve personeline yönelik yaptıkları çalışmada, çalışmaya katılan 164 personelin yarısından fazlası (%64.0) çalıştığı hastanenin bir afet planına sahip olduğunu, bu planın var olduğunu ifade edenlerin %66.3'ünün ise afet-risk analizinin yapılmadığını veya bu konuda bilgilerinin olmadığını belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan ve mevcut bir afet planı olduğunu düşünen hastane personelinin %64.0'ü de bu planı inceleme fırsatlarının olmadığını ifade etmişlerdir<sup>19</sup>.

Çakmak ve diğerlerinin (2010) Kocaeli ili 112 acil yardım hizmetlerinde görev yapan sağlık personeli (hekim, hemşire, sağlık memuru, ebe, acil tıbbi teknisyen) ile yaptıkları çalışmada, 92 katılımcının %76.1'i çalıştıkları kurumun bir afet planının olduğunu, %51.1'i afet durumlarında resmi olarak görevlendirildiklerini, %42.2'si ise herhangi bir afet durumunda görev ve sorumluluklarını bildiklerini belirtmişlerdir<sup>20</sup>.

Türk Tabipler Birliği'nin (2009) Türkiye'de yataklı tedavi kurumlarında çalışan uzman ve pratisyen hekimler ile online anket uygulayarak yaptığı bir çalışmada ise, araştırmaya katılan doktorların (n=449) %36.5'i HAP'dan haberdar olduğunu, %16.3'ü Hastane Afet Planı Eğitimi aldığını, %13.1'i Hastane Afet Planı Tatbikatından haberdar olduğunu, %10.5'i çalıştıkları hastanede kitlesel yaralanma vakaları için hazırlık planı yapıldığını, %9.6'sının çalıştıkları hastanenin olağandışı bir duruma hazır olduğunu ifade etmiştir<sup>21</sup>.

Araştırmanın yapıldığı üniversite hastanesi, farklı alanda bir çok branşı barındıran ülkemizin önde gelen hastanelerindendir. Sağlık alanındaki öncü konumu

üniversite hastanesine ülkemizde ve Ankara'da yaşanabilecek afet ve acil durumlara müdahale konusunda bir çok sorumluluk yüklemektedir. Ayrıca iç afet ve acil durumlara karşı her zaman hazırlıklı olması gerekmektedir. Üniversite hastanesinin HAP konusunda öncü bir konumu vardır<sup>22</sup>. Hem bu özellikleri hem de geniş ve çeşitli fiziki ve fonksiyonel yapısı bir çok farklı serviste çalışan hemşirenin afet ve acil durum planları hakkındaki görüşlerini değerlendirebilme olanağı sağlamaktadır. Yukarıda örnekleri yer alan çalışmaların birçoğu farklı personel gruplarının yer aldığı veya sınırlı sayıda katılımcı ile yapılan çalışmalardır. Rutin sağlık hizmetlerinde olduğu gibi afet ve acil durumlarda da önemli görev ve sorumluluklar üstlenen hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin değerlendirilerek önerilerde bulunulması hem genel olarak HAP'lara hem üniversite hastanesinin HAP'ına önemli katkılarda bulunacaktır.

Buradan yola çıkarak söz konusu çalışmada üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin HAP'a ilişkin görüşlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

#### **Araştırmanın Amacı**

Çalışma, bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin HAP'a ilişkin görüşlerini incelemek amaçlı yapılmıştır.

#### **GEREÇ ve YÖNTEM**

##### **Araştırmanın Türü**

Çalışma, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

##### **Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Çalışma evrenini, bir üniversite hastanesinde çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçim yöntemi uygulanmamış olup, Nisan-Temmuz 2016 tarihleri arasında ulaşılabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 402 hemşire çalışma kapsamına alınmıştır.

##### **Veri Toplama Araçları**

Veri toplama aracı olarak, araştırmacıların deneyimleri ve literatür bilgisi doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu kullanılmıştır<sup>8-17-18-20</sup>. Veri toplama aracı olarak kullanılan anket 28 sorudan oluşmaktadır. Anketin ilk bölümde yer alan 8 soru, katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ve eğitim bilgilerine ilişkin sorulardır. Sonraki bölümdeki yer alan 8 soru, katılımcıların afet ve acil durumlarla ilgili deneyimlerini, son bölümde yer alan 12 soru ise HAP ile ilgili görüş ve bilgilerini öğrenmek amacıyla hazırlanmış sorulardır.

##### **Verilerin Toplanması**

Araştırma Nisan-Temmuz 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Veri toplamak üzere araştırmanın yapıldığı hastanenin bütün bölüm, poliklinik ve servislerine ziyarette bulunulmuş, birim sorumlularının birimde çalışan hemşire sayıları hakkında verdiği bilgiler doğrultusunda anket bırakılmıştır. Anketler 3 gün sonra toplanmıştır. Gerekli durumlarda 2 defa daha anketleri toplamak için ziyaretlerde bulunulmuştur. Ancak bazı birim sorumluları yoğun çalışma temposu gerekçesi ile birim hemşirelerine dağıtmak üzere ancak sınırlı sayıda anket kabul etmiştir. Bırakılan anketlerden 402 tanesi doldurularak araştırmacıya teslim edilmiştir. Çalışmanın yapıldığı üniversite hastanesinde 2016 yılında toplam 1100 hemşire

çalışmaktadır<sup>23</sup>. Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin %38.2'sine ulaşılabiliştir.

##### **Verilerin Değerlendirilmesi**

Veri girişi ve analizinde SPSS 15.0 İstatistik Programı kullanılmıştır. Araştırma kapsamında toplanan verilerin frekans dağılımlarına bakılmıştır. Tanımlayıcı bilgilerin sunumu için sıklık dağılımları, ortalama, ortanca, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri verilmiştir. Olası ilişkili faktörleri tespit etmek için çapraz tablolar oluşturularak pearson ki-kare anlamlılık testi uygulanmıştır. Olası ilişkileri değerlendirmek için cinsiyet, yaş, eğitim, hemşire olarak çalışma süresi, çalıştığı hastane, çalıştığı bölüm, poliklinik ya da servis, çalıştığı pozisyon, üniversite hastanesinde çalışma süresi, afet ya da acil durum ile ilgili eğitim alma, afet ya da acil durumla ilgili görevli olarak çalışma, afet ya da acil durum ile ilgili sivil toplum kuruluşuna üyelik değişkenleri ile HAP değişkenleri (HAP'dan haberdar olma, HAP'daki görevini bilme, Hastane afet ve acil durum tatbikatlarından haberdar olma, Hastanenin afet ve acil duruma hazır olup olmadığını düşünme ve HAP'ın gerekli olup olmadığını düşünme değişkenleri) arasındaki ilişki çapraz tablolar oluşturularak değerlendirilmiştir.

##### **Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmaya başlamadan önce üniversitenin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (Karar No: GO 16/54-06) ve araştırmanın yapıldığı hastanenin yönetimlerinden (Sayı: 20481383-970/3559), (Sayı: 62443999-020/352) (Sayı: 75967797-804.01/3817) (Sayı: 63305009-771.08/567) kurum izinleri alınmıştır. Anket uygulaması için anket formunun ön bölümünde yer alan bilgilendirme ve onam formu ile çalışmaya katılan hemşirelerden onam alınmış, araştırma ve yayın sürecinde Helsinki Deklerasyonu Prensipleri'ne, araştırma ve yayın etiğine uygun hareket edilmiştir.

##### **Araştırmanın Sınırlılıkları**

Veri toplama araçlarının uygulanması başlığında da belirtildiği gibi bazı bölüm, poliklinik ya da servislerde toplam hemşire sayısı kadar değil, birim sorumlularının izin verdiği sayıda anket bırakılabiliştir. Bu durum çalışmaya katılmak isteyebilecek bazı hemşirelerin katılımını sınırlandırmış olabilir.

##### **BULGULAR**

Katılımcıların büyük bir çoğunluğunu (%95.3, n=383) kadınlar oluşturmaktadır. Yaş ortalamaları ise 30'dur (en düşük 21, en yüksek 61 Ortanca değer=30). Hemşirelerin %96.5'i (n=388) sağlık meslek lisesi veya lisans mezunu, %2.2'si ise (n=9) yüksek lisans mezunudur. Hemşire olarak çalışma süreleri, minimum 2 ay, maksimum 370 aydır (Ortalama değer=90±71.9, Ortanca değer=72). Katılımcıların %46.0'sı (n=185) 0-5 yıl arası çalışma süresine sahiptir. Anket uygulaması esnasında hemşirelerin büyük bir kısmını (%53.7, n=216) erişkin hastanesinde çalışan hemşireler oluşturmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin %92.8'ini (n=373) bölüm, poliklinik ya da servis hemşireleri oluşturmaktadır. Katılımcılar, üniversite hastanesinde çalışma sürelerini minimum 2 ay, maksimum ise 370 ay olarak belirtmişlerdir (Ortalama değer=82±70.9, Ortanca

değer=68). Araştırmaya katılan hemşirelerin %81.3'ü (n=327) 25 ay ve üzeri çalışma süresine sahiptir. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de sunulmaktadır.

**Tablo 1. Üniversite Hastanesinde Çalışan ve Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri (n=402)**

Sosyo-demografik özellik	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	383	95.3
Erkek	19	4.7
Toplam	402	100.0
<b>Yaş</b>		
21-30	222	55.2
31-61	177	44.0
Toplam	399	99.2
<b>Eğitim</b>		
Sağlık Meslek Lisesi ve Lisans Mezunu	388	96.5
Yüksek Lisans Mezunu	9	2.2
Toplam	397	98.7
<b>Hemşire olarak çalışma süresi</b>		
0-5 yıl	185	46.0
6-10 yıl	145	36.1
11 yıl ve üzeri	71	17.7
Toplam	401	99.8
<b>Çalıştığı hastane</b>		
Erişkin hastanesi	216	53.8
Onkoloji hastanesi	68	16.9
Çocuk hastanesi	103	25.6
Diğer hastane birimi	10	2.5
Diş hekimliği	5	1.2
Toplam	402	100
<b>Çalıştığı bölüm, poliklinik ya da servis</b>		
Acil servis	30	7.5
Yoğun bakım ünitesi	51	12.7
Ameliyathane	12	3.0
Diğer	309	76.8
Toplam	402	100
<b>Çalıştığı pozisyon</b>		
Başhemşire	29	7.2
Bölüm, poliklinik ya da servis hemşiresi	373	92.8
Toplam	402	100.0
<b>Üniversite hastanesinde hemşire olarak çalışma süresi</b>		
0-24 ay	75	18.7
25 ay ve üzeri	327	81.3
Toplam	402	100.0

\*Toplam sayıdaki farklılıklar her bir satırdaki kayıp değerden kaynaklanmaktadır.

Ankete katılan hemşirelerin %70.9'i (n=285) "Afet ya da acil durumla ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?" sorusuna evet yanıtını vermiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerden çok azı daha önce afet ya da acil durumda görevli olarak çalıştığını belirtmiştir (%3.7, n=15). Katılımcıların çok az bir kısmı (%1.7, n=7) afet ya da acil durumla ilgili gönüllü sivil toplum kuruluşuna üye olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların yarısından fazlası (%58.4, n=234) HAP'dan haberdar olduklarını ifade etmiştir. Ankete katılan hemşirelerin %48.8'i (n=117) "HAP'daki görevinizi biliyor musunuz?" sorusuna evet yanıtını vermiştir. Katılımcılardan yarısından fazlası (%54.8, n=132) afet ve acil durum tatbikatlarından haberdar olduklarını söylemiştir. Katılımcıların %60.5'i (n=242) çalıştığı hastanenin afet ve acil durumlara hazır olmadığını ya da bilmediğini ifade etmiştir. Katılımcıların büyük

çoğunluğu (%98.0, n=391) HAP'ın gerekli olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 2).

**Tablo 2. Üniversite Hastanesinde Çalışan ve Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Afet ve Acil Durum ile İlgili Anket Sorularına Verdikleri Yanıtların Dağılımı (n=402)**

Afet ve acil durum ile ilgili bazı özellikler	n	%
<b>Afet ve acil durumla ilgili eğitim alma</b>		
Evet	285	70.9
Hayır	117	29.1
Toplam	402	100.0
<b>Afet ya da acil durumda görevli olarak çalışma</b>		
Evet	15	3.7
Hayır	386	96.3
Toplam	401	100.0
<b>Afet ya da acil durumla ilgili gönüllü sivil toplum kuruluşuna üyelik</b>		
Var	7	1.7
Yok	394	98.3
Toplam	401	100.0
<b>Hastane Afet ve Acil Durum Planları'ndan haberdar olma</b>		
Var	234	58.4
Yok ya da bilmiyorum	167	41.6
Toplam	401	100.0
<b>Hastane Afet ve Acil Durum Planları'ndaki görevini bilme</b>		
Evet	117	48.8
Hayır	123	51.3
Toplam	240	100.0
<b>Afet ve acil durum tatbikatlarından haberdar olma</b>		
Evet	132	54.8
Hayır	109	45.2
Toplam	241	100.0
<b>Çalıştığı hastanenin afet ve acil duruma hazır olup olmadığını düşünme</b>		
Evet	158	39.5
Hayır ya da bilmiyorum	242	60.5
Toplam	400	100.0
<b>Hastane Afet ve Acil Durum Planları'nın gerekli olup olmadığını düşünme</b>		
Evet	391	98.0
Hayır	8	2.0
Toplam	399	100.0

Oluşturulan çapraz tablolarda istatistiksel olarak anlamlı ilişki çıkan değişkenler Tablo 3'de yer almaktadır.

Yaş, hemşire olarak çalışma süresi ve üniversite hastanesinde çalışma süresi ile afet ve acil durumla ilgili eğitim alma arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (sırasıyla:  $p<0.001$ ,  $p=0.001$ ,  $p<0.001$ ). Ankete katılan hemşirelerin büyük bir çoğunluğu (%70.9, n=285) afet ya da acil durum ile ilgili eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Afet ve acil durum ile ilgili eğitim almadığını belirtenlerin %71.5'ini (n=83) 30 yaşın altında olan, %60.7'sini (n=71) mesleğinin ilk beş yılında olan hemşireler oluşturmaktadır. Eğitim aldığını belirtenlerin %75.8'ini (n=248) üniversite hastanesinde 25 ay ve yukarı çalışanlar oluşturmaktadır.

Çalıştığı pozisyon ve üniversite hastanesinde çalışma süresi ile afet ya da acil durumda görevli olarak çalışma arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (sırasıyla:

$p<0.001$ ,  $p<0.001$ ). Ankete katılan hemşirelerin %3.7'si (n=15) afet ya da acil durum da görevli olarak çalıştıklarını belirtmişlerdir. Başhemşirelerin %17.2'si, bölüm, poliklinik ya da servis hemşirelerinin ise %2.7'si afet ya da acil durumda görevli olarak çalışmıştır ( $p<0.001$ ). Afet ya da acil durum yaşayan hemşirelerin %10.1'i (n=10) böyle bir durumu yaşamayan hemşirelerin %1.7'si (n=5) afet ya da acil durumda görevli olarak çalışmıştır ( $p<0.001$ ).

Araştırmaya katılan hemşirelerin HAP'a yönelik ifade ve görüşleri ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki gösteren değişkenler ise şöyledir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %57.8'i (n=231) HAP'dan haberdar olduklarını belirtirken, %42.0'si (n=167) haberdar olmadığını belirtmiştir.

HAP'dan haberi olmadığını ya da bilmediğini ifade eden hemşirelerin %76.0'sı (n=127) 21-30 yaş grubu aralığındadır. Yaş ile HAP'dan haberdar olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

Hemşire olarak çalışma süresi ile HAP'dan haberdar olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. HAP'dan haberdar olmayan 166 katılımcının %66.3'ü (n=110) 5 yıldan az süredir çalışmaktadır.

Katılımcılardan afet ya da acil durum yaşadığını ifade edenlerin %76.8'i (n=76), böyle bir durumu yaşamayanların %52.3'ü (n=158) hastanenin afet ve acil durum planlarından haberdar olduğunu belirtmiştir ( $p<0.001$ ).

HAP'daki görevini bilme ile istatistiksel olarak ilişkili olan değişkenler hem hemşire olarak hem de üniversite hastanesindeki çalışma süreleridir (sırasıyla:  $p=0.007$ ,  $p=0.028$ ).

HAP'daki görevini bildiğini ifade eden hemşirelerin hemşire olarak çalışma yılları incelendiğinde, 0-5 yıl aralığında çalışmış olanların %31.6'sı (n=37) HAP'daki görevini bildiğini ifade etmişlerdir. 11 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin ise %15.4 (n=18) görevini bildiğini ifade etmiştir. Bu grup en düşük yüzdeye sahip grubu oluşturmaktadır.

Üniversite hastanesinde 0-24 ay arası çalışanların %33.3'ü (n=14), 25 ay ve yukarısı çalışanların ise %52.0'si (n=103) HAP'daki görevini bildiğini belirtmektedir ( $p=0.028$ ).

Afet ve acil durum tatbikatlarından haberdar olma ile istatistiksel olarak ilişkili olan değişkenler ise yine benzer şekilde, yaş, hemşire olarak çalışma süresi ve üniversite hastanesinde çalışma süresidir (sırasıyla:  $p=0.001$ ,  $p<0.001$ ,  $p<0.001$ ).

21-30 yaş grubu hemşirelerin %33.1'i (n=43), 31-61 yaş grubu aralığında olanların ise %66.9'u (n=87) hastane afet ve acil durum tatbikatlarından haberdar olduğunu ifade etmiştir.

Katılımcılardan hastane afet ve acil durum tatbikatlarından haberdar olduğunu belirtenlerin önemli bir kısmının (%60.4, n=64) meslekte 6-10 yıl arasında çalışmış olduğu anlaşılmaktadır. Haberdarlık düzeyi en az olan grup 0-5 yıl arası çalışmış hemşirelerdir (%22.7, n=30).

Hemşirelerden üniversite hastanesinde 0-24 ay arası çalışanların %14.0'ü (n=6), 25 ay ve yukarısı çalışanların ise %63.6'sı (n=126) hastane afet ve acil durum tatbikatlarından haberdar olduklarını belirtmişlerdir ( $p<0.001$ ). Çalışma

süresi arttıkça tatbikatlardan haberdar olma yüzdesi de artmaktadır.

Katılımcıların çalıştığı hastanenin afet ve acil durumlara hazır olup olmadığını düşünmesi ile istatistiksel olarak ilişkili olan değişkenler ise, yaş, hemşire olarak çalışma süresi, çalıştığı pozisyon ve üniversite hastanesinde çalışma süresidir (sırasıyla:  $p<0.001$ ,  $p=0.001$ ,  $p=0.029$ ,  $p=0.03$ ).

Katılımcılardan çalıştığı hastanenin afet ve acil durumlara karşı hazır olduğunu düşünenlerin (%39.3, n=156) yaş gruplarına göre dağılımı 21-30 yaş %44.2 (n=69) ve 31-61 yaş %55.8 (n=87) şeklindedir.

Hemşire olarak çalışma süresi ile afet ve acil durumlara hazır olduğunu düşünme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p=0.001$ ). Araştırmaya katılan hemşirelerden hastanenin afet ve acil durumlara hazır olduğunu düşünmeyenlerin en yoğun olduğu grup meslekte 0-5 yıl arası çalışmış olanlardır (%53.7, n=130).

Çalıştığı pozisyon ile afet ve acil durumlara hazır olduğunu düşünme arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p=0.029$ ). Başhemşirelerin %58.6'sı, bölüm, poliklinik ya da servis hemşirelerinin ise %38.0'i hastanenin afet ve acil durumlara hazır olduğunu düşünmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerden üniversite hastanesinde 0-24 ay arası çalışanların %28.4'ü (n=21), 25 ay ve yukarısı çalışanların ise %42.0'si (n=137) hastanenin afet ve acil durumlara hazır olduğunu düşünmektedir ( $p=0.03$ ).

Tablo 3. Üniversite Hastanesinde Çalışan Katılımcı Hemşirelerin Afet ve Acil Durumlar ile İlgili Deneyimleri ve Hastane Afet ve Acil Durum Planlarına Yönelik İfade ve Görüşleri ile İstatistiksel Olarak Anlamlı İlişki Gösteren Değişkenler (n=402)

		Afet ve acil durumla ilgili eğitim alma		X <sup>2</sup>	p
		Evet	Hayır		
Yaş	21-30	139 (%62.6)	83 (%37.4)	16.778	<0.001
	31-61	144 (%81.4)	33 (%18.6)		
Hemşire olarak çalışma süresi	0-5 yıl	114 (%61.6)	71 (%38.4)	14.914	0.001
	6-10 yıl	117 (%80.7)	28 (%19.3)		
	11 yıl ve üzeri	53 (%74.6)	18 (%25.4)		
Üniversite hastanesinde çalışma süresi	0-24 ay	37 (%49.3)	38 (%50.7)	20.775	<0.001
	25 ay ve üzeri	248 (%75.8)	79 (%24.2)		
<b>Afet ve acil durumda görevli olarak çalışma</b>					
		Evet	Hayır	X <sup>2</sup>	p
Çalıştığı pozisyon	Başhemşire	5 (%17.2)	24 (%82.8)	15.824	<0.001
	Bölüm, poliklinik ya da servis hemşiresi	10 (%2.7)	362 (%97.3)		
Afet ya da acil durum yaşama	0-24 ay	10 (%10.1)	89 (%89.9)	14.769	<0.001
	25 ay ve üzeri	5 (%1.7)	297 (%98.3)		
<b>Hastane Afet ve Acil Durum Planlarından haberdar olma</b>					
		Var	Yok	X <sup>2</sup>	p
Yaş	21-30	95 (%42.8)	127 (%57.2)	47.924	<0.001
	31-61	136 (%77.3)	40 (%22.7)		
Hemşire olarak çalışma süresi	0-5 yıl	75 (%40.5)	110 (%59.5)	46.266	<0.001
	6-10 yıl	104 (%72.2)	40 (%27.8)		
	11 yıl ve üzeri	55 (%77.5)	16 (%22.5)		
Afet ya da acil durum yaşama	Evet	76 (%76.8)	23 (%23.2)	18.34	<0.001
	Hayır	158 (%52.3)	144 (%47.7)		
<b>Hastane Afet ve Acil Durum Planlarındaki görevini bilme</b>					
		Evet	Hayır	X <sup>2</sup>	p
Hemşire olarak çalışma süresi	0-5 yıl	37 (%46.8)	42 (%53.2)	9.793	0.007
	6-10 yıl	62 (%58.5)	44 (%41.5)		
	11 yıl ve üzeri	18 (%32.7)	37 (%67.3)		
Üniversite hastanesinde çalışma süresi	0-24 ay	14 (%33.3)	28 (%66.7)	4.843	0.028
	25 ay ve üzeri	103 (%52.0)	95 (%48.0)		
<b>Afet ve acil durum tatbikatlarından haberdar olma</b>					
		Evet	Hayır	X <sup>2</sup>	p
Yaş	21-30	43 (%42.6)	58 (%57.4)	10.275	0.001
	31-61	87 (%63.5)	50 (%36.5)		
Hemşire olarak çalışma süresi	0-5 yıl	30 (%37.5)	50 (%62.5)	15.531	<0.001
	6-10 yıl	64 (%60.4)	42 (%39.6)		
	11 yıl ve üzeri	38 (%69.1)	17 (%30.9)		
Üniversite hastanesinde çalışma süresi	0-24 ay	6 (%14.0)	37 (%86.0)	35.202	<0.001
	25 ay ve üzeri	126 (%63.6)	72 (%36.4)		



Tablo 3. Üniversite Hastanesinde Çalışan Katılımcı Hemşirelerin Afet ve Acil Durumlar ile İlgili Deneyimleri ve Hastane Afet ve Acil Durum Planlarına Yönelik İfade ve Görüşleri ile İstatistiksel Olarak Anlamlı İlişki Gösteren Değişkenler (n=402) (devamı)

Çalıştığı hastanenin afet ve acil duruma hazır olup olmadığını düşünme		Evet	Hayır	X <sup>2</sup>	p
Yaş	21-30	69 (%31.2)	152 (%68,8)	13.62	<0.001
	31-61	87 (%49.4)	89 (%50.6)		
Hemşire olarak çalışma süresi	0-5 yıl	55 (%29.7)	130 (%70.3)	14.105	0.001
	6-10 yıl	71 (%49.3)	73 (%50.7)		
	11 yıl ve üzeri	32 (%45.1)	39 (%54.9)		
Çalıştığı Pozisyon	Başhemşire	17 (%58.6)	12 (%41.4)	4.783	0.029
	Bölüm, poliklinik ya da servis hemşiresi	141 (%38.0)	230 (%62.0)		
Üniversite hastanesinde çalışma süresi	0-24 ay	21 (%28.4)	53 (%71.6)	4.7	0.03
	25 ay ve üzeri	137 (%42.0)	189 (%58.0)		

X<sup>2</sup>:Ki-kare testi

## TARTIŞMA

Araştırmanın yapıldığı üniversite hastanesi, birçok farklı hastaneden oluşan kompleks bir hastane yapılanıdır. Hastanenin büyüklüğü ve ulaşılan hemşire sayısı göz önüne alındığında bu çalışmanın afet ve acil durum planları ile ilgili yapılan çalışmalara önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir. Ancak, veri toplama araçlarının uygulanması başlığında da belirtildiği gibi bazı bölüm, poliklinik ya da servislerde toplam hemşire sayısı kadar değil, birim sorumlularının izin verdiği sayıda anket bırakılabilmektedir. Bu durum çalışmaya katılmak isteyebilecek bazı hemşirelerin katılımını sınırladığı görülmektedir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin cinsiyetlerine bakıldığında kadın hemşire sayısının erkek hemşirelere göre oldukça yüksek olduğu gözlenmiştir (383 Kadın, 19 Erkek). Ülkemizin sağlıkla ilgili kuruluşlarında çalışan erkek hemşire sayısı sınırlıdır. Bunun sınırlı olmasının nedeninin ise, erkeklerin üniversitelerin hemşirelik bölümüne ancak yakın bir tarihten itibaren kaydolmaya başlamalarından dolayı ülkemizin sağlıkla ilgili kuruluşlarında çalışan erkek hemşire sayısının sınırlı olmasıdır. Benzer bir durumun araştırmanın yapıldığı üniversite hastanesi için de geçerli olduğunu düşünmekteyiz. Uzmanlık alanlarına göre değerlendirildiğinde, katılımcıların anketi yanıtlama yüzdesinin en düşük olduğu hastane onkoloji hastanesi, en yüksek olduğu hastane ise diğer hastane birimidir. Hemşirelerin anketi yanıtlama yüzdesindeki farklılığın sebebinin hemşirelerin farklı iş yoğunluğu ve temposundan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Üniversite hastanesinde çalışan hemşireler, uzmanlık alanı farklı olan 5 hastanede çalışmaktadırlar. Bu hastanelerde çalışan hemşirelerin sayısı hasta yoğunluğu, yatak kapasitesi vb. nedenlerle farklılık göstermektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları hastaneye göre dağılımları oldukça farklıdır. Çalışmaya katılanlar arasında erişkin hastanesinde çalışan hemşire sayısı toplam hemşirelerin yarısını (%53.7) oluşturmakta iken, dış hekimliğinde çalışan 5 (%1.2) hemşire bulunmaktadır. Dağılımdaki düzensizlik her ne kadar hastanenin gerçek sayıları ile paralel ise de, uzmanlık alanlarına göre hastaneler arası karşılaştırma yapılmasına engel olmuştur.

Ayrıca üniversite hastanesinde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerin çoğunluğu bölüm, poliklinik ya da servis hemşiresidir (%92.8, n=373). Eğitim, idari, başhemşire pozisyonlarında çalışan hemşire sayısı daha sınırlıdır. Hemşirelerin çalıştıkları birim ve pozisyona göre dağılımları homojen olmadığından, afet ve acil durumla ilgili karşılaştırmalarda ki kare anlamlılık testi uygulanamamıştır. Çalıştıkları hastaneye göre hemşirelerin yaş ve eğitim durumlarında önemli farklılıklar bulunmamaktadır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin bu hastanedeki çalışma süresine bakıldığında 0-24 ay arası çalışanlar %18.7'lik kısmı oluşturmaktadır. Neredeyse, çalışmaya katılan her beş hemşireden birisi yeni çalışmaya başlamıştır.

Çalışmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları hastaneye göre çalışma süreleri incelendiğinde diğer hastane birimi ve dış hekimliğinde 11 yıl ve üzeri çalışan hemşire yüzdelерinin

daha fazla olduğu görülmektedir. Genellikle 10 yıl çalışma süresinden sonra hastane yönetiminin hemşireleri sadece gündüz vardiyası olan birimlerde görevlendirmesinin bu dağılımın nedeni olabileceği düşünülmektedir.

Uzmanlık alanı 5 farklı hastanede çalışan hemşirelerin sayılarının farklı olmasından dolayı, hastane bazında çalışmaya katılım konusunda da homojen bir dağılım söz konusu değildir. Sayılardaki bu farklılıklar afet ve acil durum planları ile ilgili karşılaştırmalarda ki kare anlamlılık testi uygulanmasını engellemiştir.

Yapılan çalışmada ankete katılan hemşirelerin sadece %48.8'i (n=117) HAP'daki görevini bildiğini ifade etmiştir. Görevlerine ilişkin çoğunlukla hasta güvenliğini sağlamak, hasta transferini sağlamak ve koordinasyonu sağlamak şeklinde yanıtlar alınmıştır. Çakmak ve arkadaşlarının (2010) yaptığı bir çalışmada araştırmaya katılan hastane personelinin %51.2'si HAP'daki görevini bildiğini ifade etmiştir<sup>20</sup>. Bu bulgular bizim çalışmamızda elde ettiğimiz bulgularla paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %70.9'u (n=282) afet ya da acil durumla ilgili eğitim aldığını belirtmişlerdir. Alınan eğitimlerin çoğunluğu ilk yardım ve yangın güvenliği eğitimi olarak belirtilmiştir. Hemşirelerin %29.1'lik kısmı herhangi bir eğitim almadığını belirtmiştir. Eğitim almayanların büyük çoğunluğu meslekte 5 yılını doldurmamış ve 21-30 yaş aralığında olan hemşirelerdir. Buna bağlı olarak çalışma süresi ve yaş arttıkça eğitim alma düzeyleri de artmaktadır. Bu durum eğitimlerin bir sisteme göre verilmesinden ziyade zaman içerisinde bir şekilde hemşirelerin verilen eğitimlere katıldıkları, dolayısı ile yaş arttıkça bu kapsamdaki eğitimlere denk gelme şanslarının artması ile açıklanabilir. Bu çalışmadaki bulgularımızla Hammad'ın (2011) yaptığı ve 588 hemşireye ulaşılmaya çalışılan planlanırken, 194 hemşireye ulaşılabilen çalışmanın bulguları paralellik göstermektedir (Hammad, 2011). Söz konusu araştırmada çalışma kapsamındaki hemşirelerin %69.0'unun afet ve acil durum ile ilgili eğitim aldığı belirtilmiştir<sup>24</sup>.

