

J H V S

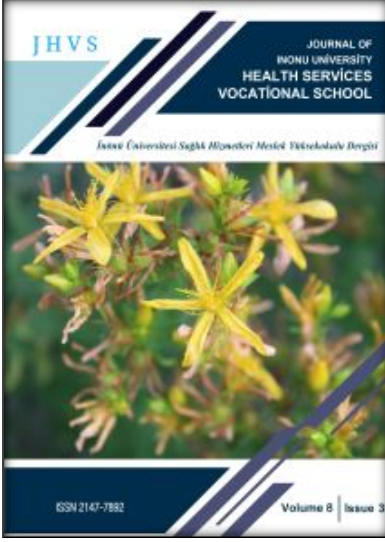
JOURNAL OF
INONU UNIVERSITY
HEALTH SERVICES
VOCATIONAL SCHOOL

İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi



ISSN 2147-7892

Volume 8 | Issue 3



JHVS

Journal of Inonu University Health Services Vocational School

İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi

Elektronik Olarak Yayınlanan Ulusal ve Uluslararası Hakemli Dergi

Yıl: 2020 Cilt 8, Sayı 3
Kasım

ISSN 2147-7892 | e-ISSN 2147-7892 | <http://dergipark.org.tr/tr/pub/inonusaglik>

İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, orijinal araştırmaları, olgu sunumlarını, editöryal yorumları, editöre mektup ve derlemeleri yayınlayan bilimsel hakemli bir dergidir. Derginin resmi dili Türkçe ve İngilizce'dir. Dergiye gönderilen yazıların daha önce yayınlanmamış veya bir başka dergiye yayın için teslim edilmemiş olması gerekir. Yayınlanmak üzere kabul edilen her türlü yayın/telif hakkı dergimize aittir.

YAYIN KURULU

EDİTÖR

ZEHRA DENİZ ÇIRAK

EDİTÖR YARDIMCISI

TURGAY KOLAÇ

ALAN EDİTÖRLERİ	DİL EDİTÖRÜ	MİZANPAJ
ABDUSSAMAT GÜZEL AZİZ PAŞAHAN ÖMER ALPEREN KIRMIZIGÜL TURGAY KOLAÇ ZEHRA DENİZ ÇIRAK	PERİHAN GÜRBÜZ	AYDIN AKTAŞ BETÜL KAPKIN İÇEN BURAK BUĞDAY HAVVA ADLI MEHMET AKİF KAY TURGAY KOLAÇ

AKADEMİK DANIŞMA KURULU

- Prof. Dr. Ali BEYTUR, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı
Prof. Dr. Ayşe AYDOĞDU, Gazi Üniversitesi Fen Fakültesi Fizik Anabilim Dalı
Prof. Dr. Ayşehan AKINCI, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Anabilim Dalı
Prof. Dr. Aynur BÜTÜN AYHAN, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü
Prof. Dr. Ahmet HARMA, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi-Tramvatoji Anabilim Dalı
Prof. Dr. Dr. Ali ÖZER, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Prof. Dr. Cemil ÇOLAK, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı
Prof. Dr. Emel YİĞİT, İnönü Üniversitesi, Fen- Edebiyat Fakültesi, Biyoloji Anabilim Dalı
Prof. Dr. Emine ŞAMDANCI, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı
Cecilia COLETTI, Università di Chieti, Chieti - Italy

Prof.Dr. Dilek ASMA, İnönü Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Biyoloji Anabilim Dalı
Prof. Dr. Evren KÖSE, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalı.
Prof. Dr. Fatih OĞUZ, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı
Prof. Dr. Hakan PARLAKPINAR, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı
Prof. Dr. Mahmut DURMUŞ, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı
Prof. Dr. Mediha KÖK, Fırat Üniversitesi Fen Fakültesi Fizik Anabilim Dalı
Prof. Dr. Nigar VARDI, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji Anabilim Dalı
Prof. Dr. Niyazi BULUT, Fırat Üniversitesi, Fen Fakültesi Fizik Anabilim Dalı
Octavio RONCERO, CSIC, Madrid - Spain
Prof. Dr. Osman CELBİŞ, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı
Prof. Dr. Süheyla ÜNAL, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı
Prof.Dr. Süleyman SANDAL, İnönü Üniversitesi, Fiziyojoloji Anabilim Dalı
Prof. Dr. Şengül YÜKSEL, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik Anabilim Dalı
Prof. Dr. Turgay SEÇKİN, , İnönü Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Kimya Bölümü
Prof. Dr. Yıldırım AYDOĞDU, Gazi Üniversitesi Fen Fakültesi Fizik Anabilim Dalı
Prof. Dr. Yusuf YAKUPOĞULLARI, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı
Prof. Dr. Zehra Deniz ÇIRAK, İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Doç. Dr. Adile Ferda DAĞLI, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı
Doç. Dr. Aziz PAŞAHAN, İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Doç.Dr. Burcu TALU, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi FTR Bölümü
Doç.Dr. Emriye Hilal YAYAN, , İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Doç. Dr. Fethi DAĞDELEN, Fırat Üniversitesi, Fen Fakültesi Fizik Anabilim Dalı
Doç. Dr. Funda KAVAK, İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
Doç. Dr. Gökay GÖRMELİ, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi-Tramvatojoloji Anabilim Dalı.
Doç. Dr. Gülden SINMAZIŞIK , Marmara Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu
Doç. Dr. Hakkı ULUTAŞ, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim dalı
Doç. Dr. Hasan GÖKÇE, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı
İsmail ERCAN, University of Dammam, Saudi Arabia
Manuel LARA, UAM, Madrid - Spain
Majdi Hochlaf, MSME Marne-la-Vallée, Paris - France
Doç.Dr. Mehmet SAĞLAM, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü
Doç. Dr. Meral ÖZKAN, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Doç. Dr. Meral YÜKSEL, Marmara Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu
Doç.Dr. Neslihan ŞİMŞEK, İnönü Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Endodonti Anabilim Dalı
Doç. Dr. Nusret AÇIKGÖZ, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı
Doç. Dr. Olcay KIZILASLAN, İnönü Üniversitesi, Mühendislik Fakültesi, Biyomedikal Mühendisliği
Doç. Dr. Osman ÇİFTÇİ, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı
Piotr S. Żuchowski, Nicolaus Copernicus University, Torun - Poland
Doç.Dr. Serap TİTRETİR DURAN, İnönü Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Kimya Bölümü
Doç.Dr. Ülkü KARAMAN, Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Parazitoloji Anabilim Dalı
Doç.Dr. Yeşim DERYA AKSOY, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü
Dr.Öğretim Üyesi. Abdussamat GÜZEL, İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Dr. Öğretim Üyesi. Aydın AKTAŞ, İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Dr. Öğretim Üyesi. Ayça Aydoğdu, Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, Uygulamalı Bilimler Fakültesi, Gıda Teknolojisi Bölümü
Dr. Öğretim Üyesi. Ayşegül ULUTAŞ, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Gelişimi Bölümü
Dr. Öğretim Üyesi. Ayşe Nur AKATLI, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

Dr. Öğretim Üyesi. Nuran AKYURT, , Marmara Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu
Dr. Öğretim Üyesi. Ömer Alperen Kırmızıgöl, İnönü Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu
Dr. Öğretim Üyesi. Turan YILDIZ, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı
Dr. Öğretim Üyesi. Tuğba MENEKLİ, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Dr. Öğretim Üyesi. Yeliz ÇETİNKOL, Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

İÇİNDEKİLER

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN AFET YÖNETİMİ HAKKINDAKİ BİLGİ, GÖRÜŞ VE YAKLAŞIMLARI

Knowledge, Opinion and Approaches of Intensive Care Nurses About Disaster Management.....527

(Original Article / Araştırma Makalesi)

Sibel ŞENTÜRK, Gönül Gülten BÜYÜKDAVRAZ, Alev YILDIRIM KESKİN

DOĞUM ŞEKLİ: DOĞUM SONU KONFOR VE DOĞUMDAN MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİ ETKİLER Mİ?

Type of Delivery: Does It Effect the Level of Comfort and Delivery Satisfaction Levels? .547

(Original Article / Araştırma Makalesi)

Emine KURT CAN, Serap EJDER APAY

EBELİK BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİNİN MERHAMET DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Determination of the Compassion Levels of Midwifery Students.....566

(Original Article / Araştırma Makalesi)

Özlem DOĞAN YÜKSEKOL, İlksen ORHAN, Erman YILDIZ, Ayşe Nur YILMAZ

HEMŞİRELERDE KENDİNİ GERÇEKLEŞTİRME, PALYATİF BAKIMA YÖNELİK TUTUM VE DAVRANIŞLARI NASIL ETKİLER?

How Does Self-Realization in Nurses Affect Attitudes and Behaviors Towards Palliative Care?.....578

(Original Article / Araştırma Makalesi)

Zeliha CENGİZ, Hilal YILDIRIM, Sema KÖMÜRKARA

IMPACT OF PATIENT SAFETY CULTURE ON MEDICAL ERROR ATTITUDES: AN APPLICATION IN NURSES

Hasta Güvenliği Kültürünün Tıbbi Hata Tutumları Üzerine Etkisi: Hemşirelerde Bir Uygulama.....590

(Original Article / Araştırma Makalesi)

Gülcan ŞANTAŞ, Özlem ÖZER, Fatih ŞANTAŞ, Mehmet Bircan GÜLEÇ

CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN HASTA GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN DENEYİMLERİ:
NİTEL BİR ÇALIŞMA

The Experiences of Surgical Nurses Regarding Patient Safety: A Qualitative
Study.....603

(Original Article / Araştırma Makalesi)

Yasemin ALTINBAŞ, Türkan KARACA

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN HASTA GÜVENLİĞİ KONUSUNDA BİLGİ VE
YETERLİLİKLERİ

Nursing Students' Knowledge and Competence About Patient
Safety.....618

(Original Article / Araştırma Makalesi)

İsmail TOYGAR, Sadik HANÇERLİOĞLU, Seçil GACANER

GEBELERDE SAĞLIK ALGISI, SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER
Health Perception, Health Literacy and Related Factors in Pregnant Women.....630

(Original Article / Araştırma Makalesi)

Emine AKÇA, Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ, Meltem AKBAŞ

MALATYA'DA YETİŞTİRİLEN HACİHALİLOĞLU KAYISININ MİKROORGANİZMA
KOMPOZİSYONUNUN ARAŞTIRILMASI VE POTANSİYEL PROBİYOTİK
ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Investigation of the Microorganism Composition of Hacihaliloğlu Apricot Grown In Malatya
and Evaluation of the Potential Probiotic Effects.....643

(Original Article / Araştırma Makalesi)

Aybike DEMRİTAŞ, Meliha KARAPINAR, Elif Seren TANRIVERDİ, Barış OTLU

PRİMİPAR VE MULTİPAR GEBELERİN GEBELİK STRESLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI

Comparison of Pregnancy Stresses in Primiparous and Multiparous
Pregnants.....652

(Original Article / Araştırma Makalesi)

Refika GENÇ KOYUCU, Dilek ÜLKAR, Buket ERDEM

THE EXAMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN BRAIN DAMAGE AND
DENTAL RESTORATIVE FILLING MATERIALS: AN IN-VIVO STUDY

Beyin Hasarı ile Restoratif Materyaller Arasındaki Bağlantının İncelenmesi: Bir İn-vivo
Çalışma.....664

(Original Article / Araştırma Makalesi)

*Selina AKSAK KARAMEŞE, İsmail CAN, Mustafa DUZYOL, Nilgün SEVEN, Mevlüt ALBAYRAK, Fadime
ATALAY, Esra DÜZYOL, Cemal GÜNDOĞDU*

MEZUN KONUMUNDA OLAN ÖĞRENCİLERİN HEMŞİRELİK DERNEKLERİNE
İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ: KALİTATİF ÇALIŞMA

Opinions of Graduate Students on Nursing Associations: Qualitative
Study.....676

(Original Article / Araştırma Makalesi)

Nurcan KIRCA, Meryem ÖNGEN

KADINLARIN JİNEKOLOJİK MUAYENE ÖNCESİ ANKSİYETE DÜZEYİ VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Anxiety Level of Women before Gynecological Examination and Effective
Factors.....688

(Original Article / Araştırma Makalesi)

Sevde AKSU, Büşra TURGUT

DİRSEK DÜZEYİNDE ULNAR SİNİR SIKIŞMASINDA BASİT DEKOMPRESYON
UYGULANAN HASTALARIN KLİNİK VE CERRAHİ SONUÇLARI

Clinical and Surgical Results of the Patients Who Underwent Simple Decompression at the
Elbow Level Ulnar Nerve Compression.....701

(Original Article / Araştırma Makalesi)

Ramazan PAŞAHAN, Bora TETİK

ERZURUM BÖLGESİNDE 0-18 YAŞ ARASI ÇOCUKLARDA SİTOMEGALOVİRÜS
SEROPREVALANSININ ARAŞTIRILMASI

Investigation of Seroprevalence of Cytomegalovirus in 0-18 Age Children in Erzurum
Region.....708

(Original Article / Araştırma Makalesi)

Ahmet YILMAZ, Muhammet Akif GÜLER

POSTPARTUM DEPRESYON DÜZEYİ İLE MATERNAL BAĞLANMA ARASINDAKİ İLİŞKİ

The Relationship between Postpartum Depression Level and Maternal Attachment.....715

(Original Article / Araştırma Makalesi)

Zeliha ÖZŞAHİN, Emine AKÇA, Nilay GÖKBULUT

PREPARATION OF ALLANTOIN LOADED CHITOSAN NANOPARTICLES AND INFLUENCE OF MOLECULAR WEIGHT OF CHITOSAN ON DRUG RELEASE

Allantoin Yüklü Kitosan Nanopartiküllerinin Hazırlanması ve Kitosanın Moleküler Ağırlığının İlaç Salımı Üzerindeki Etkisi.....725

(Original Article / Araştırma Makalesi)

Ahmet ULU

TÜRKİYE'DE MESLEK YÜKSEKOKULU FİZYOTERAPİ ÖNLİSANS PROGRAMLARININ İNCELENMESİ VE MÜFREDAT ANALİZİ

Investigation and Curriculum Analysis of Physiotherapy Associate Programs in Vocational High Schools in Turkey.....741

(Original Article / Araştırma Makalesi)

Mesut ARSLAN, Esra PEHLİVAN

HEMŞİRELERİN İŞ YAŞAMINDA AYRIMCILIĞA İLİŞKİN ALGILARININ BELİRLENMESİ

Determination of Nurses Perceptions about Discrimination in Working Life.....749

(Original Article / Araştırma Makalesi)

Gülşah ÜNSAL JAFAROV, Aytolan YILDIRIM

COVID-19 HAKKINDA ECZACILARIN VE ECZACILIK ÖĞRENCİLERİNİN BİLGİ VE TUTUMLARI

Knowledge and Attitudes of Pharmacists and Pharmacy Students about COVID-19.....763

(Original Article / Araştırma Makalesi)

Emre KARA, Kutay DEMİRKAN, Serhat ÜNAL

HASTA HAKLARI ALGISININ, BAZI DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE GÖRE İNCELENMESİ

Investigation of Patient Rights Perception According To Some Demographic Variables.....779

(Original Article / Araştırma Makalesi)

Ezgi MAHANOĞLU, Abdullah SOYSAL

BİR KAMU HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN DUYGUSAL BULAŞMA DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Determination of Emotional Contagion Levels of Nurses Working in a Public Hospital.....802

(Original Article / Araştırma Makalesi)

Fatma DEMİRKAYA, Betül SÖNMEZ

DETERMINING THE EFFECT OF THE PUBLIC HEALTH NURSING PRACTICES ON IMMIGRANT WOMEN'S QUALITY OF LIFE AND HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS

Halk Sağlığı Hemşireliği Uygulamalarının Göçmen Kadının Yaşam Kalitesi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisinin Belirlenmesi.....814

(Original Article / Araştırma Makalesi)

Zeliha KAYA ERTEN, Funda TUNCER ŞAHİN, Zübeyde KORKMAZ, Merve YILMAZ

HEMŞİRELERDE OTONOMİ DÜZEYİNİN MESLEKİ BENLİK SAYGISINA ETKİSİ

Impact of Autonomy Level on Professional Self-Esteem in Nurses.....826

(Original Article / Araştırma Makalesi)

Birgül CERİT, Nevin ÇITAK-BİLGİN, Gülseren ÇITAK-TUNÇ

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN ÖZ-ETKİLİLİK-YETERLİK DÜZEYLERİ İLE AKADEMİK BAŞARILARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Investigation of the Relationship between Self-Efficacy-Competence Levels and Academic Achievements of Nursing Students.....839

(Original Article / Araştırma Makalesi)

Seyhan ÇITLIK SARITAŞ, Zeliha BÜYÜKBAYRAM, Esra ANUŞ TOPDEMİR

İLKOKUL ÇAĞI ÇOCUKLARINDA EFÜZYONLU OTİTİS MEDİA PREVALANSININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Evaluation of the Prevalence of Otitis Media with Effusion in Primary School Age Children.....850

(Original Article / Araştırma Makalesi)

Tuğba ŞAHİN, Selim ÜNSAL, Hanifi KURTARAN

ÖĞRENCİLERİN SINAV KAYGI DÜZEYİNİN KARDİYOPULMONER
RESÜSİTASYON UYGULAMA SINAVI BAŞARILARI İLE İLİŞKİSİ: PARAMEDİK
ÖRNEĞİ

The Relationship of Students' Exam Anxiety with the Success of the Cardiopulmonary
Resuscitation Application Exam: Paramedic Example.....862

(Original Article / Araştırma Makalesi)

Leyla DELİBAŞ, İbrahim BİLİR, Göksel DÜRMÜŞ, Aynur EKREN, Semra ÇELİKLİ

BİR ÜNİVERSİTENİN SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK
ÖĞRENCİLERİNİN ÖĞRENİMLERİNE İLİŞKİN DOYUM DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ

Investigation of a University's Health Sciences Faculty Nursing Students' Satisfaction Levels
Regarding Their Education.....874

(Original Article / Araştırma Makalesi)

Cevriye YÜKSEL KAÇAN, Aylın PALLOŞ

DOĞUMHANEDE ÇALIŞAN EBELERDE İŞE BAĞLI GERGİNLİK DÜZEYİ İLE
TÜKENMİŞLİK, ÖRGÜTSEL BAĞLILIK VE ÖRGÜTSEL ADALET DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ

Relationship between Work-Related Tension Level and Burnout, Organizational Commitment
and Justice Levels of the Midwives Working in Delivery Units.....893

(Original Article / Araştırma Makalesi)

Hacer ÜNVER, Yeşim AKSOY DERYA, Tuba UÇAR

THE EFFECT OF INTENSIVE CARE UNIT NURSES' ANXIETY LEVELS ON MORAL
SENSITIVITY

Yoğun Bakım Ünitesi Hemşirelerinin Anksiyete Düzeylerinin Ahlaki Duyarlılığa Etkisi....906

(Original Article / Araştırma Makalesi)

Serdar SARITAŞ, Esra ANUŞ TOPDEMİR, Zeliha BÜYÜKBAYRAM

ANTENATAL DÖNEMDE MOBİL SAĞLIK HİZMETLERİ

Mobile Health Services in Antenatal Period919

(Review Article / Derleme Makalesi)