Araştırmada katılımcıların %25.0'i (n=104) daha önce herhangi bir afet ya da acil durum yaşadığını belirtmişlerdir. Afet ya da acil durum yaşayan hemşirelerin çoğunluğu (%73.0) ise HAP'dan haberi olduğunu ifade etmiştir. Araştırma sonuçları, herhangi bir afet ve acil durum ile karşılaşan katılımcı hemşirelerin diğer katılımcı hemşirelere göre bu gibi durumlara karşı daha fazla farkındalıkları olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmaya katılanların %3.0'ü (n=15) herhangi bir afet ya da acil durumda görev aldığını belirtmişlerdir. Bunlardan çoğunluğu 1999 depreminde çalışmışlardır. Afette görevli olarak çalışanların önemli bir çoğunluğu (%66.6) ise en az bir afet yaşadığını ifade etmişlerdir. Bu durum afet yaşamının afette görevli olarak çalışma isteğini artırdığı veya afette görev aldıkları dönemde zaten afet yaşanan bölgede çalışıyor olabilecekleri ile açıklanabilir. Ancak elimizde bunu değerlendirecek bir veri mevcut değildir.

Araştırmaya katılanların %59.0'u (n=240) HAP'la ilgili dokümanı gördüğünü belirtmişlerdir. Görülme yerlerine ilişkin soruya daha çok Nucleus Medikal Bilgi Sistemi ve çalıştıkları bölge olarak yanıtlar verilmiştir. Fakat bölüm, poliklinik ya da servislerde basılı olarak HAP dokümanı

bulunmamaktadır. Hastanenin çeşitli yerlerinde asılı olan Hastane Acil Durum Haritasının, katılımcı hemşirelerin bir kısmınca HAP olarak algılandığı düşünülmektedir. Bu yanlış algının çalışmaya katılan hemşirelerin bir kısmının gördüklerini ifade ettikleri HAP'ın aslında araştırmanın yapıldığı üniversite hastanesinin çeşitli yerlerinde asılı olan Hastane Acil Durum Haritası olabileceğini düşündürmektedir. Bu durum hemşirelerin HAP konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığının göstergelerindendir. Ancak, bu haritalar üzerine yazılabilecek ve daha detaylı bilginin nereden alınabileceğine ilişkin bir uyarı notu da belki bazı çalışanları daha kapsamlı incelemeye sevk edebilir.

“HAP ile ilgili eğitim ya da bilgilendirme yapıldı mı?” sorusuna hemşirelerin %20.8'i (n=50) hayır ya da bilmiyorum yanıtını vermiştir. Bu durum, yapılan bilgilendirmelerin vardiya sistemiyle çalışan bütün hemşirelere ulaşabilmesi için yeterli sayıda ve şekilde tekrarlanmamış olmasından kaynaklanmış olabilir. Vatan ve arkadaşları (2010) İzmir'de 9 hastane ve 60 yönetici hemşire ile yaptığı çalışmada katılımcıların sadece %56.0'sı HAP ile ilgili bilgilendirmenin yapıldığını belirtmiştir<sup>18</sup>. Bilgilendirme açısından hastaneler arası fark olabileceği beklenebilecek bir durumdur.

Başhemşirelerin %58.6'sı, bölüm, poliklinik ya da servis hemşirelerinin ise %35.3'ü hastanenin afet ve acil durumlara hazır olduğunu düşünmektedir.

Araştırmaya katılanlardan “Çalıştığınız hastane için afet ve acil durum oluşturabilecek tehlikeler nelerdir?” sorusuna deprem, sel, toprak kayması, salgın, kimyasal sızıntı, yangın ve patlama seçeneklerinden bir veya fazlasının işaretlenerek yanıtlaması istenmiştir. Elde edilen sonuçlarda göze çarpan ise hemşirelerin olası bir afet ya da acil durum olarak bütün ihtimalleri değerlendirerek yanıt vermiş olduklarıdır. Katılımcılar değişik düzeylerde de olsa bütün sayılan olayların hastane için bir tehlike oluşturduklarını düşünmektedirler.

“HAP'ı sizce hangi personel grubu hazırlamalı?” sorusu için sunulan seçeneklerde doktorlar, hemşireler, tüm sağlık personeli seçeneği de bulunmasına rağmen hemşireler çoğunlukla bütün personel grupları yanıtını seçmişlerdir. Ayrıca ankete verilen yanıtlarda sadece hemşireler yanıtını da seçen kimse olmamıştır. Verilen bu yanıtlar hemşirelerin, sadece sağlık çalışanlarının ya da bir grubun bu planı hazırlamasını doğru bulmadıkları şeklinde yorumlanabilir. Araştırmaya katılanlardan “HAP'ın geliştirilmesi için en önemli öneriniz nedir?” sorusuna çoğunlukla eğitim ve tatbikat şeklinde yanıt vermişlerdir. Çağdaş öğrenme sistemi bize göstermektedir ki eğitim daha verimli olması için pratik ile desteklenmelidir. Elde edilen bulgulara göre katılımcı hemşireler de aynı yaklaşımla sadece teorik eğitimin yeterli olmadığını bunun tatbikatlarla güçlendirilmesi gerektiği görüşündedirler.

Oluşturulan çapraz tablodan elde edilen bulgulara göre hemşirelerin yaşları ile afet ya da acil durum ile ilgili eğitim alma durumları, HAP'dan ve tatbikatlardan haberdar olma ve çalıştıkları hastanenin afet ya da acil durumlara hazır olduğunu düşünme arasında ilişki olduğu görülmüştür. Yaş ilerledikçe eğitimlerden, duyurulardan ve tatbikatlardan haberdar olma yüzdeleri de artmaktadır.

Üniversite hastanesinde çalışma sürelerine bakıldığında, çalışma süresi arttıkça afet ya da acil durumla ilgili eğitim alma, HAP'daki görevini bilme, çalıştığı hastane afet ve acil durum tatbikatlarından haberi olma, çalıştığı hastanenin afet ve acil durumlara hazır olduğunu düşünme düzeyleri arasında doğru orantılı olarak artış söz konusudur. Bu durum, zaman içerisinde bir şekilde hemşirelerin eğitimlere, duyurulara ve tatbikatlara denk gelme olasılıklarının artmasıyla açıklanabilir.

Yaş ve çalışma süresinin, afet ya da acil durum ile ilgili eğitim alma, HAP'dan ve tatbikatlardan haberdar olma, HAP'daki görevini bilme, çalıştıkları hastanenin afet ya da acil durumlara hazır olduğunu düşünme düzeyleri arasında doğru bir orantı bulduğumuz çalışmamızda, hemşire olarak çalışma sürelerine baktığımızda, HAP'dan haberdar olma ve çalıştığı hastanenin afet ve acil durum tatbikatlarından haberdar olma düzeyleri sürekli bir artış gösterirken, afet ve acil durum ile ilgili eğitim alma, HAP'daki görevini bilme ve çalıştığı hastanenin afet ya da acil durumlara hazır olduğunu düşünme düzeyleri ise, 11 yıl ve üzeri çalışanlarda ise artış devam etmemektedir. Bazı çalışmalar kurumda çalışılan sürenin artmasıyla birlikte kuruma bağlılığın da artabileceğini savunmaktadırlar<sup>25</sup>. Çalışmamızda kurum içindeki çalışmalardan haberdar olma konusunda bir artış söz konusu olmakla birlikte 11 yıldan sonraki ivme kaybını, “Kamu Çalışanlarının Örgütsel Bağlılığı: Karşılaştırmalı Bir Çalışma” isimli araştırmanın açıklayabileceğini düşünmekteyiz. Bu çalışmada kurumsal bilgilerden haberdar olma konusunda en yüksek düzeylerin 6-10 yıl arasında çalışan hemşirelerde olduğu görülmüştür. Çalışma süresi 0-5 yıl olan hemşirelerin çalıştıkları kurumda karsız oldukları ve çalışma süresi 11 yıl ve üzeri olanlarının ise kendini kuruma bağlı hissetmedikleri sonucuna ulaşılmıştır<sup>26</sup>. Çalışma sonucunda bu durum, çalışma yıllarına göre kuruma hâkimiyet ve kurum içindeki çalışmalardan ve etkinliklerden haberdar olma düzeylerinin farklılaşabileceği ile açıklanmıştır.

Başhemşirelerin %58.6'sı, bölüm, poliklinik ya da servis hemşirelerinin ise %35.3'ü hastanenin afet ve acil durumlara hazır olduğunu düşünmektedir. Bu durum başhemşirelerin yönetici pozisyonlarından kaynaklı olarak, hastane ile ilgili planlar konusunda daha iyi bilgilendirildikleri şeklinde yorumlanabileceği gibi, pozisyonları gereği negatif bir düşünce belirtmek istemeyebileceklerinden de kaynaklanmış olabilecekları düşünülmektedir.

Üniversite hastanesinde çalışma süresi arttıkça afet ya da acil durumla ilgili eğitim alma, HAP'daki görevini bilme, tatbikatlardan haberdar olma gibi bazı değişkenlerin de yüzdesi artmaktadır. Bu ilişki, kurumda çalışılan sürenin artması ile kuruma hâkimiyetin artması ve kurum içindeki çalışmalardan ve etkinliklerden haberdar olma düzeyinin de artabileceği şeklinde açıklanabilir.

Yukarıda bahsedilmiş olan diğer karşılaştırmalarda da görüleceği gibi çalışma süresi arttığında hemşirelerin eğitimlere HAP'la ilgili bilgilendirmelere ve tatbikatlara maruz kalma olasılığı artmış, bunun sonucunda da çalıştıkları hastanenin afet ya da acil durumlara hazır olacağını düşünüyor olabilirler.

Hemşirelerin herhangi bir afet ya da acil durum yaşamaları ile böylesi olaylarda çalışma durumları, HAP'dan haberdar olmaları arasında bir ilişki gözlenmiştir. Herhangi bir afet ya da acil durum yaşayanlar, yaşamayanlara göre bu gibi durumlara daha ilgili olabilecekleri söylenebilir. Yine herhangi bir afet ya da acil durum yaşayan hemşireler, yaşamayan hemşirelere kıyasla daha çok afet ya da acil durumda görevli olarak çalışmıştır. Bu durumun çalıştıkları birim veya üniversite hastanesinden önce çalıştıkları bölge ile de ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Hastane Afet ve Acil Durum Planları'ndan haberi olmadığını ya da bilmediğini ifade edenlerin yarısından fazlası genç hemşirelerden oluşmaktadır. Bu sonuçlara göre afet ve acil durumla ilgili eğitim verme, HAP ile ilgili farkındalık oluşturma, tatbikatlara dâhil edilme ya da kurumu benimsemeleri için girişimlerde bulunma konularında meslekte yeni hemşirelere öncelik verilebilir. HAP ile ilgili eğitimler meslek içi ve kurum içi eğitimlere dâhil edilerek genç hemşirelerin bu eğitimleri alabilmeleri sağlanmalıdır. Bu eğitimlerin uygulanması ise mesleğin ve kurumda çalışmanın ilk yıllarında daha yoğun ve daha sıkı olmalıdır. Katılımcıların HAP olarak bildiklerini ifade ettikleri, fakat gerçekte bir acil durum haritası olan basılı dokümanların üzerine yazılabilecek ve daha detaylı bilginin nereden alınabileceğine ilişkin bir uyarı notu da belki bazı çalışanları daha kapsamlı incelemeye sevk edebilir.

Katılımcılardan, HAP'ın geliştirilmesine dair en önemli önerileri çoğunlukla eğitim ve tatbikat şeklinde olmuştur. Yapılan tatbikatlar iyi değerlendirilerek başta hemşireler olmak üzere tüm personele duyurulmalı ve aktif katılımları sağlanmalıdır. Ayrıca hemşirelerin HAP'a ne kadar hâkim olduklarının ve bu konudaki objektif bilgilerin daha detaylı araştırmalar ile değerlendirilmesi önerilmektedir.

**Etik Kurul Onayı:** Bir üniversite hastanesinin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Karar No: GO 16/54-06).

**Çıkar Çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Katılımcı Onamı:** Hemşirelerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

**Yazar katkıları:**

Araştırma dizaynı: Aİ, STY

Veri toplama: Aİ

Veri analizi: Aİ, STY

Makale yazımı: Aİ, STY

**Teşekkür**

Çalışmaya katılan tüm hemşirelere teşekkür ederiz.

**Ethics Committee Approval:** Permission was obtained from the Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee of a university hospital (Decision Number: GO 16/54-06).

**Conflict of Interest:** Not reported.

**Funding:** None.

**Exhibitor Consent:** Informed consent was obtained from nurses.

## Author contributions:

Study design: Aİ, STY

Data collection: Aİ

Data analyses: Aİ, STY

Drafting manuscript: Aİ, STY

**Acknowledgement:** We would like to thank all nurses who participated to the study.

## KAYNAKLAR

1. Ünal Y, Işık E, Şahin S, Tekel Yeşil S. Sağlık Afet çalışanlarının depremlere ilişkin bireysel hazırlık düzeylerinin değerlendirilmesi: Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri (UMKE) Derneği örneği. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2017;31(2):71-80.
2. Tekeli Yeşil S, Afetlerin Halk Sağlığına Etkileri ve Afet Epidemiyolojisi. Kuş G, Tekin, N, editörler. Afet Tıbbı ve Yönetim İlkeleri Anadolu Üniversitesi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları; 2017.
3. Tekeli Yeşil S. Sağlık Afet ve Acil Durum Planlarında Genel Yaklaşımlar ve Ülkemizde Kullanılan Planlar. Turk J Public Health 2017;15(3):233-44.
4. Tekeli Yeşil S. Public health and natural disasters: disaster preparedness and response in health systems. Journal of Public Health. 2006;14:317-24.
5. Tekeli Yeşil S., Yerel Düzey Sağlık Afet ve Acil Durum Planları. Pampal S. editör. Acil Durum ve Afet Yönetimi Planları İlkeleri Anadolu Üniversitesi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları; 2018.
6. İL-SAP, İl Sağlık Afet ve Acil Durum Planları Hazırlama Kılavuzu T.C Sağlık Bakanlığı Bakanlık Yayın No:890 ISBN:978-975-590-438-2, 2012.
7. HAP, Hastane Afet ve Acil Durum Planı Hazırlama Kılavuzu, T.C Sağlık Bakanlığı Yayın No:1020 ISBN:978-975-590-590-7, 2015.
8. Demirbaş H, Sezer A, Ergun A. Afet Yönetiminde Halk Sağlığı Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2013;21(2): 122-8.
9. Özpulat F, Kabasakal E. Knowledge Levels of Nursing Students on Disaster Nursing and Their State of Disaster Preparedness. International Journal of Medical Research & Health Sciences. 2018;(8):165-174.
10. Ahayalimudin N, Ismail A, Saibon MI. Disaster management: a study on knowledge, attitude and practice of emergency nurse and community health nurse. BMC Public Health. 2012;12(2):A3.
11. Baack S. Analysis of Texas Nurses' Preparedness and Perceived Competence in Managing Disasters [PhD thesis]. Texas: The University of Texas; 2011.
12. Chapman K, Arbon P. Are nurses ready? Disaster preparedness in the acute setting. Emergency Nursing Journal. 2008;11(3):135-44.
13. Hammad KS, Arbon P, Gebbie K, Hutton A. Nursing in the emergency department (ED) during a disaster: A review of the current literature. Australasian Emergency Nursing Journal. 2012;15(4):235-44.
14. Marin SM, Witt RR. Hospital nurses' competencies in disaster situations: a qualitative study in the south of Brazil. Hospital nurses' competencies in disaster

- situations: a qualitative study in the south of Brazil. *Prehospital and Disaster Medicine-Cambridge Journals*. 2015;30(6):1-5.
15. Fung WMO, Loke AY, Lai, CKY. Disaster preparedness among Hong Kong nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;62(6):698-703.
  16. Thobaity AA, Plummer V, Innes K, Copnell B. Perceptions of Knowledge of Disaster Management among Military and Civilian Nurses in Saudi Arabia. *Australasian Emergency Nursing Journal*. 2015;18(3):156-64.
  17. Elazeem HA, Adam S, Mohamed G. Awareness of Hospital Internal Disaster Management Plan among Health Team Members in an University Hospital. *Life Science Journal*. 2011;8(2):42-52.
  18. Vatan F, Salur D. Yönetici Hemşirelerin Hastanelerdeki Deprem Afet Planları Konusundaki Görüşlerinin İncelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2010;3(1):32-44.
  19. Yurdakul A, Piroğlu F, Okay N. Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Mevcut Afet Planı Çerçevesinde, Çalışanların Afete Hazırlığının Değerlendirilmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2013;1(2):75-85.
  20. Çakmak H, Aydın Er R, Can Öz Y, Aker AT. Kocaeli İli 112 Acil Yardım Birimlerinde Çalışan Personelin Marmara Depreminden Etkilenme ve Olası Afete Hazırlık Durumunun Saptanması. *Akademik Acil Tıp Dergisi*. 2010;2:83-88.
  21. Türk Tabipleri Birliği. Hekimlerin Çalıştıkları Yataklı Tedavi Kurumlarının Olağandışı Durumlara Yönelik Hazırlıklılığını Değerlendirmeleri Araştırması. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları; 2009.
  22. Demir T, Güney Akdeniz S, Karaca M. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Hastane Afet ve Acil Durum Planı. *Hacettepe Üniversitesi Yayınlanmamış İç Doküman*. 2014.
  23. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Politikası Araştırma ve Uygulama Merkezi [İnternet]. 2018 [Erişim Tarihi 3 Eylül 2019]. Erişim adresi: <http://www.husespam.hacettepe.edu.tr/>.
  24. Hammad KS, Arbon P, Gebbie KM. Emergency Nurses and Disaster Response: An Exploration of South Australian Emergency Nurses' Knowledge and Perceptions of Their Roles in Disaster Response. *Australasian Emergency Nursing Journal*. 2011;14(8):87-94.
  25. Duygulu S, Abaan S. Örgütsel Bağlılık: Çalışanların Kurumda Kalma ya da Kurumdan Ayrılma Kararının Bir Belirleyicisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2007;14(2):61-73.
  26. Sevinç İ, Şahin A. Kamu Çalışanlarının Örgütsel Bağlılığı: Karşılaştırılmalı Bir Çalışma. *Maliye Dergisi*. 2012;162:266-81.

## Araştırma makalesi

## Research article

# The Effect of the Motivational Interviewing on the Lifestyle, Body Mass Index, Blood Pressure, Self-Efficacy Perception and Medication Adherence of Hypertensive Individuals



Funda ÖZPULAT<sup>1</sup>, Oya Nuran EMİROĞLU<sup>2</sup>

## ABSTRACT

**Aim:** This study aims to analyze the effect of motivational interviewing on the lifestyle, blood pressure, body mass index, self-efficacy perception, and medication adherence of hypertensive individuals.

**Material and Methods:** This study was conducted with hypertensive individuals between the ages of 25 and 45 registered in seven Family Health Centers in Akşehir, Konya. Inclusion in the present study was voluntary, and 80 people who agreed to participate were randomized into two groups as experimental and control groups. However, the present study was completed with 75 participants. Both groups were administered the pre-test, then the experimental group was visited for a total of 5 times: four visits at three-week intervals and one visit after one month. In each visit, a 30 to 45 minute individual motivational interviewing was carried out. The study was completed by administering the last-test to both groups. The study was conducted between February 6 and June 24, 2014, and the data were analyzed using the SPSS 17.0 package.

**Results:** Statistically significant differences were found between the pre-test and last-test scores of the experimental group in terms of Blood Pressure, Body Mass Index, the Medication Adherence Self-Efficacy Scale, and the General Self-Efficacy Scale.

**Conclusion:** Motivational interviewing can be used in ensuring healthy nutrition and regulation of exercise level and blood pressure of hypertensive individuals, and in increasing their self-efficacy and treatment adherence.

**Keywords:** Hypertensive individuals, lifestyle, medication adherence, motivational interviewing, self-efficacy

## ÖZ

### Motivasyonel Görüşmenin Hipertansif Bireylerin Yaşam Tarzı, Vücut Kitle İndeksi, Kan Basıncı, Özyeterlilik Algısı ve İlaç Tedavisi Uyumuna Etkisi

**Amaç:** Bu çalışmada, motivasyonel görüşmenin yaşam tarzı, kan basıncı, beden kitle indeksi, öz yeterlilik algısı ve hipertansif bireylerin ilaç uyumu üzerindeki etkisi incelenmiştir.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışma, Konya Akşehir'de bulunan yedi Aile Sağlığı Merkezinde kayıtlı 25 ve 45 yaşları arasındaki hipertansif bireylerle yapılmıştır. Çalışmaya katılım isteğe bağlı tutulmuş ve katılmayı kabul eden 80 kişi randomize olarak deney ve kontrol gruplarına ayrılmıştır. Ancak çalışma 75 katılımıyla tamamlanmıştır. Her iki gruba ön test uygulanmış, sonra deney grubu üç haftalık aralıklarla dört ziyaret ve bir ay sonra bir ziyaret olarak toplam 5 kez ziyaret edilmiştir. Her ziyarette, 30 ila 45 dakikalık bireysel motivasyonel görüşme yapılmıştır. Çalışma, her iki gruba da son test uygulanarak tamamlanmıştır. Çalışma 6 Şubat - 24 Haziran 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş ve veriler SPSS 17.0 paketi kullanılarak analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Deney grubunun ön test puanları ile son test puanları arasında; Kan Basıncı, Beden Kitle İndeksi, İlaç Tedavisine Uyum Öz Yeterlilik Ölçeği ve Genel Öz Yeterlilik Ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

**Sonuç:** Motivasyonel görüşme, hipertansif bireylerin sağlıklı beslenmesinin sağlanmasında, egzersiz seviyesi ve kan basıncının düzenlenmesinde, öz yeterliliğin ve tedavi uyumunun artırılmasında kullanılabilir.

**Anahtar kelimeler:** Hipertansif bireyler, yaşam tarzı, ilaç uyumu, motivasyonel görüşme, öz yeterlilik

<sup>1</sup>PhD. Selcuk University Akşehir Kadir Yallagoz School of Health Department of Community Health Nursing Konya, Turkey E-mail:funda-ozpulat@hotmail.com, Tel: 0332 813 05 72, ORCID: 0000-0002-1789-6216

<sup>2</sup>Professor Hacettepe University Faculty of Nursing Department of Community Health Nursing Ankara, Turkey, E-mail: oyanuran@gmail.com, Tel: 0312 324 20 13, ORCID: 0000-0002-57225660

\* The study was presented as a verbal presentation at the "4th World Conference on Health Sciences (H-SCI 2017)" on April 28-30, 2017.

Geliş Tarihi:09 Temmuz 2019 , Kabul Tarihi: 11 Mayıs 2020

**Atıf/Citation:** Ozpulat F. Emiroglu O.N. The Effect of the Motivational Interviewing on the Lifestyle, Body Mass Index, Blood Pressure, Self-Efficacy Perception and Medication Adherence of Hypertensive Individuals. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(2):149-160. DOI: 10.31125/hunhemsire.763174

## INTRODUCTION

Hypertension is a significant health problem around the world due to its high prevalence and the fact that it increases the risk of cardiovascular disease and is a significant risk factor for coronary artery disease, stroke, chronic renal failure, congestive heart failure, and peripheral vascular diseases<sup>1</sup>.

Effective management of blood pressure significantly reduces the prevalence of heart failure, heart attack and stroke. A 5 mmHg reduction in systolic blood pressure in the population has been estimated to result in a 14% overall reduction in mortality due to stroke, 9% reduction in mortality due to coronary heart disease, and a 7% reduction in all cause mortality<sup>2</sup>. By applying antihypertensive treatment against hypertension, blood pressure can be contained, and strokes and deaths, resulting from increased blood pressure, can be reduced. However, despite all known advantages, the most challenging problem in the treatment of hypertension is the hypertensive individuals not complying with their treatments. Only a third of hypertensive patients establish and maintain blood pressure control. Medication adherence can be considered as an important behavioral contribution that eliminates inadequate blood pressure control and cardiovascular risks<sup>3,4</sup>. Medication adherence is a concept that means taking prescribed medications as prescribed and using them regularly. Compliance with prescribed medications leads to better health outcomes, fewer visits to emergency rooms, a decline in hospitalizations, mortality rates, and healthcare costs<sup>5</sup>.

Various methods are used to control diseases and ensure effective disease management. One of these methods is health education. Individual or group health education sessions aim to make a permanent and desirable behavioral change. Individual behavioral changes can be successfully planned and implemented, considering the readiness and phase of change of the individuals, via the transtheoretical model and motivational interviewing. The motivational interviewing (MI) technique is defined as a counselee-oriented directive counseling that aims to solve ambivalence in order for the individual to make a behavioral change<sup>6</sup>. The theoretical underpinnings of MI include cognitive dissonance theory, self-perception theory, and self-efficacy theory. These theories entail assessing an individual's attitudes, experiences for their influence on behavioral change. Several MI principles focus on compassion, support self-competence, and advance acceptance to the opposition and take lessons from the conflict of present actions and personal objectives<sup>7</sup>.

Nurses are healthcare personnel with duties and responsibilities in chronic disease management. Due to low patient morale, motivating them is also an important task that falls on nurses and motivational interviewing method can be used as a helpful tool for nurses, in their quest to boost patient morale<sup>7</sup>. They can use motivational interviewing effectively in increasing patients' self-efficacy, ensuring treatment adherence, regulating blood pressure, enabling disease management, and making changes in

patients' lifestyle. In a study conducted by Chlebowy *et al.* (2016), motivational interviewing method was found useful in the experimental group with Type 2 diabetes, the group was selected from the 62 individuals who were chosen randomly for the study, while the physical activity levels of these individuals had increased, their glucose levels and body mass index (BMI) had decreased compared to usual methods<sup>8</sup>. In a controlled study conducted by Masterson *et al.* (2016), motivational interviewing method was tried with patients over 90 days, which exceeded the period of usual care, who had chronic heart failures and a substantial and clinically important improvement was seen in patients who received the motivational interviewing<sup>9</sup>. Similarly, the motivational interviewing technique was used by nurses in other studies as an effective and successful method<sup>10,11,12</sup>. However, no studies were found on the effect of motivational interviewing on hypertensive individuals' lifestyle, self-efficacy perception and medication adherence together, either in Turkey or anywhere else, although the acquisition of a healthy lifestyle, a high self-efficacy level, and ensuring medication adherence is very important in hypertension.

This study was planned considering the deficiencies in the studies on this subject conducted in Turkey and in the rest of the world, using the home visit technique, which is known to be highly effective in public health nursing, to analyze the effect of motivational interviewing on hypertensive individuals'

### Research Questions

-Is the motivational interviewing method effective in increasing the scores of hypertensive Individuals' medication adherence?

-Is the motivational interviewing method effective in increasing hypertensive Individuals' General Self-Efficacy Scale scores?

-Is the motivational interviewing method effective in reducing of hypertensive Individuals' systolic and diastolic blood pressure?

-Is the motivational interviewing method effective in reducing of hypertensive Individuals' BMI measures?

-Is the motivational interviewing method effective in increasing the hypertensive Individuals' lifestyle?

## MATERIAL and METHODS

### Design and Sample

This experimental study aimed to analyze the effect of motivational interviewing on the individuals' lifestyle, blood pressure, BMI, self-efficacy perception and medication adherence. The study was conducted with hypertensive individuals between the ages of 25 and 45, registered in the Family Health Centers in Akşehir, Konya, Turkey. There are seven family health centers in Akşehir center. Within the scope of the study records of these seven family health centers were examined. While 350 individuals in the 25- 45 age range appear to use at least an antihypertensive, 150 individuals could not be included in the research for one of the following reasons: when their addresses were visited it was discovered that several individuals had

antihypertensives prescribed for their elders, the addresses provided were wrong, or the individuals have relocated from their addresses. An additional 90 individuals were excluded from the study as a result of either stating they used their medications regularly and correctly or refusing to participate in the study. The inclusion criteria were being literate, being between the ages of 25 and 45, being able to communicate, not diagnosed with cancer, living within the borders of Akşehir, and volunteering to participate in the study. Eighty individuals who met the inclusion criteria were randomized into two groups as experimental and control groups. However, the study was completed with 75 participants, (37 in the experimental group and 38 in the control group), since three participants from the experimental group and two from the control group left the study. The study was conducted between February 6 and June 24, 2014 (Figure 1).

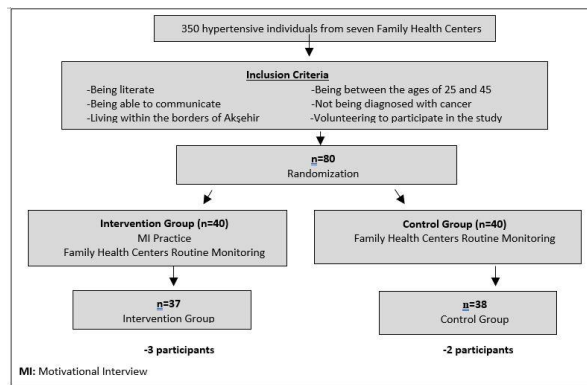


Figure 1. Flow Chart of the Study

### Data Collection

The data were collected using the Hypertensive Individuals Monitoring Form developed by authors, the General Self-Efficacy Scale, the Medication Adherence Self-Efficacy Scale (MASS), the Motivational Interviewing Phase of Change Assessment Form, and the Treatment Adherence Assessment Form. The first section of the Hypertensive Individuals Monitoring Form includes eight questions on the participants' gender, year of birth, marital status, education level, occupation, family type, regular monthly income status, and social security. The second section includes forms created to monitor the hypertensive individuals' nutrition and exercise, BMIs and blood pressure values. The Motivational Interviewing Phase of Change Assessment Form was prepared by the authors to identify which motivational interviewing phase of change the participant had reached. Another form prepared by the authors is the Treatment Adherence Assessment Form, which has two subscales to determine the level of medication adherence and the individuals' self-confidence in their medication. For these subscales, participants were asked to select a number between 0 and 10.

MASS was developed by Ogedegbe *et al.* in 2003 to assess the self-efficacy of individuals with high-risk hypertension receiving antihypertensive treatment in terms of their

medication adherence. This scale consists of 26 statements, and individuals' agreement with these statements shows their self-efficacy level. The total score of the scale is between 26 and 78. The Cronbach's alpha coefficient of the original scale was found to be 0.95. A higher score shows a better antihypertensive medication adherence<sup>13</sup>. The scale was adapted to the Turkish language by Gözüm and Hacıhasanoğlu in 2009 with 140 hypertensive patients. They found the Cronbach's alpha coefficient of the scale to be 0.93. The scale with 26 items tested by Gözüm and Hacıhasanoğlu (2009) for validity and reliability in Turkish was used in the present study<sup>14</sup>.

The original General Self-Efficacy Scale with 23 items was developed by Sherer *et al.* in 1982. The original scale was a 4-point scale, but then it was converted to a five-point Likert type scale<sup>15,16</sup>. The General Self-Efficacy Scale was adapted to Turkish by Gözüm and Aksayan in 1999 and its Cronbach's alpha internal consistency coefficient was found to be 0.81. Its test-retest reliability was found to be 0.92. The minimum and maximum scores of this 23-item scale are 23 and 115, respectively<sup>17</sup>. The Turkish version of the scale was finally tested by Yıldırım and İlhan (2010) for validity and reliability, and its Cronbach's alpha coefficient was found to be 0.80. This final scale has 17 items which are scored as "Not at all (1)" and "Very well (5)." The 2nd, 4th, 5th, 6th, 7th, 10th, 11th, 12th, 14th, 16th and 17th items are reversely scored. The total score of the scale ranges between 17 and 85. A high score shows a high self-efficacy belief<sup>18</sup>. The scale with 17 items tested by Yıldırım and İlhan (2010) for validity and reliability in Turkish was used in the present study.

### Intervention

The intervention was carried out by the first author, a specialist public health nurse who acquired motivational interviewing skills by attending the two-stage Motivational Interviewing Technique course between December 13, 2013 and January 17, 2014. During the intervention, 80 participants were visited at their homes between February 6 and 13, 2014, and administered the Hypertensive Individuals Monitoring Form, the General Self-Efficacy Scale, the Medication Adherence Self-Efficacy Scale, the Motivational Interviewing Phase of Change Assessment Form, and the Treatment Adherence Assessment Form. Each form was filled out in 15 to 30 minutes on average. In addition, blood pressure of all participants were measured, their height and weight were measured to calculate and record their BMI. Two visits were made to the control group, at the beginning and end of the study. The experimental group was also administered the Motivational Interviewing Phase of Change Assessment Form and the Treatment Adherence Assessment Form, and their blood pressure was measured in each visit. The guidebook, "**High Blood Pressure Management**", developed for hypertensive patients, and time-adjusted drug containers were also distributed to the experimental group with the necessary explanations. **In the first home visit:** the participants were asked to identify the importance of a normal-level tension, the complications that can occur due to hypertension and the importance of treatment, and to express the benefits and harms perceived about medication. They were also



asked to fill out the forms on the causes of medication non-adherence before the next interviewing to review their benefit-harm relationship regarding medication, and to consider these causes. In addition, they were asked to note what they would gain when they completely and correctly adhered to their medication. **In the second home visit:** the patients were asked to specify the causes of non-adherence to their medication in their homework from the first visit to ensure that they recognized their non-adherence. They were also asked to explain what they would gain if they completely and correctly adhered to medication as in the homework given in the first visit. The individuals were asked to keep a diary and record their hypertension disease, opinions on the medication applied and the blood pressure measurement results in this diary. The patients were informed about methods that would facilitate their adherence to medication and asked to evaluate these methods. **In the third home visit:** the diaries given as homework in the second visit were reviewed with the patients. The methods that facilitate adherence to medication were also reviewed with the patients, and they were asked to decide the most appropriate methods for them. The sources of support that may help the patients in adhering to their medication and how they could use them were determined, and the day they would start their medication was decided. **In the fourth home visit:** the blood pressure measurements were assessed with the patients, and the hypertensive individuals who started to adhere to medication were supported. The patients were asked to more effectively use the sources of social support that they had determined. They were also asked to reward themselves for using their medicines correctly and regularly, and to write what they thought they had gained due to correctly and regularly continuing their medication, along with their feelings. **In the fifth home visit:** the homework given in the previous visit and the continuation of adherence to medication were assessed with the patients. The reasons for inability to maintain adherence to their medication were discussed with the patients who could not maintain adherence, the points at which these patients were unsuccessful were determined, and the patients were motivated to try again to adhere to their medication. The whole experiment was assessed with the patients and the interviewing was ended. Final home visits were carried out between June 10 and 24, 2014 simultaneously with the experimental and control groups, and the 75 participants who completed the study were administered the Hypertensive Individuals Monitoring Form, the General Self-Efficacy Scale, the Medication Adherence Self-Efficacy Scale, the Motivational Interviewing Phase of Change Assessment Form, and the Treatment Adherence Assessment Form. Each form was filled out in 15 to 30 minutes on average. In addition, these 75 participants' height and weight were measured to calculate and record their BMI.

### Data Analysis

The independent variable of this study was the motivational interviewing, and the dependent variables were systolic and diastolic blood pressure, BMI, self-efficacy perception and medication adherence. The Wilcoxon Paired Samples Test

was used to compare the first and last assessment scores on the MASS and the General Self-Efficacy Scale and blood pressure measurements; and the Dependent Samples T Test was used to compare the first and last BMI measurements. In addition, experimental and control groups were compared using Mann Whitney U Test and Independent Sample t-Test.

### Ethical Consideration

The study was conducted after the written permissions were obtained from Akşehir District Public Health Directorate and Konya Provincial Directorate of Public Health, and from the Ethics Committee of Faculty of Medicine (08.11.2013-GO 13/551). In addition, two copies of written consent were obtained from each of the hypertensive individuals who agreed to participate in this study, and one of these copies was given to the participants.

### Limitations of the Study

The results were generalized to a limited number of hypertensive individuals and large samples could not be reached.

## RESULTS

### Facts Related to Socio-Demographic Features of Hypertensive Individuals

The ages of the hypertensive individuals who participated in the study changes between 25 and 45. The median age of the experimental group is 44, while 43.5 is the median age of the control group. 83.8% of the participants are women, while 75.7% are married. While 67.6% of the experimental group and 84.2% of the control group are primary school graduates, there are a total of 4 college graduate individuals. The majority of the families (**Experimental:** 86.5%, **Control:** 97.4%) have a nuclear family type (Table 1).

Table 1. The Socio-demographic Characteristics of the Participants (n=75)

	Experimental Group			Control Group		
	Min	Max	Me dian	Min	Max	Me dian
Age	30.0	45.0	44.0	25.0	45.0	43.5
Gender	Experimental Group		Control Group			
	n	%	n	%		
Female	31	83.8	34	89.5		
Male	6	16.2	4	10.5		
Marital Status						
Single	9	24.3	3	7.9		
Married	28	75.7	35	92.1		
Education Level						
Literate	5	13.5	1	2.6		
Primary School	25	67.6	32	84.2		
Secondary School	-	-	2	5.3		
High School	5	13.5	1	2.6		
University	2	5.4	2	5.3		

**Table 1. The Socio-demographic Characteristics of the Participants (n=75) (continued)**

<b>Occupation</b>				
Unemployed	32	86.5	33	86.8
Civil Servant	2	5.4	-	-
Self-Employment	3	8.1	3	7.9
Worker	-	-	2	5.3
<b>Family Type</b>				
Nuclear Family	32	86.5	37	97.4
Extended Family	5	13.5	1	2.6
<b>Regular Income</b>				
I have an income	23	62.2	23	60.5
I don't have an income	14	37.8	15	39.5
<b>Social Security</b>				
Yes	34	91.9	38	100
No	3	8.1	-	-
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

**Facts Related to the Features of Intervention Group and Control Group**

In Table 2, the comparison of the features of experimental and control groups before and after the intervention can be found. While no difference was monitored between the experimental and control groups in terms of General Self-Efficacy Scale scores at the beginning of the study, a statistically significant difference between the groups after the motivational interviewing was discovered (p=.000). Similarly, before the intervention, experimental and control groups showed similar features in terms of the MASS scores. Following the motivational interviewing being applied to the experimental group, there was a change of scores between the groups and as a result, a statistically significant difference was found between the experimental and control groups (p=.000).

**Table 2. The Comparison of the Features of Experimental Group and Control Group (n=75)**

	<b>Experimental Group</b>		<b>Control Group</b>		<b>Z</b>	<b>p*</b>
	<b>Min-Max</b>	<b>Median</b>	<b>Min-Max</b>	<b>Median</b>		
<b>General Self-Efficacy Scale</b>						
First Assessment	39.00-80.00	57.00	42.00-82.00	63.50	-1.728	.084
Last Assessment	47.00-85.00	75.00	45.00-78.00	64.50	-4.767	.000
<b>Medication Adherence Self-Efficacy Scale (MASS)</b>						
First Assessment	26.00-71.00	60.00	26.00-74.00	65.50	-2.593	.010
Last Assessment	59.00-77.00	72.00	26.00-75.00	65.00	-5.023	.000

**Table 2. The Comparison of the Features of Experimental Group and Control Group (n=75) (continued)**

	<b>Experimental Group</b>		<b>Control Group</b>		<b>Z</b>	<b>p*</b>
	<b>Min-Max</b>	<b>Median</b>	<b>Min-Max</b>	<b>Median</b>		
<b>Systolic Blood Pressure (SBP)</b>						
First Assessment	120.00-180.00	150.00	120.00-180.00	140.00	-1.265	.206
Last Assessment	110.00-160.00	130.00	110.00-180.00	140.00	-4.476	.000
<b>Diastolic Blood Pressure (DBP)</b>						
First Assessment	80.00-130.00	90.00	70.00-130.00	90.00	-1.161	.246
Last Assessment	70.00-110.00	80.00	70.00-110.00	90.00	-3.862	.000
<b>Body Mass Index (BMI)</b>	<b>̄x</b>	<b>Std. Error</b>	<b>̄x</b>	<b>Std. Error</b>	<b>t</b>	<b>p**</b>
First Assessment	33.23	.93	32.35	.89	718	.475
Last Assessment	33.08	1.00	33.00	.91	.060	.952

\*Mann-Whitney U Test was used

\*\* t test was used in the independent groups.

**Facts Related to the Impact of Motivational Interviewing On the Sense of Self-Efficacy and Medication Adherence On the Hypertensive Individuals**

The General Self-Efficacy Scale mean scores were found to rise from 57.00 to 75.00 in the experimental group, and from 63.50 to 64.50 in the control group, when their first and last scores were compared. A statistically significant difference was found between the first and last scores on the General Self-Efficacy Scale of the experimental group (p=.000). No statistically significant difference was found between the first and last scores of the control group on the same scale (p=.387) in Table 3.

The MASS mean scores were found to rise from 60.00 to 72.00 in the experimental group, and from 65.50 to 65.00 in the control group, when their first and last scores were compared (Table 3). In the present study, it was found that the MASS scores of the experimental group increased after the motivational interviewing (p=.000). On the other hand, no statistically significant difference was found in the first and last scores of the control group (p=.466) in Table 3.

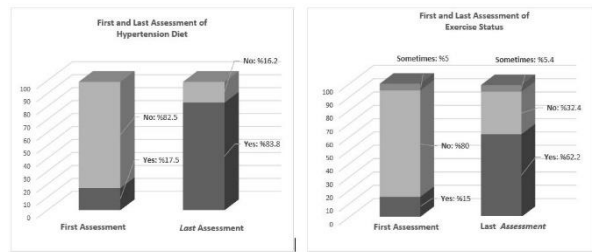
**Facts Related to the Impact of Motivational Interviewing On Lifestyle of the Hypertensive Individuals**

The characteristics of the diets and exercise regimes of the hypertensive individuals in the experimental group can be found in Figure 2.

**Table 3 Comparison of the First and Last Scores of the General Self-Efficacy Scale and the Medication Adherence Self-Efficacy Scale (n=75)**

General Self-Efficacy Scale	Experimental Group		Control Group	
	Min-Max	Median	Min-Max	Median
First Assessment	39.00-80.00	57.00	42.00-82.00	63.50
Last Assessment	47.00-85.00	75.00	45.00-78.00	64.50
Statistical test	Z	p*	Z	p*
	-5.069	.000	-.865	.387
<b>MASS</b>	<b>Min-Max</b>	<b>Median</b>	<b>Min-Max</b>	<b>Median</b>
First Assessment	26.00-71.00	60.00	26.00-74.00	65.50
Last Assessment	59.00-77.00	72.00	26.00-75.00	65.00
Statistical test	Z	p*	Z	p*
	-5.239	.000	-.730	.466

\*The Wilcoxon paired samples test was used.



**Figure 2. Diet and Exercising State of Hypertensive Individuals in the Experimental Group**

While, at the beginning of the study, 17.5% of the hypertensive individuals had diet plans for their hypertension, this rate increased to 83.8% following the intervention. Similarly, the rate of those who said that they exercised after the motivational interviewing increased from 15% to 62.2%, however, there was no significant difference in the rate of those who stated that they were sometimes exercising.

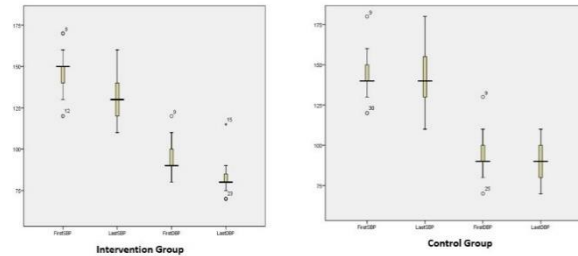
The low-salt nutrition rate rose from 16.2% to 86.5% in the experimental group, and from 11 participants in the control group (Table 4). Of the experimental and control groups, 25.3% and 24.8% frequently consumed white meat, respectively. In the experimental group, the rate of those frequently consumed white meat rose to 32.4%, the consumption rate of vegetables and fruits rose to 32.4%, and none of the participants were frequently consuming fatty foods such as fries (Table 4). In the experimental group, the rate of those going on a specific diet program for hypertension rose from 13.5% to 83.8%, and the rate of those not going on any diet fell from 86.5% to 16.2%. No significant change was observed in the control group (Table 4).

The rate of exercising rose from 16.2% to 62.2% in the experimental group (Table 4). The number of those walking at a slow pace rose from 7 to 20, and those exercising three, four, and five times a week rose from 3 to 11, 0 to 2, and 0 to 6, respectively (Table 4). Four participants were found to exercise every day. While the number of participants

exercising for 5, 15, 20, 45 and 60 minutes was 1 for each, the number of those exercising for 30 minutes increased to 9 participants, for 45 minutes increased to 7 participants, and for 60 minutes increased to 6 participants at the end of the study (Table 4).

**Facts Related to the Impact of Motivational Interviewing On Blood Pressure Readings of the Hypertensive Individuals**

While the mean systolic blood pressure value of the experimental group was found to reduce from 150.00 mmHg to 130.00 mmHg, the mean systolic blood pressure value of the control group was observed to remain at 140.00 mmHg. While the mean diastolic blood pressure value of the control group was observed to remain at 90.00 mmHg, the mean diastolic blood pressure value of the experimental group was found to reduce from 90.00 mmHg to 80.00 mmHg (Table 5 and Figure 3).



**Figure 3. Blood Pressure of Hypertensive Individuals**

In the present study, while no statistically significant difference was found between the blood pressure measurements of the control group after statistical comparisons (SBP: p= .823, DBP: p=.085), the systolic and diastolic blood pressures of the experimental group were found to have reduced and significant differences were found between the measurements (SBP: p= .000, DBP: p=.000) in Table 5.

**Facts Related to the Impact of Motivational Interviewing On the Body Mass Index of the Hypertensive Individuals**

The BMI of experimental and control groups can be found in Figure 4. In the present study, the mean of the experimental group BMI was 33.23 ± .93, and the mean of the control group BMI was 32.35 ± .89. According to the results of the last evaluation; the mean BMI of the hypertensives in the experimental group was 33.08 ± 1.00, and the mean BMI of the hypertensives in the control group was 33.00 ± .91. As a result of the statistical analyses, it was found there was a statistically significant difference between the first and last evaluation results of the experimental (p=.030) and control group (p=.000) BMI values.

**DISCUSSION**

**The Effect of Motivational Interviewing on Hypertensive Individuals' Self-Efficacy Perception**

This experimental study was conducted with hypertensive individuals between the ages of 25 and 45 and completed with 75 participants (37 in the experimental group and 38 in the control group) to analyze the effect of motivational

interviewing on hypertensive individuals' lifestyle, blood pressure, BMI, self-efficacy perception and medication adherence. A statistically significant difference was found between the first and last scores on the General Self-Efficacy Scale of the experimental group ( $p=.000$ ). No statistically significant difference was found between the first and last scores of the control group on the same scale ( $p=.387$ ). The self-efficacy level of the hypertensive individuals was observed to increase after the motivational interviewing. Similarly, the experimental study of Meybodia *et al.* (2011) conducted with 30 overweight and obese women, and found that the motivational interviewing technique was effective in increasing the self-efficacy of individuals<sup>19</sup>. In the 6th month of a study conducted by Chahal *et al.* (2017), by making a qualitative and quantitative evaluation of 32 adolescents and their families, it was discovered that the BMI, waist circumference, cholesterol, and triglyceride levels had decreased and it was reported that all these positive changes affected the level of self-efficacy<sup>20</sup>. In a study conducted by Kang and Gu (2015) with 42 elderly diabetes mellitus patients, it was stated that the experimental group significantly improved their self-efficacy and self-management levels compared to the control group and that motivational interviewing could be used as a nursing intervention for elderly patients with diabetes mellitus<sup>11</sup>.

A high level of self-efficacy is considerably impactful on increasing the tenacity, enthusiasm, and motivation of the individuals. Individuals with low levels of self-efficacy can overestimate issues and believe those issues are harder than they really are in real life. Motivational interviewing being an effective method in creating a permanent behavior change according to the stages of change, and in a short time, shows that it can be used successfully in increasing the level of self-efficacy. In the present study we conducted, similar to the three other studies we analyzed, motivational interviewing was discovered to be rather impactful on self-efficacy levels. By applying motivational interviewing to hypertensive individuals the increase of their self-efficacy levels could be ensured. Thus, all aspects of their lives, medication adherence, and prevention of complications that may arise, in particular, can be affected positively.

#### **The Effect of Motivational Interviewing on Hypertensive Individuals' Medication Adherence**

In the present study, it was found that the MASS scores of the experimental group increased after the motivational interviewing ( $p=.000$ ). On the other hand, no statistically significant difference was found in the first and last scores of the control group ( $p=.466$ ). Ma *et al.* (2014) conducted an experimental study with 120 hypertensive individuals and found that the motivational interviewing is as much effective in increasing medication and diet adherence as creating a statistical difference between the experimental and control groups<sup>21</sup>. Foster *et al.* (2013) observed in their experimental study on 220 hypertensive individuals that the treatment adherence of the experimental groups distinctly increased and their blood pressure significantly reduced<sup>22</sup>. In a study conducted by Barker *et al.* (2015) with 386

patients with stroke, the motivational interviewing was reported to be effective in increasing medication adherence at the 6th month<sup>23</sup>, and as a result of the study conducted by Lin *et al.* (2017) with 288 patients with coronary artery bypass surgery, it was concluded that motivational interviewing could be used effectively to achieve medication adherence within a multi-faceted intervention<sup>24</sup>. Similarly, some studies suggest motivational interviewing can be used as an effective method to ensure medication adherence in different age groups and different health problems<sup>25-28</sup>.

Ensuring medication adherence is very important for hypertensive individuals to maintain a healthy life and increase their quality of life. In all of the analyzed studies, including the conducted study, motivational interviewing was found to have positively contributed to medication adherence and regulation of blood pressure, as well as achieving positive results. Motivational interviewing being used as an effective method in creating behavior change in resistant patients and it frequently facing difficulties in maintaining medication adherence in hypertension demonstrate that motivational interviewing can also be used as an effective method in ensuring the medication adherence of hypertensive individuals in the future studies.

#### **The Effect of Motivational Interviewing on Hypertensive Individuals' Lifestyle**

The low-salt nutrition rate rose from 16.2% to 86.5% in the experimental group after the motivational interviewing. Of the experimental and control groups, 25.3% and 24.8% frequently consumed white meat, respectively. In the experimental group, the rate of those frequently consuming white meat rose to 32.4%, and those following a diet program specific to hypertension rose from 13.5% to 83.8% after the motivational interviewing. Similarly, in the study Mirkarimi *et al.* (2017) conducted with 100 overweight and obese women who applied to a nutrition clinic, the motivational interviewing was found to be effective in improving the features of their lifestyles in a positive way<sup>29</sup>. Within the scope of the study conducted by Döbler *et al.* (2018) with 249 Type 2 diabetes patients in a rehabilitation center, 12 months telephone follow-up support was provided to the experimental group, and the health status of the experimental group improved, the level of physical activity increased and the cardiovascular risk decreased<sup>30</sup>. In the semi-experimental study conducted by Sobhani *et al.* (2017) with 30 obese patients, by applying motivational interviewing, eating behaviors of the patients, their fluid intake, vitamin and mineral supplement intake, fruit, vegetable, whole grain, and protein intake had increased<sup>31</sup>. In the study conducted by Chahal *et al.* (2017) by making a qualitative and quantitative evaluation of 32 adolescents and their families, it was reported that the consumption of fruit and vegetables increased and the screen time decreased<sup>20</sup>, in a study conducted by do Valle Nascimento *et al.* (2017) with 57 diabetic patients whose HbA1cs > 7% in a 6 month period by applying regular monthly visits, it was observed that physical activity, fruit and vegetable consumption, and medication adherence had increased<sup>32</sup>.

Table 4. Nutrition and Exercise of Hypertensive Individuals (n=75)

	Experimental Group				Contol Group			
	First Assesment		Last Assesment		First Assesment		Last Assesment	
Habit of Using Salt	n	%	n	%	n	%	n	%
Normal	26	70.3	4	10.8	24	63.2	20	52.6
Very salty	5	13.5	1	2.7	3	7.9	4	10.5
Low salt	6	16.2	32	86.5	11	28.9	14	36.8
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>38</b>	<b>100</b>
<b>The Frequently Consumed Foods*</b>								
Red meat	12	10.8	3	2.7	8	7.1	8	7.0
White meat	28	25.3	36	32.4	28	24.8	27	23.7
Vegetable protein	15	13.5	34	30.6	20	17.7	22	19.3
Carbohydrate	17	15.3	2	1.9	21	18.6	20	17.5
Fat (Fries)	9	8.1	-	-	2	1.7	2	1.8
Vegetables and fruits	30	27.0	36	32.4	34	30.1	35	30.7
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>100.0</b>	<b>111</b>	<b>100.0</b>	<b>113</b>	<b>100.0</b>	<b>114</b>	<b>100.0</b>
<b>Exercise Type</b>								
Slow-pace walking	7	87.5	20	80.0	5	62.5	6	75.0
Fast-pace walking	1	12.5	5	20.0	2	25.0	1	12.5
Football	-	-	-	-	1	12.5	1	12.5
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100.0</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>	<b>8</b>	<b>100.0</b>	<b>8</b>	<b>100.0</b>
<b>The Frequency of Exercise</b>								
Once a week	1	12.5	1	4.0	2	25.0	4	50.0
Twice a week	-	-	1	4.0	-	-	-	-
Three times a week	3	37.5	11	44.0	1	12.5	-	-
Four times a week	-	-	2	8.0	1	12.5	1	12.5
Five times a week	-	-	6	24.0	-	-	-	-
Every day	4	50.0	4	16.0	4	50.0	3	37.5
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100.0</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>	<b>8</b>	<b>100.0</b>	<b>8</b>	<b>100.0</b>
<b>The Duration of Exercise</b>								
5 minutes	1	12.5	-	-	-	-	-	-
15 minutes	1	12.5	-	-	1	12.5	1	12.5
20 minutes	1	12.5	3	12.0	2	25.0	1	12.5
30 minutes	3	37.5	9	36.0	2	25.0	3	37.5
45 minutes	1	12.5	7	28.0	-	-	3	37.5
60 minutes	1	12.5	6	24.0	3	37.5	-	-
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100.0</b>	<b>25</b>	<b>100.0</b>	<b>8</b>	<b>100.0</b>	<b>8</b>	<b>100.0</b>

\*The participants were asked to specify their first three choice.

Table 5. Comparison of the Results of the First and Last Evaluation Results of Blood Pressure of Hypertensive Individuals (n=75)

	Blood Pressure	First Assessment		Last Assessment		Z	p*
		Min-Max	Median	Min-Max	Median		
Experimental Group	SBP	120.00-180.00	150.00	110.00-160.00	130.00	-5.066	.000
	DBP	80.00-130.00	90.00	70.00-110.00	80.00	-4.802	.000
Control Group		First Assessment		Last Assessment			
	Blood Pressure	Min-Max	Median	Min-Max	Median	Z	p*
	SBP	120.00-180.00	140.00	110.00-180.00	140.00	-.223	.823
	DBP	70.00-130.00	90.00	70.00-110.00	90.00	-1.723	.085

\*Wilcoxon Paired Simple Test was used.

Nowadays, pursuing a healthy and long life has become an important topic that gets more attention with each passing day. In order to achieve that, positive behaviors of healthy lifestyles should be implemented, and this change should be permanent. Motivational interviewing being an effective way of creating and maintaining healthy lifestyle behaviors and it possibly being used as a successful method for creating lifestyle changes in hypertensive individuals can be seen in the present study conducted as well as the other three studies analyzed. Considering the results of the present study, while creating lifestyle changes, the effective use of motivational interviewing can be increased, especially in hypertensive individuals.

#### **The Effect of Motivational Interviewing on Hypertensive Individuals' Body Mass Index**

In the present study a statistically significant relationship was found between the BMI values of the experimental ( $p=.030$ ) and control group ( $p=.000$ ). Similar to the study we conducted, in a study conducted by Chlebowski *et al.* (2015) with 62 African-Americans who had diabetes, the level of physical activity and BMI of the group that was applied the motivational interviewing method had seen a significant improvement<sup>33</sup>. While in the study conducted by Freira *et al.* (2018) that performed a school-based motivational interviewing on 83 overweight adolescents, the group that the motivational interviewing was applied saw a significant improvement in all anthropometric scores in the 6th month<sup>34</sup>, in the study conducted by Celano *et al.* (2018) with 12 participants who had type 2 diabetes, it was observed that the motivational interviewing had a moderate effect on the BMI<sup>35</sup>. Similarly, many studies are showing the positive effect of motivational interviewing on BMI<sup>36-38</sup>.

Obesity and a high BMI value can bring along several health problems, and it is known that one of the most important ones is hypertension. However, as a result of weight loss and weight maintenance being perceived as a tough period often, some attempts culminate in failure. All of the analyzed studies, including the one conducted, indicate motivational interviewing being used as an effective method in ensuring weight loss and weight maintenance. Because motivational interviewing is known to be effective while reducing and overcoming resistance, forming and maintaining a will to succeed in an individual, and achieving long term and permanent results, it can also be thought as a method that may be used while ensuring the weight control of hypertensive individuals and its use can be widened.

#### **The Effect of Motivational Interviewing on Hypertensive Individuals' Blood Pressure**

In the present study, while no statistically significant difference was found between the blood pressure measurements of the control group after statistical comparisons (**SBP**:  $p= .823$ , **DBP**:  $p=.085$ ), the systolic and diastolic blood pressures of the experimental group were found to have reduced and significant differences were found between the measurements (**SBP**:  $p= .000$ , **DBP**:  $p=.000$ ). Sjöling *et al.* (2011) applied a 15-month experimental to 31 patients with mild to moderate hypertension in their pilot studies. Statistically significant

improvements were observed in systolic and diastolic blood pressure at the end of this study<sup>39</sup>. In a study conducted by Mohamadian *et al.* (2019) with 120 hypertensive participants over the age of 60, a decreased in the blood pressures of the patients and an increase in their self-efficacy levels were observed<sup>40</sup>. In the study conducted by Mirkarimi *et al.* (2015) with 14 hypertensive individuals, on the other hand, the systolic blood pressures and diastolic blood pressures of the motivational group significantly decreased after 6 months, and it was concluded that motivational interviewing could be used as an effective method in medication adherence and to control the recovery and progress of blood pressure in patients with hypertension<sup>41</sup>.

Regulation of blood pressure can eliminate several health risks, including strokes, in hypertensive individuals. However, regulation of the blood pressure can be exhausting in hypertensive individuals. At this point, a method with proven success and efficiency becomes necessary. The discoveries attained at the end of the study conducted, in line with the literature information, show that motivational interviewing can be used as an effective intervention method in ensuring the BMI controls of the individuals. With the application of motivational interviewing, weight control of the hypertensive individuals can be ensured, and contributions to keeping blood pressure rate at normal levels can be made.

## **CONCLUSION and RECOMMENDATIONS**

In conclusion, motivational interviewing can be used in the acquisition of a healthy nutrition habit by hypertensive individuals, the increase in their exercise levels, regulation of blood pressure, and in increasing their self-efficacy level and treatment adherence. The patients' treatment adherence can be increased by carrying out a motivational interviewing while preparing discharge plans for them. Motivational interviewing can be used to monitor patients with chronic diseases in primary health services by training the nurses working in Family Health Centers on the motivational interviewing method, and then its results can be analyzed.

**Ethics Committee Approval:** Approval was obtained from Non-interventional Scientific Research Ethics Committee of Hacettepe University (08.11.2013-GO 13/551).

**Conflict of Interest:** Not reported.

**Funding:** This study was supported by Hacettepe University Scientific Research Projects Coordination Unit.

**Exhibitor Consent:** Informed consent was obtained from hypertensive individuals.

**Author contributions:**

Study design: FÖ, ONE

Data collection and analyses: FÖ, ONE

Drafting manuscript: FÖ, ONE

**Acknowledgments:** The authors express their appreciation to Professor Setenay Kevser Dişer Öner for statistical support and all the participants for in the study.

**Etik Kurul Onayı:** Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (08.11.2013-GO 13/551).

**Çıkar Çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Bu çalışma Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından desteklenmiştir.

**Katılımcı Onamı:** Hipertansif bireylerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

**Yazar katkıları:**

Çalışma tasarımı: FÖ, ONE

Veri toplama ve/veya analizi: FÖ, ONE

Makalenin hazırlanması: FÖ, ONE

**Teşekkür**

Yazarlar, istatistiksel desteği için Profesör Setenay Kevser Dinçer Öner'e ve çalışmadaki tüm katılımcılara teşekkürlerini sunar.