Güzin ÜNLÜ, İlkay GÜNGÖR SATILMIŞ

BASINÇ YARASI VE MALNÜTRİSYON

Pressure Sore and Malnutrition.....933

(Review Article / Derleme Makalesi)

Sennur KULA ŞAHİN

BİYOMÜHENDİSLİKTE KULLANILAN KAN ANALOGLARINA GENEL BİR BAKIŞ

An Overview of Blood Analogues Used in Bioengineering.....946

(Review Article / Derleme Makalesi)

Hatice BİLGİLİ, Teymuraz ABBASOV

DELİRYUMDAKİ PEDİATRİK YOĞUN BAKIM HASTALARINA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Nursing Approach to Pediatric Intensive Care Patients in Delirium.....964

(Review Article / Derleme Makalesi)

Abdullah SARMAN, Emine SARMAN

HEMŞİRELİK EĞİTİMİNDE İŞBİRLİKLİ ÖĞRENME MODELİ

Cooperative Learning Model in Nursing Education.....973

(Review Article / Derleme Makalesi)

Fatma KARASU, Rabia ARAPACI, Ebru ÖZTÜRK ÇOPUR, Hasan Hüseyin ÇAM

KAWASAKİ HASTALIĞI VE DENTAL YAKLAŞIMLAR

Kawasaki Disease and Dental Approaches.....989

(Review Article / Derleme Makalesi)

Merve CANDAN, İrem İPEK, Murat ÜNAL

TÜRKİYE'DE "HEMŞİRELİKTE KUŞAKLAR" KONUSUNDA 2014-2019 YILLARI ARASINDA YAYIMLANAN ULUSAL ÇALIŞMALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ: SİSTEMATİK BİR İNCELEME

Evaluation of National Studies about "Generations of Nursing" Which Had Been Published Between the Years 2014-2019 in Turkey: A Systematic Review.....1002

(Review Article / Derleme Makalesi)

Handan ALAN, Elif PEKER, Dilan ARSLAN, Fidan TOPRAK, Feride EŞKİN BACAKSIZ

YENİDOĞANLARDA İLAÇ UYGULAMA HATALARINDA HEMŞİRENİN
SORUMLULUĞU

Nurse's Responsibility for Drug Administration Errors in Newborn.....1018

(Review Article / Derleme Makalesi)

Fatma TAŞ ARSLAN, Sevinç AKKOYUN

ZİHİNSEL ENGELLİ ÇOCUĞUN OREM' İN ÖZBAKIM YETERSİZLİK KURAMI'NA
GÖRE BAKIMI: OLGU SUNUMU

Care of Mentally Handicapped Children by Orem's Self-Inficiency Theory: Case Report..1030

(Case Report / Olgu Sunumu)

Semiha DERTLİ, Seher ÇEVİK AKTURA

NAZOPALATİN KANAL KİSTLERİ - 3 OLGU SUNUMU VE LİTERATÜR DERLEMESİ
Nasopalatine Duct Cysts - 3 Case Series and Literature Review.....1043

(Case Report / Olgu Sunumu)

Pembe BOĞAÇ, Ferah ONAY KARAKAŞ, Mehmet Emin TOPRAK, Selda YENEL

ALLERJİK HASTALIĞI OLAN ÇOCUKLARDA TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TIP
KULLANIMI

Complementary and Alternative Medicine Methods Use in Children with Allergic
Disease.....1054

(Original Article / Araştırma Makalesi)

Yağmur SEZER EFE, Harun ÖZBEY, Nuray CANER, Meral BAYAT, Fulya TAHAN, Murat CANSEVER

Düzeltilme- SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN
KARDİYOVASKÜLER HASTALIK RİSK FAKTÖRLERİNE İLİŞKİN BİLGİ
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ: ARTVİN ÇORUH ÜNİVERSİTESİ ÖRNEĞİ

Determination of Health Services Vocational School Students' Knowledge Levels About
Cardiovascular Disease Risk Factors: Example of Artvin Coruh
University.....1066




(Original Article / Araştırma Makalesi)

Emre ERKAL, Sevgi DEMİR

Original Article / Araştırma Makalesi

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN AFET YÖNETİMİ HAKKINDAKİ BİLGİ, GÖRÜŞ VE YAKLAŞIMLARI

Knowledge, Opinion and Approaches of Intensive Care Nurses About Disaster Management

Sibel ŞENTÜRK¹  Gönül Gülten BÜYÜKDAVRAZ²  Alev YILDIRIM KESKİN³ 

¹Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Bucak Sağlık Yüksekokulu, Burdur

²Isparta Şehir Hastanesi, Isparta

³Selçuk Üniversitesi, Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu, Konya

Geliş Tarihi / Received: 16.06.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 21.07.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ÖZ

Bu çalışma, yoğun bakım (YB) hemşirelerinin afet yönetimi hakkındaki bilgi, görüş ve yaklaşımlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı tipteki araştırmanın evrenini Şubat - Haziran 2019 tarihleri arasında bir Şehir Hastanesi'nin YB'lerinde çalışan 226 hemşire, örneklemini ise çalışmaya katılmayı kabul eden 204 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın verileri "Hemşire Bilgi Formu" ve "Afet Yönetimi Tanılama Formu" kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama ve korelasyon analizi kullanılmıştır. Araştırma sonucunda YB hemşirelerinin yaş ortalamasının $33,71 \pm 7,76$, %68,1'inin kadın, %57,4'ünün eğitim durumunun lisans/yüksek lisans ve %57,8'inin YB'da çalışma süresinin 1-5 yıl arasında değiştiği saptanmıştır. Hemşirelerin %69,1'inin afet yönetimi ile ilgili eğitime ihtiyaç duyduğu, %49,0'ının ise afete kısmen hazır olduğu tespit edilmiştir. YB hemşirelerinin afet sırasında yapılacaklara ilişkin bilgi ve görüşlerinin %54-98 arasında, afet sonrasında yapılacaklara ilişkin bilgi ve görüşlerinin ise %62-93 arasında değiştiği saptanmıştır. YB hemşirelerinin eğitim durumu ile afet öncesi, sırası ve sonrasında yapılacaklara yönelik bilgiler arasında anlamlı pozitif bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$). YB hemşirelerinin afet yönetimi konusunda eğitime ihtiyaçlarının olduğu belirlenmiş olup afet yönetimi konusunda bilgi ve becerilerini geliştirecek hizmet içi eğitimlerin ve sertifika programlarının düzenlenmesi önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Afet Yönetimi, Bilgi, Görüş, Yaklaşım, Yoğun Bakım Hemşireliği

ABSTRACT

This study has been conducted to determine the information, opinion and approaches of intensive care (IC) nurses on disaster management. The population of the descriptive study consisted of 226 nurses working in intensive care units (ICU) of a City Hospital between February - June 2019, while the sample of the study comprised 204 nurses who agreed to take part in the study. The data of the study have been collected using the "Nurses Information Form" and "Disaster Management Identification Form". In the analysis of the data; number, percentage, mean and correlation analysis have been used. As the result of the study it has been determined that mean age of the IC nurses was $33,71 \pm 7,76$ years, 68,1% were female, 57,4% had educational status of license/master's degree and 57,8% had been working in the ICU for 1-5 year(s). It has been detected that 69,1% of the nurses needed training on disaster management and 49,0% were partially prepared for a disaster. It has been determined that information and opinion of the IC nurses on what to do during a disaster varied between 54-98%, while their information and opinion about what to do after a disaster varied between 62-93%. A significant positive correlation has been determined between educational background of the IC nurses and their information on what to do before, during and after a disaster ($p < 0,05$). It has been determined that the IC nurses needed training on disaster management and thus, in-service trainings and certificate programs can be suggested to be organised to develop their information and skills on disaster management.

Keywords: Approach, Disaster Management, Information, Intensive Care Nursing, Opinion

GİRİŞ

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ) hastaneler içinde en fazla kaynağın, donanımın ve uygulamanın kullanıldığı, genel durumu kötü olan hastaların takip ve tedavisinin yapıldığı özel birimlerdir (Akdağ, Tosun ve Cinal, 2011; Balık ve Öztürk, 2016). Teknolojik gelişmeler, birey ve toplumun yaşam beklentileri ve yaşlı nüfusun giderek artması gibi nedenler, YBÜ'lerine ve YB yataklarına olan gereksinimi de artırmıştır (Akdağ vd., 2011). YB'da yatak gereksinimlerinin artması eğitilmiş sağlık personelinin de artmasına neden olmuştur. YBÜ'lerinde, hasta bakımının kilit sağlık personellerinden biri de YB hemşiresidir. YB'da görevli olan YB hemşiresi, karmaşık ve yaşamı tehdit edici problemleri olan hastaların tanınmasını yapmak, hastaları sürekli izlemek, kaliteli YB ve tedavi girişimleri uygulamak, hasta ve yakınları ile terapötik ilişki kurmak, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimleri uygulamaktan sorumlu hemşire olarak tanımlanmaktadır (THD, 2011). Florence Nightingale'den bu yana hemşirelerin, hastalara bakım verme dışında değerlendirme yapma ve eleştirel düşünme, öncelik belirleme, iletişim kurma, işbirliği yapma ve afet yönetimi ile ilgili önemli rolleri de bulunmaktadır (Aytekin, 2003; Guerdan, 2009).

Afetler dünya çapında yaygın olan, birçok insanı önemli ölçüde etkileyebilen, yaralanma ve ölümlere neden olabilen, evlerine ve sağlık sistemine zarar veren olaylardır (Shabbir, Afzal, Sarwer, Gilani, ve Waqas, 2017). Afetler, yaşamı düzensizleştiren ve etkilenen toplumlarda birçok soruna neden olan durumlar olarak tanımlanmaktadır (Labrague, Yboa, McEnroe-Petitte, Lobrino, ve Brennan, 2016; Turgut vd., 2012). Afetlerin yönetim süreci, risk altında olan yerlere yönelik hesapların yapılmasında ve afetlerden etkilenen insanları afetlerin etkilerinden çıkarma noktasında çok önemlidir (Singhal, Bhatnagar, Lal, ve Paliwal, 2016). Afetleri tamamen önlemek mümkün olmadığından dolayı özellikle de sağlık kurumlarının ve sağlık kurumlarında çalışan profesyonellerin afet öncesi, sırası ve sonrasına yönelik planlarını, eğitimlerini ve uygulamalarını en iyi şekilde hazırlamaları gerekmektedir (Guerdan, 2009). Günümüzde birçok ülkede hemşireler; oluşabilecek afetlere karşı hazırlıklı olmak ve afet durumları için gerekli olan bilgi ve becerileri kazanmakla sorumlu tutulmaktadır (Kalanlar ve Kubilay, 2015; Zarea, Beiranvand, Sheini-Jaberi, ve Nikbakht-Nasrabadi, 2014). Bu nedenle hemşirelerin, kendi uzmanlık alanları ne olursa olsun afet yönetimini bilmesi ve afetlerin tüm evrelerinde görev almaları sağlanmalıdır. Başlangıçta yalnızca halk sağlığı hemşirelerinin, acil hemşirelerinin ya da orduda görev yapan hemşirelerin uygulama alanı olarak görülen afet yönetimi, günümüzde tüm alanlarda çalışan

hemşirelerin öğrenmesi gereken bir konu olarak görülmektedir (Gökhan, Namigar, ve Adem, 2012).

Afet hemşireliği; afetlerle ilgili hemşirelik bilgi ve becerilerinin sistematik kullanımı ve afetlerin sebep olduğu yaşamı tehdit edici zararları azaltma amacıyla yapılan uygulamaların geliştirilmesi olarak tanımlanmaktadır (Gökhan vd., 2012; Polivka vd., 2008). Afet hemşiresinin bu nitelikler doğrultusunda hizmet verebilmesi için rol ve sorumlulukları, eğitimi, hizmet kapsamı ve afet hemşireliği alanındaki araştırmalar gibi birçok konunun ele alınması gerekmektedir (Bulut vd., 2005; Fountain vd., 2014). Afet yönetimi tüm aşamaları ile hemşirelik uygulamaları açısından, bir problem çözme yaklaşımı olan hemşirelik sürecinden bağımsız düşünülmemekte ve hemşirenin evrensel bir rolü olarak kabul edilmektedir (ICN, 2009; Kalanlar ve Kubilay, 2015). Literatürde hemşirelerin afet yönetimine hazırlığına katkı sağlayan faktörlerin, bu alandaki araştırma önceliği olarak tanımlanan uygulama, eğitim ve afet deneyimi olarak belirtilmektedir (Lök, Yıldırım, Al, Zengin, ve Çavdar, 2009; Vatan ve Salur, 2010). Hemşireler için eğitimin ve uygulamanın önemi bilinmesine karşın, literatürde afet hemşireliği ve afet yönetimine odaklanan çalışmaların sınırlı olduğu görülmekte olup hemşirelerin afet yönetimi konusunda bilgi eksikliğinin olduğu ve farkındalıklarının bulunmadığı tespit edilmiştir (Abd, Adam, ve Mohamed, 2011; Al Khalaileh, Bond, ve Alasad, 2012; Kalanlar ve Kubilay, 2015a; Taşkiran ve Baykal, 2017; Usher ve Manyer, 2011). Özellikle YB ünitelerinin kritik önem taşıyan hasta grubunu barındırması nedeniyle bu ünitelerde çalışan tüm sağlık personelinin gelişebilecek bir afet durumunda ne yapması gerektiği, hastaları nasıl nakledecekleri ve afet sırasında ve sonrasında yapmaları gerekenler konusunda bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. YB hemşirelerinin çalıştıkları kurumlarda afet eylem planlarının neler olduğu, sığınakların yerleri, afet sırasında kullanılacak malzemelerin bulunduğu alanlar, aramaları gereken telefon numaraları ve işaretler konusunda bilgi sahibi olmaları önem taşımaktadır. Bu konular ele alındığında YB ünitelerinde çalışan hemşireler üzerinde afet öncesi, sırası ya da sonrasında yapılacaklar ile ilgili onların bilgilerini sorgulayan bir çalışmaya rastlanmamış olup, yapılacak olan bu çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı ve yapılacak çalışmalara ışık tutacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın Soruları:

- 1.YB hemşirelerinin afet yönetimi hakkındaki bilgi, görüş ve yaklaşımları nedir?
- 2.YB hemşirelerinin sosyodemografik özellikleri afet yönetimi hakkındaki bilgi, görüş ve yaklaşımlarını etkilemekte midir?

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırma Tipi: Bu araştırma, YB hemşirelerinin afet yönetimi hakkındaki bilgi, görüş ve yaklaşımlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi: Araştırmada evren üzerinde çalışılmış olup örneklem seçimine gidilmedi. Araştırmanın kapsamını Şubat- Haziran 2019 tarihleri arasında Isparta Şehir Hastanesi'nin tüm YB hemşireleri (226 hemşire), örneklemini ise (a) 18 yaş ve üzeri, (b) iletişim ve algılama sorunu olmayan, (c) çalışmanın yapıldığı tarihlerde YB ünitelerinde görevli olan ve (d) çalışmaya katılmayı kabul eden 204 hemşire oluşturdu (Evrenin %90,2'sine ulaşıldı).

2.3. Verilerin Toplanması

Veriler, araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan sosyodemografik özelliklerin yer aldığı "Hemşire Bilgi Formu" ve afet yönetimi ile ilgili soruları içeren "Afet Yönetimi Tanılama Formu" kullanılarak toplandı. Uygulamaya başlamadan önce 5 hemşire ile ön uygulama yapıldı. Ön uygulama sonunda anket formunda herhangi bir değişiklik yapılmadı. Anketler yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Ek olarak tüm hemşirelere ulaşmak ve YB işleyişinde aksaklık oluşturmamak için anketler YB servis sorumlularına teslim edilip 1 ay sonunda geri alındı. Anket uygulamasına başlamadan önce hemşirelere araştırmanın amacı ve anket formu hakkında bilgi verildikten sonra yazılı ve sözlü onamları alındı. Veri toplama formlarının uygulanması yaklaşık 15-20 dakika arasında sürdü.

2.4. Veri Toplama Araçları

2.4.1. Hemşire Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan (Demirbaş, Sezer ve Ergun, 2013; Gökhan vd., 2012; Kalanlar ve Kubilay, 2015; Lök vd., 2009; Sezen, Tapan, Yılmaz ve Sezen, 2015; Tel, 2016) sosyodemografik özellikleri içeren (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, yaşanılan yer, gelir durumu, meslekte çalışma yılı, YB'da çalışma yılı, YB'da çalışma sertifikası) 11 soru yer almaktadır.

2.4.2. Afet Yönetimi Tanılama Formu: Araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan (Demirbaş vd., 2013; Gökhan vd., 2012; Kalanlar ve Kubilay, 2015; Lök vd., 2009; Sezen vd., 2015; Tel, 2016) afet yönetimi ile ilgili soruları içeren afet öncesi kısımda 'evet-hayır-bilmiyorum/fikrim yok' şeklinde 20 soru (afetin tanımı, afet sertifikası, afet yönetimi ile ilgili eğitim alma durumu, eğitime gereksinim duyma, afete hazır olduğunu

düşünme, hastanede afetle ilgili mühendislik incelemesi yapılmasına ilişkin bilgisinin olma durumu, afet durumunda kullanılacak malzeme ve yerler hakkında bilgisinin olma durumu, hastane kaynaklarının afette yeterli olduğunu düşünme, sirenin anlamını bilme, afet planının hastanede olup olmadığını bilme, hastane güvenlik noktalarını bilme, afetle ilgili işaretlerin anlamını bilme, hastanenin acil ve afet krokisini bilme, afetle karşılaşma durumu, afet durumunda hemşirelerin rollerini bilme), afet sırasında YB hemşiresi olarak bir afetle karşılaşma durumunda yapılacakları bilme durumunu içeren ‘evet – hayır’ şeklinde 10 soru (acil çağrı ziline yerini bilme, afette aranacak numaraları bilme, afette kullanılacak tıbbi malzeme, ilk yardım çantası ve araç gereçlerin yerlerini bilme, acil durum renk kodlarını ve çıkış kapısının yerini bilme, tahliye duyurusu sırasında telaşa kapılmadan hastaların beklmelerini söyleme, toplanma bölgesine ya da sığınaklara hastaları götürebilme, mekanik ventilatöre ve diğer cihazlara bağlı olan hastaların portatif cihazlara bağlantısını sağlayarak güvenli bir yere taşınmasını sağlayabilme, yürüyebilen hastaların tahliye sırasında görevlilerin yönlendirmeleri doğrultusunda hareket etmeleri ve gösterilen çıkış yolunu kullanıp toplanma alanına ya da sığınaklara ulaşmalarını destek olma, ve sırasıyla yürüyen hastaların, tek başına yürüyemeyen hastaların, mekanik ventilatöre ve diğer cihazlara bağlı olan hastaların tahliyesini gerçekleştirilmesi gerektiğini bilme), YB hemşiresi olarak afet sonrasında yapılacak eylemleri bilme durumunu içeren ‘evet – hayır’ şeklinde 10 soru (triyaj yapmayı, triyaj kategorilerini, triyaj önceliklerini/reng kodlarını ve hastane triyaj alanını bilme, triyaj eğitimi alma, afet sonrasında sakin bir şekilde hastalara yardımcı olma, diğer sağlık personeliyle işbirliği içerisinde olma ve gerekli müdahaleyi yapma, crush sendromunu tespit edip diğer sağlık kuruluşlarına nakil işlemlerini gerçekleştirme ve afet sonrası verileri hasta kayıt formuna kaydetme) olmak üzere toplam 40 sorudan oluşmaktadır.