## REFERENCES

1. Singh S, Shankar R, Singh GP. Prevalence and associated risk factors of hypertension: a cross-sectional study in urban Varanasi. *Int J Hypertens*. 2017;2017:5491838.
2. Dinesh N, McLachlan CS, Mishra SR, Olsen MH, Perry HB, Karki A, et al. Effectiveness of a lifestyle intervention led by female community health volunteers versus usual care in blood pressure reduction (COBIN): an open-label, cluster-randomised trial. *Lancet Glob Health*. 2018;6:66–73.
3. Durand H, Hayes P, Morrissey EC, Newell J, Casey M, Murphy AW, et al. Medication adherence among patients with apparent treatment-resistant hypertension: systematic review and meta-analysis. *J Hypertens*. 2017;35(12):2346-57.
4. Silveira LCJ, Aliti GB, Da Silva EM, Pimentel RP, Gus M, Rabelo-Silva ER. Effect of motivational interviewing in hypertensive patients (MidNIGHT): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2019;20(1):414.
5. Piercefield EW, Howard ME, Robinson MH, Kirk CE, Ragan AP, Reese SD. Antihypertensive medication adherence and blood pressure control among central Alabama veterans. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2017;19(5):543-9.
6. Miller WR, Rollnick S. Motivasyonel interviewing. (Karadağ F, Ögel K, Özcan A.E. eds), HYB Printed Publications. Ankara;2009.
7. Carr DD. Motivational interviewing supports patient centered-care and communication. *JNY State Nurses Assoc*. 2016;45(1):39-43.
8. Chlebowy DO, El-Mallakh P, Myers J, Kubiak N, Cloud R, Wall MP. Motivational interviewing to improve diabetes outcomes in African Americans adults with diabetes. *West J Nurs Res*. 2015;37(5):566-80.
9. Masterson Creber R, Patey M, Lee CS, Kuan A, Jurgens C, Riegel B. Motivational interviewing to improve self-care for patients with chronic heart failure: MITI-HF randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. 2016;99(2):256-64.
10. Hosseini N, Mokhtari S, Momeni E, Vossoughi M, Berekatian M. Effect of motivational interviewing on quality of life in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2016;55:70-4.
11. Kang HY, Gu MO. Development and effects of a motivational interviewing self-management program for elderly patients with diabetes mellitus. *J Korean Acad Nurs*. 2015 Aug;45(4):533-43.
12. Borji M, Taghinejad H, Salimi AH. The effect of motivational interviewing on fatigue in patients with multiple sclerosis. *Arch Neurosci*. 2018;5(3):e63436.
13. Ogedegbe G, Mancuso CA, Allegante JP, Charlson ME. Development and evaluation of a medication adherence self-efficacy scale in hypertensive African-American patients. *J Clin Epidemiol*. 2003;56:520–9.
14. Gözüm S, Hacıhasanoğlu R. Reliability and validity of the Turkish adaptation of medication adherence self-efficacy scale in hypertensive patients. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2009;8:129–36.
15. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The self-efficacy scale: construction and validation. *Psychological Reports*. 1982;51:663–71.
16. Sherer M, Adams, CH. Construct validation of the self-efficacy scale. *Psychological Reports*. 1983;53:899–902.
17. Gözüm S, Aksayan S. The reliability and validity of Turkish form of the self-efficacy scale. *The Journal of Atatürk University School of Nursing*. 1999;2:21–34.
18. Yıldırım F, İlhan İÖ. The validity and reliability of the general self-efficacy scale Turkish form. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2010;21:301–08.
19. Meybodfa FA, Pourshefria H, Dastbaravardeb A, Rostamia R, Zoha S. The effectiveness of motivational interviewing on weight reduction and self-efficacy in Iranian overweight and obese women. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2011;30:1395–8.
20. Chahal N, Rush J, Manlhiot C, Boydell KM, Jelen A, McCrindle BW. Dyslipidemia management in overweight or obese adolescents: a mixed-methods clinical trial of motivational interviewing. *SAGE Open Med*. 2017;5:2050312117707152.
21. Ma C, Zhou Y, Zhou W, Huang C. Evaluation of the effect of motivational interviewing counselling on hypertension care. *Patient Educ Couns*. 2014;95:231–7.
22. Boutin-Foster C, Scott E, Rodriguez A, Ramos R, Kanna B, Michelen W, et al. The trial using motivational interviewing and positive affect and self-affirmation in African-Americans with hypertension (TRIUMPH): from theory to clinical trial implementation. *Contemp Clin Trials*. 2013;35:8–14.
23. Barker-Collo S, Krishnamurthi R, Witt E, Feigin V, Jones A, McPherson K, et al. Improving adherence to secondary stroke prevention strategies through motivational interviewing randomized controlled trial. *Stroke*. 2015;46:3451-8.
24. Lin CY, Yaseri M, Pakpour AH, Malm D, Broström A, Fridlund B, et al. Can a multifaceted intervention including motivational interviewing improve medication adherence, quality of life, and mortality rates in older



- patients undergoing coronary artery bypass surgery? a multicenter, randomized controlled trial with 18-month follow-up. *Drugs Aging*. 2017;34(2):143-56.
25. Dobber J, Latour C, de Haan L, Scholte Op Reimer W, Peters R, Barkhof E, et al. Medication adherence in patients with schizophrenia: a qualitative study of the patient process in motivational interviewing. *BMC Psychiatry*. 2018;18:135.
  26. Ghimire S, Castelino RL, Jose MD, Zaidi STR. Medication adherence perspectives in haemodialysis patients: a qualitative study. *BMC Nephrol*. 2017;18(1):167.
  27. Wagonera ST, Kavookjian J. The influence of motivational interviewing on patients with inflammatory bowel disease: a systematic review of the literature. *J Clin Med Res*. 2017;9(8):659-66.
  28. Eyler R, Shvets K, Blakely ML. Motivational interviewing to increase postdischarge antibiotic adherence in older adults with pneumonia. *Consult Pharm*. 2016;31(1):38-43.
  29. Mirkarimi K, Kabir MJ, Honarvar MR, Ozouni Davaji BR, Phil M, Eri M, et al. Effect of motivational interviewing on weight efficacy lifestyle among women with overweight and obesity: a randomized controlled trial. *Iran J Med Sci*. 2017;42(2):187-93.
  30. Döbler A, Herbeck Belnap B, Pollmann H, Farin E, Raspe H, Mittag O, et al. Telephone-delivered lifestyle support with action planning and motivational interviewing techniques to improve rehabilitation outcomes. *Rehabil Psychol*. 2018;63(2):170-81.
  31. Sobhani Z, Ahadi H, Khosravi S, Pourshrfi H, Seirafi M. The effectiveness of motivational interviewing on adherence in obese patients undergoing sleeve gastrectomy surgery. *Armaghane Danesh*. 2017;21(12):1218-35.
  32. do Valle Nascimento TM, Resnicow K, Nery M, Brentani A, Kaselitz E, Agrawal P, et al. A pilot study of a community health agent-led type 2 diabetes self-management program using motivational interviewing-based approaches in a public primary care center in São Paulo, Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):32.
  33. Chlebowy DO, El-Mallakh P, Myers J, Kubiak N, Cloud R, Wall MP. Motivational interviewing to improve diabetes outcomes in African Americans adults with diabetes. *West J Nurs Res*. 2015;37(5):566-80.
  34. Freira S, Lemos MS, Fonseca H, Williams G, Ribeiro M, Pena F, et al. Anthropometric outcomes of a motivational interviewing school-based randomized trial involving adolescents with overweight. *Eur J Pediatr*. 2018;177:1121–30.
  35. Celano CM, Gianangelo TA, Millstein RA, Chung WJ, Wexler DJ, Park ER, et al. A positive psychology–motivational interviewing intervention for patients with type 2 diabetes: proof-of-concept trial. *Int J Psychiatry Med*. 2018;54(2):97-114.
  36. Braun A, Portner J, Grainger EM, Hill EB, Young GS, Clinton SK, et al. Tele-motivational interviewing for cancer survivors: feasibility, preliminary efficacy, and lessons learned. *J Nutr Educ Behav*. 2018 Jan;50(1):19-32.
  37. Borrello M, Pietrabissa G, Ceccarini M, Manzoni GM, Castelnuovo G. Motivational interviewing in childhood obesity treatment. *Front Psychol*. 2015;12(6):1732.
  38. Ekong G, Kavookjian J. Motivational interviewing and outcomes in adults with type 2 diabetes: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2016;99(6):944-52.
  39. Sjöling M, Lundberg K, Englund E, Westman A, Jong MC. Effectiveness of motivational interviewing and physical activity on prescription on leisure exercise time in subjects suffering from mild to moderate hypertension. *BMC Res Notes*. 2011; 4: 352.
  40. Mohamadian H, Moradgholi A, Latifi SM, Bazarghani A. Effect of motivational interviewing on hypertension, self-care and quality of life of rural aged people: application of health belief model. *JECH*. 2019;6(2):95-101.
  41. Mirkarimi SK, Honarvar MR, Ariaie M, Bordi R, Kamran A. Effect of motivational interviewing on adherence to treatment in patients with hypertension. *Horizon Med Sci*. 2015;21(3):213-20.

## Araştırma makalesi

## Research article

# Ameliyat Sonrası Dönemde Solunum Egzersizi Günlüğü Kullanımının Düzenli Spirometre Kullanımına Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma



Seher ÜNVER<sup>1</sup>, Mesude YILMAZ<sup>2</sup>

## ÖZ

**Amaç:** Ameliyat sonrası dönemde solunum egzersizi günlüğü kullanımının, hastaların düzenli spirometre kullanımına etkisini belirlemektir.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma, randomize kontrollü olarak Mayıs 2017-Ekim 2018 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin genel cerrahi servisinde yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini, genel anestezi altında açık abdominal cerrahi geçiren 80 hasta oluşturmuştur (çalışma grubu=44, kontrol grubu=36). Verilerin toplanmasında "birey tanımlama formu" ve "solunum egzersizi günlüğü" kullanılmıştır. Her iki gruptaki hastalar araştırmacı tarafından ameliyat öncesi gün odalarında ziyaret edilmiş ve spirometre ile solunum egzersizi yapma konusunda bilgilendirilmiştir. Çalışma grubundaki hastalara yaptıkları egzersizleri üç gün boyunca solunum egzersizi günlüğüne, kontrol grubundaki hastalara ise boş bir kağıda not etmeleri istenmiştir. Verilerin analizinde; frekans, ortalama, standart sapma, Mann-Whitney U testi ve ki-kare testleri kullanılmıştır. Araştırmanın raporlandırılması "Çalışmaların Raporlanmasında Birleştirilmiş Standartlar" kılavuzuna göre yapılmıştır.

**Bulgular:** Egzersizin her üç gününde de solunum egzersizi günlüğü kullanan hastaların kullanmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düzenli spirometre kullandıkları saptanmıştır ( $p<0.001$ ).

**Sonuç:** Cerrahi kliniklerinde solunum egzersizlerinin takip edilebilmesini ve spirometrenin düzenli kullanımını sağlayarak etkinliğinin artırılmasını sağlamak amacıyla solunum egzersizi günlüklerinin oluşturulması ve spirometre kullanımı ile birlikte hastalara bu günlüklerin verilmesi önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Ameliyat sonrası dönem, egzersiz günlüğü, hemşirelik bakımı, solunum egzersizi, spirometre

## ABSTRACT

**The Effect of Using Respiratory Exercise Diary on Regular Spirometer Use in the Postoperative Period: A Randomized Controlled Study**

**Aim:** This study aimed to determine the effect of using respiratory exercise diary on regular spirometer use in the postoperative period.

**Material and Methods:** The study was carried out in a randomized controlled design between May 2017 and October 2018 in a general surgery unit of a university hospital. The study sample consisted of 80 patients who underwent open abdominal surgery under general anesthesia (study group=44, control group=36). Data were collected using "individual identification form" and "respiratory exercise diary". Patients in both groups were visited by the researcher in their room before surgery and informed about respiratory exercises with spirometer. The patients in the study group were asked to note their exercises on respiratory exercise diary for three days, and the patients in the control group on a blank sheet of paper. Frequency, mean, standard deviation, Mann-Whitney-U, and chi-square tests were used for data analysis. Research reporting was done according to "Consolidated Standards of Reporting Trials" guidelines.

**Results:** It was found that the patients who used respiratory exercise diary for three days used the spirometer statistically significantly more regular than the patients who did not ( $p<0.001$ ).

**Conclusion:** It is recommended to use respiratory exercise diaries together with spirometers in order to follow up respiratory exercises and to increase their effectiveness by providing regular use of the spirometer in the surgical clinics.

**Keywords:** Exercise diary, nursing care, postoperative period, respiratory exercise, spirometer

<sup>1</sup> Doç. Dr. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Edirne, Türkiye, E-mail: seher.unver@hotmail.com, Tel: +90 505 500 72 17, ORCID: 0000-0003-1320-1437

<sup>2</sup> Hemşire Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Genel Cerrahi Servisi, Edirne, Türkiye, E-mail: me\_sudeyilmaz@hotmail.com, Tel: +90 536 835 94 31, ORCID: 0000-0002-0807-8051

Geliş Tarihi: 31 Ekim 2019, Kabul Tarihi: 11 Mayıs 2020

\* Araştırma, 3-6 Ekim 2019 tarihleri arasında İzmir'de düzenlenen 3. Uluslararası 11. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi'nde sözel bildiri özeti olarak sunulmuştur

**Atıf/Citation:** Ünver S, Yılmaz M. Ameliyat Sonrası Dönemde Solunum Egzersizi Günlüğü Kullanımının Düzenli Spirometre Kullanımına Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(2): 161-166. DOI: 10.31125/hunhemsire.763179

## GİRİŞ

Cerrahi girişim gerçekleştirilecek hastalarda tedavinin başarısı, uygulanan cerrahi tekniğe bağlı olduğu kadar ameliyat öncesinde hastanın hazırlanması, bilgilendirilmesi ve ameliyat sonrası bakımla da yakından ilgilidir<sup>1-2</sup>. Ameliyat öncesi dönemde hastanın ameliyat ve sonrası dönem için iyi hazırlanması, ameliyat sonrası komplikasyonların önlenmesinde yardımcı olmaktadır<sup>3-5</sup>. Özellikle büyük cerrahi girişimlerin (toraks ve batin cerrahisi gibi) sonrasında solunum komplikasyonları %12.5-%54.5 arasında değişen oranlarda görülmekte olup, cerrahi insizyonun diyafragma yakın olması durumunda bu oranların arttığı bildirilmektedir<sup>6-9</sup>. Literatürde torasik ve abdominal cerrahide %42.4<sup>10</sup>, torasik cerrahide %6.2<sup>11</sup>, üst abdominal cerrahide %20<sup>12</sup> oranında solunum komplikasyonlarının görüldüğü bildirilmektedir.

Ameliyat sonrası dönemde görülen solunum komplikasyonları arasında sıklıkla atelektazi ve enfeksiyonlar (akut bronşit, pnömoni gibi) yer almaktadır<sup>13-15</sup>. Aydın ve arkadaşlarının<sup>16</sup> karaciğer nakli uygulanan hastalarda ameliyat sonrası solunum komplikasyonlarını inceledikleri çalışmada, hastaların %17'sinde atelektazi ve %14.4'ünde pnömoni geliştiği belirlenmiştir. Bu komplikasyonların önlenmesinde, ameliyat öncesi dönemde hastaya solunum egzersizlerinin öğretilmesi ve uygulanması, ameliyat sonrası dönemde ise devam edilmesi önem taşımaktadır<sup>17</sup>. Solunum egzersizlerinin etkin yapılması ile hava yolları genişlemekte, alveollerde gaz değişimi kolaylaşmakta, hücelere giden oksijen miktarı artmakta, solunum fonksiyonları normale daha hızlı dönmekte ve hipostatik pnömoni riski azalmaktadır<sup>18-20</sup>.

Solunum egzersizleri cihaz desteği alınarak ya da alınmadan yapılabilmekte olup, bu egzersiz uygulamaları arasında; derin solunum egzersizleri, öksürme egzersizleri, spirometre gibi solunum egzersiz cihazı kullanımı yer almaktadır. Özellikle spirometre kullanımı ile alveollerin daha rahat hava dolması, gaz değişiminin kolaylaşması, solunum fonksiyonlarının daha hızlı geri dönüş yapması ve anestezinin etkisiyle zayıflayan solunum kaslarının kuvvetlenmesi sağlanmaktadır<sup>21-24</sup>. Bu etkilerinin yanı sıra hastaların cihazı bağımsız bir şekilde kullanabilmeleri sayesinde tedaviye aktif katılımları kolaylaşmaktadır<sup>25,26</sup>.

Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin görev ve sorumluluklarının arasında, hastalara ameliyat öncesi dönemde solunum egzersizlerini öğretmek ve ameliyat sonrası dönemde uygulanmasını sağlamak yer almaktadır<sup>17,27,28</sup>. Karagözoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında, hemşirelerin hastalarına solunum egzersizlerini uygulama oranlarının düşük olduğu (%30) ve çalıştıkları birimlerde solunum egzersizleri ile ilgili herhangi bir standart uygulama rehberinin olmadığı görülmüştür<sup>29</sup>. Başka çalışmalarda hastalara ameliyat öncesinde solunum egzersizlerinin öğretilme oranının %17.5-%45.2 arasında olduğu belirlenmiştir<sup>30,31</sup>. Hastaların spirometre kullanımına ilişkin bilgi düzeylerinin incelendiği bir çalışmada, hastaların %85.5'inin spirometre kullanırken nasıl pozisyon alacağını, %71.4'ünün günde kaç kez kullanması gerektiğini bilmediği ve hastaların yaptıkları egzersizleri takip etmeleri amacıyla

bir çizelge kullanmadıkları tespit edilmiştir<sup>32</sup>. Literatürde, solunum egzersizlerinin uygulanması sürecinde egzersizlerin takip edilmesini sağlamak amacıyla solunum egzersizi günlüğü kullanan çalışmalara rastlanmamıştır. Bu bilgilerden yola çıkılarak bu araştırma, ameliyat sonrası dönemde solunum egzersizi günlüğü kullanımının, hastaların düzenli spirometre kullanımına etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

## GEREÇ ve YÖNTEM

### Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, ameliyat sonrası dönemde solunum egzersizi günlüğü kullanımının, hastaların düzenli spirometre kullanımına etkisinin belirlenmesidir.

### Araştırmanın Türü

Araştırma, randomize kontrollü deneysel tipte tasarlandı ve yürütüldü.

### Araştırmanın Hipotezi

**H0:** Ameliyat sonrası dönemde solunum egzersizi günlüğü kullanımının, hastaların düzenli spirometre kullanmalarına etkisi yoktur.

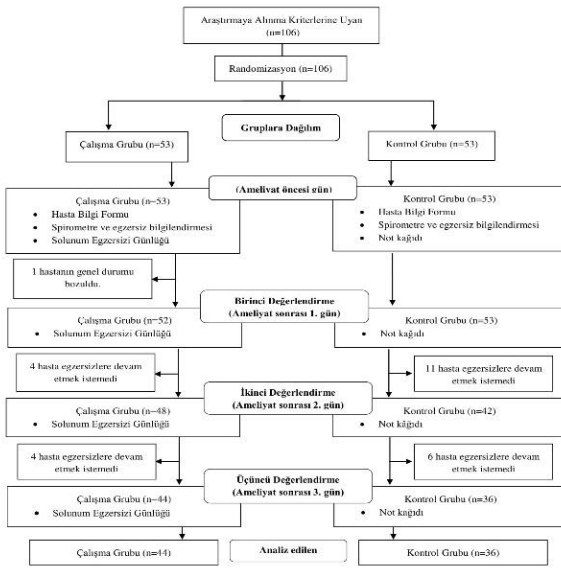
**H1:** Ameliyat sonrası dönemde solunum egzersizi günlüğü kullanımının, hastaların düzenli spirometre kullanmalarına etkisi vardır.

### Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, bir üniversite hastanesinin Genel Cerrahi Servisi'nde Mayıs 2017-Ekim 2018 ayları arasında yatan ve elektif abdominal cerrahi girişim geçiren hastalar oluşturdu. Araştırmanın örneklemini, belirtilen tarihler arasında araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve randomize kontrollü örneklem seçim yöntemi ile belirlenen 80 hasta (çalışma grubu=44 hasta; deney grubu=36 hasta) oluşturdu. Araştırmanın örneklem büyüklüğü, Yavuz ve arkadaşlarının<sup>30</sup> ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastaların solunum egzersizlerini uygulama durumlarını inceledikleri çalışmanın bulguları kullanılarak (ameliyat sonrası birinci günde spirometre kullanan hasta oranı %90) %95 güven düzeyinde, %5 tolerans öngörülerek yapılan power analizinde, her bir grup için n=53 hasta olarak hesaplandı. Buna göre; 53 hasta çalışma grubuna, 53 hasta kontrol grubuna olacak şekilde örneklem sayısı toplam 106 kişi olarak belirlendi. Çalışma grubunda bir hastanın genel durumunun bozulması ve sekiz hastanın egzersizlere devam etmek istememesi nedeniyle, kontrol grubunda ise 17 hastanın egzersizlere devam etmek istememesi nedeniyle araştırma, 80 hasta (çalışma grubu=44, kontrol grubu=36) ile tamamlandı.

Araştırmaya, 18 yaşın üzerinde olan, okuma-yazma bilen ve yazma-görme engeli olmayan, genel anestezi altında elektif açık abdominal cerrahi girişim geçiren (mide, özofagus, kolorektal, hepatobiliyer), ameliyat sonrası birinci gününde servise olan ve ameliyat sonrası en az üç gün boyunca servise yatan, kronik solunum hastalığı olmayan, bilinci açık, koopere, rahat iletişim kurulabilen hastalar dahil edildi. Araştırmaya alınma kriterlerine uyan hastaların gruplara dağılımı, basit rastgele randomizasyon yöntemiyle yapıldı. Buna göre, servise yatış sırasına göre hastaların protokol numaraları listeye yazıldı ve protokol numarası tek olanlar sözel bilgilendirme yapılan ve solunum egzersizi günlüğü

verilen çalışma grubuna, çift numaralı olanlar sadece sözel bilgilendirme yapılan kontrol grubuna dahil edildi. Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların birbirinden etkilenmesini engellemek için, hastaların protokol numaralarına göre ayrı odalara yatışlarının yapılması sağlandı. Araştırmanın raporlandırılması CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) randomize kontrollü çalışmalar kılavuzuna göre yapıldı ve araştırmanın CONSORT akış şeması Şekil 1'de verildi.



Şekil 1. CONSORT Akış Şeması

### Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Araştırma verilerinin toplanmasında, "birey tanılama formu" ve "solunum egzersizi günlüğü" kullanıldı.

Birey tanılama formunda, hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, kronik hastalık varlığı, daha önce ameliyat olma ve daha önce solunum egzersizine yönelik bilgi alma durumunu belirlemeye yönelik literatür doğrultusunda<sup>12,17,33</sup> hazırlanan altı soru yer aldı.

Solunum egzersizi günlüğü, hastaların spirometre kullanımı ile yaptıkları solunum egzersizlerinin zamanını, sayısını ve sıklığını kaydetmeleri amacıyla literatür doğrultusunda hazırlandı<sup>17,26,27</sup>. Toplamda dört sayfadan oluşan günlüğün ilk sayfasında; hasta adı soyadı, oda numarası, ameliyat sonrası egzersiz günlüğünü kullanmaya başladığı tarih, ikinci sayfasında; spirometrenin nasıl ve ne sıklıkla kullanması gerektiğini hatırlatmaya yarayan resimli bilgi notu, üçüncü ve dördüncü sayfalarında; hastaların ameliyat sonrası birinci, ikinci ve üçüncü günleri boyunca spirometre ile yaptıkları egzersizlerin sayısını ve sıklığını ilgili saatin karşısına yazacakları çizelge yer aldı. Günlüğün araştırmada kullanılmasından önce, anlaşılabilirliğinin ve kullanılabilirliğinin denemesi amacıyla araştırmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan üç hastada her gün ve toplamda

üç gün boyunca ön uygulama yapıldı. Ön uygulamada günlüğün anlaşılır ve kullanılabilir olduğu görüldü. Bu hastalar araştırmaya dahil edilmedi.

Araştırmada kullanılan spirometre; üç ayrı bölmeden ve ucunda ağızlık bulunan bir adet nefes çekme borusundan oluşmaktadır. Kullanım öncesinde nefes çekme borusu cihazın gövdesine monte edilmektedir. Spirometrenin bölmelerinin içerisinde renkli toplar yer almakta olup; bölmelerin hacimleri sırasıyla 600ml, 900ml ve 1200ml'dir. Yapılacak abdominal cerrahi girişime ve hastanın genel durumuna göre ameliyattan bir-üç gün önce hastaların servise yatışı yapılmaktadır. Hekim tarafından ameliyat sonrası dönemde spirometre ile solunum egzersizi yapması istenen hastalarda spirometre hasta yakınları tarafından medikal ürün satan bir firmadan ameliyattan önceki gün temin edilmektedir.

Her iki grupta yer alan hastalar, araştırmacı hemşire tarafından ameliyat öncesi gün odalarında ziyaret edilerek çalışmanın amacı hakkında bilgilendirildi ve birey tanılama formu yüz yüze görüşme yoluyla yaklaşık 10 dk'lık sürede dolduruldu. Hastalara spirometre kullanarak yapacakları solunum egzersizlerinin amacı, uygulanma zamanı, sıklığı açıklandı ve ameliyat sonrası birinci gün başlayarak üç gün boyunca uyanık kaldıkları süre içerisinde saat başı 10'ar defa nefesi içe çekme şeklinde bu egzersizleri uygulamaları istendi. Hastalar ile ilk egzersiz ve kayıt etme işlemleri araştırmacı hemşire rehberliğinde gerçekleştirildi. İşlemler, hastalar tarafından doğru yapıldığı kadar tekrar edildi. Ardından, çalışma grubundaki hastalara solunum egzersizi günlüğü, kontrol grubundaki hastalara boş bir kağıt verildi ve üç gün boyunca yapacakları egzersizleri kayıt etmeleri istendi.

Her iki gruptaki hastalar ameliyat sonrası birinci ve ikinci günün sabahında servisteki odalarında araştırmacı hemşire tarafından tekrar ziyaret edildi ve hastalara spirometre ile yapacakları egzersizler ile kayıt etme işlemleri hatırlatıldı. Ameliyat sonrası üçüncü gün sonunda araştırmacı hemşire tarafından yapılan son ziyarette hastaların yaptıkları solunum egzersizlerini kayıt ettikleri günlük ve kağıtlar teslim alındı.

Ameliyat sonrası birinci günden itibaren spirometre kullanarak her saat başı 10'ar defa nefesi içine çekme şeklinde solunum egzersizinin hastalar tarafından yapılmış olması, "düzenli egzersiz" olarak kabul edildi<sup>22,34</sup>.

### Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin kodlanması ve istatistiksel analizinde SPSS 21.0 (Statistical Package for the Social Sciences 21.0) paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı verilerin istatistiksel analizinde, ortalama, standart sapma, yüzde değerleri kullanıldı. Bağımsız nicel verilerin analizinde Mann-Whitney U testi ve bağımsız nitel verilerin analizinde ki-kare testi kullanıldı.

### Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yürütülebilmesi için ilgili Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (2017/130) ve kurumdan gereken izinler alındı. Araştırma ve yayın etiğine bağlı kalınarak araştırma verilerinin toplanmasından önce hastalara, araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayandığı, elde edilen

bilgilerin sadece bu çalışma için kullanılacağı, kişisel bilgilerinin gizli kalacağı, istedikleri zaman çalışmadan çıkabilecekleri açıklanarak hastaların sözel izinleri ve bilgilendirilmiş onam formunu doldurmaları sağlanarak yazılı izinleri alındı.

### Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada, her iki grup arasında farklılık oluşturmamasına rağmen, gruplarda spirometre kullanımına yönelik önceden bilgi alan hastaların olması, hepsinin almamış olması adına sınırlılık oluşturmaktadır. Araştırmanın sonuçları, bu araştırmadaki örneklem ile sınırlı olduğundan sadece bu gruba genellenebilir.

### BULGULAR

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamasının 61.3±13.8 yıl olduğu, %52.5'inin (n=42) kadın, %90'ının (n=72) ilk-ortaokul mezunu, %50'sinin (n=40) kronik hastalığının, %58.8'inin (n=47) ameliyat öyküsünün olduğu, %87.5'inin (n=70) önceden solunum egzersizine yönelik bilgi almadığı belirlendi. Araştırma gruplarında yer alan hastaların özelliklerinin benzer olduğu ve gruplar arasında yapılan istatistiksel karşılaştırmada anlamlı bir farkın olmadığı belirlendi (p>0.05) (Tablo 1).

Tablo 1. Hastalara Ait Özelliklerin Gruplar Arası Dağılımı (n=80)

	Çalışma Grubu (n=44)		Kontrol Grubu (n=36)		Toplam		p, Test
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	
Yaş	60.5	12.7	62.3	15.1	61.3	13.8	0.339 U= -0.955
	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet							
Kadın	25	56.8	17	47.2	42	52.5	0.529
Erkek	19	43.2	19	52.8	38	47.5	X <sup>2</sup> <sub>yates</sub> = 0.397
Eğitim Durumu							
İlk-Orta	38	86.4	34	94.4	72	90	0.284
Lise-Önlisans	6	13.6	2	5.6	8	10	
Kronik Hastalık							
Var	23	52.3	17	47.2	40	50	0.822 X <sup>2</sup> <sub>yates</sub> = 0.051
Yok	21	47.7	19	52.8	40	50	
Ameliyat Öyküsü							
Var	24	54.5	23	63.9	47	58.8	0.538 X <sup>2</sup> <sub>yates</sub> = 0.380
Yok	20	45.5	13	36.1	33	41.3	
Solunum egzersizine yönelik bilgilendirilme öyküsü							
Var	8	18.2	2	5.6	10	12.5	0.172
Yok	36	81.8	34	94.4	70	87.5	

\*SS= Standart Sapma, U= Mann Whitney U testi, x<sup>2</sup>= ki kare testi

Araştırmada, egzersizlerin birinci gününde çalışma grubu hastalarının %88.6'sının, kontrol grubunun %52.8'inin, egzersizlerin üçüncü gününde çalışma grubu hastalarının %81.8'inin, kontrol grubu hastalarının %41.7'sinin solunum egzersizlerini düzenli yaptıkları belirlendi. Egzersizlerin her üç gününde de solunum egzersizi günlüğü kullanan hastaların kullanmayan hastalara göre solunum egzersizlerini istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düzenli yaptıkları belirlendi (p<0.001) (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların Ameliyat Sonrası Günlere Göre Solunum Egzersizi Yapma Durumlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması (n=80)

Gün	Çalışma Grubu (n=44)		Kontrol Grubu (n=36)		İstatistik					
	Düzenli	Düzensiz	Düzenli	Düzensiz	p	Test				
1	39	88.6	5	11.4	19	52.8	17	47.2	0.001	11.034 <sup>a</sup>
2	36	81.8	8	18.2	16	44.4	20	55.6	0.001	12.157 <sup>b</sup>
3	36	81.8	8	18.2	15	41.7	21	58.3	0.001	13.813 <sup>b</sup>

\* a= Continuity (Yates) ki kare testi, b=Pearson ki kare

### TARTIŞMA

Ameliyat sonrası dönemde solunum ile ilgili komplikasyonların önlenmesinde solunum egzersizlerinin hastalar tarafından düzenli olarak uygulanması önemlidir<sup>12,20</sup>. Araştırmada, çalışma grubundaki hastaların %80'inden fazlasının ameliyat sonrası üç gün boyunca spirometreyi düzenli olarak kullandıkları belirlenmiştir. Bu oranın günlük kullanmayan hasta grubunda birinci günde %52.8 olduğu ve üçüncü günde %41.7'ye düştüğü görülmüştür. Literatürde, Eltoria ve arkadaşlarının<sup>35</sup> klinik hemşireleri ve solunum terapistleriyle yaptıkları araştırmada, katılımcıların %83.5'i hastaların spirometre kullanmayı unutmalarından ve %74.4'ü hastaların spirometreyi etkili kullanmadığından dolayı spirometre kullanımına yönelik uyumsuzluk yaşadıklarını belirtmiştir. Benzer şekilde Özen ve Seviğ'in<sup>36</sup> koroner arter bypas greft cerrahisi geçiren hastalarda yürüttükleri araştırmada, taburculuk eğitimi programı uygulanmayan hastaların %79.2'sinin taburculuk sonrası dönemde spirometre kullanmada sorun yaşadıkları ve düzensiz kullandıkları, eğitim verilen gruptaki hastaların ise %87.5'inin spirometreyi düzenli olarak kullandığı bildirilmiştir. Bir diğer çalışma sonucunda ise abdominal cerrahi geçiren hastalara spirometre kullanımı konusunda bilgilendirmenin yapılmış olmasına rağmen hastaların %26'sının spirometre kullanımında hatalarının olduğu belirlenmiştir<sup>37</sup>. Bu sonuçlar ameliyat sonrası dönemde hastaların spirometreyi doğru ve etkin kullanabilmeleri için bilgilendirilmenin gerekli olduğunu göstermektedir.