2.5.Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayar ortamında SPSS 24.0 (Statistical Package for Social Science) paket programında değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizde hemşirelere özgü sosyo-demografik ve mesleki değişkenlerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, standart sapma, frekans, ortalama minimum-maksimum değerler ve Sperman korelasyon analizi yapılmıştır. Testlerin anlamlılık düzeyi olarak $p<0,05$ kabul edilmiştir.

2.6.Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik kurul izni alındı (Toplantı Tarihi: 02.01.2019; Karar No: GO 2019/4). Aynı zamanda araştırmanın yapılabilmesi için Isparta İl

Sağlık Müdürlüğünden ve hastane yönetiminden de araştırmanın yapılabilmesi amacıyla resmi izin alındı (Sayı: 80565742-771-E216). Araştırmanın amacı, süreci ve anket formu hakkında hemşirelere açıklama yapıp, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı belirtilerek onamları alındı. Bu çalışma, Dünya Tıp Birliği (WMA) Helsinki Bildirgesi (ve/veya Dünya Psikiyatri Birliği HAWAII Bildirgesi) İyi Klinik Uygulamaları gözetilerek yapıldı.

2.7.Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma, ülkemizdeki YB hemşirelerinin genelini yansıtmamakta olup çalışmanın yapıldığı hastanedeki YB hemşireleri ile sınırlıdır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamalarının $33,71 \pm 7,76$, %68,1'inin kadın, %57,4'ünün eğitim durumu lisans/yüksek lisans, %63,2'sinin evli, %84,3'ünün en uzun yaşadığı yerin il merkezi olduğu tespit edilmiştir. YB hemşirelerinin %41,2'sinin meslekte çalışma yılının 21 yıl üzerinde olduğu, %57,8'inin YB'da çalışma süresinin 1-5 yıl arasında değiştiği ve %62,7'sinin YB sertifikasının olmadığı bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. YB Hemşirelerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=204)

Sosyodemografik Özellikler	X±SS	n	%
Yaş Ortalaması	33,71±7,76 (Min:22,Max:51)		
Cinsiyet			
Kadın		139	68,1
Erkek		65	31,9
Eğitim Durumu			
SML		35	17,2
Ön Lisans		52	25,5
Lisans/YL		117	57,4
Medeni Durum			
Evli		129	63,2
Bekar		7	3,6
Yaşadığı Yer			
İl		172	84,3
İlçe		21	10,3

Meslekteki Çalışma Yılı		
1-5 yıl	61	29,9
6-10 yıl	6	2,9
11-15 yıl	30	14,7
16-20 yıl	23	11,3
21 yıl ve üzeri	84	41,2
YB'da Çalışma Yılı		
1-5 yıl	118	57,8
6-10 yıl	14	6,9
11-15 yıl	30	14,7
16-20 yıl	5	2,5
21 yıl ve üzeri	37	18,1
YB Sertifikası Bulunma		
Evet	76	37,3
Hayır	128	62,7

*SML: Sağlık Meslek Lisesi, YL: Yüksek Lisans

YB'da çalışan hemşirelerin afet öncesi döneme ilişkin bilgi ve görüşleri değerlendirildiğinde; hemşirelerin %92,2'sinin afet tanımını bildiği, %54,9'unun afet yönetimi için eğitim aldığı, %92,6'sının afet yönetim sertifikasının bulunmadığı, %69,1'inin afet yönetimi ile ilgili eğitime ihtiyaç duyduğu ve %49,0'ünün afete kısmen hazır olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2).

Araştırmamızda YB hemşirelerine, çalıştıkları hastanede deprem ile ilgili mühendislik incelemesi yapıp yapılmadığını bilme durumu sorulduğunda; %68,1'inin hayır cevabını verdikleri saptanmıştır. Hemşirelerin %62,7'si hastanedeki afet malzemelerini ve yerlerini bilmediklerini, %59,8'i hastane kaynaklarının afet durumu için kısmen yeterli olduğunu, %60,8'i afet durumunda 3 dk kesik kesik çalan sirenin anlamını bildiklerini, %31,9'u hastane afet planı (HAP) olduğunu belirtmişlerdir. Hemşirelerin %76,5'inin afet yönetiminde acil toplanma yeri işaretinin, %97,1'inin ise acil çağrı telefonu işaretinin anlamını bildikleri saptanmıştır. YB hemşirelerinin %54,4'ü hastane güvenlik noktalarını, %61,8'i medya ve halkla ilişkiler noktasını ve %59,3'ü acil durum ve afet krokisinin yerini bilmedikleri belirlenmiştir. Hemşirelerin %61,3'ü hayatlarının herhangi bir döneminde afet ile karşılaşmadıkları, hemşire olarak çalışırken %22,5'inin afetle karşılaştıkları, afetle karşılaşanların %41,2'sinin ise afet olarak depremle karşılaştıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin afet ile karşılaştıklarında %31,5'i dolap ve rafların yıkıldığını, %29,3'ü telefonların çalışmadığını, %27,2'si binaların çatladığını, %7,6'sı kimyasalların döküldüğünü ifade etmişlerdir. Hemşirelerin %73,0'ı afet öncesi dönemde, %92,2'si afet sırasında, %94,1'i de afet sonrasında hemşirenin rolü olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir (Tablo 2).

Tablo 2. YB Hemşirelerinin Afet Öncesinde Yapılacaklara Yönelik Bilgi ve Görüşlerinin Dağılımı (n=204)

Afet Yönetimine İlişkin Bilgi ve Görüşler	n	%
Afet tanımını bilme durumu		
Evet	188	92,2
Hayır	16	7,8
Afet yönetimi için eğitim alma durumu		
Evet	112	54,9
Hayır	92	45,1
Afet yönetim sertifikası bulunma durumu		
Evet	15	7,4
Hayır	189	92,6
Afet yönetimi ile ilgili eğitime ihtiyaç duyma		
Evet	141	69,1
Hayır	63	30,9
Afete hazır olduğunu düşünme durumu		
Evet	73	35,8
Hayır	31	15,2
Kısmen	100	49,0
Deprem ile ilgili mühendislik incelemesi yapıp yapılmadığını bilme durumu		
Evet	65	31,9
Hayır	139	68,1
Afet malzemeleri ve yerlerini bilme durumu		
Evet	76	37,3
Hayır	128	62,7
Hastane kaynaklarının afet durumu için yeterli olup olmadığını düşünme		
Evet	48	23,5
Hayır	34	16,7
Kısmen	122	59,8
Afet durumunda 3 dk kesik kesik çalan sirenin anlamını bilme		
Evet	124	60,8
Hayır	80	39,2
Çalıştığınız hastanede hastane afet planı (HAP) olup olmadığını bilme durumu		
Evet	65	31,9
Hayır	37	18,1
Bilmiyorum	102	50,0
Hastane güvenlik noktalarını bilme		
Evet	93	45,6
Hayır	111	54,4
Medya ve halkla ilişkiler noktasını bilme		
Evet	54	26,5
Hayır	24	11,8
Bilmiyorum	126	61,8
Acil durum ve afet krokisini bilme		
Evet	68	33,3
Hayır	15	7,4
Bilmiyorum	121	59,3
Afet ile karşılaşma durumu		
Evet	79	38,7
Hayır	125	61,3
Hemşire olarak çalışırken afetle karşılaşma		
Evet	46	22,5
Hayır	158	77,5
Cevabınız evet ise hangi afet ile karşılaştınız		
Deprem	84	41,2
Yangın	6	2,9
Sel	6	2,5

Afet ile karşılaştığımızda yaşadığımız sorunlar		
Telefonların çalışmaması	27	29,3
Binanın çatlaması	25	27,2
Kimyasalların dökülmesi	7	7,6
Dolap ve raf yıkımı	29	31,5
Cihazların zarar görmesi	20	21,7
Afet öncesi dönemde hemşirenin rolünün olduğunu düşünme		
Evet	149	73,0
Hayır	24	11,8
Fikrim yok	31	15,2
Afet sırasında hemşirenin rolünün olduğunu düşünme		
Evet	188	92,2
Hayır	5	2,5
Fikrim yok	11	5,4

YB hemşirelerinin afet sırasında yapılacaklara ilişkin bilgi ve görüşleri incelendiğinde; hemşirelerin %78,4'ünün YB ünitesindeki acil çağrı ziline yerini, %54,4'ünün afette araması gereken numarayı, %84,3'ünün kullanabilecekleri tıbbi araç gerecin yerini, %75,5'inin acil durumda renk kodlarını, %98,0'mının çıkış kapısının yerini bildikleri saptanmıştır. Hemşirelerin %95,6'sı afet sırasında bilinci açık hastaları yönlendirebileceklerini, %91,2'si YB'da yürüeyebilen hastaları çıkışa götürebileceklerini, %87,7'si mekanik ventilatör ve diğer cihazlara bağlı olan hastaların güvenli bir yere taşınmasını sağlayacaklarını, %96,6'sı tahliye sırasında yürüeyebilen hastalara yapacaklarını sakinlikle anlatabileceklerini ve %96,1'i de YB'da bulunan tüm hastaların tahliyesini sağlayabileceklerini belirtmişlerdir (Tablo 3).

Tablo 3. YB Hemşirelerinin Afet Sırasında Yapılacaklara Yönelik Bilgi ve Görüşlerinin Dağılımı (n=204)

Afet Sırasında Hemşirelerin Bilgi ve Görüşleri	N	%
YB Ünitesinde acil çağrı ziline yerini bilme		
Evet	160	78,4
Hayır	44	21,6
Hangi afette hangi numarayı araması gerektiğini bilme		
Evet	111	54,4
Hayır	93	45,6
Afette kullanılacak tıbbi malzeme ve araç-gereçlerin yerini bilme		
Evet	172	84,3
Hayır	32	15,7
Acil durum renk kodlarını bilme		
Evet	154	75,5
Hayır	50	24,5
Çıkış kapısının yerini bilme		
Evet	200	98,0
Hayır	4	2,0
Bilinci açık hastaları yönlendirmeyi bilme		
Evet	195	95,6
Hayır	9	4,4
Telaşa kapılmadan YB'da yürüeyen hastaları çıkışa götürme		
Evet	186	91,2
Hayır	18	8,8

Mekanik ventilatör ve diğer cihazlara bağlı olan hastaların güvenli bir yere taşınmasını sağlama		
Evet	179	87,7
Hayır	25	12,3
Tahliye sırasında yürüeyebilen hastalara yapılacakları sakinlikle anlatma		
Evet	197	96,6
Hayır	7	3,4
YB'da bulunan tüm hastaların tahliyesini sağlamayı bilme		
Evet	196	96,1
Hayır	8	3,9

Araştırmamızda hemşirelerin afet sonrasında yapılacaklara ilişkin bilgi ve görüşleri değerlendirildiğinde; YB hemşirelerinin %88,7'sinin triaj yapmayı bildikleri, %62,3'ünün triaj eğitimi aldıkları, %78,9'unun triaj kategorilerini bildikleri, %83,3'ünün triaj önceliklerini ve renk kodlarını bildikleri, %77,9'unun hastane triaj anlamını bildikleri, %93,1'inin telaşa kapılmadan sakinliğini koruyarak hastalara yardımcı olacakları, %80,9'unun diğer sağlık kuruluşları ile iletişime geçerek iş birliği yapacakları ve %92,2'si de çalışma arkadaşları ile uyum içinde hastalara gerekli müdahaleyi yapabileceklerini belirtmişlerdir (Tablo 4).

Tablo 4. YB Hemşirelerinin Afet Sonrasında Yapılacaklara Yönelik Bilgi ve Görüşlerinin Dağılımı (n=204)

Afet Sonrasına İlişkin YB Hemşirelerinin Bilgi ve Görüşleri	N	%
Triaj yapmayı bilme durumu		
Evet	181	88,7
Hayır	23	11,3
Triaj eğitimi alma durumu		
Evet	127	62,3
Hayır	77	37,7
Triaj kategorilerini bilme durumu		
Evet	161	78,9
Hayır	43	21,1
Triaj önceliklerini ve renk kodlarını bilme durumu		
Evet	170	83,3
Hayır	34	16,7
Hastane triaj alanını bilme durumu		
Evet	159	77,9
Hayır	45	22,1
Afet sonrasında telaşa kapılmadan sakinliğini koruyarak hastalara yardımcı olma durumu		
Evet	190	93,1
Hayır	14	6,9
Diğer sağlık kuruluşları ile iletişime geçip iş birliği yapma durumu		
Evet	165	80,9
Hayır	39	19,1
Çalışma arkadaşları ile uyum içinde hastalara gerekli müdahaleyi yapabilme durumu		
Evet	188	92,2
Hayır	16	7,8

Crush sendromunu tespit edip hasta nakillerini gerçekleştirebilme durumu

Evet	141	80,9
Hayır	39	19,1

Afet sonrasında verileri kayıt formuna kayıt etme durumu

Evet	179	87,7
Hayır	25	12,3

*YB: Yoğun Bakım

YB hemşirelerinin afet yönetimi için eğitim alma durumları ile afete hazır olduğunu düşünme ($p=0,009$, $r=0,182$), afet durumunda kullanılan malzeme ve yerler hakkında bilgisi olma ($p=0,000$, $r=0,311$), hastane kaynaklarının yeterli olduğunu düşünme ($p=0,000$, $r=0,325$), 3 dakika kesik kesik çalan siren sesinin anlamını bilme ($p=0,010$, $r=0,180$), HAP olup olmadığını bilme durumu ($p=0,023$, $r=0,159$), hastanede güvenlik noktalarını bilme ($p=0,000$, $r=0,256$), acil durum ve afet krokisinin olup olmadığını bilme ($p=0,022$, $r=0,160$) arasında anlamlı pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. YB hemşirelerinin afete hazır olduğunu düşünme durumları ile afet durumunda kullanılan malzeme ve yerler hakkında bilgi sahibi olma ($p=0,034$, $r=0,149$), hastane kaynaklarının yeterli olduğunu düşünme ($p=0,000$, $r=0,533$), HAP olup olmadığını bilme durumu ($p=0,000$, $r=0,343$), hastanede güvenlik noktalarını bilme ($p=0,000$, $r=0,246$), acil durum ve afet krokisinin olup olmadığını bilme ($p=0,000$, $r=0,208$) arasında anlamlı pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. YB hemşirelerinin afet durumunda kullanılan malzeme ve yerler hakkında bilgisi olma durumları ile hastane kaynaklarının yeterli olduğunu düşünme ($p=0,000$, $r=0,391$), 3 dakika kesik kesik çalan siren sesinin anlamını bilme ($p=0,000$, $r=0,349$), HAP olup olmadığını bilme durumu ($p=0,001$, $r=0,224$), hastanede güvenlik noktalarını bilme ($p=0,000$, $r=0,516$), acil durum ve afet krokisinin olup olmadığını bilme ($p=0,000$, $r=0,373$) arasında anlamlı pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. YB hemşirelerinin hastane kaynaklarının yeterli olduğunu düşünme durumları ile HAP olup olmadığını bilme durumu ($p=0,000$, $r=0,421$), hastanede güvenlik noktalarını bilme ($p=0,000$, $r=0,291$), acil durum ve afet krokisinin olup olmadığını bilme ($p=0,000$, $r=0,284$) arasında anlamlı pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. YB hemşirelerinin 3 dakika kesik kesik çalan siren sesinin anlamını bilme durumları ile HAP olup olmadığını bilme durumu ($p=0,000$, $r=0,273$), hastanede güvenlik noktalarını bilme ($p=0,000$, $r=0,372$) arasında anlamlı pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. YB hemşirelerinin HAP olup olmadığını bilme durumları ile hastanede güvenlik noktalarını bilme ($p=0,001$, $r=0,236$), acil durum ve afet krokisinin olup olmadığını bilme ($p=0,000$, $r=0,342$) arasında anlamlı pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. YB hemşirelerinin hastanede güvenlik noktalarını bilme durumları ile acil

durum ve afet krokisinin olup olmadığını bilme ($p=0,000$, $r=0,278$) arasında anlamlı pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. YB Hemşirelerinin Afet Yönetimi için Eğitim Alma Durumları ile Bazı Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi

	2	3	4	5	6	7	8
1. Afet yönetimi için eğitim alma	0,00**	0,00**	0,00**	0,01**	0,02*	0,00**	0,02*
2. Afete hazır olduğunu düşünme	-	0,03*	0,00**	0,05	0,00**	0,00**	0,00**
3. Afet durumunda kullanılan malzeme ve yerler hakkında bilgisi olma		-	0,00**	0,00**	0,00**	0,00**	0,00**
4. Hastane kaynaklarının yeterli olduğunu düşünme			-	0,09*	0,00**	0,00**	0,00**
5. 3 dk kesik kesik çalan siren sesinin anlamını bilme				-	0,00**	0,00**	0,06*
6. HAP olup olmadığını bilme					-	0,00**	0,00**
7. Hastanede güvenlik noktalarını bilme						-	0,00**
8. Acil durum ve afet krokisinin olup olmadığını bilme							-

* $p<0,05$, ** $p<0,01$

Tabloda yer almamakla birlikte yaş ile YB hemşiresi olarak bir afet sırasında; YB'daki tüm hastaları güvenli bir yere taşınması gerektiğini bilme ($p=0,003$, $r=0,209$), çıkış kapısının yerini bilme ($p=0,001$, $r=0,229$), hastaları güvenli bir yere taşıma arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki ($p=0,027$, $r=0,154$) saptanmıştır. Yaş ile afet sonrasında çalışma arkadaşları ile uyum içerisinde hastalara gerekli müdahaleyi yapma arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($p=0,035$, $r=0,148$) saptanmıştır. Eğitim durumu ile afette acil durum renk kodlarını bilme ($p=0,035$, $r=0,148$) arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki saptanmıştır. Eğitim durumu ile afet sonrasında triaj yapmayı bilme arasında ($p=0,011$, $r=0,178$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Afet öncesi dönemde hemşirenin rolünün olduğunu düşünenler ile afet sırasında ($p=0,000$, $r=0,514$) ve afet sonrasında ($p=0,000$, $r=0,533$) hemşirenin rolü olduğunu düşünenler arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

TARTIŞMA

Tarih boyunca hemşireler, sağlık alanındaki teorik ve pratik bilgi ve bakım becerileri ile afetlerde hasta ve yaralıların bakımlarında, sağlıklarının korunması ve geliştirilmesinde aktif rol almışlardır (Bayraktar, 2013; Kalanlar ve Kubilay, 2015; Ulusoy, 1998). Bireysel ve toplumsal düzeyde afeti planlama ve yönetmede önemli rolleri bulunan hemşirelerin afet öncesi, sırası ve sonrasında yapılacaklara ilişkin belirli bir bilgi ve beceri düzeylerinin olması gerekmektedir (Olchin ve Krutz, 2012; Taşkıran ve Baykal, 2017). Bu nedenle bu çalışma afet öncesi, sırası ve sonrasında YB'da bulunan hastalara etkili bakım verebilme, onların sağlığını

koruma ve geliştirme de etkin rol alan YB hemşirelerinin afet yönetimi konusunda bilgi ve görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmış ve ilgili literatürle tartışılmıştır.