Araştırmada, spirometre ile solunum egzersizi uygulama konusunda bilgilendirilen ve solunum egzersizi günlüğü kullanan hastaların, kullanmayan hastalara göre spirometreyi daha düzenli kullandıkları belirlenmiştir. Hassanzadeh ve arkadaşlarının<sup>33</sup> yaptıkları çalışmada ameliyat öncesi ve sonrası ilk gün spirometre kullanımı konusunda bilgilendirilen ortopedi hastalarının, ameliyat sonrası birinci-üçüncü günler arasında sabah/akşam spirometre kullanımının düzenli olmadığı ve saat başı kullanma sayısının ortalama 4.1 olduğu bildirilmiştir. Buna göre hastaların hemşireler tarafından bilgilendirilmesine rağmen egzersizleri düzenli uygulamadıkları ve bilgilendirmenin spirometre kullanımının düzenli olmasını sağlamada yeterli olmadığı görülmüştür. Literatürde, ameliyat sonrası dönemde solunum fonksiyonlarının daha hızlı normale dönebilmesi için spirometrenin düzenli kullanımının önemli olduğu vurgulanmaktadır<sup>24</sup>. Ayrıca, günlük kullanımının hastaların egzersizlere uyum sağlamalarına olan etkisini inceleyen araştırmalar da mevcuttur. Wang ve arkadaşlarının<sup>38</sup> çalışmasında periferik yerleşimli santral kateteri olan hastalarda kol egzersizi

günlüğü kullanımının hastaların egzersizlere uyumunu araştırdıkları çalışmada, çalışma grubundaki hastaların uyumunun kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek olduğu ve venöz tromboz insidansının da anlamlı derecede düşük olduğu bildirilmiştir. Lahlam ve arkadaşlarının<sup>39</sup> evde solunum rehabilitasyonuna yönelik egzersiz uygulamalarında hastaların uyumunu arttırmak amaçlı günlük kullanımın etkisini araştırdıkları çalışmada, günlük kullanımının hastaların evdeki egzersiz programına uyumlarının sağlanmasında etkili olduğu belirlenmiştir. Sonuçlar, günlük kullanımının hastaların egzersiz programlarına uyumunu arttırmada ve düzenli yapmalarına katkı sağlamada gerekli olduğunu göstermektedir. Bu sonuç doğrultusunda araştırmanın H1 hipotezi olan “Ameliyat sonrası dönemde solunum egzersizi günlük kullanımının, hastaların düzenli spirometre kullanmalarına etkisi vardır.” hipotezi doğrulanmıştır. Buna göre, hastaların ameliyat sonrası dönemde spirometre kullanımının düzenli olup olmadığının değerlendirilmesinde günlük kullanımının etkili olduğu görülmektedir.

### SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmadan solunum egzersizi günlük kullanımının düzenli spirometre kullanımına ve spirometre kullanılarak yapılan solunum egzersizlerinde devamlılığın sağlanmasına katkısının olduğu belirlendi. Cerrahi kliniklerinde solunum egzersizlerin takip edilebilmesini ve spirometrenin düzenli kullanımını sağlayarak etkinliğinin artırılmasını sağlamak amacıyla solunum egzersizi günlüklerinin oluşturulması ve spirometre kullanımı ile birlikte hastalara bu günlüklerin verilmesi önerilir.

**Etik Kurul Onayı:** Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Karar No: 08/15, Karar Tarihi: 26.04.2017).

**Çıkar Çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Katılımcı Onamı:** Hastalardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

**Yazar katkıları:**

Araştırma dizaynı: SÜ, MY

Veri Toplama: MY

Veri Analizi: SÜ, MY

Makale Yazımı: SÜ, MY

**Teşekkür**

Çalışmaya katılan tüm hastalara teşekkür ederiz.

**Ethics Committee Approval:** Approval was obtained from Scientific Research Ethics Committee of Trakya University Faculty of Medicine (Decision Number: 08/15, Decision Date: 26.04.2017).

**Conflict of Interest:** Not reported.

**Funding:** None.

**Exhibitor Consent:** Informed consent was obtained from patients.

**Author contributions:**

Study design: SÜ, MY

Data collection and analyses: MY

Drafting manuscript: SÜ, MY

**Acknowledgement:** We would like to thank all patients who participated to the study.

### KAYNAKLAR

1. Yılmaz E. Cerrahi süreç: ameliyat öncesi hazırlık ve bakım. Aslan FE, editör. Cerrahi bakım vaka analizleri ile birlikte. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2016.
2. Pereira L, Figueiredo-Braga M, Carvalho I P. Preoperative anxiety in ambulatory surgery: The impact of an empathic patient-centered approach on psychological and clinical outcomes. Patient Educ Couns. 2016;99(5):733-8.
3. Aksoy G. Ameliyat öncesi hemşirelik bakımı. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N, editörler. Cerrahi hemşireliği-1, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2012.
4. Kalogianni A, Almpani P, Vastardis L, Baltopoulos G, Charitos C, Brokalaki H. Can nurse-led preoperative education reduce anxiety and postoperative complications of patients undergoing cardiac surgery?. Eur J Cardiovasc Nurs. 2016;15(6):447-58.
5. Zhang CY, Jiang Y, Yin QY. Impact of nurse-initiated preoperative education on postoperative anxiety symptoms and complications after coronary artery bypass grafting. J Cardiovasc Nurs. 2012;27(1):84-8.
6. Saraçoğlu A, Yavru A, Küçüköncü S, Tüzüner F, Karadeniz M, Başaran B, Şentürk NM. Postoperatif pulmoner komplikasyonların gelişiminde rol alan prediktif faktörler. Turk J Anaesth Reanim. 2014;42(6):313-9.
7. Dal Ü, Bulut H, Demir SG. Cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar. Bakırköy Tıp Derg. 2012;8(1):34-40.
8. Kumar L, Satheesan KN, Rajan S, Vasu BK, Paul J. Predictors and outcomes of postoperative pulmonary complications following abdominal surgery in a South Indian population. Anesth Essays Res. 2018;12(1):199-205.
9. Daly D. Pulmonary risk assessment. Symons J, Myles P, Mehra R, Ball C, editors. Perioperative Medicine for the Junior Clinician. United Kingdom: Wiley & Sons Ltd; 2015.
10. Tadyanemhandu C, Mukombachoto R, Nhunzvi C, Kaseke F, Chikwasha V, Chengetanai S, et al. The prevalence of pulmonary complications after thoracic and abdominal surgery and associated risk factors in patients admitted at a government hospital in Harare, Zimbabwe-a retrospective study. Perioper Med. 2017;6(1):6-11.
11. Naveed A, Azam H, Murtaza HG, Ahmad RA, Baig MAR. Incidence and risk factors of pulmonary complications after cardiopulmonary bypass. Pak J Med Sci. 2017;33(4):993-6.
12. Boden I, Skinner EH, Browning L, Reeve J, Anderson L, Hill C, et al. Preoperative physiotherapy for the prevention of respiratory complications after upper abdominal surgery: pragmatic, double blinded,

- multicentre randomised controlled trial. *BMJ*. 2018;360:j5916.
13. Cao C, Zhang L. Nursing care of lower respiratory tract infection after abdominal surgery. *Cell Biochem Biophys*. 2015;72(2):495-6.
  14. Narayanan ALT, Hamid SRGS, Supriyanto E. Evidence regarding patient compliance with incentive spirometry interventions after cardiac, thoracic and abdominal surgeries: A systematic literature review. *Can J Respir Ther*. 2016;52(1):17-26.
  15. Çakmak ME, Dal HC, Ademoğlu D, Yamanyar S, Tezcan B, Kazancı D, et al. Özofajektomi sonrası pulmoner komplikasyon gelişen olgular ve tedavi yaklaşımları. *ACU Sağlık Bil Derg*. 2019;10(2):333-8.
  16. Aydın C, Otan E, Akbulut S, Karakas S, Kayaalp C, Karagul S, et al. Postoperative pulmonary complications after liver transplantation: assessment of risk factors for mortality. *Transplant Proc*. 2015;47(5):1488-94.
  17. Armstrong CO. Post-op incentive spirometry: why, when, & how. *Nursing*. 2017;47(6):54-7.
  18. Denehy L. Physiotherapy and thoracic surgery: thinking beyond usual practice. *Physiother Res Int*. 2008;13(2):69-74.
  19. Türk Toraks Derneği. Preoperatif ve postoperatif risk azaltma stratejileri. Preoperatif Değerlendirme Uzlaşma Raporu. İstanbul: ADA Ofset Matbaacılık Tic. Ltd. Şti; 2014.
  20. Kumar AS, Alaparth GK, Augustine AJ, Pazhyaottayil ZC, Ramakrishna A, Krishnakumar SK. Comparison of flow and volume incentive spirometry on pulmonary function and exercise tolerance in open abdominal surgery: a randomized clinical trial. *J Clin Diagn Res*. 2016;10(1):KC01-6.
  21. Batra A, Kalyani V. A study to assess the practice of incentive spirometer among post-operative patients at a tertiary level care hospital. *Ind J Nur Sci*. 2018;3(4):37-41.
  22. Restrepo RD, Wettstein R, Wittnebel L, Tracy M. Incentive spirometry: 2011. *Respir Care*. 2011;56(10):1600-4.
  23. Rupp M, Miley H, Babin KR. Incentive spirometry in postoperative abdominal/thoracic surgery patients. *AACN Adv Crit Care*. 2013;24(3):255-63.
  24. Nandi B, Mishra S, Yeole U, Gawali P, Adkitte R. Effectiveness of incentive spirometry in improving peak expiratory flow rate in post abdominal surgery: an experimental study. *J Med Thesis*. 2015;3(1):15-8.
  25. Brown SD, Walters MR. Patients with rib fractures use of incentive spirometry volumes to guide care. *J Trauma Nurs*. 2012;19(2):89-91.
  26. Agostini P, Calvert R, Subramanian H, Naidu B. Is incentive spirometry effective following thoracic surgery? *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2008;7(2):297-300.
  27. Agostini P, Singh S. Incentive spirometry following thoracic surgery: what should we be doing? *Physiotherapy*. 2009;95(2):76-82.
  28. Davis SP. Incentive spirometry after abdominal surgery. *Nurs Times*. 2012;108(26):22-3.
  29. Karagözoğlu Ş, Dönmez AA, Özden D, Tel H. Hemşirelerin göğüs fizyoterapisine yönelik ilgi ve uygulamaları. *İzmir Göğüs Hast Derg*. 2013;27(2):95-104.
  30. Yavuz M, Köze BŞ, Alkan D, Özkan DM. Hastaların ameliyat öncesi ve sonrasında solunum egzersizlerini uygulama durumları. *EÜ Hem Fak Derg*. 2015;31(2):1-7.
  31. Ünver S, Kıvanç G, Alptekin HM. Deep breathing exercise education receiving and performing status of patients undergoing abdominal surgery. *Int J Health Sci (Qassim)*. 2018;12(4):35-8.
  32. Alptekin HM, Ünver S. Cerrahi servisinde yatan hastaların spirometre kullanımına ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Van Giserbergen MY, Ögçe F, Umar DÇ, Dönmez YC, editörler. 9. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi; 14 Kasım 2015; Muğla. İzmir: Meta Basım Matbaacılık; 2015. s.190-6.*
  33. Hassanzadeh H, Jain A, Tan EW, Stein BE, Hoy MLV, Stewart NN, et al. Postoperative incentive spirometry use. *Orthopedics*. 2012;35(6):e927-31.
  34. Hall JC, Tarala RA, Tapper J, Hall JL. Prevention of respiratory complications after abdominal surgery: A randomised clinical trial. *BMJ*. 1996;312(7024):148-52.
  35. Eltoria AEM, Baird GL, Eltoria AS, Pangborn J, Antoci VJ, Cullen HA et al. Incentive spirometry adherence: a national survey of provider perspectives. *Respir Care*. 2018;63(5):532-7.
  36. Özen B, Seviğ EÜ. The impact of planned hospital discharge program on complications and hospital readmissions in patients undergoing coronary artery bypass grafting. *Türk Göğüs Kalp Dama*. 2017;25(3):353-62.
  37. Nair AS, Naik V, Saifuddin M.S, Anne P, Kumar KP, Rayani BK. An observational study for knowing the compliance of patients scheduled for major abdominal and thoracic cancer surgeries in a single specialty center. *Anesth Essays Res*. 2018;12(2):552-4.
  38. Wang C, Mou D, Zhang Y, Fangmei LI, Chen B, Chen L. Effect of exercise diary on arm exercise compliance of PICC patients. *Modern Clin Nurs*. 2018;17(4):48-52.
  39. Lahham A, McDonald CF, Mahal A, Lee AL, Hill CJ, Burge AT, et al. Acceptability and validity of a home exercise diary used in home-based pulmonary rehabilitation: A secondary analysis of a randomised controlled trial. *Clin Respir J*. 2018;12(6):2057-64.

## Araştırma makalesi

## Research article

# Pediatri Hemşirelerinin Duygu Gereksinimleri ile Maneviyat ve Manevi Bakım Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi



Hilal KURT SEZER<sup>1</sup>, Emine GEÇKİL<sup>2</sup>

## ÖZ

**Amaç:** Çalışmada pediatri hemşirelerinin duygu gereksinimleri ile maneviyat ve manevi bakım hakkındaki görüşlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırmanın örneklemini Konya il merkezinde çalışan 280 pediatri hemşiresinden oluşmuştur. Veriler Sosyodemografik Bilgi Formu, Duygu Gereksinimi Ölçeği, Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği ile toplanmıştır. Veriler ortalama, standart sapma, yüzdeler, çoklu regresyon, pearson korelasyon ile analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Hemşirelerin %80'i kadın, %58,2'si evli ve %61,7'si lisans mezunudur. Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği madde puan ortalaması 3,69±0,67 ve Duygu Gereksinimi Ölçeği toplam puan ortalaması 16,16±19,15'dir. Duygu Gereksinimi Ölçeği toplam puan ortalaması incelendiğinde duygusal olaylara olumlu yaklaştığını ifade eden ( $p<0,001$ ), çocuk ve ailelerin manevi bakım gereksinimleri olduğunu düşünen ( $p<0,05$ ), deneyimi 5 yıldan fazla olan ( $p<0,05$ ), kadın olan ( $p<0,05$ ) ve lisansüstü eğitim yapmış olan ( $p<0,05$ ) hemşirelerin puanları diğerlerinden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin iki ölçek puanları arasında pozitif yönde orta kuvvette anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

**Sonuç:** Özellikle bekar ve erkek, çocuğu olmayan, mesleğe yeni başlayan hemşireler başta olmak üzere tüm pediatri hemşirelerine çocuk ve ailelerinin manevi ve duygusal gereksinimlerini karşılayacak bilgi ve beceri kazandırılması önerilebilir.

**Anahtar kelimeler:** Duygular, hemşireler, pediatri, maneviyat

## ABSTRACT

### Investigation of Pediatric Nurses' Emotional Needs and Their Views on Spirituality and Spiritual Care

**Aim:** The aim of the study was to investigate pediatric nurses' emotional needs and their views on spirituality and spiritual care.

**Material and Methods:** The study sample consisted of 280 pediatric nurses working in Konya Province. Data were collected by Sociodemographic Information Form, Need For Affect Scale, and Spirituality and Spiritual Care Rating Scale. Data were analyzed with mean, standard deviation, percentile, multiple regression, and Pearson correlation.

**Results:** Of the nurses, 80% was female, 58.2% was married, 61.7% had Bachelor's degree. Spirituality and Spiritual Care Rating Scale score average was 3.69±0.67 and Need For Affect Scale score average was 16.16±19.15. Considering Need For Affect Scale score averages, scores of nurses who have a positive approach towards emotional events ( $p<0.05$ ), who consider children and families need spiritual care ( $p<0.05$ ), who have >5 years of working experience ( $p<0.05$ ), who are female ( $p<0.05$ ) and who had a postgraduate degree ( $p<0.05$ ) were significantly higher. There was a positive and moderately significant relationship between the nurses' scale scores. ( $p<0.05$ ).

**Conclusion:** It can be recommended that all pediatric nurses, especially single and male, childless and who are new to the profession, should be provided with the knowledge and skills to meet the spiritual and emotional needs of the children and their families.

**Keywords:** Emotions, nurses, pediatrics, spirituality

<sup>1</sup> Öğr. Gör. KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu İlk ve Acil Yardım Programı, Karatay, Konya, Türkiye, E-mail: hilalkurt26@hotmail.com, Tel: 4441251-7601, ORCID: 0000-0001-8365-0655

<sup>2</sup> Prof. Dr. Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Konya, Türkiye, E-mail: eminegeckil@gmail.com, Tel: 0332 320 40 49, ORCID: 0000-0003-3947-285X

Geliş Tarihi: 11 Kasım 2019, Kabul Tarihi: 11 Mayıs 2020

\* Bu çalışma 29 Kasım-2 Aralık 2016'da 6. Ulusal 1.Uluslararası Pediatri Hemşireliği Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

**Atıf/Citation:** Kurt Sezer H, Geçkil E. Pediatri Hemşirelerinin Duygu Gereksinimleri ile Maneviyat ve Manevi Bakım Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(2): 167-174. DOI: 10.31125/hunhemshire.763183



## GİRİŞ

İnsan biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel ve tinsel boyutları olan eşsiz bir varlıktır. Bu nedenle hemşireler, sağlık sorunu olan bireyin hemşirelik bakımını planlarken, bireyi bütün boyutları ile ele alırlar<sup>1,2</sup>. Hemşireliğin tarihsel sürecine bakıldığında, bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlarının daha kapsamlı olarak ele alınabildiği görülmektedir<sup>2,3</sup>. Buna karşın bireyin spirüel boyutuna yönelik çalışmaların ise daha yeni olduğu söylenebilir. Günümüzde spirüel bakım (manevi bakım) hemşireler tarafından daha fazla anlaşılmakta ve kabul görmektedir<sup>4,5</sup>.

Hemşirelikte manevi bakımın hedefi, hemşirenin bakım verdiği bireyin ve kendisinin duygularının farkında olmasına, hastanın yaşamının amacını anlamasına, iç huzura kavuşmasına, hastalıkla mücadelede motivasyon ve moral gücü bulmasına ve manevi olarak kendisini huzurlu hissetmesine yardım etmektir<sup>6,7</sup>.

Manevi bakım genellikle yaşamı tehdit edici hastalığı olan bireylerde acı çekme, yalnızlık hissi ve izolasyonu azaltmaya yönelik bir bakım olarak düşünülmektedir. Ancak manevi bakımın bütün hastalar için gerekli olduğu göz ardı edilmemelidir<sup>8,9</sup>. Manevi bakım, hemşirelerin bütün hastaları spirüel yönden değerlendirmesini, dinlemesini, zaman ayırmasını, empati yapmasını ve terapötik iletişim tekniklerini kullanmasını gerektiren duygu yüklü bir bakım alanıdır<sup>7,10</sup>. Ayrıca manevi bakım aktif dinleme, suskunluğa paylaşabilme, dokunmayı etkili kullanabilme, ağırlı ve terminal dönemdeki bireye yarım edebilme gibi duygusal dayanıklılık isteyen becerileri gerektirir<sup>11,12</sup>. Hemşireler, duygu gereksinimlerine bağlı olarak manevi bakım gibi duygu yoğunluğu olan aktivitelere katılma veya kaçınma yönünde davranışlar sergileyebilir. Hemşirelikte manevi bakım ile ilgili çalışmalar 1960'lı yıllara dayanmakta olup hemşirelerin manevi bakıma yönelik ilgisi giderek artmaktadır<sup>8-11</sup>. Ülkemizde ise manevi bakım konusu 2000'li yıllardan sonra ilgi çekmeye başlayan güncel bir konu olmuştur<sup>12-15</sup>. Güncelliğini korumaktadır<sup>16-18</sup>. Ancak pediatri hemşirelerinin maneviyat ve manevi bakım hakkındaki görüşlerini inceleyen araştırmalar sınırlıdır<sup>19-21</sup>. Öte yandan hemşirelerin duygu gereksinimlerine yönelik çalışmalar da yok denecek kadar azdır<sup>22-24</sup>. Pediatri hemşirelerinin duygu gereksinimleri ile maneviyat ve manevi bakım hakkındaki görüşlerini ve bunlar arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Pediatri kliniğinde çalışan hemşireler doğası gereği duygu yükü fazla olan bir ortamda çalışmaktadırlar. Pediatri hemşirelerinin, çocuk ve ailesinin fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel ve manevi gereksinimlerini bir bütün olarak ele alabilmesi gerekir. Hemşirelerin duygusal durumları ve gereksinimleri manevi bakım ile ilgili görüşlerini ve uygulamalarını etkileyebilir bu nedenle araştırmada pediatri hemşirelerinin duygu gereksinimleri ile maneviyat ve manevi bakım hakkındaki görüşlerini ve etkileyen faktörleri belirlemek hedeflenmiştir.

### Araştırma Soruları

1. Pediatri hemşirelerinin duygu gereksinimi düzeyleri nasıldır?

2. Pediatri hemşirelerinin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin görüşleri nasıldır?
3. Pediatri hemşirelerinin sosyodemografik ve çalışma özellikleri, Duygu Gereksinimi Ölçeği (DGÖ) ve Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ) puan ortalamalarını etkilemekte midir?
4. Pediatri hemşirelerinin DGÖ ile MMBDÖ puan ortalamaları arasında ilişki var mıdır?

## GEREÇ ve YÖNTEM

### Araştırmanın Türü

Araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde bir çalışmadır.

### Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni çalışmaya izin veren hastanelerin pediatri kliniklerinde çalışan 328 hemşire olarak kabul edilmiştir. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeden, evrenin tümüne ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmanın yapıldığı tarihlerde 11 hemşire yıllık izin veya doğum izninde, 9 hemşire üç aydan az çalışma süresine sahip olduğu, 8 hemşire araştırmaya katılmayı reddettiği için çalışma kapsamına alınmamıştır. Veriler toplandıktan sonra 20 soru formu eksik doldurulduğu için çalışmanın örnekleme dahil edilmemiş araştırmanın nihai örnekleme 280 pediatri hemşiresinden oluşmuştur. Araştırmaya katılım oranı %85.4'tür.

### Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmaya çalışmanın yapıldığı tarihlerde, çalışmaya izin veren hastanelerin pediatri kliniklerinde en az üç aydır aktif olarak çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşireler sözlü onamları alınarak dahil edilmiştir.

### Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Ağustos 2016-Mart 2017 tarihleri arasında, Konya il merkezinde yer alan araştırmanın yapılmasına izin veren iki devlet hastanesi, iki üniversite hastanesi ve bir özel hastanenin pediatri kliniklerinde çalışan hemşireler ile yürütülmüştür.

### Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, DGÖ ve MMBDÖ kullanılarak toplanmıştır.

**Kişisel Bilgi Formu;** Formda hemşirelerin sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu) ile ilgili 5, çalışma özellikleri (çalışma yılı, çalışma şekli, birim vb.) ile ilgili 3, çocuk ve ailelerin manevi bakım gereksinimleri hakkındaki düşüncesi ve duygusal olaylara genel yaklaşımını içeren toplam 10 soru yer almıştır.

**Duygu Gereksinimi Ölçeği (DGÖ);** Maio ve Esses (2001)<sup>25</sup> tarafından geliştirilen DGÖ, Türkçe'ye Duyan ve ark. (2011)<sup>26</sup> tarafından uyarlanmıştır. Ölçek bireylerin duygu yüklü olaylara yaklaşma ve kaçınma motivasyonunu değerlendiren bir öz bildirim aracı olup 26 madde ve 2 alt boyuttan oluşmaktadır. Maddeler kesinlikle katılmıyorum ile kesinlikle katılıyorum arasında puanlanan 7'li likert tipinde bir ölçektir. Ölçeğin alt boyutları yaklaşma alt boyutu ve kaçınma alt boyutudur. **Yaklaşma Alt Boyutu** 2, 4, 5, 6, 7, 13, 15, 17, 18, 19, 20, 24 ve 26. maddeleri, **Kaçınma Alt Boyutu** 1, 3, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 21, 22, 23 ve 25. Maddelerini kapsamaktadır. Her bir alt boyuttan alınabilecek puanlar -39 ile +39 arasındadır. Ölçeğin toplam

puanı hesaplanırken, kaçınma maddeleri ters puanlanmaktadır. Duyan ve ark. (2011)<sup>26</sup> ölçeğin Cronbach alfa değerini 0.84 bulmuş olup bu çalışmada 0.81 olarak hesaplanmıştır. Ölçekten alınan yüksek puanlar insanların duygulara yaklaşma motivasyonunun yüksek, düşük puanlar ise duygulara yaklaşma motivasyonunun düşük olduğu anlamına gelmektedir.

**Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ);** McSherry, Draper ve Kendric (2002)<sup>27</sup> tarafından geliştirilmiş olan MMBDÖ 17 maddeden ve 3 alt boyuttan oluşan, 5'li likert tipi bir ölçektir.

*Maneviyat ve Manevi Bakım Alt Boyutu:* 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14. Sorular maneviyat ve manevi bakıma genel bakış açısını belirleyen toplam 7 maddeyi içerir.

*Dinsellik Alt Boyutu:* 4, 5, 13 ve 16. sorular dinsellik ile ilgili olup toplam 4 maddeyi içerir.

*Bireysel Bakım Alt Boyutu:* 1, 2, 10 ve 15 sorular bireysel bakım ile ilgili olup toplam 4 maddeyi içerir.

Maddelerin puanlaması, "kesinlikle katılmıyorum" ifadesini taşıyan 1'den "tamamen katılıyorum" ifadesini taşıyan 5'e doğru yapılmaktadır. Toplam madde puan ortalamasının 5'e yaklaşması maneviyat ve manevi bakım kavramlarının algılanma düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 17, en yüksek puan 85'tir. Ölçekte 3, 4, 13 ve 17. maddeler olmak üzere toplam dört madde ters kodlanmaktadır. Ölçeğin orijinalinde alt boyutlar bulunmakla beraber Ergül ve Bayık-Temel'in (2007)<sup>13</sup> Türkçe'ye uyarladığı geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında toplam puan üzerinden değerlendirilme yapılmasını önermektedirler. Madde toplam puan ortalamasının 5'e yaklaşması maneviyat ve manevi bakım kavramlarının algılanma düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ergül ve Bayık-Temel'in (2007)<sup>13</sup> çalışmasında Cronbach Alpha katsayısı 0.76 bulmuş olup bu çalışmada MMBDÖ için Cronbach Alpha katsayısı 0.89 bulunmuştur.

#### Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında kurum izinleri alındıktan sonra hemşireler işyerinde ziyaret edilerek araştırma hakkında bilgilendirilmiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olanlara veri toplama formları verilerek hemşirelerinin birbirlerinden etkilenmelerini önlemek için gerekli tedbirler alınmıştır.

#### Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın verileri bilgisayar ortamında sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, bağımsız değişkenlerin ölçek puanları üzerine etkisini incelemek amacıyla çoklu regresyon (Backward) ve ölçekler arası ilişkiyi saptamak için Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

#### Araştırmanın Etik Boyutu

Verileri toplama öncesi bir üniversitenin etik kurulundan (22.04.2016 tarihli 2016/521 karar sayısı) ve çalışmanın yürütüleceği tüm hastanelerden yazılı izin alınmıştır. Ayrıca, çalışmada yer alacak her birey çalışmanın içeriği hakkında bilgilendirilip ve sözlü onamları alınmıştır.

## BULGULAR

Araştırmaya katılan pediatri hemşirelerinin %80'inin kadın, %42.1'inin 25-29 yaş grubunda, %58.2'sinin evli ve %46.4'ünün çocuk sahibi olduğu ve %61.7'sinin lisans eğitim düzeyinde olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %45.6'sı genel çocuk servislerinde, %32.9'u ise Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışmaktadır. Hemşirelerin %40.4'ü 2-4 yıldır çalışmakta ve %41.1'i günlük 1-7 arası hastaya bakım vermektedir. Hemşirelerin %45'i duygusal olaylara yaklaştığını %68.6'sı çocuk hastaların manevi bakıma gereksinimleri olduğunu düşündüğünü ifade etmiştir (Tablo 1).

**Tablo 1. Pediatri Hemşirelerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=280)**

Özellik	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	224	80.0
Erkek	56	20.0
<b>Yaş Grupları (X±SS=29.12±6.08)</b>		
18-24	58	20.8
25-29	118	42.1
30-34	44	15.7
35 yaş ve üzeri	60	21.4
<b>Eğitim Durumu</b>		
Sağlık meslek lisesi	52	18.6
Önlisans	43	15.4
Lisans	173	61.7
Yüksek lisans/Doktora	12	4.3
<b>Çalıştığı Birim</b>		
Yenidoğan yoğun bakım	92	32.9
Çocuk acil	38	13.6
Çocuk yoğun bakım	22	7.9
Diğer (süt çocuğu, çocuk cerrahisi..)	128	5.9
<b>Çalışma Şekli</b>		
Sürekli gündür	70	25.4
Sürekli gece	19	6.8
Gündüz ve gece	190	67.8
<b>Duygusal Olaylara Yaklaşım Şekli</b>		
Yaklaşırım	126	45.0
Kararsızım	96	34.3
Kaçınırım	58	20.7
<b>Çocukların Manevi Bakım Gereksinimlerine Dair Düşünce</b>		
Evet	192	68.6
Hayır	88	31.4

Pediatri hemşirelerinin MMBDÖ madde puan ortalamaları  $3.69 \pm 0.67$  (en yüksek 5 puan üzerinden) ve toplam puan ortalaması  $62.67 \pm 11.31$  (17-85 puan üzerinden) olarak hesaplanmıştır. Hemşirelerin DGÖ toplamından aldıkları puanların ortalaması  $16.16 \pm 19.15$  olarak bulunmuştur. Hemşirelerin DGÖ Yaklaşım alt boyutu puan ortalamalarının  $7.31 \pm 12.62$  Kaçınma alt boyutu puan ortalamalarının  $-8.85 \pm 11.50$  olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

**Tablo 2. Pediatri Hemşirelerinin MMBDÖ İle DGÖ Puanlarının Dağılımı (n=280)**

Ölçek ve Alt Boyutları	Min-Max	X±SS
MMBDÖ Madde Puan Ortalaması	1.6 - 4.8	3.69±0.67
MMBDÖ Toplam Puan Ortalaması	27 - 81	62.67±11.31
Yaklaşım Alt Boyutu	-31-39	7.31±12.62
Kaçınma Alt Boyutu	-36-22	-8.85±11.50
DGÖ Toplam Puan Ortalaması	-42-59	16.16±19.15

Hemşirelerin DGÖ Yaklaşma alt boyut puan ortalaması üzerine etkisi olduğu belirlenen (Anova ve t testi sonucunda) altı bağımsız değişkenin etkisi çoklu regresyon analizi ile bir arada değerlendirilmiştir (Tablo 3). Bağımlı değişkenlerden Yaklaşma alt boyut puanını, yordayan değişken olarak cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, serviste çalışma süresi, duygusal olaylara yaklaşım şekli ve manevi bakım gereksinimlerine ilişkin görüşleri çoklu regresyon modeline alınmıştır. Birinci modelde altı değişkenin yer aldığı analizde ikinci modelde medeni durum, üçüncü modelde cinsiyet değişkeni, dördüncü modelde çalışma süresi yeterli etkiye sahip olmadığı için regresyon modelinden çıkarılmıştır. Modelde kalan değişkenlerin DGÖ Yaklaşma alt boyut puanına ait değişimi %14 oranında açıkladığı görülmüştür. Hemşirelerin yaklaşma alt boyut puanında; duygusal olaylara yaklaşma şekli (Yaklaşım:1 Kaçınım:2) kaçınmaktan yaklaşıma doğru gittikçe 3.92 puanlık artışa, eğitim düzeyi (Lise:1 Önlisans:2 Lisans ve üzeri:3) ön lisans lisans ve üstüne doğru yükseldikçe 2.12 puanlık artışa, çocukların manevi bakım gereksinimleri olup olmadığı konusunda hayır diyenlerde evet diyenlere göre -4.58 puanlık azalmaya yol açtığı görülmüştür.