Çalışmamızda YB’da çalışan hemşirelerin afet öncesi döneme ilişkin bilgi ve görüşleri değerlendirildiğinde; %69,1’inin afet yönetimi ile ilgili eğitime ihtiyaç duyduğu, %92,6’sının afet yönetim sertifikasının bulunmadığı saptanmıştır. Bu sonuç bize YB hemşirelerinin afet yönetimi konusunda eğitim seviyelerinin istendik düzeyde olmadığını göstermektedir. Literatür incelendiğinde; hemşirelerin %72,4’ünün afet yönetimi konusunda herhangi bir eğitime katılmadıklarını (Hsu vd., 2005) ve eğitimlerinin yetersiz olduğunu (Hammad, Arbon ve Gebbie, 2011; İbrahim Abdelghany, 2014; Naser ve Saleem, 2018; Saidam ve Eljedi, 2020) belirten benzer çalışmaların olduğu görülmektedir. Çalışma bulgularımızın tersine afet konusunda bilgilerinin yeterli ancak uygulamalarının kötü olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (Shabbir vd., 2017). Bu sonuçlar bize hemşirelik eğitiminde ve mezun olduktan sonra afet yönetimi konusunda yeterli eğitimin ve uygulamanın verilmediğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin %41,2’sinin 21 yıl ve üzeri mesleki deneyimleri olduğu, %57,8’inin ise YB’da 1-5 yıldır çalıştığı saptanmıştır. Literatür incelendiğinde hemşirelerin deneyim süreleri arttıkça afet hazırlıklarının da arttığı belirtilmektedir (Shammah, 2018; Taşkıran ve Baykal, 2017). Bu sonuçlar bize; hemşirelerin çalışma yılları arttıkça deneyim kazandıklarını, acil durumlarda daha eleştirel bakabildiklerini, kritik yapabildiklerini, problem çözücü yaklaşıtlarını ve soğukkanlı davranabildiklerini düşündürmektedir.

Çalışmamızda YB hemşirelerin yaşının afet sırasında; YB’deki tüm hastaları güvenli bir yere taşınması gerektiğini bilme ($p=0,003$), çıkış kapısının yerini bilme ($p=0,001$), hastaları güvenli bir yere taşıma arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki ($p=0,027$) bulunmuştur. Yaş ile afet sonrasında çalışma arkadaşları ile uyum içerisinde hastalara gerekli müdahaleyi yapma arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($p=0,035$) saptanmıştır. Simith’in (2006) yılında hemşirelerle yaptığı çalışmasında da; hemşirelerin yaş, cinsiyet ve deneyim sürelerinin afet durumlarında gösterdikleri başarıyı etkilediği ve genç deneyimsiz hemşirelerin orta yaş ve deneyimli hemşirelere göre acil durumlarda daha stresli ve gergin oldukları saptanmıştır.

Çalışmamızda eğitim durumu ile afette acil durum renk kodlarını bilme ($p=0,035$) arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki saptanmıştır. Eğitim durumu ile afet sonrasında triaj yapmayı bilme arasında ($p=0,011$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. YB hemşirelerinin afet yönetimi için eğitim alma durumları ile afete hazır olduğunu düşünme ($p=0,009$), afet durumunda kullanılan malzeme ve yerler hakkında bilgisi olma ($p=0,000$), hastane kaynaklarının yeterli olduğunu düşünme ($p=0,000$), 3 dakika kesik kesik çalan siren

sesinin anlamını bilme ($p=0,010$), HAP olup olmadığını bilme durumu ($p=0,023$), hastanede güvenlik noktalarını bilme ($p=0,000$), acil durum ve afet krokisinin olup olmadığını bilme ($p=0,022$) arasında anlamlı pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Sağlık personeline verilen afet yönetimi ile ilgili bilginin afeti yönetme de etkili olduğu belirtilmektedir (Cotanda, Martinez, De La Maza ve Cubells, 2016). Bu durum hemşirelerin afete yönelik etkili bir eğitim almasının afeti yönetmede ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Literatür incelendiğinde; çalışan hemşirelerin ve öğrencilerin afetlerdeki rolleri konusunda daha ileri bilgilendirmeye ve eğitime ihtiyaçları olduğunu belirtilen çalışma bulgularımızla benzer sonuçların olduğu görülmektedir (Al-Khalailah vd., 2012, Garbutt, Peltier ve Fitzpatrick, 2008; Tichy, Bond, Beckstrand ve Heise, 2009). Çalışma sonuçları hemşirelerin afete hazırlığının önemli olduğunu düşündüklerini ve kendilerini afete hazırlama ihtiyacı duyduklarını göstermektedir.

Çalışmamızda YB’da çalışan hemşirelerin %49,0’ı afete kısmen hazır olduklarını, %15,2’si de hazır olmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 2). Fung, Loke ve Lai 2008 yılında yüksek lisanslı olan 164 hemşire katılımcı ile yaptıkları çalışmada; hemşirelerin %97,0’ının kendilerini afetlere karşı hazırlıklı olarak hissetmediklerini saptamışlardır. (Fung, Loke, ve Lai 2008). Baack ve Alfred 2013 yılında yaptıkları çalışmada; hemşirelerin kendilerini afet durumunda müdahale etmek için yeterliliklerini düşük olarak algıladıkları bulunmuştur. (Baack ve Alfred, 2013). Çalışma bulgularımızın tersine Nofal, Alfayyad, Khan ve Aseri Al 2018 yılında yaptıkları çalışmada; afete hazırlık konusunda sağlık çalışanlarının bilgi, tutum ve uygulamalarının tatmin edici düzeyde olduğu belirlenmiştir (Nofal, Alfayyad, Khan, ve Aseri, 2018). Literatür incelendiğinde; afet yönetimi konusunda hemşirelere verilen eğitimlerin hemşireleri afetlere hazır duruma getirdiği ve afete yanıtı olan istekliliklerini artırdığı belirtilmektedir (Goodhue vd., 2012; Şensoy ve Nahcivan, 2012). Bu durum bize hemşirelerin afet yönetimi konusunda bilgi ve becerilerinin yetersiz olduğunu ve bu nedenle kendilerini afetlere karşı hazırlıklı hissetmediklerini düşündürmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin %61,3’ü afet ile karşılaşmadıklarını, %22,5’inin hemşire olarak çalışırken hastanede afetle karşılaştıklarını, karşılaşılan afetlerin ise sırasıyla; %41,2 ile deprem, %2,9 ile yangın ve %2,5 ile sel olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Türkiye’de coğrafi konumu gereği deprem ön planda olsa da doğal ve insan eliyle birçok afete maruz kalılabilmektedir (Özmen ve Özden, 2013). Taşkiran ve Baykal’ın 2017 yılında hemşirelerin afetlere ilişkin görüşleri ve deneyimlerini incelemek için 406 hemşire ile yaptıkları çalışmada hemşirelerin %25,4’ü afetle karşılaştıklarını, %20,2’sinin deprem, %2,5’inin yangın, %2,2’sinin sel ile karşılaştıklarını içeren benzer sonuçları bulmuşlardır (Taşkiran ve Baykal,

2017). Bu sonuçlar bize hemşirelerin çalışırken afetle az karşılaştıklarını, kurum içinde afet ile ilgili görevler verilmediği, afetlerde görev alma ve afet aşamalarında sorumluluk alma konusunda farkındalıklarının yetersiz olduğu, afetler içinde en çok depremi deneyimlediklerini ve bu nedenle de eğitime ihtiyaç duydukları düşünülmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin afet aşamalarında rollerine ilişkin görüşlerinin dağılımları incelendiğinde; hemşirelerin %73,0'ı afet öncesi, %92,2'si afet sırasında ve %94,1'i de afet sonrasında rollerinin bulunduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 2). Taşkiran ve Baykal'ın çalışmasında hemşirelerin afet aşamalarından afet öncesi dönemde %66,7'si, afet sırasında %95,1'i ve afet sonrasında %95,6'sı rollerinin olduğunu düşündüklerini içeren benzer sonuçların olduğu görülmektedir (Taşkiran ve Baykal, 2017). Çalışmamızda ise hemşirelerin afet yönetimi hakkında afet sırasına ilişkin bilgi ve görüşleri değerlendirildiğinde; hemşirelerin (%54,4-%98,0) oranında sorulara evet cevabını verdiği görülmektedir (Tablo 3). Literatürde hemşirelerin afetlere hazırlık konusunda afet sırasına yönelik orta düzeyde puan aldıkları (Al-Ali ve Ibaid Abu, 2015; Al-Khalaileh vd., 2012) afet öncesi ve sonrası için ise düşük puan aldıklarını belirten çalışmalar yer almaktadır. Bu sonuçlar bize afet öncesi dönemde hemşirelerin rolü olduğunu belirtenlerin oranlarının afet sırası ve sonrasında göre düşüklüğü, hemşirelerin afet öncesi dönemde afet yönetimi konusunda bilgiye gereksinimi olduğunu düşündürmektedir. Sağlık kurumlarında çalışan hemşirelere afet yönetimi konusunda düzenli hizmet içi eğitimlerin verilmesi ve farkındalıklarının artırılması gerekmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin afet sonrasında yapılacaklara ilişkin bilgi ve görüşleri değerlendirildiğinde; hemşirelerin %62,3-%93,1 arasında değişen oranlarda triaj sorularına evet cevabını verdikleri (triaj yapmayı, triaj kategorilerini, triaj önceliklerini, triaj renk kodlarını, triaj alanını bildikleri) ve triaj eğitimi aldıkları saptanmıştır (Tablo 4). Literatürde çalışma bulgularımızla benzer sonuçların yer aldığı; çalışmalarda sırasıyla hemşirelerin triaj bilgilerinin (%61,0; %62,6; %76,2) arasında değiştiği görülmektedir (Afaya, Azongo Bavo, ve Yakong, 2017; Duko vd., 2019; Phukubye, Mbombi, ve Mothiba, 2019). Literatür incelendiğinde çalışma bulgularımızla benzer olmayan hemşirelerin triaj bilgilerinin yetersiz ve triaj sınıflamasını bilmediklerine ilişkin sonuçlarında olduğu görülmektedir (Ali, Taverner, Ghani, Kussor, ve Naz, 2013; Fathoni, Sangchan, ve Songwathana, 2013; Hisar ve Yurdakul, 2015; Şen ve Ersoy, 2017). Afetlerde hemşireler bireylere triyajın ve ilk müdahalenin yapılmasında, bakımın verilmesinde, olay yerinde koordinasyonun sağlanmasında, liderlik, eğitici, danışmanlık rollerini yerine getirmesinde görevlendirilmesi gereken ilk sağlık personelidir (Balçık, Demir, ve Ürek, 2014; Özyer ve Dinçer, 2020). Triaj hakkında bilgi

sahibi olmak her zaman iyi triaj uygulaması ve becerisi olduğu anlamına gelmemektedir (Phukubye vd., 2019). Bu nedenle çalışma sonuçlarından hareketle afet öncesi, sırası ve sonrası dönemlerde, triaj gibi önemli rolleri olan hemşirelerin afet yönetimi konularında yeterlilikleri artırılmalı, afet yönetim planlamasına dâhil edilerek görev ve sorumluluklarının belirlemesi ve hemşirelerde davranış değişikliğine dönüşmesi sağlanmalıdır.

Çalışmamızda YB hemşirelerinin %50,0'ı HAP olup olmadığını, %54,4'ü hastane güvenlik noktalarını, %61,8'i medya ve halkla ilişkiler noktasını, %59,3'ü acil durum ve afet krokisinin yerini bilmedikleri tespit edilmiştir. Ersel, Aksay ve Kıyan 2009 yılında afetlere hazırlık ve eğitim düzeylerinin belirlenmesine yönelik Acil Tıp Anabilim Dalları ile yaptıkları çalışmada; HAP mevcut iken, çalışanların %46,5'inin hastanede herhangi bir afet planı olmadığını belirttikleri saptanmıştır (Ersel, Aksay, Kıyan, 2009). Şen ve Ersoy 2017 yılında yaptıkları çalışmada hastane ekibinin %59,3'ünün HAP görevini ve HAP yöneticisini bilmediği çalışma bulgularımızla benzer sonuçların olduğunu göstermektedir (Şen ve Ersoy, 2017). Shabbir ve arkadaşları 2017 yılında yaptıkları çalışmada hemşirelerin HAP ve tatbikatların olduğunu bilmedikleri saptanmıştır (Shabbir vd., 2017). Khan, Kausar ve Ghani 2017 yılında yaptıkları çalışmada hastanede çalışan hemşirelerin %91,0'ının HAP konusunda yetersiz oldukları saptanmıştır (Khan, Kausar, ve Ghani 2017). Bu durum bize, hastanelerde çalışan sağlık profesyonellerinin HAP hakkında yeterli eğitim ve uygulama almadığını ya da sağlık kurumlarının afetlere hazırlık konusunda personelini etkin bir şekilde hazırlamadığını düşündürmektedir. Kurumların ve çalışanların afet öncesi, sırası ve sonrasına ilişkin bilgili ve hazırlıklı olmasının ortaya çıkacak zararların azaltılmasında ne kadar önemli olduğunu ortaya çıkarmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, YB hemşirelerinin afet öncesine yönelik bilgilerinin yetersiz ve büyük çoğunluğunun afet yönetimi konusunda eğitime ihtiyaçlarının olduğu saptanmıştır. Bireylere ve topluma afet öncesi, sırası ve sonrasında etkin bakım verebilmek, sağlığı korumak ve geliştirmek için, hemşirelerin afet öncesi, sırası ve sonrasına ilişkin girişimlerini bir bütün içinde uygulaması gerekmektedir. Hemşirelik girişimlerinin en önemli hedeflerinin ise bireyler açısından afet sürecinde olumlu sağlık davranışlarını geliştirmek, afetlerde daha az can kaybı ve yaralanmalar ile sağlık sistemine olumlu katkılar sağlamaktır. Bu nedenle hemşirelerin afet dönemlerinde bakım, triaj ve yönetim gibi rollerine ilişkin konularda yeterlilikleri artırılmalı, afet yönetim planlamasına dâhil edilerek afet sırasında üstlenecekleri görev ve sorumlulukları belirlenmeli ve hemşirelerin etkin olduğu bir afet yönetim sistemi

oluşturulmalıdır. Afet öncesi, sırası ve sonrasında hemşirelerin hastalarına etkin bakım verebilmeleri için afet yönetimi konusunda bilgi ve becerilerini geliştirecek hizmet içi eğitimlerin ve sertifika programlarının düzenlenmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Abd, H., Adam, S., Mohamed, G. (2011). Awareness of hospital internal disaster management plan among health team members in a university hospital. *Life Science Journal*, 8(2), 42-52.
- Afaya, A., Azongo Bavo, T., Yakong, N. V. (2017). Perceptions and knowledge on triage of nurses working in emergency departments of hospitals in the tamale metropolis, Ghana. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 6(3), 59-65.
- Akdağ, R., Tosun, N., Cinal, A. (2011). Türkiye'de özellikli planlama gerektiren sağlık hizmetleri 2011-2023. (Sağlık Bakanlığı Yayın No:836). Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Al-Ali, N. M., Ibaid Abu, A. H. (2015). Health-care providers' perception of knowledge, skills and preparedness for disaster management in primary health-care centres in Jordan. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 21(10), 713-721.
- Ali S., Taverner, C. B. B., Ghani, M., Kussor, Z., Naz, S. (2013). Knowledge of triage among nurses in emergency units. *Biomedica*, 29, 240-243.
- Al-Khalaileh, B. E., Bond, E., Alasad, J. A. (2012). Jordanian nurses' perceptions of their preparedness for disaster management. *International Emergency Nursing*, 20 (1), 14-23.
- Aytekin, T. (2003). İstanbul Büyükşehir Belediyesi sınırları içerisinde yer alan hastanelerde afet yönetimine ilişkin mevcut durumun değerlendirilmesi. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yöneticiliği, İstanbul.
- Baack, S., Alfred D. (2013). Nurses' preparedness and perceived competence in managing disasters. *Journal of Nursing Scholarship*, 45(3), 281-287.
- Balçık, Y. P., Demir, B. İ., Ürek, D. (2014). Ankara'da seçilen bazı hastanelerde afet yönetimine ilişkin mevcut durum değerlendirmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 17(1), 45-58.
- Balık, T., Öztürk, H. (2016). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hemşirelik personelinin güçlendirilmesine ilişkin görüşleri. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(3), 140-151.
- Bayraktar, N. (2013). Afetlerde hemşirelik hizmetlerinin organizasyonu. Altıntaş, H. (Ed.). *Acil ve Afet Durumlarında Sağlık Yönetimi* (ss. 195-218). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayını.
- Bulut, M., Fedakar, R., Akkose, S., Akgoz, S., Ozguc, H., Tokyay, R. (2005). Medical experience of a university hospital in Turkey after the 1999 Marmara earthquake. *Emergency Medicine Journal*, 22(7), 494-8.
- Cotanda, P. C., Martinez, R. M., De La Maza, S. T. V., Cubells, L. C. (2016). Impact of disaster preparedness training programme on health staff. *Anales de Pediatria*, 85(3), 143-154.
- Demirbaş, H., Sezer, A., Ergun, A. (2013). Afet yönetiminde halk sağlığı hemşiresinin rol ve sorumlulukları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(2), 122-128.
- Duko, B., Geja, E., Oltaye, Z., Belayneh, F., Kedir, A., Gebire, M. (2019). Triage knowledge and skills among nurses in emergency units of specialized hospital in Hawassa, Ethiopia: cross sectional study. *BMC Research Notes*, 12-21.
- Ersel, M., Aksay, E., Kıyan, S., (2009). Türkiye'deki acil tıp anabilim dallarının afetlere hazırlık ve eğitim düzeyleri. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 9, 115-121.