**Tablo 3. Pediatri Hemşirelerinin DGÖ Alt Boyutları Toplam Puanlarına Etkisi Olan Bağımsız Değişkenlerin Değerlendirilmesi (n=280)**

DGÖ Yaklaşma Alt Boyutu Puanına Etkisi Olan Bağımsız Değişkenler	B	S. Hata	Beta (β)	t	p	95% Güven Aralığı	
(Sabit)	-4.74	4.42		-1.07	.284	-13.43	3.95
Duygusal olaylara yaklaşım şekli	3.2	.94	.24	4.19	.000	2.08	5.76
Çocukların manevi bakım gereksinimlerine dair düşünce	-4.58	1.56	-.17	-2.92	.004	-7.66	-1.50
Eğitim	2.12	.75	.16	2.84	.005	.66	3.59
Bağımlı değişken: Yaklaşma alt boyutu puanı R: .39, Adjusted R <sup>2</sup> : .14, F: 12.523, p: .000, Durbin Watson: 1.99							
DGÖ Kaçınma Alt Boyutu Puanına Etkisi Olan Bağımsız Değişkenler	B	S. Hata	Beta (β)	t	p	95% Güven Aralığı	
(Sabit)	-2.21	5.04		-.438	.662	-12.12	7.71
Duygusal olaylara yaklaşım şekli	-1.87	.86	-.13	-2.18	.030	-3.56	-1.18
Çocukların manevi bakım gereksinimlerine dair düşünce	3.48	1.48	.14	2.35	.019	.58	6.38
Çalışma süresi	-3.11	1.37	-.13	-2.27	.024	-5.81	-1.41
Cinsiyet	4.45	1.67	.16	2.65	.008	1.15	7.75
Eğitim durumu	-4.03	1.69	-.14	-2.38	.018	-7.35	-1.71
Bağımlı değişken: Kaçınma alt boyutu puanı R: .40, Adjusted R <sup>2</sup> : .14, F: 10.142, p: .000, Durbin Watson: 2.0							

Hemşirelerin DGÖ Kaçınma alt boyut puan ortalaması üzerine etkisi olduğu belirlenen beş bağımsız değişkenin etkisi çoklu regresyon analizi ile bir arada değerlendirilmiştir. Bağımlı değişken olarak Kaçınma alt boyut puanı, yordayan değişken olarak cinsiyet, eğitim düzeyi, serviste çalışma süresi, duygusal olaylara yaklaşım şekli ve çocukların manevi bakım gereksinimleri olup olmadığı görüşü çoklu regresyon modeline alınmıştır. Beş değişken hemşirelerde DGÖ Kaçınma alt boyut puanına ait

değişimi %14 oranında açıklamaktadır. Hemşirelerin Kaçınma alt boyut puanında; erkekler 4.45 puanlık, çocukların manevi bakıma gereksinimleri olmadığını düşünen (Var:1 Yok:2) hemşireler 3.48 puanlık artışa neden olmaktadır. Kaçınma alt boyut puanlarında eğitim düzeyi (Lise:1 Önlisans:2 Lisans ve üzeri:3) ön lisans lisans ve üstüne doğru yükseldikçe -4.03 puanlık, serviste çalışma süresi 2 yıl ve fazla olanlar -3.11 puanlık, duygusal olaylara yaklaşan hemşireler -1.87 puanlık azalmaya neden olmaktadır (Tablo 3).

Hemşirelerin MMBDÖ toplam puanı üzerine etkisi olduğu belirlenen (Anova ve t testi sonucunda) üç değişkenin etkisini bir arada değerlendirmek için çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Birinci modelde üç değişkenin yer aldığı analizde "çocuk sahibi olma" yeterli etkiye sahip olmadığı için regresyon modelinden çıkarılmıştır. Hemşirelerde iki değişkenin maneviyat ve manevi bakım puanına ait değişimi %6 oranında açıkladığı belirlenmiştir. İki değişkendeki puan artışı maneviyat ve manevi bakım puanını azaltma yönünde etkilemektedir. Çocukların manevi bakıma gereksinimleri olup olmadığı (gruplar; evet:1; hayır:2) konusunda hayır diyenlerin puanında evet diyenlerinkine göre -.31 puanlık azalmaya, medeni durumu (Evli: 1 bekar: 2) bekar olanların puanında ise evli olanlarinkine göre -.16 puanlık azalmaya yol açtığı görülmüştür (Tablo 4).

**Tablo 4. Pediatri Hemşirelerinin MMBDÖ Toplam Puanlarına Etkisi Olan Bağımsız Değişkenlerin Değerlendirilmesi (n=280)**

MMBDÖ Toplam Puanına Etkisi Olan Değişkenler	B	S. Hata	Beta (β)	t	p	95% Güven Aralığı	
(Sabit)	4.32	.15		29.12	.00	4.03	4.61
Çocukların manevi bakım gereksinimleri ne dair düşünce	-.31	.08	-.22	-3.70	.00	-.48	-.15
Medeni Durum	-.16	.08	-.12	-1.99	.047	-.31	-.00
Bağımlı Değişken: Maneviyat ve Manevi Bakım Puanı R: .27, Adjusted R <sup>2</sup> : .064, F: 10.460, p: .000 Durbin Watson: 2.08							

Hemşirelerin MMBDÖ puanları ile DGÖ toplam puanları ve DGÖ Yaklaşma alt boyut puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 5). Hemşirelerin MMBDÖ puanları arttıkça DGÖ toplam puanları da artmıştır. Benzer şekilde hemşirelerin MMBDÖ puanları arttıkça DGÖ Yaklaşma alt boyut puanları da anlamlı şekilde artış göstermiştir. Hemşirelerin MMBDÖ puanları ile DGÖ Kaçınma alt boyut puanları arasında ise negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin MMBDÖ puanları arttıkça DGÖ Kaçınma alt boyut puanları da azalmaktadır (Tablo 5).

**Tablo 5. P Pediatri Hemşirelerinin MMBDÖ Puanları ile DGÖ ve Alt Boyutları Puanlarının İlişkisi (n=280)**

DGÖ ve Alt boyutları	MMBDÖ Toplam Puanı	
	r	p
DGÖ Toplam Puanı	.35	<0.001
DGÖ Yaklaşma alt boyutu	30	<0.001
DGÖ Kaçınma alt boyutu	-.25	<0.001

## TARTIŞMA

Manevi bakım hemşirelik etik kodları ve kuramlarının üzerinde önemle durduğu insanların hayata bağlılıklarını arttıran ve korkularını gidermeyi amaçlayan duygu yüklü bir bakımdır. Manevi bakım uygulamaları hemşirelerin bakım verici rolleri arasında yer almaktadır<sup>28,29</sup>. Hemşirelerin duygusal olaylara yaklaşma-kaçınma motivasyonlarının incelenmesi duygu yüklü uygulamalara olan bakış açılarını anlamak için önemlidir. Çalışmamıza katılan pediatri hemşirelerinin MMBDÖ puanları Kostak ve arkadaşlarının (2010)<sup>15</sup> hemşire ve ebelerle yaptıkları çalışmalarında bulunduğu puanlarla (60.97±7.92) benzer iken Yılmaz ve Okyay'ın (2009)<sup>14</sup> 54.57±5.09, Özbaşaran ve arkadaşlarının (2011)<sup>28</sup> 3.21±.63, Çelik-Sis ve arkadaşlarının (2014)<sup>29</sup> 53.40±5.33, Eğlence ve Şimşek'in (2014)<sup>30</sup> 3.11±0.41 ve Gönenç ve arkadaşlarının (2016)<sup>17</sup> 47.71±4.93 bulunduğu değerlerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Pediatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin MMBDÖ puanlarının genel olarak daha yüksek olduğu görülmektedir. İnsanlar fizyolojik, psikolojik ve bilişsel tüm süreçlerde duygularını yeryüzündeki diğer tüm türlerden daha fazla kullanırlar ve bir çeşit duygusal deneyim zenginliği yaşarlar. Bu yüzden insan duygularının davranış psikolojisi üzerine önemli etkileri olduğu düşünülmektedir. Pediatri kliniklerinde çalışan hemşireler diğer kliniklerde çalışan hemşire ve ebelere kıyasla daha fazla duygusal olaylara şahit olmakta, hasta çocuk ve ailesiyle birebir ilgilenip bakımından sorumlu olmaktadır. Bu sebeple pediatri hemşirelerinin "iyi" düzeyde olan MMBDÖ puanlarının daha iyi düzeye çıkarılmasının bakımın kalitesinin yükseltilmesi açısından yararlı olacağı düşünülmektedir.

Araştırmada pediatri hemşirelerinin medeni durumu ve çocuk sahibi olma özelliklerinin MMBDÖ puanları ile anlamlı ilişkisinin olduğu ve puan değişiminin %6.4'ünü açıkladığı görülmektedir. Bekar olmanın manevi bakım puanında -.16 puanlık azalmaya yol açtığı saptanmıştır. Benzer şekilde Cavendish ve arkadaşları (2004)<sup>31</sup> çalışmalarında medeni durumu evli olan bireylerin MMBDÖ puanını anlamlı şekilde yüksek olduğunu bildirmiştir (p<0.05). Özbaşaran ve arkadaşları (2011)<sup>28</sup> bekar olan bireylerin MMBDÖ puanlarının anlamlı şekilde yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Literatürde medeni durum ve çocuk sahibi olmanın MMBDÖ puanını arttırdığını ya da etkilemediğini bildiren araştırmalar da bulunmaktadır<sup>14,32-34</sup>. Çocuk hastaların manevi bakıma gereksinimi olduğu düşünülen hemşirelerin MMBDÖ puanı anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p<0.05). Çocuk hastaların manevi bakıma gereksinimi olmadığını düşünmenin manevi bakım puanında -.31 puanlık azalmaya yol açtığı tespit edilmiştir. Yılmaz ve Okyay (2009)<sup>14</sup>, Kavak ve arkadaşları (2014)<sup>33</sup> çalışmalarında

manevi bakım verdiğini belirten hemşirelerin MMBDÖ puanlarının yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Bu bulgular hemşirelerin manevi bakım konusundaki görüşlerinin manevi bakım puanları ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Pediatri hemşirelerinin manevi bakım hakkındaki düşüncelerinin olumlu olması manevi bakım uygulamalarının yükseltilebilmesi bakımından önem taşımaktadır.

Araştırmada pediatri hemşirelerinin DGÖ toplam puan ortalaması 16.16±19.15, yaklaşma alt boyut puan ortalaması 7.31±12.62 ve kaçınma alt boyut puan ortalaması -8.85±11.50 olarak belirlenmiştir. Dil ve Aykanat (2013)<sup>22</sup> Hemşirelik öğrencilerinin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Dersi öncesinde DGÖ yaklaşma alt boyut puan ortalamasını 15.62±9.89 ders sonrasında 27.17±10.91, kaçınma alt boyut puanını -9.77±11.32 ders sonrasında 8.40±12.65 olarak bulmuşlardır. Aşık ve Albayrak (2016)<sup>24</sup> Hemşirelik öğrencilerinde yaptıkları çalışmada DGÖ yaklaşma alt boyut puanını Hemşirelik öğrencilerinin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Dersi öncesinde 16.52±8.9, ders sonrasında 12.45±11.98, kaçınma alt boyut puanını ise ders öncesinde 7.00±12.33, ders sonrasında -9.00±10.048 olarak bulmuşlardır. Bu araştırma bulguları dikkate alındığında pediatri hemşirelerinin duygulara yaklaşma alt boyutu puanlarının hemşirelik öğrencilerinin puanlarından oldukça düşük olduğu dikkat çekmektedir. Öte yandan öğrencilerin duygulara yaklaşma puanlarının Dil ve Aykanat (2013)<sup>22</sup> çalışmasında ders sonrasında anlamlı şekilde yükselirken Aşık ve Albayrak (2016)<sup>24</sup> çalışmasında anlamlı şekilde düştüğü görülmektedir. Bu sonuçlar hemşirelerin duygu gereksinimlerine yönelik çalışmaların az olduğunu ve sonuçlarda uzlaşma olmadığını ortaya koymaktadır. Oysa hemşirelerin özellikle de pediatri hemşirelerinin duygulara yaklaşma düzeylerinin gelişmesi çocuk ve ailesini holistik açıdan ele alabilmesi, bakım kalitesi ve hemşirelerin kendi duygularıyla baş etme yöntemlerini geliştirebilmeleri açısından önemlidir.

Çalışmada cinsiyet ile DGÖ, duygulara yaklaşma ve kaçınma alt boyutları toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (p<0.05). Kadın hemşirelerin DGÖ ve yaklaşma alt boyut puanının erkek hemşirelere göre anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Kaçınma alt boyut puanlarında ise erkeklerin puanlarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmaya benzer şekilde DGÖ ve alt boyutlarının cinsiyete göre farklılık gösterdiğini belirten, kadınların DGÖ ve yaklaşma alt boyut puanlarının ve erkeklerin kaçınma alt boyut puanlarının anlamlı şekilde yüksek olduğunu ortaya koyan araştırmalar mevcuttur<sup>23,25</sup>. Farklı olarak DGÖ ve alt boyutlarının cinsiyetten etkilenmediğini ifade eden çalışmalara da rastlanmaktadır<sup>22,35</sup>. Literatür, cinsiyet faktörünün günlük davranışlar ve duygusal tercihler üzerinde açık etkisi olduğunu bildirmektedir. Duygular ve duygu gereksinimi üzerine yapılan birçok çalışmada kadınların duygusal deneyimleri yaşamaya daha açık olduğunu, erkeklerin ise duygularını istemli olarak bastırabildikleri bildirilmiştir<sup>25,35-38</sup>. Hemşirelik mesleği varoluşundan bu yana şefkat ve duygu temellidir. Kadınların doğası gereği şefkatli ve duygusal olmaları, duygu gereksinimlerinin ve duygulara yaklaşma

eğilimlerinin fazla olması ile açıklanabilir<sup>39,40</sup>. Çalışmada pediatri hemşirelerinin DGÖ ve yaklaşma alt boyut puanları ile medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Çocuk sahibi olan hemşirelerin ise DGÖ toplam puanının anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda evli ve çocuk sahibi olan bireylerde değişen yaşamlarıyla birlikte sosyal, kültürel, çevresel ve manevi sorumluluklarının etkili olduğu düşünülebilir. Pediatri hemşirelerinin eğitim durumları ile DGÖ, yaklaşma ve kaçınma alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olduğu, Sağlık Meslek Lisesi (SML) mezunu hemşirelerin DGÖ, yaklaşma alt boyut puanlarının diğer gruplardan düşük olduğu tespit edilmiştir (p<0.05). Yapılan regresyon analizine göre de eğitimin DGÖ, yaklaşma ve kaçınma alt boyut puanlarını etkilediği, eğitim durumu SML'den lisans ve üstüne doğru gittikçe DGÖ ve yaklaşma motivasyonunun arttığı, kaçınma motivasyonunun ise azaldığı görülmüştür. Duygusal olaylara yaklaşma, ağrı çeken bireyi anlama, empati kurma, hoşgörü ve sevgi gösterme vb. gibi duygusal durumlara müdahale etme becerileri eğitim ile kazanılan becerilerdir. Lisans ve lisansüstü eğitim alan hemşirelerin duygusal olaylara yaklaşma becerilerinin daha yüksek olması eğitim kazanımları ile açıklanabilir. Çalışma süresinin DGÖ ve kaçınma puanını etkilediği, deneyimi 2 yıldan az olanların duygulardan daha fazla kaçındığı belirlenmiştir (p<0.05). Bu sonuçlara göre mesleki deneyimi 5 yılın altında olan hemşirelerin mesleki deneyimlerinin azlığı onların duygusal olaylara yaklaşma becerilerini etkilediği ve duygulardan kaçınmalarına yol açtığı görülmektedir. Mesleğe yeni başlayan hemşirelerin duygu gereksinimleri yönünden desteklenmesi yararlı olacaktır. Araştırmada duygusal olaylara yaklaştığını ifade eden hemşirelerin duygulara yaklaşma motivasyonunu daha fazla sergilediği ortaya çıkmıştır (p<0.05). Hemşirelerin kendi duygularını ve duygulara yaklaşma durumlarını değerlendirmelerinin örtüştüğü görülmektedir. Çocuk hastaların manevi bakıma gereksinimleri olduğunu ifade eden hemşirelerin DGÖ ve yaklaşma alt boyut puanı anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p<0.05). Ayrıca çocukların manevi bakım gereksinimi olmadığını düşünen hemşirelerin duygulardan daha fazla kaçındığı saptanmıştır. Maneviyat beden, zihin, ruh ve duygularla ayrılmayacak kadar bir bütündür<sup>38</sup>. Bu sonuç duygusal olaylardan kaçınan hemşirelerin hastaların manevi bakım gereksinimlerinin farkında olamayacağını düşündürmektedir.

Araştırmada kullanılan iki ölçeğin ilişkisi incelendiğinde duygulara yaklaşma motivasyonu arttıkça hemşirelerin manevi bakım puanlarının arttığı, duygulardan kaçınma motivasyonu arttıkça manevi bakım puanlarının azaldığı gözlenmiştir. Bu sonuçlar hemşirelerin duygusal olaylara yaklaşma veya kaçınma durumlarının onların sunacağı manevi bakım uygulamalarını etkileyebileceğini göstermektedir. Hemşirelerin duygusal olaylarla başa çıkma becerilerinin geliştirilmesinin onların hastalarına sunacağı manevi bakım uygulamalarını geliştireceği düşünülebilir.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Pediatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin duygu gereksinimleri ile maneviyat ve manevi bakım hakkındaki görüşlerinin incelenmesi amacıyla yürütülen bu çalışmada; hemşirelerin MMBDÖ puanlarının "iyi" düzeyde olduğu, hemşirelerin manevi bakım konusundaki düşüncelerinin de MMBDÖ puanlarını etkilediği tespit edilmiştir. Bu sonuç öncelikle bekar ve manevi bakımın gerekli olmadığını düşünen hemşireler başta olmak üzere tüm pediatri hemşirelerinin manevi bakım konusunda geliştirilmesi için hizmet içi eğitimlerin gerektiğini ortaya koymaktadır. Araştırmada pediatri hemşirelerinin duygulara yaklaşma motivasyonu puanlarının orta düzeyin altında, duygulardan kaçınma durumlarının ise fazla olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Çocukların manevi bakıma gereksinimi olmadığını düşünen, öğrenim durumu lisans düzeyinden aşağı olan ve duygusal olaylardan kaçındığını ifade eden hemşirelerin DGÖ yaklaşma motivasyonlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Diğer taraftan erkek hemşirelerin ve çocukların manevi bakım gereksinimi olmadığını düşünen tüm hemşirelerin, öğrenim düzeyi SML ve önlisans olan, çalışma deneyimi iki yılın altında olan hemşirelerin DGÖ kaçınma puanlarının yüksek olduğu yani duygusal olaylara yaklaşımdan kaçındıkları sonucuna ulaşılmıştır. Hemşirelerin duygusal olaylara yaklaşma becerilerinin geliştirilmesine yönelik programlar geliştirilmesi, stres ve duygu gereksinimine yönelik destek gruplarının oluşturularak kurum içi eğitim programlarına dahil edilmesi önerilmektedir.

**Etik Kurul Onayı:** Bu çalışma için Necmettin Erbakan Üniversitesi, 22.04.2016 tarihli 2016/521 karar sayılı etik kurul onayı alınmıştır.

**Çıkar Çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Katılımcı Onamı:** Hemşirelerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

**Yazar katkıları:**

Fikir: HKS, EG

Tasarım: HKS, EG

Denetleme/Danışmanlık: EG

Veri Toplama ve İşleme: HKS

Analiz ve Yorum: HKS, EG

Kaynak Taraması: HKS

Makalenin Yazımı: HKS, EG

Eleştirel İnceleme: HKS, EG

Kaynaklar ve Fon Sağlama: HKS, EG

Malzemeler: HKS

**Teşekkür**

Çalışmaya katılan tüm hemşirelere teşekkür ederiz.

**Ethics Committee Approval:** Necmettin Erbakan University approval for this study was obtained from the ethical committee numbered 2016/521 dated 22.04.2016.

**Conflict of Interest:** Not reported.

**Funding:** None.

**Exhibitor Consent:** Informed consent was obtained from nurses.

**Author contributions:**

Idea: HKS, EG

Design: HKS, EG

Supervision / Consulting: EG

Data Collection and Processing: HKS

Analysis and Interpretation: HKS, EG

Literature Survey: HKS

Writing of the Article: HKS, EG

Critical Review: HKS, EG

Sources and Funding: HKS, EG

Materials: HKS

**Acknowledgement:** We would like to thank all nurses who participated to the study.**KAYNAKLAR**

1. Dossey BM, Lynn K. Holistic nursing a handbook for practice. USA: Jones and Bartlett Learning;2009.
2. Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolşık B. Pediatrid Hemşireliği. Ankara: Akademisyen Kitabevi;2018.
3. Kanwal N, Afzal M, Kousar R, Waqas A, Gilani SA. Assess spirituality and spiritual care in nursing practice in Public Hospital Lahore, Pakistan. Saudi Journal of Medical and Pharmaceutical Sciences. 2017;3(6B):596-607.
4. Wright S. The heart and soul of nursing. Nursing Standart. 2011;25(30):18-20.
5. Meehan TC. Spirituality and spiritual care from a careful nursing perspective. J Nurs Manag. 2012;20:990-1001.
6. Hockenberry MJ, Wilson D. Essential of pediatric nursing. USA:Elsevier; 2013.
7. Sülü-Uğurlu E, Başbakkal Z (2013). Yoğun bakımda yatan çocukların annelerinin manevi bakım (spiritüel bakım) gereksinimleri. J Turk Soc Intens Care. 2013;11(1):17.
8. Hubert M. Spiritual care for every patient. Journal of Nursing Education. 1963;2(2):9.
9. Sullivan M. A Survey Of The Spiritual Care Administered To The Hospitalized Patient By The Student Nurse In The Four Catholic Hospitals In The State Of Montana [Nursing Undergraduate Theses]. Montana: Carroll College;1964.
10. Alfaro de Sánchez AM, GomesPinal L, de Castro AD, PinedaMoreno A, López Sandoval J. Nouv. Christian spirituality challenge to the nurse. Nouv Com Int Cathol Infirm Assist Med Soc. 1980;(2):38-42.
11. Ergül Ş, Bayık A. Hemşirelik ve manevi bakım. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2004;8(1):37-45.
12. Çetinkaya B, Altundağ S, Azak A. Spirituel bakım ve hemşirelik. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2007;8(1):47-50.
13. Ergül Ş,Bayıc-Temel A. Maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeğinin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. Journal of Ege University Nursing Faculty. 2007;23 (1):75-87.
14. Okyay N, Yılmaz M. Hemşirelerin manevi ve manevi bakıma ilişkin görüşleri. HEMAR-G. 2009;3:42-45.
15. Kostak MA, Çelikkalp MÜ, Demir M. Hemşire ve ebelerin manevi ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi Sempozyum Özel Sayısı. 2010:220-225.
16. Yılmaz M. Holistik bakımı bir boyutu: spiritualite doğası ve hemşirelikle ilişkisi. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences. 2011;14(2):61-69.
17. Gönenç İM, Akkuzu G, Altın DR, Möroy P. Hemşirelerin ve ebelerin manevi bakıma ilişkin görüşleri. Gumushane University Journal of Health Science. 2016;5(3):34-38.
18. Midilli TS, Kalkım A, Dağhan Ş. Hemşirelik öğrencilerinin manevi bakıma ilişkin görüş ve uygulamaları. Journal of Human Science. 2007;14(1):665-677.
19. Bull A, Gillies M. Spiritual needs of children with complex health care needs in the hospital. Paediatric Nursing. 2007;19(9):34-38.
20. Nascimento CL, Santos de Oliveira FC, Moreno MF, Machado da Silva F. Spiritual care: an essential component of the nurse practice in pediatric oncology. Acta paul. Enferm. 2010;23(3).
21. Oberholzer A. The spiritual needs of a child in hospital: nurturing the vessel within. Pharos Journal of Theology. 2016;97,ISSN 2414-3324.
22. Dil S, Aykanat B. Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersi alan ve almayan öğrencilerin duygusal durumlara yaklaşma-kaçınma motivasyon düzeylerine etkisi. Journal of Psychiatric Nursing. 2013;4(3):125-130.
23. Metin Ö. Hemşirelik öğrencilerinin empatik eğilim düzeyleri ile duygusal durumlara yaklaşma ve kaçınma motivasyonları [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Haliç Üniversitesi; 2015.
24. Aşık E, Albayrak S. Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersi alan ve almayan öğrencilerin duygusal durumlara yaklaşma-kaçınma düzeyleri ve problem çözme algıları. KOU Sag Bil Derg. 2016;1:39-43.
25. Maio GR, Esses VM. The need for affect: individual differences in the motivation to approach or avoid emotions. Journal of Personality. 2001; 69(4):583-615.
26. Duyan V, Uçar ME, Kalafat T. Duygu gereksinimi ölçeğinin Türk kültürüne uyarlanması ve psikometrik niteliklerinin belirlenmesi. Education and Science. 2011;36(161):116-129.
27. McSherry W, Draper P, Kendrick D. The Construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care, IJNS. 2002;39:723-734.
28. Özbaşaran F, Ergül Ş, Bayık-Temel A, Aslan G, Çoban A. Turkish nurse's perceptions of spirituality and spiritual care. JCN. 2011;20(21-22):3102-3110.
29. Çelik-Sis A, Özdemir F, Durmaz H, Pasinlioğlu T. Hemşirelerin manevi ve manevi bakımı algılama düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing. 2014;1:1-12.
30. Eğlence R. Şimşek N. Hemşirelerin manevi ve manevi bakım hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. Acibadem University Health Sciences Journal. 2014; 1:48-53.

31. Cavendish R, Luise BK, Russo D, Mitzeliotis C, Bauer M, Bajo MAM et al. Spiritual perspectives of nurses in the United States relevant for education and practice. WJNR. 2004;26:196-212.
32. Yılmaz G, Durmaz BG. Pediatri hemşirelerinin empatik eğilim, duygusal emek davranışları ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki. Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing. 2019;6(2):92-100.
33. Kavak F, Mankan T, Polat H, Sarıtaş-Çıtak S, Sarıtaş S. Hemşirelerin manevi bakıma ilişkin görüşleri. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 3(1):21-24.
34. İnce-Çelik S, Akhan-Utaş L. Öğrenci Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algıları. HEAD. 2016;13(3):202-208.
35. Altuntaş O, Altuntaş HH. Yaratıcı drama yönteminin üniversite öğrencilerinin duygusal gereksinimleri üzerine etkisi. Electronic Turkish Studies. 2015;10(11):113-126.
36. Lewis M, Haviland-Jones MJ, Barrett L. Handbook of emotions. Newyork USA:The Guilford Press;2010.
37. Soslau E. Student-teachers' emotional needs and dichotomous problem-solving: non-cognitive root causes of teaching and learning problems. Educational Action Research. 2016;24(4):49-502.
38. Baldacchino DR. Spiritual care education of health care professionals. Religions. 2015;6:594-613.
39. Dolan RJ. Emotion, cognition and behavior. Science. 2002;298:1191-1195.
40. Thill S, Lowe R. On the functional contribution of emotion mechanisms to (artificial) cognition and intelligence. In: Bach J, Goertzel B, Ikle M. (eds) Artificial General Intelligence. AGI. 2012;7716.

## Derleme makale

## Review article

# Fekal Mikrobiyota Transplantasyonu ve Hemşirelik Bakımı



Gürkan ÖZDEN<sup>1</sup>, Seher ÇEVİK AKTURA<sup>2</sup>, Seyhan ÇITLIK SARITAŞ<sup>3</sup>

## Öz

Fekal Mikrobiyota Transplantasyonu, başta gastrointestinal sistemin bazı enfeksiyonları olmak üzere obezite, diyabet, metabolik sendrom, parkinson ve multiple skleroz gibi bazı sağlık sorunları için önemli bir tedavi seçeneğidir. Fekal Mikrobiyota Transplantasyonu, sağlıklı donörden alınan gaitanın hazırlık aşamalarından geçirilerek hastaya nakledilmesi işlemidir. Donör seçiminde, donör taraması protokolleri uygulanmaktadır. Nakil işlemi alt, üst gastrointestinal yol ve oral kapsül yolu ile gerçekleştirilmektedir. Fekal Mikrobiyota Transplantasyonunun muhtemel yararlarını ortaya koymaya yönelik çalışmalar halen devam etmektedir. Bu derlemenin amacı fekal transplantasyon öncesi, sırası ve sonrasındaki uygulamalar ile hemşirelik bakımını incelemektir.