- Fathoni, M., Sangchan, H., Songwathana, P. (2013). Relationships between triage knowledge, training, working experiences and triage skills among emergency nurses in East Java, Indonesia. *Nurse Media Journal of Nursing*, 3(1), 511- 525.
- Fountain, R., Chilton, J., Deal, B., Connor, D., Hensarling, J., Klotz, L., Alfred, D. (2014). Preparing for disasters: education and management strategies explored. *Nurse Education in Practice*, 8(1), 1-8.
- Fung, O. W. M., Loke, A. Y., Lai, C. K. (2008). Disaster preparedness among Hong Kong nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 62, 698-703.
- Garbutt, S., Peltier, J., Fitzpatrick, J. (2008). Evaluation of an instrument to measure nurses' familiarity with emergency preparedness. *Military Medicine*, 173, 1073-1077.
- Goodhue, C., Burke, R., Ferrer, R., Chokshi, N., Dorey, F., Upperman, J. (2012). Willingness to respond in a disaster: a pediatric nurse practitioner national perspective. *Journal of Pediatric Health Care*, 26(4), 7-20.
- Gökhan, A., Namigar, T., Adem, A. (2012). Büyük afetlerde sağlık hizmetlerinin planlanması organizasyonu ve triaj. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 28(Ek sayı 2), 124-134.
- Guerdan, B. R. (2009). Disaster preparedness- and disaster management: the development and piloting of a self-assessment survey to judge the adequacy of community-based physician knowledge. *American Journal of Clinical Medicine*, 6, 32-40.
- Hammad, K. S., Arbon, P., Gebbie, K. M. (2011). 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*, 14, 87-94.
- Hisar, K. M., Yurdakul, A. (2015). Bir üniversitenin hemşirelik öğrencilerinin afetlerde sağlık hizmetleri ile ilgili bilgilerinin değerlendirilmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(2), 54-65.
- Hsu, C., Mas, F. S., Jacobson, H., Papenfuss, R., Nkhoma, E. T., Zoretic, J. (2005). Assessing their adiness and training needs of non-urban physicians in public health emergency and response. *Disaster Manage Response*, 3(4), 106-111.
- International Council of Nurses (ICN) (2006). Position statement: nurses and disaster preparedness. 28 Mayıs 2020 tarihinde, http://www.icn.ch/PS_A11_NursesDisaster-Prep.pdf adresinden erişildi.
- İbrahim Abdelghany, A. F. (2014). Nurses knowledge, attitudes, practices and familiarity regarding disaster and emergency preparedness – Saudi Arabia. *American Journal of Nursing Science*, 3(2), 18-25.
- Kalanlar, B., Kubilay, G. (2015a). Afet hemşireliği eğitimi ve afet öncesinde afet hemşiresinin görevleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(2), 77-85.
- Kalanlar, B., Kubilay, G. (2015b). Afetlerde toplum sağlığının korunmasında önemli bir kavram: afet hemşireliği. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1), 57-65.
- Khan, S., Kausar, S., Ghani, M. (2017). Knowledge of disaster preparedness among nurses at two tertiary care hospitals in lahore. *Biomedica*, 33(1), 29-38.
- Labrague, L. J., Yboa, B. C., McEnroe–Petitte, D. M., Lobrino, L. R., Brennan, M. G. B. (2016). Disaster preparedness in Philippine nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(1), 98-105.
- Lök, U., Yıldırım, C., Al, B., Zengin, S., Çavdar, M. (2009). Şahinbey araştırma ve uygulama hastanesi hastane afet planı. *Akademik Acil Tıp Dergisi*, 8, 38-46.
- Naser, W. N., Saleem, H. B. (2018). Emergency and disaster management training; knowledge and attitude of Yemeni health professionals: a cross-sectional study. *BMC Emergency Medicine*, 18(23), 1-12.

- Nofal, A., Alfayyad, I., Khan, A., Aseri Al, Z. (2018). Knowledge, attitudes, and practices of emergency department staff towards disaster and emergency preparedness at tertiary health care hospital in central Saudi Arabia. *Saudi Medicine Journal*, 39(11), 1123-1129.
- Olchin, L., Krutz, A. (2012). Nurses as first responders in a masscasualty. *Journal of Trauma Nursing*, 19(2), 122-129.
- Özmen, B., Özden, T. A. (2013). Türkiye'nin afet yönetim sistemine ilişkin eleştirel bir değerlendirme. *İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 49, 1-28.
- Özyer, Y., Dinçer, S. (2020). Afetlerde hemşirelerin psikolojik ilk yardım rolleri. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, (7), 198-206.
- Phukubye, A., Mbombi, O. M., Mothiba, M. T. (2019). Knowledge and practices of triage amongst nurses working in the emergency departments of rural hospitals in Limpopo province, 12, 439-448.
- Polivka, B. J., Stanley, S. A. R., Gordon, D., Taulbee, K., Kieffer, G., McCorkle, S. M. (2008). Public health nursing competencies for public health surge events. *Public Health Nursing*, 25(2), 159-165.
- Saidam, N. M., Eljedi, Y. A. (2020). Palestinian emergency nurses' knowledge and role perception about disaster management: a need for immediate actions. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 7(3), 831-836.
- Sezen, A., Tapan, B., Yılmaz, S., Sezen, E. (2015). Özel bir hemodiyaliz merkezinde afet deneyimi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2(3), 171-173.
- Shabbir, R., Afzal, M., Sarwer, H., Gilani, A. S., Waqas, A. (2017). Nurses knowledge and practices regarding disasters management and emergency preparedness. *Saudi Journal of Medical and Pharmaceutical Sciences*, 3(6), 464-476.
- Shammah, A. A. (2018). Preparedness assessment for disaster management among Dhahran Al Janoub general hospital staff during hazm storm support global. *Journal of Health Science*, 10(7), 87-95.
- Singhal, Y. K., Bhatnagar, R., Lal, B., Paliwal, B. (2016). Knowledge, attitudes and practices of medical internship students regarding disaster preparedness at a tertiary-care hospital of Udaipur, Rajasthan, India. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 5(8), 1613-1616.
- Şen, G., Ersoy, G. (2017). Hastane afet ekibinin afete hazırlık konusundaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 122-30.
- Şensoy, F., Nahcivan, N. (2012). Türk Kızılay'ında çalışan hemşirelerin afetlere hazırlık durumları. *HASUDER*. 28 Mayıs 2020 tarihinde <http://kongre.hasuder.org.tr/index.php/uhsk15/uhsk15/paper/view/759> adresinden erişildi.
- Taşkıran, G., Baykal, Ü. (2017). Afetler ve Türkiye'de hemşirelerin afetlere hazır olma durumları: literatür inceleme. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2(4), 79-88.
- Tel, H. (2016). Olağanüstü durumlar ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(4), 278-282.
- Tichy, M., Bond, A. E., Beckstrand, R. L., Heise, B. (2009). Nurse practitioners' perception of disaster preparedness education. *American Journal of Nurse Practitioners*, 13(1), 10-22.
- Turgut, N., Adaş, G., Akçakaya, A., Mingır, T., Topuz, C., Ay, A. (2012). Deprem; travma, ezilme (crush) sendromu ve kardiyopulmoner resüsitasyon. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 28(Ek sayı 2), 135-147.
- Türk Hemşireler Derneği (THD) (2011). Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik. 28 Mayıs 2020 tarihinde <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/yasa-ve-yonetmelikler/yonetmelikler/19-nisan-2011-hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik.aspx> adresinden erişildi.

Ulusoy, F. (1998). Türkiye’de hemşirelik eğitiminin tarihsel süreci. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2(1), 1-8.

Usher, K., Mayner, L. (2011). Disaster nursing: a descriptive survey of Australian undergraduate nursing curricula. Australian Emergency Nursing Journal, 14(2), 75-80.

Vatan, F., Salur, D. (2010). Yönetici hemşirelerin hastanelerdeki deprem afet planları konusundaki görüşlerinin incelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 3(1), 32-44.

Zarea, K., Beiranvand S., Sheini-Jaberi P., Nikbakht-Nasrabadi A. (2014). Disaster nursing in Iran: challenges and opportunities. Australasian Emergency Nursing Journal, 17(4), 190-196.

DOĞUM ŞEKLİ: DOĞUM SONU KONFOR VE DOĞUMDAN MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİ ETKİLER Mİ?

Type of Delivery: Does It Effect the Level of Comfort and Delivery Satisfaction Levels?

Emine KURT CAN¹  Serap EJDER APAY² 

¹Harran Üniversitesi, Şanlıurfa

²Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Erzurum

Geliş Tarihi / Received: 16.06.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 24.08.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ÖZ

Bu çalışmanın amacı doğum şekline göre doğum sonu konfor ve doğumdan memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişkiyi saptamaktır. Araştırma, Türkiye'nin doğusunda bir Kadın Doğum Hastanesinde Temmuz-Aralık 2016 arasında yürütülmüştür. Araştırmaya vajinal yolla doğum yapan (208) ve sezaryen operasyonu ile doğum yapan (209) kadın alınmıştır. Veriler "Tanıtıcı Bilgi Formu", "Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ)", "Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (NDAMDÖ)", "Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (SDAMDÖ)" kullanılarak toplanmıştır. Veriler SPSS22 programında değerlendirilmiştir. Bu çalışmada, vajinal doğum yapan kadınların veya lohusaların DSKÖ toplam puan ortalaması 3.58±0.35, sezaryen ile doğum yapan kadınların DSKÖ toplam puan ortalaması 3.37±0.35 olarak saptanmıştır. Vajinal doğum yapanların sezaryen olanlara göre DSKÖ toplam puan ortalaması yüksek bulunup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (p<0.05). Vajinal doğum yapan lohusaların NDAMDÖ toplam puan ortalaması 133.52±23.96, sezaryen olanların SDAMDÖ toplam puan ortalaması 130.73±23.64 bulunup, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı (p>0.05). Vajinal doğum yapan lohusaların doğum sonu konforu sezaryen olanlara göre yüksek bulundu. Memnuniyet düzeyi ise her iki grupta da düşük bulundu.

Anahtar kelimeler: Doğum Şekli, Ebe, Hemşire, Konfor, Memnuniyet

ABSTRACT

The aim of this study is to determine the relationship between postpartum comfort and birth satisfaction levels according to the type of delivery. The research has been conducted in a maternity hospital in eastern Turkey between July-December, 2016. Women who had vaginal delivery (208) and caesarean delivery (209), have been included in the study. The data have been collected using "Introductory Information Form", "Postpartum Comfort Scale (PCS)", "Maternal Satisfaction Rating Scale at Normal Delivery (MSRSND)", "Maternal Satisfaction Rating Scale at Caesarean Delivery (MSRSCD)". The data have been evaluated in SPSS22 program. In this study, the mean total score for the PCS of puerperant women or women who gave birth by vaginal delivery was found to be 3.58±0.35, whereas the mean total score for the PCS of women who gave birth by caesarean delivery was found to be 3.37±0.35. The mean total score for the PCS of women who had vaginal delivery was found to be higher compared to those with caesarean delivery, and the difference was found to be statistically significant (p <0.05). The mean total score for the MSRSND of puerperant women who gave birth by vaginal delivery was found to be 133.52±23.96, whereas the mean total score for the MSRSCD of women who gave birth by caesarean delivery was found to be 130.73±23.64, and the difference between these two groups was not found to be statistically significant (p>0.05). The postpartum comfort of the puerperant women who delivered vaginally was found to be higher than those who gave birth by caesarean delivery. Satisfaction level was found to be low in both groups.

Keywords: Comfort, Midwife, Nurse, Satisfaction, Type of Delivery

GİRİŞ

Doğum, insanın var olduğu günden beri devam eden ve kadının yaşamında unutamayacağı en güzel, en doğal ve aynı zamanda da zor bir süreçtir (Gorrie, Kinney, ve Murray, 1998). Bu sürecin, sağlığı negatif etkilemeden devam etmesi ve sonlanmasında pek çok faktör bulunmaktadır. En önemli faktörlerden biri doğum şeklidir (Taşkın, 2012).

Spontan vajinal doğum (SVD) anne ve bebeğin sağlığı için öncelikli olarak tercih edilmesi gereken doğum şeklidir (Ejder Apay ve Pasinlioğlu, 2014; Eker ve Yurdakul, 2008). Kadın vücudu fizyolojik olarak, vajinal doğum (VD) yapmak için uygundur. Yeterli destek ve uygun müdahaleyle başarılı bir şekilde VD gerçekleşir (Park, Yeoum ve Choi, 2005; Scott, Disaia, Hammend, ve Spellacy, 1994). Ancak doğum anne ile fetüs için tehlikeli ya da vajinal yolda olması imkânsızlaştığı durumlarda sezaryen doğum (SD) operasyonu zorunlu duruma gelmektedir (Beksaç Demir, Koç, ve Yüksel, 2001; Eker ve Yurdakul, 2008; Scott vd., 1994). Artan sezaryen doğumların nedenleri arasında ilk gebelik yaşının artması, doğum korkusu, paritenin azalması, antenatal fetal izlem ve ultrasonografinin yaygın olarak kullanılmasına bağlı fetal distres tanısının yaygınlaşması, yardımcı üreme tekniklerinin artmasına bağlı çoğul ve preterm gebeliklerin artması, anne adayının kişisel istemi, sezaryen dışında ağrısız doğum olanaklarının yeterince kullanılamaması ve VD sırasında oluşabilecek olası komplikasyonlarda bile hekimin medikolegal sorunlarla karşılaşabilmesi sayılabilir (Dölen ve Gökçü, 2002). Dünya Sağlık Örgütü tarafından en yüksek sezaryen hızı %15 olarak (Dünya Sağlık Örgütü, 2015) önerilmesine karşın, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre ülkemizde sezaryen oranı %48.1, TNSA 2018'e göre %52'dir (TNSA, 2013; TNSA, 2018). SD, gerekli olduğu durumda anne ve bebeğin yaşamı için kurtarıcı olmakla beraber, vajinal doğuma göre maternal mortalite ile morbidite oranlarını arttırmaktadır (Aslam, Gilmour, ve Fawdry, 2003; Konakçı ve Kılıç, 2002). Daha geç mobilize olma, enfeksiyon gelişme riskinin daha fazla olması, anne-bebek etkileşiminin ve süt salınımının gecikmesi, oral beslenmeye daha uzun sürede geçiş ve ayrıca cerrahi bir operasyona maruz kalmış olma sezaryenin diğer istenmeyen etkilerindedir (Ejder Apay ve Pasinlioğlu, 2014). Literatürde bu sebeplerle SD olan annelerin doğum sonu konforunun, VD yapan annelere oranla belirgin bir şekilde daha düşük olabileceği görülmektedir (Karakaplan, 2007). VD yapan lohusaların sezaryen olanlara göre, reyonel anestezi ile sezaryen olanların da genel anestezi ile sezaryen olanlara göre doğum sonu konfor düzeylerinin daha iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir (Sis Çelik ve Çelik, 2020).

Konfor kelimesi köken olarak Fransızca olup sözlükteki manasıyla günlük yaşamı

kolaylaştıran rahatlık olarak tanımlanmaktadır (Kolcaba, 2003). Hemşirelikte konfor kavramı; hastanın, ailenin veya toplumun konfor gereksinimlerine yönelik tanımlanan yapılmaması ve ihtiyaçlar doğrultusunda gerekli önlemlerin sağlanması, temel konfor düzeyi ve uygulama yapıldıktan sonraki konfor düzeyini değerlendirme sürecinin basamaklarını oluşturmaktadır (Çınar Yücel, 2011; Karakaplan ve Yıldız, 2010). Doğum sonu (DS) dönemde annelerin konfor düzeylerinin belirlenmesi, doğum sonu dönemle ilgili yaşadıkları sorunların saptanarak çözümlenmesi açısından oldukça önemlidir (Kolcaba, 2003). Annenin DS döneme uyumunun kolaylaştırılmasında ve konfor düzeyinin artırılmasında anneye ve bebeğe verilen bakım oldukça önemlidir. Bu rolde ebe ve hemşireler anahtar kişilerdir (Lowdermilk, Pery, ve Bobok, 2000).

Hastaya konfor düzeyini arttıracak girişimler planlanıp uygulanmasıyla; konfor düzeyini arttırarak hastanın bakım kalitesi, memnuniyeti ayrıca doğum sonu yaşam kalitesi için de katkılar sağlanmaktadır (Çapık, Özkan, ve Ejder Apay, 2014). Hasta memnuniyeti; hastaya verilen hizmetin sunumu, hasta ile sağlık personellerinin etkileşimi, hizmetin varlığı ve sürekliliği, sağlık personelinin yeterliliği ve hasta ile olan iletişimi içerir (Avis, Bond, ve Arthur, 1995). Hastanın beklentilerini karşılamak, hastayı bilgilendirmek ve hizmeti verenlerin hasta ile iletişimi hasta memnuniyetinin temel taşlarını oluşturmaktadır (Merkouris Ifantopoulos, Lanara, ve Lemonidou, 1999).

Obstetri bilimindeki ilerlemeler ile doğumun gerek anne, gerek bebek için güvenli olması ile beraber doğum eyleminde bakımın merkezi, hem anne ve bebek açısından güvenli bir doğum sağlamak hem de olumlu ve memnuniyetin yüksek olduğu bir doğum deneyiminin oluşturulmasına yönelmiştir. Bu sebeplerle kadınların doğum ile postnatal dönemlerindeki deneyimleri ve aldığı bakımdan memnuniyet düzeyinin değerlendirilmesine verilen önem artmaktadır. Nitelikli doğum hizmeti sunmak, sağlık kuruluşlarının fiziksel ya da sosyal açıdan sağlayacağı konfor, hastaların kendilerini evinde gibi hissetmelerini sağlamak ve memnuniyet düzeylerini arttırabilmektedir (Güngör ve Beji, 2012).

Araştırma, vajinal ve sezaryen operasyonu ile doğum yapan lohusaların doğum sonu konfor ve doğumdan memnuniyet düzeylerini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

GEREKÇE VE YÖNTEMLER

Araştırmanın Şekli

Bu çalışma, tanımlayıcı türde yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Türkiye'nin doğusunda bulunan bir devlet hastanesi kadın doğum kliniğinde 15.07.2016-11.06.2018 tarihleri arasında yapılmıştır. Hastane bölgeye hizmet veren büyük bir hastane olması nedeniyle tercih edilmiş ve hastanede sezaryen ameliyatları genel anestezi altına yapılmaktadır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, ilgili hastanenin doğum kliniğinde sezaryen olan lohusalar ile VD yapan lohusalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini, araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan ve evrenden olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilen ve belirtilen tarihler arasında çalışmaya katılmayı kabul eden 208'i SD, 209'u VD olmak üzere toplam 417 lohusa oluşturmuştur.

Çalışmaya Alınma Kriterleri

- Normal VD yapmış olması
- Genel anestezi ile sezaryen operasyonu geçirmiş olması,
- Bebeğinde ya da kendisinde bir hastalık ya da sakatlığın olmaması,
- Okuma-yazma biliyor olması,
- Görme ve işitme ile ilgili duyu kaybının olmaması,
- İletişime ve iş birliğine açık olması.

Veri Toplama Araçları

Veriler, "Tanıtıcı Bilgi Formu", "Doğum Sonu Konfor Ölçeği", "Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği" ve "Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu: Tanıtıcı Bilgi Formu, lohusaların sosyo-demografik (yaş, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, sosyal güvence v.s.) ve obstetrik öyküsünü (gravida, parite, yaşayan çocuk sayısı ile şimdiki ve önceki doğumuna ilişkin sorular) belirlemeye yönelik 24 sorudan oluşmaktadır.

Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ)

Kolcaba' nın 1992'de geliştirdiği Genel Konfor Ölçeğini (Kolcaba, 1992) Kuşuoğlu ve Karabacak 2008'de Türk toplumuna uyarlamıştır (Kuşuoğlu ve Karabacak, 2008). DSKÖ sezaryen ya da vajinal doğum yapan annelerin "fiziksel, psikospiritüel ve sosyokültürel konfor" düzeylerini değerlendirerek ölçeğin alt boyutlarını oluşturmaktadır. 5'li likert tipinde

olan bu ölçek toplamda 34 maddeden meydana gelmektedir. Ölçekte olumlu ifadeler 1'den başlayarak 5'e kadar düz kodlama şeklinde, olumsuz ifadeler ise 5'ten başlayarak 1'e kadar ters kodlama şeklinde puanlandırılmaktadır. Böylece ölçekten en düşük 34 puan, en yüksek 170 puan alınabilmektedir. Çalışma sonucunda elde edilen değerlerin 170'e yakın olması konforun yüksek olduğunu gösterir. (Karakaplan ve Yıldız, 2010).

Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (NDAMDÖ)

Güngör ve Beji tarafından annelerin doğumda ve hastanede erken postpartum dönemde yaşadıkları deneyimlerini değerlendirmek amacıyla NDAMDÖ geliştirilmiştir (Güngör ve Beji, 2012). Bu ölçek, VD için hazırlanan toplam 43 maddelik ifadelerle katılıp katılmama durumuna göre derecelenen 5'li likert tipi bir ölçektir. Ölçek 10 alt boyuttan oluşmakta ve annelerin kendisi tarafından doldurulabilmektedir. On üç madde ters kodlanmaktadır. Tersine olan maddeler de çevrildikten sonra tüm maddelerin toplamı "toplam ölçek puanını" verir. Toplam ham puan 43-215 arasındadır. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça annenin VD sırasında hastanede aldığı bakımdan memnuniyeti de artmaktadır. "Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği" için "kesme noktası 150.5 olarak belirlenmiştir (Güngör ve Beji, 2012).

Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (SDAMDÖ)

Güngör ve Beji tarafından annelerin sezaryen doğumda ve hastanede erken postpartum dönemde yaşadıkları deneyimlerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (Güngör ve Beji, 2012). Bu ölçek sezaryen doğum için hazırlanan 42 maddeden ve 10 alt boyuttan oluşan 5'li likert tipindedir. Alt boyutları; "sağlık ekibini algılayışı, sezaryene hazırlık, rahatlatma, kararlara katılım ve bilgilendirme, bebekle tanışma, postpartum bakım, hastane odası, hastane olanakları, mahremiyete saygı, beklentilerin karşılanması"dır. Annelerin maddelerdeki ifadelerle katılıp katılmama durumuna göre işaretledikleri cevaplar "1-Katılmıyorum, 2-Kısmen katılıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum ve 5-Kesinlikle katılıyorum" şeklinde puanlanmaktadır. On iki madde ters puanlıdır. Toplam ham puan 42-210 arasındadır. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça annenin aldığı bakımdan memnuniyeti de artmaktadır. "Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği" nin kesme noktası 146.5 olarak belirlenmiştir (Güngör ve Beji, 2012).

Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri 26 Nisan-24 Temmuz 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışmada "Tanıtıcı Bilgi Formu", "Doğum Sonu Konfor Ölçeği", "Normal Doğumda Anne

Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği” ve “Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği” kullanılmıştır. Tanıtıcı Bilgi Formu ve DSKÖ çalışmaya dâhil edilen bütün lohusalara uygulanmıştır. NDAMDÖ vajinal doğum yapan lohusalara, SDAMDÖ ise sezaryen doğum yapan lohusalara uygulanmıştır. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile postpartum 24-48 saatte toplanmıştır. Araştırmaya dâhil edilme kriterleri göz önünde bulundurularak anneler ile tanışılmış araştırma konusunda bilgi verilmiş ve onamları alınmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler The Statistical Pacckage for Social Sciences (SPSS) 22 programında analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzde, ortalama, ki-kare, bağımsız gruplarda t testi, pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya başlamadan önce bir üniversitenin sağlık bilimleri fakültesinden etik kurul (2016/07/13 sayı 15.07.2016 tarihli) onayı alınmıştır. Ayrıca araştırmanın yapıldığı hastanenin Etik Kurulundan da onay (2017/3 nolu 26.04.2017 tarihli) alınmıştır. Çalışmaya katılan lohusalardan “Bilgilendirilmiş Onam Formu”, araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek ve verdikleri bilgilerin gizli kalacağı her ne olursa olsun bu araştırma dışında kullanılmayacağı ve gönüllülük esasıyla uygulanacağı açıklanarak yazılı onamları alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenabilirliği

Çalışma koşullarından dolayı araştırmacının klinikte olmadığı durumlarda lohusalara ulaşılamaması bu araştırmanın sınırlılığdır. Elde edilen sonuçlar sadece araştırma kapsamına alınan lohusalara genellenabilir.

BULGULAR

Tablo 1. Doğum Şekline göre Lohusaların Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler	Doğum Şekli				Test ve p değeri
	Vajinal		Sezaryen		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Yaş					
19-29 yaş	144	68.9	127	61.1	$X^2=2.81$ p=0.09
30 yaş üstü	65	31.1	81	38.9	
Eğitim durumu					
Okuryazar	47	22.5	46	22.1	$X^2=1.33$ p=0.72
İlköğretim	40	19.1	40	19.2	
Lise	58	27.8	67	32.2	
Üniversite	64	30.6	55	26.5	

Çalışma durumu					
Çalışan (memur+işçi)	22	10.5	14	6.7	$X^2=1.90$
Çalışmayan	187	89.5	194	93.3	$p=0.16$
Eş Yaş					
19-29	77	36.8	86	41.3	$X^2=2.66$
30 yaş üstü	132	63.2	132	58.7	$p=1.4$
Eş eğitim durumu					
İlköğretim	94	48.0	93	49.2	$X^2=1.27$
Lise	60	30.6	49	25.9	$p=0.54$
Yüksekokul / Fakülte	42	21.4	47	24.9	
Eş çalışma durumu					
Çalışan	196	93.8	189	90.9	$X^2=1.25$
Çalışmayan	13	6.2	19	9.1	$p=0.26$
Eş meslek					
	(n=196)		(n=189)		
Memur	42	21.4	47	24.9	$X^2=1.26$
İşçi	60	30.6	49	25.9	$p=0.53$
Serbest	94	48.0	93	49.2	
Sosyal güvence varlığı					
Var	138	66.0	154	74.0	$X^2=3.18$
Yok	71	34.0	54	26.0	$p=0.70$

Araştırma kapsamına alınan lohusaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi VD yapan lohusaların %68.9’unun 19-29 yaş aralığında, %30.6’sının üniversite mezunu olduğu, %89.5’inin kendisinin çalışmadığı, %93.8’inin eşinin çalıştığı, %66’sının sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir. SD yapan lohusaların ise %61.1’inin 19-29 yaş aralığında, %32.2’sinin lise mezunu olduğu, %93.3’ünün kendisinin çalışmadığı, %90.9’unun eşinin çalıştığı, %74’ünün sosyal güvencesinin olduğu tespit edilmiştir. Doğum şekillerine göre lohusaların tanıtıcı özellikleri karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0.05$). Bu sonuçlar VD yapanların ve sezaryen olanların benzer özelliklere ve homojen dağılıma sahip olduğunu göstermiştir.

Tablo 2. Doğum Şekline Göre Lohusaların Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler	Doğum Şekli				Test ve p değeri
	Vajinal		Sezaryen		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Gravida					
1	70	33.5	58	27.9	$X^2=1.93$ $p=0.58$
2	44	21.1	44	21.2	
3	37	17.7	38	18.3	
4 ve üzeri	58	27.7	68	32.7	
Abortus yaşama durumu					
Yaşayan	45	21.5	52	25.0	$X^2=0.70$ $p=0.40$
Yaşamayan	164	78.5	156	75.0	
Abortus Sayısı	(n=45)		(n=52)		
1	25	55.6	31	59.7	$X^2=0.45$ $p=0.79$
2	17	37.8	19	36.5	
3ve üzeri	3	6.6	2	3.8	

Yaşayan çocuk sayısı	(n=139)		(n=150)		
1	15	10.8	9	6.0	$X^2=4.07$ $p=0.25$
2	33	23.7	48	32.0	
3	42	30.2	40	26.7	
4 ve üzeri	49	35.3	53	35.3	
Önceki doğum şekli					
Vajinal Doğum	129	61.7	58	27.9	$X^2=124.62$ $p=0.00$
Sezaryen	10	4.8	92	44.2	
İlk Doğumu Olanlar	70	33.5	58	27.9	
Önceki doğumun yapıldığı yer					
Devlet Hastanesi	122	58.4	121	58.2	$X^2=4.10$ $p=0.12$
Özel Hastane	17	8.1	29	13.9	
İlk Doğumu Olanlar	70	33.5	58	27.9	
Bu gebeliğin planlı olma durumu					
Planlı	148	70.8	138	66.3	$X^2=0.96$ $p=0.32$
Plansız	61	29.2	70	33.7	
DÖB alma durumu					
Alan	143	68.4	157	75.5	$X^2=2.57$ $p=0.10$
Almayan	66	31.6	51	24.5	
Bu gebelikte sorun yaşama durumu					
Yaşayan		21	10.0	29	$X^2=1.49$ $p=0.22$
Yaşamayan		188	90.0	179	
Doğumu değerlendirme durumu					
Çok kolay		19	9.1	30	$X^2=37.00$ $p=0.00$
Sıkıntılı, ağrılı, acı verici		78	37.3	127	
Çok zor, güç		112	53.6	51	
Yardıma ihtiyaç duyulan konular					
Emzirme		27	12.9	22	$X^2=48.55$ $p=0.00$
Ayağa kalkma		22	10.5	79	
Perine hijyeni		1	0.5	-	
Bebek bakımı		80	38.8	19	
Tuvalet ihtiyacını karşılama		27	12.9	16	
Diğer (Beslenme vs)		52	24.9	72	
Refakatçi varlığı					
Olan		202	96.7	204	$X^2=0.82$ $p=0.36$
Olmayan		7	3.3	4	
Hastanede alınan bakımın değerlendirilmesi					
Çok iyi		37	17.7	36	$X^2=11.23$ $p=0.01$
İyi		132	63.2	114	
Orta		40	19.1	49	
Kötü		-	-	9	
Doğum öncesi dönemde konforun değerlendirilmesi					
Çok iyi		28	13.4	30	$X^2=1.13$ $p=0.76$
İyi		102	48.8	98	
Orta		67	32.1	63	
Kötü		12	5.7	17	
Doğum sonrası dönemde alınan bakımın konforu etkileme durumu					
Olumlu yönde etkiledi		81	38.8	60	$X^2=16.37$ $p=0.00$
Biraz etkiledi		81	38.8	94	
Pek etkilemedi		47	22.5	42	
Hiç etkisi olmadı		-	-	12	

Doğum şekline göre lohusaların obstetrik özelliklerinin dağılımı Tablo 2’de verilmiştir. Tabloda VD yapan lohusaların %33.5’inin ilk gebeliği olduğu, %21.5’inin abortus geçirdiği ve bunların %55.6’sının ise sadece bir abortus yaşadığı, %35.3’ünün 4 veya daha fazla çocuğa sahip olduğu, %61.2’sinin önceki doğumunda VD yaptığı, %57.9’unun önceki doğumunu

devlet hastanesinde yaptığı belirlenmiştir. Lohusaların %70.8'inin bu gebeliğinin planlı olduğu, %68.4'ünün DÖB aldığı, %90'ının gebeliği süresince sorun yaşamadığı, %53.6'ünün doğum sürecini çok zor, güç olarak değerlendirdiği, %38.8'inin en çok bebek bakımında yardıma gereksinim duyduğu tespit edilmiştir. SD yapan lohusaların %32.7'sinin 4 veya daha fazla gebeliğe sahip olduğu, %25'inin abortus geçirdiği ve bunların %59.7'sinin ise sadece bir abortus yaşadığı, %35.3'ünün 4 veya daha fazla çocuğa sahip olduğu, %44.7'sinin önceki doğumunun SD olduğu, %58.7'sinin önceki doğumunu devlet hastanesinde yaptığı belirlenmiştir. Lohusaların %66.3'ünün bu gebeliğinin planlı olduğu, %75.5'inin DÖB aldığı, %86.1'inin gebeliği süresince sorun yaşamadığı, %61.1'inin doğum sürecini sıkıntılı, ağrılı, acı verici olarak değerlendirdiği, %38'inin en çok ayağa kalkmada yardıma gereksinim duyduğu tespit edilmiştir.

Doğum şekillerine göre lohusaların obstetrik özellikleri karşılaştırıldığında, önceki doğum şekli, doğumu değerlendirme durumu, lohusalık süresince yardıma gereksinim duyulan konular, hastanede alınan bakımın değerlendirilmesi ve doğum sonrası dönemde alınan bakımın konforu etkileme durumu bakımından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanırken ($p < 0.05$), diğer obstetrik özellikler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 3. Lohusaların Doğum Şekline göre DSKÖ ve DAMD Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Alt Boyutlar	Doğum Şekli		Test ve p değeri
		Vajinal Doğum $\bar{X} \pm SS$	Sezaryen Doğum $\bar{X} \pm SS$	
DSKÖ	Fiziksel Konfor	3.24±0.50	2.92±0.47	t=6.66, p=0.000
	Psikospiritüel Konfor	4.28±0.48	4.22±0.59	t=1.12, p=0.26
	Sosyokültürel Konfor	3.23±0.58	2.95±0.52	t=5.12, p=0.000
Toplam Puan		3.58±0.35	3.37±0.35	t=6.31, p=0.000
DAMDÖ	Sağlık Ekibini Algılayışı	13.60±3.74	16.99±5.01	t=-7.82, p=0.000
	Doğum Eyleminde Hemşirelik Bakımı/ Sezaryene Hazırlık*	5.39±2.48	5.71±2.65	t=-1.25, p=0.21
	Rahatlatma	11.26±3.13	8.63±3.02	t=8.69, p=0.000
	Kararlara Katılım ve Bilgilendirme	20.57±8.21	21.92±7.71	t=-1.73, p=0.08
	Bebekle Tanışma	10.07±4.37	8.08±3.83	t=4.94, p=0.000
	Post-partum Bakım	15.92±5.95	17.19±6.87	t=-2.01, p=0.04
	Hastane Odası	14.15±3.93	10.89±3.60	t=8.80, p=0.000
	Hastane Olanakları	10.73±2.98	10.33±3.50	t=1.25, p=0.21
	Mahremiyete Saygı	16.62±2.93	16.26±3.19	t=1.20, p=0.22
	Beklentilerin Karşılanması	15.17±3.47	14.68±3.67	t=1.38, p=0.16
Toplam Puan		133.52±23.96	130.73±23.64	t=1.19, p=0.23

* Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeğinin ikinci alt boyutu "Doğum Eyleminde Hemşirelik Bakımı" ve Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeğinin ikinci alt boyutu "Sezaryene Hazırlık" dır. Her iki ölçeğin geriye kalan bütün alt boyutları aynıdır.

Araştırma kapsamına alınan lohusaların doğum şekline göre DSKÖ ve DAMDÖ puan

ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 3), VD yapan lohusalar ile SD olan lohusaların DSKÖ'nün toplam puan, fiziksel konfor, sosyokültürel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları ile DAMDÖ'nün sağlık ekibini algılayışı, rahatlatma, bebekle tanışma, postpartum bakım ve hastane odası alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanırken ($p<0.05$), diğer alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4. Normal Doğum Yapan Lohusaların DSKÖ ve NDAMDÖ'nin Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Ölçekler	DSKÖ ALT BOYUTLAR			Toplam Puan		
	Fiziksel Konfor	Psikospritiüel Konfor	Sosyokültürel Konfor			
NDAMDÖ ALT BOYUTLAR	Sağlık Ekibini Algılayışı	r	.242**	.156*	.287**	.345**
		p	.000	.024	.000	.000
	Doğum Eyleminde Hemşirelik Bakımı	r	.151*	.155*	.179**	.242**
		p	.029	.025	.010	.000
	Rahatlatma	r	.116	-.168*	.065	.014
		p	.096	.015	.347	.835
	Kararlara Katılım ve Bilgilendirme	r	.050	.301**	.151*	.244**
		p	.470	.000	.029	.000
	Bebekle Tanışma	r	.203**	-.335**	.184**	.045
		p	.003	.000	.008	.516
	Post-partum Bakım	r	.133	.216**	.226**	.287**
		p	.055	.002	.001	.000
	Hastane Odası	r	.099	.200**	.186**	.241**
		p	.155	.004	.007	.000
	Hastane Olanakları	r	.244**	.083	.290**	.314**
		p	.000	.230	.000	.000
	Mahremiyete Saygı	r	.134	-.007	.139*	.137*
		p	.054	.918	.044	.047
	Beklentilerin Karşılanması	r	.296**	.146*	.385**	.421**
p		.000	.034	.000	.000	
Toplam Puan	r	.262**	.178*	.353**	.401**	
	p	.000	.010	.000	.000	

* $p<0.05$, ** $p<0.001$

VD yapan lohusaların DSKÖ ve NDAMDÖ'nün puan ortalamaları arasındaki ilişkinin dağılımı Tablo 4'de verilmiştir. DSKÖ'nün fiziksel konfor alt boyutu ile NDAMDÖ'nün puan ortalamaları arasında; sağlık ekibini algılayışı (çok zayıf ilişki), doğum eyleminde hemşirelik bakımı (çok zayıf ilişki), bebekle tanışma (zayıf ilişki), hastane olanakları ve beklentilerin karşılanması alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

DSKÖ'nün psikospritiüel konfor alt boyutu ile NDAMDÖ'nün puan ortalamaları arasında; sağlık ekibini algılayışı (çok zayıf ilişki), doğum eyleminde hemşirelik bakımı (çok zayıf ilişki), kararlara katılım ve bilgilendirme (zayıf ilişki), postpartum bakım (zayıf ilişki), hastane odası (çok zayıf ilişki) ve beklentilerin karşılanması (çok zayıf ilişki) alt boyut ve

toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

DSKÖ'nün psikospiritüel konfor alt boyutu ile NDAMDÖ'nin puan ortalamaları arasında; rahatlama ve bebekle tanışma alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı çok zayıf bir ilişki bulunmuştur. DSKÖ'nün sosyokültürel konfor alt boyutu ile NDAMDÖ'nin tüm alt boyutları (rahatlama alt boyutu hariç) ve toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

DSKÖ'nün toplam puan ortalaması ile NDAMDÖ'nin tüm alt boyutları (bebekle tanışma ve mahremiyete saygı alt boyutu hariç) ve toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). VD yapan lohusaların "sağlık ekibini algılayışı, doğum eyleminde hemşirelik bakımı, kararlara katılım ve bilgilendirme, postpartum bakım, hastane odası, hastane olanakları, mahremiyete saygı, beklentilerin karşılanmasından" memnuniyet arttıkça doğum sonu genel konforlarının da arttığı belirlenmiştir.

Tablo 5. Sezaryen Olan Lohusaların DSKÖ ve SDAMDÖ'nün Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Ölçekler	DSKÖ ALT BOYUTLAR			Toplam Puan	
	Fiziksel Konfor	Psikospiritüel Konfor	Sosyokültürel Konfor		
Sağlık Ekibini Algılayışı	r	.217**	.229**	.103	.274**
	p	.002	.001	.138	.000
Sezaryene Hazırlık	r	.230**	.110	.088	.206**
	p	.001	.113	.208	.003
Rahatlatma	r	-.167*	-.173*	-.104	-.221**
	p	.016	.013	.135	.001
Kararlara Katılım ve Bilgilendirme	r	.228**	.121	.190**	.262**
	p	.001	.082	.006	.000
Bebekle Tanışma	r	.012	.003	.061	.037
	p	.864	.960	.380	.593
Post-partum Bakım	r	.247**	.054	.123	.200**
	p	.000	.435	.077	.004
Hastane Odası	r	.129	.037	.213**	.183**
	p	.064	.591	.002	.008
Hastane Olanakları	r	.231**	.169*	.238**	.313**
	p	.001	.015	.001	.000
Mahremiyete Saygı	r	-.027	.073	.063	.060
	p	.698	.294	.366	.391
Beklentilerin Karşılanması	r	.342**	.197**	.093	.306**
	p	.000	.004	.183	.000
Toplam Puan	r	.302**	.166*	.217**	.332**
	p	.000	.017	.002	.000

* $p<0.05$, ** $p<0.001$

SD yapan lohusaların DSKÖ ve SDAMDÖ'nün puan ortalamaları arasındaki ilişkinin dağılımı Tablo 5'de verilmiştir. DSKÖ'nün fiziksel konfor alt boyutu ile SDAMDÖ'nün puan

ortalamaları arasında; sağlık ekibini algılayışı, sezaryene hazırlık, kararlara katılım ve bilgilendirme, postpartum bakım, hastane olanakları, beklentilerin karşılanması alt boyut ve toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). DSKÖ'nün fiziksel konfor alt boyutu ile SDAMDÖ'nin rahatlama alt boyutu arasında ise negatif yönde anlamlı çok zayıf bir ilişki saptanmıştır.