**Anahtar kelimeler:** Bakım, fekal transplantasyon, hemşirelik, mikrobiyota

## ABSTRACT

### Fecal Microbiota Transplantation and Nursing Care

Fecal Microbiota Transplantation is an important treatment option for some health problems such as obesity, diabetes, metabolic syndrome, parkinson's and multiple sclerosis, although some infections of the gastrointestinal tract are primarily. Fecal Microbiota Transplantation is the process of transferring the stool from healthy donor to the patient through the preparation stages. In donor selection, donor screening protocols are applied. Transplantation is performed by the lower, upper gastrointestinal tract and oral capsule route. Studies on the possible benefits of Fecal Microbiota Transplantation are still ongoing. The aim of this review is to examine the practice of nursing care before, during and after fecal transplantation

**Keywords:** Care, fecal transplantation, microbiota, nursing

<sup>1</sup>Arş. Gör. İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye, E-mail: gurkan.ozden@yandex.com, Tel: 505 715 62 65, ORCID:0000-0002-2775-3163

<sup>2</sup>Arş. Gör. İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye, E-mail: seherrcvk@gmail.com, Tel: +90 553 146 38 44, ORCID: 0000-0001-7299-1788

<sup>3</sup>Dr. Öğr. Üyesi İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye, E-mail: seyhancitlik@hotmail.com, Tel: +90 530 495 84 97, ORCID: 0000-0003-2519-0261

\*Çalışma, 15-17 Mart 2019 tarihlerinde 'II. Uluslararası Battalgazi Multidisipliner Çalışmalar Kongresi'nde (Malatya/Türkiye) sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Geliş Tarihi: 17 Mayıs 2019, Kabul Tarihi: 17 Aralık 2019

**Atıf/Citation:** Özden G., Çevik Aktura S, Çitlik Sarıtaş S. Fekal Mikrobiyota Transplantasyonu ve Hemşirelik Bakımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(2): 175-179. DOI: 10.31125/hunhemsire.763190



## GİRİŞ

Gastrointestinal sistem, sindirime yardımcı olma, kolon epitelinin olgunlaşmasını kolaylaştırma ve patojenlerden koruma işlevlerine sahiptir ve sayısız bakteri türü tarafından kolonize edilir<sup>1</sup>. İnsan bağırsak mikrobiyomu (Mikrobiyotanın sahip olduğu genetik materyal) bireylere göre farklılık gösterir ve zamanla nispeten kararlı ve esnek bir hal alır. Ancak diyet, probiyotikler, prebiyotikler, virüsler ve ilaçlar, özellikle antibiyotikler dahil çevresel faktörler mikrobiyotayı değiştirebilir<sup>2-4</sup>. Ayrıca bulaşıcı hastalıklar, otoimmün hastalıklar, bazı genel ve davranışsal hastalıklar bağırsak mikrobiyotasını etkiler<sup>5</sup>. Bağırsak mikrobiyotasına ilişkin sorunları düzeltmek için prebiyotikler, probiyotikler ve faj terapisi tıbbi uygulama ve tedavi stratejileri kullanılmaktadır<sup>6</sup>. Ancak Fekal Mikrobiyota Transplantasyonu (FMT) hariç, tatmin edici klinik etkiler görülememektedir. FMT, dışkıdan sağlıklı bir donörden alınıp hastanın gastrointestinal kanalına yerleştirilmesi işlemidir. Buradaki temel amaç alıcının bağırsak mikrobiyotasını normalleştirmek ve terapötik fayda elde etmektir<sup>7</sup>. Bu derlemenin amacı fekal transplantasyon öncesi, sırası ve sonrasında uygulamalar ile hemşirelik bakımını incelemektir.

Akut veya kronik hastalığı bulunan bireylere bakım veren hemşireler diğer sağlık profesyonellerinden daha fazla hasta ile etkileşim halindedir. Hastalar genellikle hemşireyi birincil yardım kaynağı olarak görmektedirler. Hemşireler hasta bakımında ön planda olup güvenilir bir bilgi ve destek kaynağıdır<sup>8</sup>. Bu derleme yazısında konu FMT tarihçesi, kullanım alanları, işlem öncesi, sırası ve sonrası hemşirelik bakımı olacak şekilde ele alınmıştır.

### FMT'nin Tarihçesi ve Kullanım Alanları

Fekal Mikrobiyota Transplantasyonu'na ilişkin ilk uygulamalarının dördüncü yüzyılda Çin'de yapıldığı bilinmektedir<sup>9</sup>. Modern tıpta kullanılmaya başlanmadan önce ilk olarak hayvanlar üzerinde FMT tedavisi uygulanmıştır. Acquapendente, gastrointestinal içeriğin sağlıklı bir hayvandan hasta bir hayvana taşınması anlamına gelen "transfaunasyon" terimini oluşturmuş ve bu yöntem veteriner hekimliği alanında geniş çapta uygulanmıştır<sup>10</sup>. Eiseman ve arkadaşları, 1958'de psödomembranöz kolit için FMT tedavisi uygulayarak başarılı sonuç almışlardır. Bu uygulama, aynı zamanda insanlarda uygulanan FMT tedavisi ve sonuçları açısından tıbbi literatürdeki ilk kayıttır<sup>11</sup>.

Klinik kullanımın *Clostridium difficile* gibi bulaşıcı hastalıklardan obezite, MS ve parkinson gibi bulaşıcı olmayan hastalıklara geçmesinden sonra, uygulamaların kapsamı hızla artmıştır. FMT'nin farklı sağlık sorunları üzerine etkisi hakkında yeterince çalışma bulunmamaktadır. Ancak otizm, kronik yorgunluk, fibromiyalji, idiyopatik trombositopenik purpura, multipl skleroz ve parkinson hastalığına ilişkin uygulamalarda da başarı kaydedildiği bildirilmiştir<sup>12</sup>. FMT'nin obezite, kanser, romatoid artrit gibi farklı sağlık sorunlarına ilişkin etkileri üzerine yapılan çalışmalar bulunmasına<sup>13-17</sup> karşın en yaygın klinik uygulamaları, tekrarlayan *Clostridium difficile* enfeksiyonu ile ilişkilidir<sup>18</sup>. Bu enfeksiyona ilişkin uygulamalarda başarı oranlarının %90'a ulaştığı görülmüştür<sup>18,19</sup>. Kelly ve

arkadaşları bağırsak sistemi baskılanmış ve *Clostridium difficile* enfeksiyonu bulunan 99 hasta ile yaptıkları bir araştırmada FMT'den olumlu sonuç almışlardır<sup>20</sup>. Yine benzer enfeksiyona sahip 65 yaş üstü hasta grubu üzerinde Agrawal ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada FMT'nin etkili ve güvenli bir yöntem olduğu ortaya konulmuştur<sup>21</sup>. Nood ve arkadaşları bu yönetime ilişkin ilk randomize kontrollü çalışmayı 2013 yılında gerçekleştirmiştir. Çalışma, rekürren *Clostridium difficile* enfeksiyonu olan hastalarda feçes'indüodenal infüzyonunun semptomları çözmede, tek başına antibiyotik kullanımından daha etkili olduğunu göstermiştir<sup>22</sup>. FMT'nin inflamatuvar bağırsak hastalıkları için de kullanımına ilişkin uygulamalar mevcuttur<sup>23-25</sup>. Aynı zamanda çeşitli fonksiyonel bağırsak bozuklukları için de uygulamalar yapılmaktadır. Literatürdeki bazı meta-analiz ve kohort çalışmaları, irritabl barsak sendromu hastalarında da FMT sonrası barsak hareketlerinde iyileşme olduğunu göstermiştir<sup>26-28</sup>.

### FMT İşlemi Öncesi ve Hemşirelik Bakımı

İşlem için gerekli olan fekal içerik ya donörden direkt olarak alınır ya da bu işlem için kurulumuş fekal bankalardan temin edilebilir. Bu amaçla kurulan bankalar, önceden belirlenmiş donörlerden fekal bağışları alır, gerekli tarama testlerine tabi tutar ve işlem için uygun hale getirip, dondurarak saklar<sup>9</sup>. Olumsuz olayların oluşmasını azaltmak ve önlemek amacıyla kapsamlı donör tarama testleri önerilmektedir<sup>10</sup>. Donör seçilirken; endemik ishal bölgelerine seyahat öyküsü, cinsel yaşamı, geçirilmiş cerrahi operasyon öyküsü, kan transfüzyonu alıp almadığı, ailesinde otoimmün hastalık olup olmadığı, 1. ve 2. derece yakınlarında varlığı sorgulanmalıdır. Donör seçiminde mutlaka gaita ve serolojik tetkikler yapılmalıdır. Bu amaçla, bağıştan 4 hafta önce donörün hem kan hem de dışkı numuneleri alınmaktadır<sup>9,25</sup>. Donörün gaitasında; *Clostridium difficile* toksin, *Helicobacter pylori* antijen, *Yersinia*, *Campylobacter*, *Shigella*, *Salmonella*, *Enteropathogenic Escherichia coli* virüsler, Rotavirus, Adenovirus, Enterovirus, Parechovirus, Sapoviruslar, Noroviruslar, parazitler, Astroviruslar ve *Giardia* olup olmadığı incelenmelidir. Kan tetkikleri genel olarak tam kan sayımı, hepatit, HIV, sitomegalovirüs, Epstein-Barr virüsü incelemelerini kapsamaktadır. Özellikle eşlerden gelen fekal madde, paylaşılan benzer çevresel risk faktörleri nedeniyle enfeksiyon bulaşma riskini en aza indirebilmektedir<sup>29</sup>. Ancak birçok hasta utandığı için tanıdığı bireylerden fekal madde bağışına, sıcak bakmamaktadır<sup>30</sup>. Nakilde kullanılacak dışkı malzemesinin hazırlığı için uygun yöntem tam olarak standardize edilememiştir. Uygulamanın başlangıcında taze veya donmuş dışkı malzemesinin uygulama için uygun olup olmadığına karar verilmelidir. Taze dışkı maddesi kullanılacak ise donörden numune alındıktan sonra 6 saat içinde işlenmeli ve ileri işlemlere kadar oda sıcaklığında saklanmalıdır. Karışım, endoskop kanalını tıkayabilecek büyük partikülleri temizlemek için filtre edilir<sup>31,32</sup>. Yaklaşık 50 g kadar fekal malzeme 150 mL sodyum klorür ile karıştırılır. Son aşamada kullanılacak materyal yaklaşık 250 mL kadar homojen bir karışım haline alır. Dondurulmuş fekal materyal kullanılacak ise, FMT gününde 37 °C'de çözülmesi ve çözülmüş materyal 6 saat içinde infüze edilmelidir<sup>31</sup>.

FMT uygulanmadan önce hastanın işlemden 12-48 saat kadar önce herhangi bir antibiyotik kullanmaması, son 12 saatte yiyecek veya içecek tüketmemiş olması ve bağırsakların boşaltılmış olması istenir<sup>33,34</sup>. İşlemin başarılı olabilmesi için işlem öncesinde hastanın bağırsaklarında kendisine ait dışkı materyalinin mümkünse hiç olmaması istenir<sup>35</sup>. Bu nedenle hastaların işlem öncesinde bağırsak lavajı uygulamaları önerilmektedir<sup>29</sup>. İşleme geçmeden önce mutlaka hastadan ya da yasal vasisinden yazılı onam formu alınmalıdır. Yazılım onam, işlemin gerçekleştirileceği sağlık kuruluşu tarafından alınır<sup>31</sup>.

FMT uygulanacak hastaların işlemden önce eğitime ve desteğe ihtiyaçları vardır<sup>32</sup>. Bu süreçte hemşirelerin eğitici rolleri ön plana çıkmaktadır. Tüm hastalara yarar ve olası riskler hakkında detaylı bilgi verilmelidir. Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi pek çok faktör hastanın tedaviye olan bakış açısını etkileyebilmektedir. Bu nedenle FMT işlemine başlamadan önce hemşireler hastanın ihtiyaçlarını belirlemeye yönelik sorular sormalı ve ihtiyaçlarını gidermesi için hastaya yardımcı olmalıdır<sup>36</sup>. Hemşireler işlem öncesinde prosedürler hakkında hastaya bilgi vermeli ve işlemin her aşamasını açıklamalıdır<sup>37</sup>.

#### FMT İşlemi ve Hemşirelik Bakımı

FMT ekibi laborant, hekim ve hemşireden oluşur. FMT materyaline ilişkin değerlendirme ve hazırlık laboratuvarında gerçekleştirilir. İşlem hastanelerin gastroenteroloji kliniklerinde, hemşire iş birliği ile hekim tarafından uygulanır. Bu işlemin uygulanabilmesi için ekipte yer alan tüm personelin FMT konusunda eğitim almış olmaları gerekmektedir<sup>38</sup>. İşlem, üst gastrointestinal yoldan (nazogastrik, nazojejunal, nazoduodenal tüp), alt gastrointestinal yoldan (kolonoskopi veya lavman olarak) veya oral kapsül ile uygulanır. Üst gastrointestinal yol verdiği rahatsızlıktan dolayı genel olarak sadece inflamatuvar kolonu olan hastalarda tercih edilmektedir<sup>32</sup>. Youngster ve arkadaşlarının uygulama yollarını karşılaştırdıkları araştırmalarında, üst ile alt gastrointestinal yol arasında tedavi başarısı açısından anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır<sup>39</sup>. Kassam ve arkadaşlarının yaptıkları sistematik derleme ve meta analize göre ise *Clostridium difficile* enfeksiyonu bulunan hastalarda alt gastrointestinal yoldan yapılan uygulamanın daha başarılı sonuçlar ortaya koyduğu görülmüştür<sup>19</sup>. Kao ve arkadaşları oral kapsül uygulamasının kolonoskopi uygulaması ile benzer sonuçlara sahip olduğunu tespit etmişlerdir<sup>23</sup>.

FMT işlemi oral kapsül kullanımına karar verilmiş ise bu kapsülleri hasta kendisi özel bir hazırlığa ihtiyaç duymadan alabilir. Kapsül kullanımı kanama ve perforasyon risklerinin olmaması açısından daha risksizdir<sup>40</sup>. Üst gastrointestinal yoldan FMT yapılacak ise işlemden önce nazoduodenal tüp duodenuma ya da mümkünse proksimaljejunuma konumlandırılmalıdır. Nakledilmek istenen dışkı miktarı 2 dakika boyunca sabit bir hızla tüpten gönderilir. Regürjitasyon ve aspirasyon riskini azaltmak için hastanın 90 derecelik bir açı ile dik bir şekilde oturması gerekmektedir. Endoskopik işlem ağrı ve rahatsızlığa sebep olabileceği için hastaya lokal sedasyon verilerek işlem gerçekleştirilir. Bu yöntem aspirasyon pnömonisi, kanama ve perforasyon riskleri nedeniyle pek tercih edilmemektedir<sup>31</sup>. Kolonoskopi

yoluyla yapılan uygulama, tüm kolonun uygun bakterilerle yeniden kolonize edilmesi noktasında en yaygın kullanılan yöntemdir<sup>32</sup>. 50-60 mL hacimli enjektörler yardımıyla düşük basınç ile işlem gerçekleştirilir<sup>31</sup>. Bu yöntemde daha fazla transplantasyon materyali nakledilebilmekte ve bu da başarı şansını arttırmaktadır. Bu yöntemde de kanama ve perforasyon riski bulunmaktadır<sup>40</sup>.

İşlem sırasında hemşire öncelikle bulaş önlemek ve steril çalışma alanı oluşturulmasını sağlamak gibi enfeksiyon kontrol önlemlerini almalıdır. Kullanılan ve tekrardan kullanılmayacak olan gereçlerin hasta ile temas etmemesi için hastadan hemen uzaklaştırılması gerekmektedir<sup>37</sup>. Alt gastrointestinal yoldan işlem uygulanıyorsa, işlem sırasında bireyin mahremiyetini sağlanarak rektum bölgesi dışında vücut kapalı tutulmalıdır. Üst gastrointestinal yoldan işlem uygulanıyorsa hemşire, kusma ve aspirasyon riski açısından hastayı dikkatle gözlemelidir. Hemşire, oral kapsül kullanımında hastayı kapsülü çiğnememesi ve bol su ile yutması gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir<sup>36</sup>.

#### FMT İşlemi Sonrası ve Hemşirelik Bakımı

FMT genel olarak güvenli bir tedavi olmasıyla beraber işlemden sonra karın ağrısı, diyare, konstipasyon, hafif ateş gibi bazı küçük yan etkilerin, işlemden sonra geçici bir süre görülebildiğini ortaya koymuştur. Nadir görülen ciddi yan etkiler ise genellikle endoskopi ve sedasyonun olası komplikasyonları ile ilişkili olarak ortaya çıkmaktadır. Tedavi sonrası süreçte hastalara uygulanan materyali mümkün olduğu kadar uzun süre tutmaları tavsiye edilir. Bağırsak motilitesinin azaltılması ve sedasyon uygulanmış ise etkisinin kaybolması için işlemden sonra en az 2 saatlik yatak istirahati gerekmektedir. Sonrasında hastalar için herhangi bir fiziksel aktivite kısıtlaması bulunmamaktadır<sup>36</sup>. Hastanın diyetinde yeterince lif içeren gıda tüketmesi önemlidir, bu sayede faydalı yağ asitlerinin üretimi de uyarılmış olur. Hasta kısıtlama olmadan düzenli bir diyetle devam edebilir<sup>41</sup>.

Bu süreçte hemşirenin gözlem, bilgilendirme ve takip yapması son derece önemlidir. İşlem sonrası ortaya çıkabilecek karın ağrısı, diyare, konstipasyon, hafif ateş gibi belirtilerin takibi, uygun bakım ve tedavisi sağlık profesyonelleri tarafından sağlanmalıdır<sup>10,42</sup>. Hemşire taburcu edilecek hastaları yan etkilerin bir süre daha devam edebileceği, daha ciddi yan etkiler hissettikleri takdirde mutlaka bir sağlık kuruluşuna başvurmaları gerektiği konusunda bilgilendirmelidir. Ayrıca hemşire veya hekimin telefon görüşmeleri ile hastanın takibini yapması ve tedaviye uyumunu değerlendirmesi, hastanın iyileşme sürecini kontrol altında tutar ve sağlık kontrollerini atlamamasına yardımcı olabilmektedir<sup>43</sup>.

#### SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuç olarak FMT işlemi hekim ve hemşire iş birliği ile yapılmakta olup, işlem öncesi, sırası ve sonrası hemşirelik bakımı son derece önemlidir. İşlem öncesi hemşireler, kaygıyı ve belirsizliği azaltmaya yardımcı olmak için FMT hakkında hastaya ve ailesine eğitim verme konusunda önemli bir rol oynamaktadır. İşlem sırasında hastanın mahremiyetinin sağlanması ve olası enfeksiyonların önlenmesi, hastanın daha rahat hissetmesini sağlar. İşlem

sonrası ise konu ile ilgili yetkin hemşireler tarafından verilecek nitelikli hemşirelik bakımı, hemşirelik kalitesinin artırılması açısından önem taşımaktadır. Hemşireler eğitimlerine devam etmekten ve kariyerleri boyunca uygulamalarda meydana gelen güncel değişimlerden haberdar olmaktan sorumludurlar. Bu kapsamda hemşirelerin FMT gibi günümüzde daha sık uygulanmaya başlanan bir yöntemin detayları hakkında bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Hemşirelerin FMT, işleme hazırlık ve nitelikli bakım konularında farkındalıklarının artırılması, hizmet içi eğitimlerin planlanması ve konu ile ilgili detaylı araştırmaların yapılması önerilebilir.

**Çıkar Çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Yazar katkıları:**

Çalışma dizaynı: GÖ, SÇA, SÇS

Veri Toplama/Veri Analizi: GÖ; SÇA

Makale yazımı: GÖ, SÇA, SÇS

**Conflict of Interest:** Not reported.

**Funding:** None.

**Author contributions:**

Study design: GÖ, SÇA, SÇS

Data collection and analyses: GÖ; SÇA

Drafting manuscript: GÖ, SÇA, SÇS

## KAYNAKLAR

- Rashid M-U, Zaura E, Buijs MJ, Keijser BJJ, Crielaard W, Nord CE, et al. Determining the Long-term Effect of Antibiotic Administration on the Human Normal Intestinal Microbiota Using Culture and Pyrosequencing Methods. *Clin Infect Dis*. 2015;60(suppl\_2):77-84.
- Abdollahi-Roodsaz S, Abramson SB, Scher JU. The metabolic role of the gut microbiota in health and rheumatic disease: mechanisms and interventions. *Nat Rev Rheumatol*. 2016;12:446-55.
- Kernbauer E, Ding Y, Cadwell K. An enteric virus can replace the beneficial function of commensal bacteria. *Nature*. 2014;516(7529):94-98.
- Tamburini S, Shen N, Wu HC, Clemente JC. The microbiome in early life: implications for health outcomes. *Nat Med*. 2016;22:713-22.
- Collado MC, Rautava S, Isolauri E, Salminen S. Gut microbiota: a source of novel tools to reduce the risk of human disease? *Pediatr Res*. 2015;77:182-88.
- Gagliardi A, Totino V, Cacciotti F, Iebba V, Neroni B, Bonfiglio G, et al. Rebuilding the Gut Microbiota Ecosystem. *International journal of environmental research and public health*. 2018;15(8).
- Gupta A, Khanna S. Fecal Microbiota Transplantation. *JAMA*. 2017;4:318(1):102.
- Wiechula R, Conroy T, Kitson AL, Marshall RJ, Whitaker N, Rasmussen P. Umbrella review of the evidence: what factors influence the caring relationship between a nurse and patient? *J Adv Nurs*. 2016;72(4):723-34.
- Zhang F, Luo W, Shi Y, Fan Z, Ji G. Should We Standardize the 1,700-Year-Old Fecal Microbiota Transplantation? *Am J Gastroenterol*. 2012;107(11):1755.
- Brandt LJ, Aroniadis OC, Mellow M, Kanatzar A, Kelly C, Park T, et al. Long-Term Follow-Up of Colonoscopic Fecal Microbiota Transplant for Recurrent Clostridium difficile Infection. *Am J Gastroenterol*. 2012;107(7):1079-87.
- Rossen NG, MacDonald JK, de Vries EM, D'Haens GR, de Vos WM, Zoetendal EG, et al. Fecal microbiota transplantation as novel therapy in gastroenterology: a systematic review. *World J Gastroenterol*. 2015;21(17):5359-71.
- Ananthaswamy A. Faecal transplant eases symptoms of Parkinson's disease. *New Sci*. 2011;209(2796):8-9.
- Alang N, Kelly CR, editors. Weight gain after fecal microbiota transplantation. *Open Forum Infect Dis*. 2015;2(1).
- Borody T, Campbell J, Torres M, Nowak A, Leis S. Reversal of idiopathic thrombocytopenic purpura [ITP] with fecal microbiota transplantation [FMT]. *Am J Gastroenterol*. 2011;106:941.
- Cipe G, Idiz UO, Firat D, Bektasoglu H. Relationship between intestinal microbiota and colorectal cancer. *World J Gastrointest Oncol*. 2015;7(10):233-40.
- Sandhya P, Danda D, Sharma D, Scaria V. Does the buck stop with the bugs?: an overview of microbial dysbiosis in rheumatoid arthritis. *Int J Rheum Dis* 2016;19(1):8-20. <https://doi.org/10.1111/1756-185x.12728>
- Smits LP, Bouter KE, de Vos WM, Borody TJ, Nieuwdorp M. Therapeutic potential of fecal microbiota transplantation. *Gastroenterology*. 2013;145(5):946-53. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2013.08.058>
- Gough E, Manges AR, Shaikh H. Systematic Review of Intestinal Microbiota Transplantation (Fecal Bacteriotherapy) for Recurrent Clostridium difficile Infection. *Clin Infect Dis* 2011;53(10):994-1002. <https://doi.org/10.1093/cid/cir632>
- Kassam Z, Lee CH, Yuan Y, Hunt RH. Fecal Microbiota Transplantation for Clostridium difficile Infection: Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Gastroenterol* 2013;108(4):500-8. <https://doi.org/10.1038/ajg.2013.59>
- Kelly CR, Ihunnah C, Fischer M, Khoruts A, Surawicz C, Afzali A, et al. Fecal Microbiota Transplant for Treatment of Clostridium difficile Infection in Immunocompromised Patients. *Am J Gastroenterol*. 2014;109(7):1065-71.
- Agrawal M, Aroniadis OC, Brandt LJ, Kelly C, Freeman S, Surawicz C, et al. The long-term efficacy and safety of fecal microbiota transplant for recurrent, severe, and complicated Clostridium difficile infection in 146 elderly individuals. *J Clin Gastroenterol*. 2016;50(5):403-7.
- van Nood E, Speelman P, Nieuwdorp M, Keller J. Fecal microbiota transplantation: facts and controversies. *Curr Opin Gastroenterol*. 2014;30(1):34-9.

23. Kao D, Hotte N, Gillevet P, Madsen K. Fecal microbiota transplantation inducing remission in Crohn's colitis and the associated changes in fecal microbial profile. *J Clin Gastroenterol.* 2014;48(7):625-8.
24. Kunde S, Pham A, Bonczyk S, Crumb T, Duba M, Conrad Jr H, et al. Safety, tolerability, and clinical response after fecal transplantation in children and young adults with ulcerative colitis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2013;56(6):597-601.
25. Paramsothy S, Kamm MA, Kaakoush NO, Walsh AJ, van den Bogaerde J, Samuel D, et al. Multidonor intensive faecal microbiota transplantation for active ulcerative colitis: a randomised placebo-controlled trial. *The Lancet.* 2017;389(10075):1218-28.
26. Borody TJ, Warren EF, Leis SM, Surace R, Ashman O, Siarakas S. Bacteriotherapy using fecal flora: toying with human motions. *J Clin Gastroenterol.* 2004;38(6):475-83.
27. Hoveyda N, Heneghan C, Mahtani KR, Perera R, Roberts N, Glasziou P. A systematic review and meta-analysis: probiotics in the treatment of irritable bowel syndrome. *BMC Gastroenterol.* 2009;9(1):15.
28. Tian H, Ding C, Gong J, Ge X, McFarland LV, Gu L, et al. Treatment of slow transit constipation with fecal microbiota transplantation. *J Clin Gastroenterol.* 2016;50(10):865-70.
29. Bakken JS, Borody T, Brandt LJ, Brill JV, Demarco DC, Franzos MA, et al. Treating Clostridium difficile Infection With Fecal Microbiota Transplantation. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2011;9(12):1044-9.
30. Vestal R. Fecal Microbiota Transplant. *Hosp Med Clin.* 2016;5(1):58-70.
31. Sokol H, Galperine T, Kapel N, Bourlioux P, Seksik P, Barbut F, et al. Faecal microbiota transplantation in recurrent Clostridium difficile infection: Recommendations from the French Group of Faecal microbiota Transplantation. *Dig Liver Dis.* 2016;48(3):242-7.
32. Uygun A. Fekal Mikrobiyota Transplantasyonu (FMT). *J Biotechnol and Strategic Health Re.* 2017;1:132-40.
33. Cammarota G, Ianiro G, Tilg H, Rajilić-Stojanović M, Kump P, Satokari R, et al. European consensus conference on faecal microbiota transplantation in clinical practice. *Gut.* 2017;66(4):569-80.
34. Vindigni SM, Surawicz CM. Fecal Microbiota Transplantation. *Gastroenterol Clin North Am.* 2017;46(1):171-85.
35. Blackburn LM, Andrea Bales B, Mary Caldwell MS C, Lee Cordell M, Susan Hamilton B, Haley Kreider B. Fecal microbiota transplantation in patients with cancer undergoing treatment. *Clin J Oncol Nurs.* 2015;19(1):111-4.
36. Samuel BP, Crumb TL, Duba MM. What Nurses Need to Know About Fecal Microbiota Transplantation: Education, Assessment, and Care for Children and Young Adults. *J Pediatr Nurs.* 2014;29(4):354-61.
37. Leis S, Borody TJ, Jiang C, Campbell J. Fecal microbiota transplantation: A 'How-To' guide for nurses. *Collegian.* 2015;22(4):445-51.
38. Walton J, Burns D, Gaehle KE. Process and Outcome of Fecal Microbiota Transplants in Patients With Recurrent Clostridium difficile Infection: A Prospective Study. *Gastroenterol Nurs.* 2017;40(5):411-9.
39. Youngster I, Sauk J, Pindar C, Wilson RG, Kaplan JL, Smith MB, et al. Fecal Microbiota Transplant for Relapsing Clostridium difficile Infection Using a Frozen Inoculum From Unrelated Donors: A Randomized, Open-Label, Controlled Pilot Study. *Clin Infect Dis.* 2014;58(11):1515-22.
40. Lin T-C, Hung Y-P, Ko W-C, Ruan J-W. Fecal Microbiota Transplantation for Clostridium difficile Infection in Taiwan: Establishment and Implementation. *J Microbiol Immunol Infect.* 2019; 52(6):841-50.
41. De Filippis F, Pellegrini N, Vannini L, Jeffery IB, La Storia A, Laghi L, et al. High-level adherence to a Mediterranean diet beneficially impacts the gut microbiota and associated metabolome. *Gut.* 2016;65(11):1812-21.
42. Mattila E, Uusitalo-Seppälä R, Wuorela M, Lehtola L, Nurmi H, Ristikankare M, et al. Fecal Transplantation, Through Colonoscopy, Is Effective Therapy for Recurrent Clostridium difficile Infection. *Gastroenterology.* 2012;142(3):490-6.
43. Lynch SM, Mu J, Grady JJ, Stevens RG, Devers TJ. Fecal Microbiota Transplantation for Clostridium difficile Infection: A One-Center Experience. *Dig Dis.* 2019;37(6):467-72.

## Derleme makale

## Review article

# Kadınlarda Premenstrual Sendrom Yaşanmasını Etkileyen Sosyal ve Kültürel Faktörler



Safiye ÖZKAN<sup>1</sup>, Gülten KOÇ<sup>2</sup>

## Öz

Premenstrual sendrom kadınlar için yaygın bir sağlık sorunudur. Premenstrual sendrom, menstrual siklusun luteal evresi sırasında meydana gelen ve menstruasyonun başlangıcından birkaç gün sonra kendiliğinden azalan, fiziksel, psikolojik ve davranışsal bazı semptomları içeren klinik bir durumdur. Premenstrual sendromun gelişmesinde, gonadal steroid hormonu ile merkezi sinir sistemi nörotransmitterleri arasındaki etkileşimlerle ilişkili fizyolojik faktörler kadar psikodavranışsal ve sosyal faktörler de rol oynamaktadır. Ayrıca dünyanın farklı ülkelerinde yapılan çalışmalarda premenstrual sendrom prevalansının önemli değişiklikler göstermesi, toplumların sosyal ve kültürel bazı özelliklerinden etkilenmesiyle açıklanmaktadır. Bu derleme, kadınlarda premenstrual sendrom görülmesini etkileyen sosyal ve kültürel faktörlerle ilgili güncel bilgileri tartışmak amacıyla hazırlanmıştır. PMS'yi etkileyen bu faktörler, toplumsal cinsiyet rol ve tutumlarının, farklı cinsel yönelimlerdeki ilişki yapısının ve şiddetin kadınların premenstrual sendrom yaşamasına etkisi olmak üzere üç başlık altında ele alınmıştır. Derlemenin, ilgili sosyal ve kültürel faktörlerin premenstrual sendromun gelişmesinde etkili olduğunun hemşireler tarafından bilinmesi ve hastaların bu risk faktörleri yönünden değerlendirilip, semptomlarının azaltılması ya da yok edilmesine yönelik girişimlerin planlanmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Cinsel yönelim, premenstrual sendrom, şiddet, toplumsal cinsiyet rolü

## ABSTRACT

### Social and Cultural Factors Affecting Premenstrual Syndrome Experience in Women

Premenstrual syndrome is a common health problem for women. Premenstrual syndrome is a clinical condition that occurs during the luteal phase of the menstrual cycle, and which spontaneously diminishes a few days after the onset of menstruation, including some physical, psychological and behavioral symptoms. Psychobehavioral and social factors play a role in the development of premenstrual syndrome as well as physiological factors related to interactions between gonadal steroid hormone and central nervous system neurotransmitters. Besides, significant changes in the prevalence of premenstrual syndrome in studies conducted in different countries of the world are explained by the fact that premenstrual syndrome is affected by some social and cultural characteristics of societies. This review is prepared for intention to debate current information on social and cultural factors affecting the premenstrual syndrome in women. These factors affecting premenstrual syndrome are covered under three headings: the effect of gender roles and attitudes, relationship structure in different sexual orientations and violence on women's premenstrual syndrome experiences. It is thought that this review will contribute to know the nurses that the relevant social and cultural factors are effective in the development of premenstrual syndrome, and to the planning of interventions to reduce or eliminate symptoms by evaluating patients in terms of these risk factors.