DSKÖ'nün psikospiritüel konfor alt boyutu ile SDAMDÖ'nin puan ortalamaları arasında; sağlık ekibini algılayışı, hastane olanakları, beklentilerin karşılanması alt boyut ve toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir zayıf ilişki bulunurken rahatlama alt boyutu arasında negatif yönde çok zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

DSKÖ'nün sosyokültürel konfor alt boyutu ile SDAMDÖ'nin kararlara katılım ve bilgilendirme, hastane odası, hastane olanakları ve toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

DSKÖ'nün toplam puan ortalaması ile SDAMDÖ'nin sağlık ekibini algılayışı, sezaryene hazırlık, kararlara katılım ve bilgilendirme, postpartum bakım, hastane odası, hastane olanakları, mahremiyete saygı, beklentilerin karşılanması alt boyut ve toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı zayıf bir ilişki bulunurken, rahatlama alt boyutu arasında negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

TARTIŞMA

Çalışmadan elde edilen bulgular ile ilgili literatürler tartışılmıştır. Doğum şekillerine göre lohusaların tanıtıcı ve obstetrik özellikleri karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, gruplar benzer özelliklere ve homojen dağılıma sahip olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan lohusaların doğum şekline göre DSKÖ ve DAMDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında bazı alt boyutlarda ve toplam puan ortalamaları arasında fark olduğu saptanmıştır. DSKÖ'nün puan ortalamaları dikkate alındığında; bu çalışma ile paralel sonuçlar elde eden bazı çalışmalarda da VD yapan lohusaların DSKÖ toplam puan ortalamaları, sezaryen olanlara göre yüksek olduğu bulunmuştur (Karakaplan, 2007; Pınar Doğan, Algier, Kaya, ve Çakmak, 2009; Sis Çelik ve Çelik, 2020; Topçu Özer, 2011). Bu durumların sezaryen olan lohusaların DS konforunu olumsuz etkilemekte ve DSKÖ puan ortalamasının azalttığı düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada doğum şeklinin fiziksel ve sosyo-kültürel konfor düzeyini etkilediği ve VD yapan lohusalarda DS konfor düzeyi sezaryen olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Çapık vd., 2014). Başka bir çalışmada VD

yapanların fiziksel ve sosyokültürel konfor alt boyutları puanlarının sezaryen olan annelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Pınar vd. 2009). Topçu Özer yaptığı çalışmada VD yapan kadınların fiziksel konfor puanı SD yapan kadınlarınkinden daha yüksek bulunmuştur (Topçu Özer, 2011). Karakaplan'ın araştırmasında VD olanların fiziksel konforu sezaryen olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Karakaplan, 2007).

DAMDÖ'nün puan ortalamaları dikkate alındığında; bazı çalışmalarda sağlık ekibi ile iletişim ve hastaların sağlık ekibini algılayışı sezaryen olanlarda VD yapanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Özcan ve Arslan, 2015). Bu alt boyut ameliyat sürecini değerlendiren bir boyuttur. Sezaryene girerken gebe kadınların ağrısının olmaması, sadece bazı endişelerin olması ve ameliyat ekibi tarafından verilen direktifleri kolaylıkla algılamaları nedeniyle sağlık ekibini olumlu algıladıkları için puan ortalamalarının yüksek olduğu söylenebilir. Yapılan bir çalışmada VD yapan lohusaların sezaryen olan lohusalara göre rahatlama alt boyutu daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Özcan ve Arslan, 2015). Sezaryen olanlarda özellikle doğumdan sonraki ilk hafta operasyon bölgesindeki ağrı, annenin iyilik halini ve aldıkları bakımdan memnuniyet düzeylerini olumsuz etkilemekte ve VD olanlara göre kendilerini daha az rahatlamış olarak ifade etmektedirler. Rahatlamış annelerin postpartum döneme uyumu daha kolay olmakta ve doğumdan memnuniyet düzeyleri artmaktadır. Bu çalışma ile benzer bazı çalışmalarda da VD yapan lohusaların sezaryen olanlara göre bebekle tanışmadan memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu görüldü (Demir, Koç, ve Yüksel, 2001; Kuşoğlu ve Karabacak, 2008; Özcan ve Arslan, 2015). Buna göre VD yapanlarda anne-bebek iletişiminin daha erken başladığı, dolayısıyla emzirmenin daha erken sağlandığı, sezaryen olanlarda anestezinin etkisi, ağrı ve yaşanan diğer fiziksel sorunlara bağlı olarak anne-bebek iletişiminin ve dolayısıyla emzirmenin de geciktiği düşünülmektedir. Sezaryen ameliyatlarında kullanılan genel anestezinin; gebelerde entübasyon güçlüğünün diğer hasta gruplarına göre daha sık gözlenmesi (buna bağlı olarak doğum sonu dönemde boğaz ağrısı, nefes almada güçlük vb. yaşanması), aspirasyon riski, atelektazi, pnomoni riski, laringeal/trekeal darlık riski, anestezide kullanılan ilaçların plasentadan geçişi sonucu yenidoğanı olumsuz etkilemesi, anne ile bebek arasındaki iletişimin daha geç başlaması ve ameliyat sonrası ağrının fazla olması, bulantı, kusma gibi dezavantajları vardır (Gülhaş Şanlı, Özgül, Begeç, ve Durmuş 2012; Mesci Haftacı ve Haftacı, 2013). Bu durum VD yapan annenin bebek ile tanışma memnuniyetini etkilemekte ve sezaryen olanlara göre memnuniyet düzeyinin daha yüksek olmasına neden olmaktadır. Sezaryen olanların postpartum bakım alt boyutunun vajinal doğum yapanlardan yüksek olması, sezaryen olan lohusaların özellikle doğum öncesi sancuları çekmemeleri, anestezinin etkisi geçip uyandıktan sonra doğumun

bitmiş olması gibi durumlardan dolayı lohusanın postpartum dönemde aldığı bakıma ilişkin algılamalarını olumlu etkilediği düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada da VD yapan lohusaların sezaryen olan lohusalara göre hastane odası memnuniyetlerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Özcan ve Arslan, 2015).

Çalışmada NDAMDÖ'nün sağlık ekibini algılayışı, doğum eyleminde hemşirelik bakımı, beklentilerin karşılanması alt boyutları ile DSKÖ'nün tüm alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Bebekle tanışma, hastane olanakları ve beklentilerin karşılanması alt boyutlarından memnuniyet arttıkça, fiziksel konforun da arttığı belirlenmiştir. VD yapanların bebekle erken tanışması ve anne-bebek iletişiminin iyi olması dolayısıyla emzirmenin de erken başlatılmış olmasının anne memnuniyetini ve fiziksel konforu arttırdığı görülmektedir. Hastane olanaklarının, verilen hizmetin (bakım, tedavi, yemek, temizlik vs.) tatmin edici olması, hastanın doğum sürecindeki beklentilerinin belirlenip karşılanmasıyla olumlu bir deneyim edinmenin sağlanması fiziksel konforu arttırmaktadır. Yapılan bir çalışmada VD yapanların kendi öz bakımlarını daha erken karşılamaya başladıklarını, bebekleriyle erken iletişim kurduklarını, kendi ve bebek bakımlarına erken dönemde katılmakta oldukları fiziksel konforlarının da bunlara bağlı olarak yüksek bulunduğunu göstermektedir (Topçu Özer, 2011).

“Kararlara katılım ve bilgilendirme, post-partum bakım, hastane odası ve beklentilerin karşılanması” alt boyutlarından memnuniyet düzeyi arttıkça psikospiritüel konforun da arttığı belirlenmiştir. Karakaplan 2007’de yaptığı bir çalışma sonucuna göre DS dönemde annelerin hemşirelerden beklentilerinin, tavır ve davranışın güzel olması, daha ilgili olunması, saygılı olunması, güler yüz ve psikolojik destek olduğu belirtilmiştir (Karakaplan, 2007). Yapılan bir çalışmada hemşirelerin doğum süreci ve işlemleri, anne-bebeğin iyilik halleriyle ilgili verdikleri bilgilerin annenin rahatlaması, korkusunun azalmasına ve annenin doğuma oryante olmasına yardımcı olduğu belirtilmiştir (Chen, Wang, ve Chang, 2001).

“Kararlara katılım ve bilgilendirme, bebekle tanışma, post-partum bakım, hastane odası, hastane olanakları, mahremiyete saygı, beklentilerin karşılanması” alt boyutlarından memnuniyet düzeyi arttıkça sosyokültürel konforun da arttığı belirlenmiştir. Kadının doğum süreci ile ilgili bilgilendirilmesi ve kararlara katılımının sağlanması, yapılan/yapılacak işlemler ile ilgili bilgilendirilmesi sosyokültürel konfor düzeyini arttırmaktadır. Annenin bebeği ile erken dönemde iletişiminin sağlanması, aldığı bakım hizmetinden memnun olması, yattığı odada rahat etmesi için odanın ihtiyaçlarına uygun olması ve ailesinin yanında olmasının sağlanması, hastane olanaklarının gereksinimlerini karşılayabilecek düzeyde olması da sosyokültürel konforunu yükseltmektedir. Aynı zamanda bakım ve girişimler sırasında

mahremiyetini koruyabilmesi, ailesi ve yakınları ile yaşadığı özel anların engellenmemesi, ebe/hemşire tarafından beklentilerinin karşılanması sosyokültürel konforunun artmasını sağlayacaktır. Yapılan bir araştırmada kadınların çoğunluğunun doğumda sosyal desteğe gereksinim duydukları belirlenmiştir. Kadınlar çoğunlukla anne ve eşlerini destek olarak istemektedir. Ayrıca en fazla da cesaretlendirilmeye ihtiyaçları olduğu bildirilmiştir. Ayrıca sosyal destek alan annelerin doğum deneyimlerini daha olumlu ifade ettikleri belirlenmiştir (Nakamura vd., 2015).

DSKÖ'nün toplam puan ortalamaları ile NAMDÖ'nün "sağlık ekibini algılayışı, doğum eyleminde hemşirelik bakımı, kararlara katılım ve bilgilendirme, postpartum bakım, hastane odası, hastane olanakları, mahremiyete saygı, beklentilerin karşılanması" alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanırken, diğer alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık oluşturacak bir ilişki saptanmamıştır. Kadının sağlık ekibini algılayışı ve sağlık ekibi ile olan iletişimin iyi olması, doğum ve doğum eylemindeki gelişmeler ile ilgili bilgilendirilmesi, kaliteli hemşirelik bakımının verilmesi, beklentilerine yönelik hizmet ve bakım verilerek beklenti ve gereksinimlerinin karşılanması lohusanın doğum sonu konforunu olumlu yönde etkileyerek arttırdığı düşünülmektedir. Topçu Özer'in yaptığı çalışmada doğum sonunda beklentilerin karşılanmasının kadınların konforunu ve memnuniyetini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir (Topçu Özer, 2011). Akgün'ün çalışmasında aldıkları bakımdan memnun olan ve verilen bakımın kendilerini rahatlattığını ifade eden lohusaların fiziksel, psikospiritüel, sosyo-kültürel konfor ve toplam ölçek puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Akgün, 2016).

Çalışmada DSKÖ'nün fiziksel konfor alt boyutu ile SDAMDÖ'nün "sağlık ekibini algılayışı, sezaryene hazırlık, rahatlama, kararlara katılım ve bilgilendirme, post-partum bakım, hastane olanakları, beklentilerin karşılanması" alt boyutları ve toplam puan ortalaması arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. "Sağlık ekibini algılayışı, sezaryene hazırlık, kararlara katılım ve bilgilendirme, postpartum bakım, hastane olanakları, beklentilerin karşılanması" alt boyutlarından memnuniyet düzeyi arttıkça fiziksel konforun arttığı belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada kadınların %88'i verilen postpartum hemşirelik bakım hizmetini iyi olarak değerlendirmiştir. Bunu sonucunda DS konfor düzeylerini olumlu şekilde etkilediği bildirilmiştir (Pınar vd., 2009). Yapılan başka bir çalışmada sezaryen olanların bulunduğu odanın özellikleri ve refakatçılarının desteğinin fiziksel konforlarının iyi olmasında etkili olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada aldığı bakımın çok iyi olduğunu belirten annelerin fiziksel konfor düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Topçu Özer,

2011).

Sağlık ekibini algılayışı, hastane olanakları, beklentilerin karşılanması alt boyutlarından memnuniyet düzeyi arttıkça psikospiritüel konforun da arttığı belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada sağlık personelinin davranış şeklini oldukça nazik olarak belirten ve yatış süresince eğitim alan annelerin psikospiritüel konfor puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Akgün, 2016). Karakaplan yaptığı bir çalışma sonucuna göre doğum sonu dönemde annelerin ebe ve hemşirelerden beklentilerinin, tavır ve yaklaşımı güzel olması, daha ilgili olunması, saygılı olunması, güler yüz, psikolojik destek olduğu belirtilmiştir (Karakaplan, 2007). Hastane olanaklarının hastanın gereksinimlerini karşılaması ve ihtiyacı olan her şeye ulaşabiliyor olması da hastanın psikospiritüel konforunu olumlu yönde etkileyecektir.

Kararlara katılım ve bilgilendirme, hastane odası, hastane olanakları alt boyutlarından memnuniyet düzeyi arttıkça sosyokültürel konforun da arttığı belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada SD yapanların yanlarında refakatçi bulunması, odalarında tuvaletin olması, odalarının tek veya iki kişilik olmasının sorun yaşamalarına rağmen konfor puanlarının yüksek olmasına etki ettiği bildirilmiştir (Topçu Özer, 2011). Kadının gereksinimlerine göre doğum öncesi yeterli düzeyde bilgi ve eğitim vermenin, hastanın kararlara katılımının sağlanmasının sosyokültürel konfor ve memnuniyet düzeyini arttırabileceği düşünülmektedir. Bilgilendirme sonucunda hastaların bilgisizlik nedeni ile yaşadıkları kaygı ve anksiyete azalacaktır (Yıldırım, 2010). Sezaryen olan annenin yaşadığı stresin azaltılması, doğumda yapılan/yapılacak tüm işlemler ile ilgili annenin ve ailenin bilgilendirilmesi ve hemşirenin anneye yeterli düzeyde destek olması, hastanede yattığı odada tek kalabilmesi, eşi ile kalabilmesi ve yakınlarının onu ziyaret edebilmesi, hastanenin sunduğu olanaklardan faydalanabilmesinin sosyokültürel konfor düzeyini arttıracığı düşünülmektedir.

Sezaryen olan lohusaların “sağlık ekibini algılayışı, sezaryene hazırlık, rahatlama, kararlara katılım ve bilgilendirme, postpartum bakım, hastane odası, hastane olanakları, beklentilerin karşılanmasından” memnuniyet arttıkça doğum sonu genel konforlarının da arttığı belirlenmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada VD yapan lohusaların sezaryen olanlara göre fiziksel ve sosyokültürel konfor düzeylerinin daha yüksek ancak psikospiritüel konfor açısından benzer oldukları bulunmuştur. NDAMDÖ ve SDAMDÖ’ den alınan toplam puan ortalamaları birbirine yakın ve her iki grupta da memnuniyet düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Gebeye ve ailesine, doğum öncesi dönem, VD ve SD doğum sonu dönem ile ilgili eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi,

Lohusalara verilen bakımın kalitesini arttırmak için, sağlık personeline düzenli hizmet içi eğitimler ile bilgilerinin güncelliğinin sağlanarak, konfor ve memnuniyetin önemi, konfor ve memnuniyeti etkileyen faktörler ile ilgili eğitimlerin verilmesi ve öneminin anlatılması,

Sezaryen olanların doğum sonu yaşayabilecekleri sorunların azaltılarak memnuniyet düzeylerinin artırılması için doğum sonu dönemde lohusanın hemşireler tarafından daha fazla desteklenmesi,

Anne-bebek arasındaki iletişimi başlatabilmek ve devamlı olarak sağlayabilmek için doğumdan hemen sonra bebeğin anne yanında olması önemlidir. Özellikle sezaryen olanlara hemşirenin bu konuda daha fazla destek olması,

Daha geniş gruplarda ve farklı merkezlerde yapılarak, benzer şekilde lohusalarda konfor ve memnuniyet düzeylerinin birlikte değerlendirildiği çalışmalar önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Akgün, Ö. (2016). *Annelerin doğum sonu konfor düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.*
- Aslam, M., Gilmour, K., Fawdry, R. (2003). *Who wants a caesarean section? A study of women's personal experience of vaginal ve caesarean delivery. JOGR, 23, 364-66.*
- Avis, M., Bond, M., Arthur, A. (1995). *Exploring patient satisfaction without patient services. J Nurs Manag, 3, 59-65.*
- Beksaç, M. S., Demir, N., Koç, A., Yüksel, A. (2001). *Sezaryen. Obstetrik Maternal- Fetal Tıp ve Perinatoloji, 5. Baskı. Ankara: Nobel Kitabevi.*
- Chen, C. H., Wang, S. Y., Chang, M. Y. (2001). *Women's perceptions of helpful ve unhelpful nursing behaviors during labor: A study in Taiwan. Birth, 28, 180-185.*
- Çapık, A., Özkan, H., Ejder Apay, S. (2014). *Lohusaların doğum sonu konfor düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 7, 186-192.*
- Çınar Yücel, Ş. (2011). *Kolcaba'nın konfor kuramı. EÜHYO Derg, 27, 79-88.*
- Demir, N., Koç, A., Yüksel, A. (2001). *Normal Doğum, Obstetrik Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji. 1. Baskı, Ankara. Medical Network, 1258-1298.*
- Dölen, İ., Gökçü, M. (2002). *Sezaryen ve etik. Kadın Doğum Dergisi, 1(2), 86-89.*
- Ejder Apay, S., Pasinlioglu, T. (2014). *Using Roy's Model to evaluate the care given to postpartum women following caesarean delivery. Open Journal of Nursing, 4(11), 784-796.*
- Eker, A., Yurdakul, M. (2008). *Sezaryen sonrası verilen bakımın hasta memnuniyetine etkisi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(1), 26-35.*
- Gorrie, T., Kinney, E. S., Murray, S. S. (1998). *Foundations of maternal newborn nursing, 2th ed. philadelphia:*

W.B. Saunders Company.