**Keywords:** Gender role, premenstrual syndrome, sexual orientation, violence.

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi. Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Amasya, Türkiye, E-mail: safiyetml@gmail.com, Tel: 0 358 218 17 67, ORCID: 0000-0001-5287-7347

<sup>2</sup> Doç. Dr. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye, E-mail: gultenko@hacettepe.edu.tr, Tel: 0 312 305 15 80, ORCID: 0000-0002-1094-5003

Geliş Tarihi: 14 Haziran 2017, Kabul Tarihi: 17 Aralık 2019

**Atıf/Citation:** Özkan S, Koç G. Kadınlarda Premenstrual Sendrom Yaşanmasını Etkileyen Sosyal ve Kültürel Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2020; 7(2): 180-185. DOI: 10.31125/hunhemsire.763193

## GİRİŞ

Premenstrual sendrom (PMS) kadınlar için yaygın bir sağlık sorunudur. Kadınların yaklaşık %90'ı üreme çağı boyunca farklı şekillerde PMS'yi deneyimlemektedir<sup>1</sup>. PMS, menstrual siklusun luteal evresi sırasında meydana gelmekte ve menstruasyonun başlangıcından birkaç gün sonra kendiliğinden azalmaktadır. PMS'nin karakteristik belirtileri fiziksel semptomları ve psikolojik ve davranışsal semptomları içermektedir<sup>2</sup>. Sık görülen fiziksel semptomlar meme hassasiyeti, baş ağrısı, kas-iskelet sistemi ağrısı, karın şişliği, ekstremitelerinde şişmesi ve kilo alımını içermektedir<sup>3</sup>. Yaygın psikolojik ve davranışsal semptomlar arasında ise depresyon, iştah değişiklikleri, yorgunluk veya halsizlik, ruhsal değişiklikler, sinirlilik, uyku bozuklukları, gerginlik, sosyal geri çekilme ve zayıf konsantrasyon yer alır<sup>3</sup>. Kadınların yaklaşık %5-8'inde, psikolojik ve davranışsal semptomlar şiddetlidir ve normal günlük işleyişin önemli ölçüde bozulmasına neden olmaktadır<sup>1</sup>.

Premenstrual sendrom tanısı son üç menstrual siklusun her birinde adetlerden önceki beş gün boyunca; (1) en az bir duygusal semptomun (depresyon, öfke patlaması, sinirlilik, anksiyete, konfüzyon, sosyal geri çekilme) ve en az bir fiziksel semptomun (meme hassasiyeti, abdominal şişkinlik, baş ağrısı, ekstremitelerin şişmesi) varlığını ve (2) farmakolojik tedavi, hormon alımı veya alkol tüketimi gibi durumlar hariç olmak üzere, bu semptomların adetlerin başlangıcından sonraki dört gün içinde kendiliğinden gerilemesini, en azından 13. güne kadar tekrarlama olmamasını şart koşmaktadır<sup>4</sup>. O'Brien'e göre ise PMS tanısı ancak daha önceden teşhis edilmiş depresyon, anksiyete, distimi ve panik gibi duygusal bozukluklar dahil; anoreksi veya bulimia; ve anemi, diabetes mellitus, hipotiroidizm veya madde kullanımı gibi kronik tıbbi durumlar ekarte edildikten sonra konulabilmektedir<sup>3</sup>.

Premenstrual sendrom gelişmesinde, genetik özelliklerin yanı sıra gonadal steroid hormonu ile merkezi sinir sistemi nörotransmitterleri arasındaki etkileşimlere bağlı ortaya çıkan overiyen hormon etkisi, otonom sinir sistemi aktivite değişiklikleri ile ilişkili fizyolojik faktörler kadar psiko-davranışsal ve sosyal faktörler de rol oynamaktadır<sup>5,6</sup>. Bu nedenle, dünyanın farklı bölgelerinde yapılan çalışmalarda ülkelere göre PMS prevalansının önemli ölçüde değiştiği görülmektedir. İsviçre'de %10<sup>7</sup>, Almanya'da %18<sup>8</sup>, Fransa'da %24<sup>9</sup>, Çin'de %18-21<sup>10,11</sup>, Hindistan'da %38<sup>12</sup>, Amerika'da %20-40<sup>13,14</sup>, Avustralya'da %33-41<sup>15,16</sup>, Brezilya'da %40-60<sup>17,18</sup>, İspanya'da %73<sup>19</sup> ve Türkiye'de %36-50<sup>20,21</sup> oranında üreme çağındaki kadınlarda PMS'nin görüldüğü bildirilmektedir. Yukarıda bahsedildiği üzere PMS'nin prevalansı farklı toplumlarda değişmekle birlikte, bireylerin içinde yaşadıkları toplumun sosyal ve kültürel bazı özelliklerinden de etkilenebilmektedir<sup>22</sup>.

Literatürde, bireylerin özellikle cinsel yönelimleri tarafından etkilendiği belirtilen ilişki yapılarının, kadınlarda sosyal ve kültürel açıdan PMS yaşanmasına neden olan bir faktör olduğu bildirilmektedir. Özellikle heteroseksüel ilişkilerdeki ataerkil davranış kalıplarının PMS yaşanmasını arttırabildiği belirtilmektedir<sup>23</sup>. PMS, toplum tarafından atfedilen cinsiyet rolleri, toplumun PMS yaşayan kadınlara yönelik tutumları

ve hatta şiddet ile ilişkili olabilmektedir. Buna göre bir toplumda PMS'nin yarattığı psikolojik ve davranışsal semptomlar nedeniyle kadınların tuhaf ve tehlikeli olduğu yönündeki inançlar yaygınsa, toplumsal tutum onların sosyal, politik ve mesleki gelişimlerini kısıtlayabilmekte, geleneksel cinsiyet rolleri içinde tutma eğilimini tetikleyebilmekte<sup>24</sup> ve özellikle heteroseksüel ilişkilerde şiddet görmelerine neden olabilmektedir<sup>23</sup>. Toplum içinde PMS yaşayan kadınların hasta, zayıf ve güçsüz olduğu yönündeki kültürel inanç ve tutumlar ise bu hassas dönemlerinde onların bakılma ve korunma eğilimini arttırabilmektedir<sup>24</sup>.

PMS belirtilerinin azaltılması ve etkin baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi için kadınların sağlık personeli tarafından biyolojik, psikolojik ve sosyal bir yaklaşımla bütüncül olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu yaklaşım, bireylerin PMS yaşama nedenlerinin belirlenmesinde, kişiye özgü tedavi yöntemlerinin sunulmasında ve onlara rahatsızlığı konusunda yapılacak eğitimlerin planlanmasında yardımcı olabilecektir<sup>25</sup>. Bu derlemede, kadınlarda PMS görülmesini etkileyen sosyal ve kültürel faktörlerle ilgili güncel bilgiler tartışılacaktır. Bu faktörler toplumsal cinsiyet rollerinin, farklı cinsel yönelimlerin ve kadına yönelik şiddetin PMS yaşamaya etkisi olmak üzere üç başlık altında ele alınmıştır. Makalenin, verilecek hemşirelik bakım hizmetlerinde, PMS'nin psikolojik, davranışsal ve sosyal boyutunun değerlendirilmesine katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

### Toplumsal Cinsiyet Rol ve Tutumlarının Kadınların Premenstrual Sendrom Yaşamalarına Etkisi

Geleneksel toplumlarda kadınların üreme ve üretim (çalışma) rolleri arasındaki çatışma premenstrual deneyimlerini etkilemektedir<sup>26,27</sup>. Bu toplumlarda geleneksel cinsiyet rollerini benimseyen ve ataerkil değerlere göre davranan kadınlar daha fazla PMS yaşamaktadır<sup>28,29</sup>. Kadının geleneksel rolü öncelikle eş, anne, kız çocuk ve kız kardeş rollerini içinde barındırmaktadır<sup>23</sup>. Geleneksel cinsiyet kalıp yargılarının hakim olduğu toplumlarda, annelik 'kadının ulaşacağı en üst merteye' olarak kabul edilmekte, kadınlar erkekler göre çocukların bakımı ve eğitimi gibi konularda daha sorumlu olarak algılanmakta, kadınlardan evlendiklerinde bakire olmaları, kocalarına sadık kalmaları, kendilerini sadece ev ve ailelerine adanmaları beklenmektedir<sup>30</sup>. PMS yaşayan kadınlar ise toplum tarafından belirlenen bu cinsiyet rollerinden güçlü bir şekilde etkilenmekte, bakım verme ve başkalarını memnun etme konusunda kendisini zorlamakta ve ilişkilerinde kendisinin bireysel ihtiyaçlarını baskılamaktadır<sup>31</sup>. Bu şekilde davranan kadınlar 'iyi eş' olarak karşı tarafın ilişkisel gereksinimlerini karşılamakta ve rollerini yerine getirerek eşleriyle yakınlık sağlamak için aşırı sorumluluk almaktadır<sup>32</sup>. Kadınların ev içindeki aşırı sorumluluklarına işle ilgili sorumlulukların eklenmesi de PMS yaşanmasını arttırmaktadır<sup>23</sup>. Bu nedenle ev hanımlığını kendi seçmiş olan kadınlarda PMS şikayetleri daha az, işi olan ancak bunu kendi seçimiyle yapmayan kadınlarda ise daha fazla görülmektedir<sup>33</sup>. Sonuç olarak PMS'nin en sık bildirilen psikolojik semptomlarından olan

'öfke ve sinirlilik', kadının aşırı sorumluluğu, destek eksikliği ve ilişki gerginliği ile ilişkili zorlu yaşam koşullarına bir yanıt olarak ortaya çıkabilmektedir<sup>34,35</sup>. Kadının kendi gereksinimlerini baskılaması veya karşılayamaması PMS şikayetlerini daha fazla yaşamasına neden olmaktadır. Toplumların cinsiyet rol ve önceliklerine yönelik geleneksel tutumları, kadınların üreme davranışlarına yansımaktadır. Kadınların gebelik ve annelik gibi üreme davranışlarına ilişkin bazı toplumlar pozitif tutuma sahipken (örneğin; Meksika)<sup>36</sup>, bazı toplumlar negatif bir tutuma sahiptir (örneğin; Kuzey Amerika, Batı Avrupa, Avusturalya)<sup>36-38</sup>. Kadınların üreme davranışlarına ilişkin negatif tutuma sahip olan toplumlar aynı zamanda PMS yaşayan kadınlara yönelik de önemli derecede negatif tutuma sahiptir<sup>39</sup>. Bu toplumlarda 'hormonal' kelimesi PMS yaşayan kadınlardaki duygusal dalgalanmaları tanımlamak için sıklıkla kullanılmaktadır. Çünkü onlara göre premenstrual semptomları olan kadının çoğu zaman kendilerinin hatalı davranmalarına sebep olan endokrin sistemin kontrolü altındadırlar<sup>38</sup>. Aynı zamanda duygusal olarak da değişken davranmaktadırlar. Bu nedenle premenstrual dönemdeki kadınların hormonal olarak kontrolden çıkmış ve potansiyel olarak tehlikeli olduğuna inanmaktadırlar<sup>39</sup>. Bazı feminist eleştirmenler, kadınların üreme davranışlarına ilişkin negatif tutuma sahip olan toplumlarda premenstrual değişimlerin, psikolojik bir rahatsızlık ve can sıkıcı bir durum olarak algılanmasından dolayı premenstrual dönemin, kadın yaşamının PMS olarak adlandırılan bir parçasına dönüştüğünü savunmaktadırlar<sup>40-42</sup>. Kadınların premenstrual dönemde yaşadıkları sorunlar nedeniyle kararsız ve güvenilmez olduğu kültürel inancının, bu toplumlarda kadınların erkeklerle eşit fırsatlara erişimini kısıtlayarak statüsünde ve rollerinde önemli değişikliklere neden olduğu belirtilmektedir<sup>40</sup>. Sonuç olarak cinsiyet ayrımcılığının PMS'li kadınlara yönelik inanç ve tutumlarla yakından ilişkili olduğu vurgulanmaktadır<sup>39</sup>. Premenstrual dönemde 'denge bozucu' hormonların olumsuz etkileri hakkındaki inançların, erkeklerin sorumluluk alanlarını işgal etmesinden korkulan kadınların güvenilirliğinden şüphe duyulmasına neden olduğu ve böylelikle pilot, doktor ve başkan vb. olarak çalışmalarını önlemek için kullanıldığı iddia edilmektedir<sup>23</sup>.

Premenstrual değişimlere ve menstruasyona yönelik tutumlar birbiriyle yakından ilişkilidir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, premenstrual sorun yaşayan kadınların yaşamayanlara göre daha fazla menstruasyonu doğal bir olay olarak görmedikleri saptanmıştır<sup>43</sup>. Menstruasyon, Hong Kong, Çin ve Hindistan gibi bazı Asya ülkelerinde doğal bir olay olarak algılanmaktadır. Yukarıda bahsedilen ülkelerdeki kadınlarda premenstrual dönemde vücutta su tutulumu, ağrı, yorgunluk ve soğuk algınlığı gibi semptomlar artmasına rağmen, olumsuz duygusal değişimleri daha az yaşadıkları belirtilmektedir<sup>44-46</sup>. PMS nedeniyle kadınların %74'ünün hiç ya da çok az, %17'sinin orta derecede, %9'unun ise şiddetli derecede günlük yaşam aktivitelerinin etkilendiği bildirilmiştir<sup>47</sup>. Araştırma sonuçları, menstruasyon ve premenstrual değişimlere yönelik kültürel tutumun semptom olarak görülen fiziksel ve psikolojik değişiklikleri şekillendirdiğini<sup>44</sup>, dolayısıyla PMS'nin de

kültürel tutumdan etkilenen bir sendrom olduğunu göstermektedir<sup>23,40</sup>.

### **Farklı Cinsel Yönelimlerdeki İlişki Yapısının Kadınların Premenstrual Sendrom Yaşamalarına Etkisi**

Premenstrual sendrom ile ilgili çalışmaların çoğunluğu heteroseksüel kadınlar üzerinde yapılmıştır<sup>23,48</sup>. Literatürde, kendini lezbiyen veya heteroseksüel olarak tanımlayan kadınlarla ve onların eşleriyle yapılan çalışmalara dayanarak, heteroseksüel birlikteliklerdeki ataerkil ilişki yapısının hem kadınlık rolleri hem de premenstrual değişimler açısından kadınların premenstrual deneyimlerini olumsuz yönde etkilediği vurgulanmaktadır<sup>23</sup>. Heteroseksüel çiftlerle yapılan çalışmalarda erkeklerin çoğunluğunun PMS yaşayan kadını kontrol dışı ve 'canavarca' şeklinde<sup>48</sup>, premenstrual değişiklikleri ise 'hormonal bir bozukluk', 'bahane', 'can sıkıcı' gibi olumsuz bir durum olarak tanımladıkları rapor edilmiştir<sup>49</sup>. Bazı erkeklerin kendilerini PMS deneyimleyen eşlerinin kurbanı olarak gördükleri ve bu yaşadıklarını haksızlık olarak değerlendirdikleri belirtilmiştir<sup>49</sup>. Heteroseksüel çiftlerdeki kadınların ise ilişkide sorunlarının olması ve kocasının desteğinin olmamasıyla bağlantılı olarak premenstrual dönemde aşırı derecede öfkeli hissettiği bildirilmiştir<sup>48</sup>.

Heteroseksüel birlikteliklerin aksine, lezbiyen ilişkilerde kadın partnerler tarafından sunulan destek ve anlayış, PMS yaşayan kadınların kendisini daha az patolojik olarak algılamasını ve suçluluk hissetmesini sağlamaktadır<sup>23</sup>. Bu nedenle, lezbiyen kadınlar premenstrual dönem ve kadının fizyolojik yapısı arasındaki ilişkiye odaklanarak premenstrual değişiklikleri normalleştirmektedir<sup>48</sup>. Lezbiyen birliktelikler, kadınlara premenstrual dönemde, daha fazla tek başına kalma veya kişisel bakımını artırma gibi baş etme stratejilerini uygulama imkanı vermektedir<sup>23</sup>. Böylelikle premenstrual olarak enerji ve yaratıcılıkları artmaktadır<sup>50</sup>. Kadınların olumlu bir premenstrual deneyim yaşayabilmeleri için 'olumlu duygusal çıktılara', 'gerginliği azaltmaya', 'çekiciliği arttırmaya', 'öz bakımını sağlamaya' ve 'menstruasyon belirtilerini yaşamaya' ihtiyaçları bulunmaktadır<sup>50</sup>. Bu gereksinimlerin ise daha çok lezbiyen birlikteliklerde karşılandığı görülmektedir.

Sonuç olarak, kadınlardaki premenstrual değişimlerin ilişkisel boyutu, geleneksel cinsiyet rollerini temel alan kültürler içerisinde geniş bir yer kaplayan heteronormatif ve ataerkil ilişki kalıp yargıları ile açıklanabilmektedir<sup>23</sup>. Buna göre PMS'nin ilişkisel bağlamda yapılandırıldığını ve deneyimlendiğini bilmek önemlidir. Heteroseksüel ilişki yapısı hem kadınların premenstrual değişim deneyimlerini hem de erkeklerin premenstrual değişim algılarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

### **Şiddetin Kadınların Premenstrual Sendrom Yaşamalarına Etkisi**

Dünya üzerinde kadınların üçte birinden fazlası, erkek psikopatolojisinin bir sonucu olarak fiziksel şiddet görmektedir<sup>51,52</sup>. Türkiye'de ise her 10 kadından 4'ü eşi veya birlikte olduğu kişi tarafından fiziksel şiddete maruz bırakılmaktadır<sup>53</sup>. Literatürde şiddet prevalansının psikiyatri ve jinekoloji kliniklerinde yapılan araştırmalarda en yüksek olduğu bildirilmektedir<sup>54</sup>. Jinekoloji kliniklerinde yapılan

çalışmalarda ise ağır PMS yaşayan kadınlarda şiddet prevalansının çok daha yüksek olduğu<sup>55</sup> ve şiddete uğrayan kadınların premenstrual semptomları daha şiddetli deneyimledikleri bulunmuştur<sup>56</sup>. Bu durum, bir saldırganlık göstergesi olan öfke patlaması ve sinirlilik semptomlarının, PMS olan kadınlarda olmayanlara göre daha fazla görülmesi ile açıklanmaktadır. PMS yaşayan kadınların gösterdikleri bu saldırganlık belirtileri şiddeti kendilerine çekmelerine neden olmaktadır<sup>57</sup>.

Kadına yönelik şiddet, geleneksel toplumsal cinsiyet kalıp yargılarının baskın olduğu toplumlarda çoğu zaman haklı bir nedene dayandırılmaya çalışılmaktadır. Oysa ki, PMS'nin karakteristik fiziksel, psikolojik ve davranışsal semptomları, kadının normal günlük yaşam aktivitelerini kesintiye uğratarak ilişkilerde zorluklar yaşamasına sebep olabilmektedir<sup>24</sup>. Bu nedenle PMS'nin, kadına yönelik şiddet yönünden bir risk faktörü olarak ele alınması gerekmektedir. Şiddet mağduru kadınların PMS açısından taranmaları ve PMS saptanırsa tedavi edilmeleri önerilmektedir<sup>57</sup>.

### SONUÇ ve ÖNERİLER

PMS'ye neden olan sosyal ve kültürel faktörler olarak ele alınan toplumsal cinsiyet rolleri ve tutumları, farklı cinsel yönelimlerle ilişkili ataerkil ilişki yapısı ve kadına yönelik şiddet konuları birbirleriyle yakından ilişkili ve birbirinin içine girmiş durumdadır. Tüm bu faktörler kadınların yaşam tarzlarının önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Kadınların içinde yaşadıkları toplumda geleneksel toplumsal cinsiyet rollerinin baskın olması, PMS yaşayan kadınlara yönelik olumsuz inanç ve tutumların bulunması, heteroseksüel ilişki yapısı ve kadına yönelik şiddetin varlığı PMS yaşama durumlarını arttırmaktadır. Ayrıca PMS fizyolojik, psikolojik ve davranışsal yapısı gereği, toplumda kadınlara yönelik olumsuz inanç ve tutumların ve kadına yönelik şiddetin artmasına da neden olabilmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda, kadınların toplumsal cinsiyet rolleri ve tutumları, cinsel yönelimleri ile ilişkili ataerkil ilişki yapıları ve şiddete maruz kalmalarının PMS'in gelişmesinde etkili olduğunun hemşireler tarafından bilinmesi ve PMS yaşayan kadınların bu risk faktörleri yönünden değerlendirilip, semptomlarının azaltılması ya da yok edilmesine yönelik girişimlerin planlanması önemlidir.

**Çıkar Çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Yazar katkıları:**

Çalışma dizaynı: GK, SÖ

Makale yazımı: SÖ, GK

**Conflict of Interest:** Not reported.

**Funding:** None.

**Author contributions:**

Study design: GK, SÖ

Drafting manuscript: SÖ, GK

### KAYNAKLAR

1. Jarvis CI, Lynch AM, Morin AK. Management strategies for premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder. *Ann Pharmacother*. 2008;42:976–8.

2. Kaewrudee S, Kietpeerakool C, Pattanittum P, Lumbiganon P. Vitamin or mineral supplements for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;1.
3. O'Brien S, Rapkin A, Dennerstein L, Nevatte T. Diagnosis and management of premenstrual disorders. *Br Med J*. 2011;342:d2994.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. FAQ057-Premenstrual syndrome [Internet]. 2015 [Erişim Tarihi 18 Eylül 2019]. Erişim adresi: <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Premenstrual-Syndrome-PMS>.
5. Matsumoto T, Asakura H, Hayashi T. Biopsychosocial aspects of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Gynecol Endocrinol*. 2013;29(1):67-73.
6. Eggert L, Witthöft M, Hiller W, Kleinstäuber M. Emotion regulation in women with premenstrual syndrome: Explicit and implicit assessments. *Cognit Ther Res*. 2016;40(6):747-63.
7. Tschudin S, Berteau PC, Zemp E. Prevalence and predictors of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population-based sample. *Arch Womens Ment Health*. 2010;13(6):485-94.
8. Wittchen HU, Becker E, Lieb R, Krause P. Prevalence, incidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community. *Psychol Med*. 2002;32(1):119–32.
9. Potter J, Bouyer J, Trussell J, Moreau C. Premenstrual syndrome prevalence and fluctuation over time: results from a French population-based survey. *J Womens Health*. 2009;18(1):31-9.
10. Lee AM, So-Kum Tang C, Chong C. A culturally sensitive study of premenstrual and menstrual symptoms among Chinese women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2009;30(2):105-14.
11. Qiao M, Zhang H, Liu H, Luo S, Wang T, Zhang J, et al. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population-based sample in China. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2012;162(1):83-6.
12. Joshi JV, Pandey SN, Galvankar P, Gogate JA. Prevalence of premenstrual symptoms: preliminary analysis and brief review of management strategies. *J Midlife Health*. 2010;1(1):30.
13. Rapkin AJ, Winer SA. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: Quality of life and burden of illness. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2009;9:157–70.
14. Futterman LA, Rapkin AJ. Diagnosis of premenstrual disorders. *J Reprod Med*. 2006;51:349–58.
15. Ju H, Jones M, Mishra GD. Premenstrual syndrome and dysmenorrhea: symptom trajectories over 13 years in young adults. *Maturitas*. 2014;78(2):99-105.
16. Fisher C, Adams J, Hickman L, Sibbritt D. The use of complementary and alternative medicine by 7427 Australian women with cyclic perimenstrual pain and



- discomfort: a cross-sectional study. *BMC Complement Altern Med.* 2016;16(1):129.
17. Câmara RDA, Köhler CA, Frey BN, Hyphantis TN, Carvalho AF. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) and association of PSST scores with health-related quality of life. *Braz J Psychiatry.* 2017;39(2):140-46.
  18. Petta CA, Osís MJD, de Pádua KS, Bahamondes L, Makuch MY. Premenstrual syndrome as reported by Brazilian women. *Int J Gynaecol Obstet.* 2010;108(1):40-3.
  19. Dueñas JL, Lete I, Bermejo R, Arbat A, Campos EP, Salmean JM, et al. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a representative cohort of Spanish women of fertile age. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011;156(1):72-7.
  20. Guvenc G, Kilic A, Akyuz A, Ustunsoz A. Premenstrual syndrome and attitudes toward menstruation in a sample of nursing students. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2012;33(3):106-11.
  21. Erbil N, Karaca A, Kırış T. Investigation of premenstrual syndrome and contributing factors among university students. *Turk J Med Sci.* 2010;40(4):565-73.
  22. Gillings MR. Were there evolutionary advantages to premenstrual syndrome? *Evol Appl.* 2014;7(8):897-904.
  23. Ussher JM, Perz J. PMS as a gendered illness linked to the construction and relational experience of heterofemininity. *Sex Roles.* 2013;68(1-2):132-50.
  24. Marván M, Vázquez-Toboada R, Chrisler JC. Ambivalent sexism, attitudes towards menstruation and menstrual cycle-related symptoms. *Int J Psychol.* 2014;49(4):280-87.
  25. Ross LE, Steiner M. A biopsychosocial approach to premenstrual dysphoric disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2003;26(3):529-46.
  26. Heilburn AB, Freidberg L, Wydra D, Worobow AL. The female role and menstrual distress: an explanation for inconsistent evidence. *Psychol Women Q.* 1990;14:403-17.
  27. Hardie EA, McMurray NE. Self-stereotyping, sex-role ideology and menstrual attitudes: a social identity approach. *Sex Roles.* 1992;27:17-37.
  28. Anson O. Exploring the bio-psycho-social approach to premenstrual experiences. *Soc Sci Med.* 1999;49(1):67-80.
  29. Pool S. PMS/PMDD negatively affects daily life activities. *PharmacoEcon Outcomes News.* 2005;476:3-4.
  30. Rocha-Sanchez T, Diaz-Loving R. Cultura de genero: la brecha ideológica entre hombres y mujeres. *Anales de Psicología.* 2005;21:42-9.
  31. Jack DC. *Silencing the self: women and depression.* US: Harvard University Press; 1991.
  32. Bramwell R, Zeb R. Attitudes towards and experience of the menstrual cycle across different cultural and religious groups. *J Reprod Infant Psychol.* 2006;24:314-22.
  33. York R, Freeman E, Lowery B, Strauss JF. Characteristics of premenstrual syndrome. *Obstet Gynecol.* 1989;73(4):601-5.
  34. Figert AE. Premenstrual syndrome as scientific and cultural artifact. *Integr Psychol Behav Sci.* 2005;40:102-13.
  35. Ussher JM. Premenstrual syndrome and self-policing: ruptures in self-silencing leading to increased self-surveillance and blaming of the body. *Soc Theory Health.* 2004;2:254-72.
  36. Marván ML, Islas M, Vela L, Chrisler JC, Warren EA. Stereotypes of women in different stages of their reproductive life: data from Mexico and the United States. *Health Care Women Int.* 2008;29:673-687.
  37. Chrisler JC. Fear of losing control: power, perfectionism, and the psychology of women. *Psychol Women Q.* 2008;32:1-12.
  38. Ussher JM. *Managing the monstrous feminine: regulating the reproductive body.* Psychology Press; 2006.
  39. Chrisler JC, Gorman JA, Marván ML, Johnston-Robledo I. Ambivalent sexism and attitudes toward women in different stages of reproductive life: a semantic, cross-cultural approach. *Health Care Women Int.* 2014;35(6):634-57.
  40. Chrisler JC, Caplan P. The strange case of Dr. Jekyll and Ms. Hyde: how PMS became a cultural phenomenon and a psychiatric disorder. *Annu Rev Sex Res.* 2002;13(1):274-306.
  41. Rittenhouse CA. The emergence of premenstrual syndrome as a social problem. *Soc Probl.* 1991;38(3):412-25.
  42. Rodin M. The social construction of premenstrual syndrome. *Soc Sci Med.* 1992;35(1):49-56.
  43. Sönmezer E, Yosmaoğlu HB. Dismenorezi olan kadınlarda menstruasyona yönelik tutum ve stres algısı değişiklikleri. *Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi.* 2014;2(25):1-7.
  44. Chang AM, Holroyd E, Chau JP. Premenstrual syndrome in employed Chinese women in Hong Kong. *Health Care Women Int.* 1995;16(6):551-61.
  45. Yu MY, Zhu XL, Li JY, Oakley D, Reame NE. Perimenstrual symptoms among Chinese women in an urban area of China. *Health Care Women Int.* 1996;17(2):161-72.
  46. Hoerster KD, Chrisler JC, Rose JG. Attitudes toward and experience with menstruation in the US and India. *Women Health.* 2003;38(3):77-95.
  47. Dennerstein L, Lehert P, Keung LS, Pal SA, Choi D. Asian study of effects of premenstrual symptoms on activities of daily life. *Menopause Int.* 2010;16(4):146-51.
  48. Ussher JM, Perz J, May E. Pathology or source of power? The construction and experience of premenstrual syndrome within two contrasting cases. *Fem Psychol.* 2014;24(3):332-51.

49. King M, Ussher JM, Perz J. Representations of PMS and premenstrual women in men's accounts: an analysis of online posts from PMSBuddy.com. *Womens Reprod Health*. 2014;1(1):3-20.
50. King M, Ussher JM. It's not all bad: women's construction and lived experience of positive premenstrual change. *Fem Psychol*. 2013;23(3):399-417.
51. Abrahams N, Jewkes R, Laubscher R, Hoffman M. Intimate partner violence: prevalence and risk factors for men in Cape Town, South Africa. *Violence Vict*. 2006; 21(2): 247-64.
52. Thompson RS, Bonomi AE, Anderson M, Reid RJ, Dimer JA, Carrell D, et al. Intimate partner violence: prevalence, types, and chronicity in adult women. *Am J Prev Med*. 2006;30(6):447-57.
53. TC Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık; 2015. s.83
54. Alhabib S, Nur U, Jones R. Domestic violence against women: systematic review of prevalence studies. *J Fam Violence*. 2010;25(4):369-82.
55. Golding JM, Taylor DL, Menard L, King MJ. Prevalence of sexual abuse history in a sample of women seeking treatment for premenstrual syndrome. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2000;21:69-80.
56. Letourneau EJ, Holmes M, Chasedunn-Roark J. Gynecologic health consequences to victims of interpersonal violence. *Womens Health Issues*. 1999;9(2):115-20.
57. Obindo JT, Okeahialam BN, Ogbonna C. Violence against women: is pre-menstrual syndrome a vulnerability factor?. *Int J Acad Res*. 2010;2(2):153-156.