Gülhaş, N., Şanlı, M., Özgül, Ü., Begeç, Z., Durmuş, M. (2012). Sezaryenlerde anestezi yönetimi: Retrospektif değerlendirme. *JIUMF*, 19(3), 142-5.

Güngör, İ., Beji, N. K. (2012). Development ve psychometric testing of the scales for measuring maternal satisfaction in normal ve cesarean birth. *Midwifery*, 28, 348-357.

Karakaplan, S. (2007). Doğum şeklinin annelerin doğum sonu konforuna ve yenidoğan üzerine etkisi. (Yüksek Lisans tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Karakaplan, S., Yıldız, H. (2010). Doğum sonu konfor ölçeği geliştirme çalışması. *MÜHBS Derg*, 3, 55-65.

Kolcaba, K. (1992). Holistic Comfort: operationanalizing the construct as a nurse – sensitive outcome. *Advances in Nursing Science*, 15(1), 1–10.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*, New York Springer Publishing Co.

Konakçı, S. K., Kılıç, B. (2002). Sezaryen ile doğumlar artıyor. *STE Derg*, 1, 286-288.

Kuğuoğlu, S., Karabacak, Ü. (2008). Genel konfor ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *İÜFNH Derg*, 16, 16–23.

Lowdermilk, D. L., Pery, S. E., Bobok, I. M. (2000). *Maternity women's healty care*, 7 th ed. London, Mosby.

Merkouris, A., Ifantopoulos, J., Lanara, V., Lemonidou, C. (1999). Patient satisfaction: A key concept for evaluation ve improving nursing services. *JNM*, 7, 19-28.

Mesci Haftacı, S., Haftacı, E. (2013). Anestezi şeklinin (genel ve lokal), sezaryen sonuçlarına etkisi ve karşılaştırılması. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(1), 26-9.

Nakamura, Y., Takeishi, Y., Ito, N., Ito, M., Atogami, F., Yoshizawa, T. (2015). Comfort withmotherhood in late pregnancy facilitates maternal role attainment in early postpartum. *Tohoku J Exp Med*, 235, 53-59.

Özcan, Ş., Arslan, E. (2015). Normal doğumda ve sezaryen doğumda anne memnuniyetinin değerlendirilmesi. *FN Hem Derg*, 23(1), 41-48.

Park, C. S., Yeoum, S.G., Choi, E. S. (2005). Study of Subjectivity in the Perception of Cesarean Birth. *NHS*, 7, 3-8.

Pınar, G., Doğan, N., Algier, L., Kaya, N., Çakmak, F. (2009). Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. *DT Derg*, 36, 184-190.

Scott, J. R., Disaia, J. P., Hammend, B. C., Spellacy, N. W. (1994). *Danforth Obstetrik ve Jinekoloji (7. Baskı). Erez S (Çev), Sezaryen Doğumu, İçinde (ss.563-576). İstanbul: Yüce Yayın.*

Sis Çelik, A., Çelik, E.C. (2020). Doğumun şekli ve doğumda alınan anestezi türü doğum sonu konforu etkiler mi?. *Jaren*, 6(1), 97-108.

Taşkın, L. (2012). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. 13. Baskı. Ankara: Özyurt Matbaacılık.

Topçu Özer, H. (2011). Doğum şeklinin annelerin postpartum ilk 24 saatteki doğum sonu konforuna etkisi. (Yüksek Lisans tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması, (2013). 15.05.2020 tarihinde http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA2013_sonucular_sunum_2122014.pdf adresinden erişildi.

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması, (2018). 15.05.2020 tarihinde http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf adresinden erişildi.

World Health Organization, (2015). Caesarean sections should only be performed when medically necessary says WHO. 15.05.2020 tarihinde https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/cs-statement/en/ adresinden erişildi.

Yıldırım, N.K. (2010). Sağlık bakım profesyonelleri ile hasta iletişimi. Sabuncu N, Ay FA. (Edit), Klinik Beceriler: Sağlık Değerlendirilmesi, Hasta Bakım ve Takibi, İçinde (ss.162-195). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

EBELİK BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİNİN MERHAMET DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Determination of the Compassion Levels of Midwifery Students

Özlem DOĞAN YÜKSEKOL¹  İlksen ORHAN²  Erman YILDIZ³ 
Ayşe Nur YILMAZ⁴ 

^{1,4}Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Elazığ
²Munzur Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Tunceli
³İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya

Geliş Tarihi / Received: 25.05.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 24.08.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ÖZ

Bu araştırma, ebelik bölümünde okuyan öğrencilerin merhamet düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı olarak yapılan araştırmanın örneklemini Ebelik bölümü 1., 2., 3. ve 4. sınıfta okuyan 267 öğrenci oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu ve Merhamet Ölçeği (MÖ) kullanılmıştır. Verilerin analizinde yüzde, frekans hesaplamaları, Anova, t testi ve post-hoc analizleri kullanılmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalamasının 21.08±1.98 olduğu, %98.1'inin bekâr olduğu, %60.3'ünün il merkezinde yaşadığı, %95.9'unun kendisini merhametli bulduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin merhamet düzeyleri 101.64±12.41 olarak yüksek düzeyde saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Ebelik, Merhamet, Öğrenci

ABSTRACT

This research has been carried out to determine the compassion levels of the students studying in the midwifery department. The sampling of the descriptive research has been composed of 267 students studying in the 1st, 2nd, 3rd, and 4th grade of the Midwifery Department. Personal information form and Compassion Scale (CS) have been used for data collection. Percentage, frequency calculations, Anova, t test and post-hoc analysis have been used in the data analysis. It has been determined that the average age of the students participating in the research was 21.08 ± 1.98, 98.1% were single, 60.3% lived in the city center and 95.9% found themselves compassionate. Students' compassion levels has been found to be 101.64 ± 12.41 regarding high level.

Keywords: Compassion, Midwifery, Student

GİRİŞ

Merhamet kavramı filozoflar, din adamları, psikologlar, antropologlar ve ahlaki ve etik konularla ilgilenenler arasında tartışılmıştır. Pek çok yazarın tanımına dayanan merhamet kavramı, bir başkasının acısının veya ağrısının derin bir şekilde hissedilmesi olarak tanımlanabilir (Chapin vd., 2014). Merhamet kavramının önemi hastalar ile daha uzun zaman geçiren mesleklerde daha çok daha önemlidir. Son yıllarda merhamet kavramının önem kazandığı sağlık mesleklerinden bir tanesi de ebelik mesleğidir (Ménage, Bailey, Lees, ve Coad, 2017). Ebelik ile ilgili birçok uluslararası kuruluş, merhametin ebelik bakımının merkezinde olduğunu belirtmektedir (Ergin, Özcan, ve Aksoy, 2020). Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (ICM) merhamet, onur ve insan haklarına dayalı ebelik bakımının önemini vurgulamıştır (International Confederation of Midwives [ICM], 2014). Hatta Lancet dergisi 2014 yılında ebeyi gebelik öncesinde, doğumda ve doğum sonrası ilk haftalarda kadınlara, bebeklere ve ailelere yetenekli, bilgili ve şefkatli bakım sağlayan bir profesyonel olarak tanımlamıştır (The Lancet, 2014).

Benzer şekilde, 2012 yılında, İngiltere Ulusal Sağlık Servisi (NHS) hemşirelik ve ebelik bakım uygulamalarında yeni bir vizyon belirlemiş, yeni değerler tanımlamış ve “6C” kavramının kullanımını vurgulamıştır. Bu 6C konsepti bakım (Care), merhamet (Compassion), yetkinlik (Competence), iletişim (Communication), cesaret (Courage) ve bağlılık (Commitment)’dir. Saygı, onur ve merhamet temelli iletişimin, hastaların verilen hizmetten duydukları memnuniyeti ve sağlık hizmetinin kalitesini artırdığı bilinmektedir (McGrath, 2015; Ménage vd., 2017). Sağlık bakım sisteminin sunulmasında önemli bir değer olan merhamet kavramı ebelik mesleğinin doğasında vardır. Bu nedenle ebelik eğitiminde bu kavramın ele alınması ve öğrenciler ile kavramın paylaşılması öneminin öğretilmesi önemlidir. Bu amaca ulaşabilmek için mevcut durumun araştırma sonuçları ile belirlenmesi gerekmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda bu çalışma ebelik öğrencilerinin merhamet düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı tiptedir.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Doğu Anadolu Bölgesinde bulunan bir ilin Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik bölümü 1., 2., 3. ve 4. sınıflarında okuyan toplam 315 öğrenci oluşturdu.

Araştırmada istatistiksel gücün artırılması adına herhangi bir örnekleme seçimine gidilmeden araştırmaya katılmayı kabul eden tüm öğrencilere ulaşılmaya çalışıldı. Nihayetinde araştırma 267 öğrencinin katılımları ile tamamlandı.

Veri Toplama Yöntem ve Araçları

Araştırmada veriler araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanan 7 adet sosyo-demografik soruları içeren anket formu ve MÖ ile toplandı. MÖ, Pommier tarafından 2011 yılında geliştirilmiş, Akdeniz ve Deniz ise 2016 yılında Türkçeye uyarlamıştır (Akdeniz ve Deniz, 2016). Ölçeğin toplamda 24 maddesi ve sevecenlik, umursamazlık, paylaşımların bilincinde olma, bağlantısızlık, bilinçli farkındalık ve ilişki kesme olmak üzere altı tane alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekteki sevecenlik alt boyutu 6, 8, 16 ve 24. maddelerden, umursamazlık alt boyutu 2, 12, 14 ve 18. maddelerden (tersten puanlama), paylaşımların bilincinde olma alt boyutu 11, 15, 17 ve 20. maddelerden, bağlantısızlık alt boyutu 3, 5, 10 ve 22. maddelerden (tersten puanlama), bilinçli farkındalık alt boyutu 4, 9, 13 ve 21. maddelerden, ilişki kesme alt boyutu 1, 7, 19 ve 23. maddelerden (tersten puanlama) oluşmuştur. MÖ toplam puanı için tersten puanlama yapılan alt boyutları hesaplandıktan sonra tüm alt boyutların toplamı alınmaktadır. Alt boyutların ayrı ayrı puanlanmasının gerektiği durumlarda ise tersten puanlama yapılmamaktadır. Ölçek 5'li likert tipi (1= Hiçbir Zaman, 2= Nadiren, 3= Ara sıra, 4= Sık Sık, 5= Her Zaman) bir ölçektir. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça merhamet düzeyinin arttığı belirtilmektedir. Akdeniz ve Deniz ölçeğin Cronbach Alpha değerini 0.85 olarak bulmuşlardır (Akdeniz ve Deniz., 2016). Bu çalışmada ise Cronbach Alpha değeri 0.89 bulundu. MÖ, bu araştırmada tüm alt boyutları ile uyumlu bir yapıyı koruduğu ve tatmin edici psikometrik özellikler gösterdiği için tercih edildi.

Verilerin Toplanması

Veriler online olarak 15-25 Mayıs 2020 tarihlerinde toplandı. Tüm dünyada ve ülkemizde etkisini hissettiren Covid-19 salgını nedeniyle üniversiteler 16 Mart 2020'de tatil edildi. Bu nedenle çalışmanın verileri Google'da anket oluşturularak ve öğrencilere WhatsApp üzerinden gönderilerek toplandı. Ön uygulama olarak 10 öğrenciye anket ve ölçek uygulandı. Ama bu öğrenciler çalışmaya dâhil edilmedi.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package for Social Science) 21 paket programı kullanıldı. Normal dağılıma uygunluk; Shapiro-Wilks ve Kolmogrov-Smirnov testleri ve histogram, P-P grafiği, Q-Q grafiği, çarpıklık ve basıklığın değerlendirilmesi ile

değerlendirildi. Analizler sonucunda normal dağılım gösterdiği anlaşılan veriler “ortalama \pm standart sapma” şeklinde sunuldu. Verilerin analizinde, ortalama, frekans, yüzde hesaplamaları ve Anova, bağımsız gruplarda t testi ve post-hoc analizleri analizleri yapıldı. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

Araştırmanın Etik Yönü

Munzur Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’ndan (Karar no: 2020/3) etik kurul izni alınmıştır. Ayrıca öğrencilere araştırmanın amacı açıklanarak sözlü onayları alınmıştır.

BULGULAR

Bu bölümde ebelik bölümü öğrencilerinin merhamet düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen sonuçlar sunuldu.

Tablo 1. Araştırmaya Dâhil Edilen Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri (n=267)

	Kategoriler	n	%
Ortalama Yaş		21.08 \pm 1.98 yıl	(min-max= 18-34)
Sınıf	1.sınıf	81	30.3
	2.sınıf	57	21.3
	3.sınıf	70	26.2
	4.sınıf	59	22.1
Medeni durumu	Evli	5	1.9
	Bekar	262	98.1
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	6	2.2
	Hayır	261	97.8
Yaşanılan yer	Köy/Kasaba	41	15.4
	İlçe	65	24.3
	İl	161	60.3
Bölümü tercih etme durumu	İsteyerek	216	80.9
	İstemeyerek	51	19.1
Kendini merhametli bulma durumu	Evet	256	95.9
	Hayır	11	4.1
Hayattan memnun olma durumu	Memnun değilim	28	10.5
	Orta düzeyde memnunum	68	25.5
	Memnunum	171	64

Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 21.08 \pm 1.98 olarak belirlendi. Öğrencilerin %98.1'inin bekâr, %97.8'inin çocuk sahibi olmadığı, %60.3'ünün il de yaşadığı, %80.9'unun bölümü isteyerek tercih ettiği, %95.9'unun kendini merhametli bulduğu ve %64'ünün yaşadığı hayattan memnun olduğu tespit edildi.

Tablo 2. Öğrencilerin Merhamet Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları

Değişkenler	Ortalama	Ss	Merhamet Ölçeği		
			Med	Min.	Max.
Sevecenlik	17.26	2.98	18	4	20
Umursamazlık	6.90	2.59	6	4	16
Paylaşımların bilincinde olma	16.37	3.05	17	4	20
Bağlantısızlık	6.92	2.50	7	4	16
Bilinçli farkındalık	16.63	2.94	17	4	20
İlişki kesme	6.79	2.63	6	4	16
MÖ Toplam	101.64	12.41	104	71	120

Ss= Standart sapma, Min =Minimum değer, Max=Maximum değer

Ebelik bölümünde okuyan öğrencilerin merhamet ölçeği puanları incelendiğinde, toplam puan ortalamasının 101.64 ± 12.41 olduğu, en düşük alınan puanın 71 ve en yüksek alınan puanın 120 olduğu tespit edildi. Ölçeğin alt boyutlarının puan ortalamasına bakıldığında sevecenlik alt boyutunun 17.26 ± 2.98 , umursamazlık alt boyutunun 6.90 ± 2.59 paylaşımların bilincinde olma alt boyutunun 16.37 ± 3.05 , bağlantısızlık alt boyutunun 6.92 ± 2.50 , bilinçli farkındalık alt boyutunun 16.63 ± 2.94 ve ilişki kesme alt boyutunun 6.79 ± 2.63 olduğu bulundu (Tablo 2).

Tablo 3. Öğrencilere Ait Özelliklerin Merhamet Ölçeği ve Alt Boyutlarıyla Karşılaştırılması

Merhamet Ölçeği							
	Sevecenlik	Umursamazlık	Paylaşımın bilincinde olma	Bağılantısızlık	Bilinçli Farkındalık	İlişki Kesme	Toplam
	Ort (SS)	Ort (SS)	Ort (SS)	Ort (SS)	Ort (SS)	Ort (SS)	Ort (SS)
*Sınıf							
1.sınıf	16.93 (3.02)	6.92 (2.71)	16.65 (3.09)	6.96 (2.45)	16.37 (3.11)	7.12 (2.75)	100.95 (12.97)
2.sınıf	17.50 (2.39)	7.40 (2.69)	16.77 (2.47)	7.08 (2.62)	16.59 (2.59)	6.63 (2.55)	101.75 (11.53)
3.sınıf	17.78 (2.68)	6.25 (2.02)	16.52 (3.15)	6.40 (2.23)	17.08 (2.55)	6.11 (1.92)	104.62 (10.39)
4.sınıf	16.84 (3.68)	7.16 (2.81)	15.44 (3.28)	7.35 (2.72)	16.50 (3.43)	7.30 (3.09)	98.96 (14.12)
	F: 1.551	F: 2.402	F: 2.479	F: 1.704	F: 0.803	F: 3.445	F:2.384
	p: 0.202	p: 0.068	p: 0.062	p: 0.167	p: 0.493	p: 0.019	p:0.70
Medeni durum							
Bekar	17.27 (2.88)	6.92 (2.60)	16.40 (2.97)	6.96 (2.51)	16.64 (2.89)	6.82 (2.63)	101.60 (12.35)
Eveli	16.40 (6.94)	6.00 (1.87)	15.20 (6.61)	4.80 (0.83)	16.40 (5.31)	5.20 (2.16)	104.00 (17.08)
	t: 0.282	t: 0.788	t: 0.405	t: 5.356	t: 0.181	t: 1.370	t:-0.427
	p: 0.792	p: 0.431	p: 0.706	p: 0.002	p: 0.856	p: 0.172	p:0.670
Çocuk sahibi olma							
Hayır	17.26 (2.88)	6.91 (2.60)	16.38 (2.96)	6.96 (2.51)	16.63 (2.85)	6.81 (2.64)	101.60 (12.35)
Evet	17.00 (6.38)	6.66 (1.86)	16.16 (6.27)	5.50 (1.51)	16.50 (6.18)	5.83 (1.94)	103.66 (16.18)
	t: 0.103	t: 0.229	t: 0.084	t: 1.415	t: 0.055	t: 0.904	t:-0.402
	p: 0.922	p: 0.819	p: 0.936	p: 0.158	p: 0.958	p: 0.367	p:0.688
*Yaşanılan yer							
Köy/Kasaba	17.39 (3.28)	6.90 (2.60)	16.09 (3.16)	7.12 (2.33)	16.97 (2.98)	6.70 (2.57)	101.73 (12.76)
İlçe	17.43 (2.65)	7.30 (2.91)	16.46 (2.77)	7.60 (2.80)	16.32 (2.64)	7.30 (2.93)	100.00 (13.26)
İl	17.16 (3.04)	6.74 (2.44)	16.41 (3.15)	6.60 (2.37)	16.67 (3.05)	6.60 (2.50)	102.29 (11.99)
	F: 0.231	F: 1.090	F: 0.208	F: 3.845	F: 0.654	F: 1.669	F:0.788
	p: 0.794	p: 0.338	p: 0.812	p: 0.023	p: 0.521	p: 0.191	p:0.456
Bölümü tercih etme isteği							
İsteyerek	7.18 (3.07)	6.99 (2.67)	16.16 (3.08)	6.92 (2.56)	16.56 (2.89)	6.92 (2.73)	101.06 (12.67)
İstemeyerek	17.60 (2.60)	6.52 (2.17)	17.27 (2.80)	6.94 (2.27)	16.92 (3.16)	6.23 (2.05)	104.09 (11.05)

	t: -0.918 p: 0.359	t: 1.155 p: 0.249	t: -2.346 p: 0.20	t: -0.039 p: 0.969	t: -0.768 p: 0.443	t: 2.015 p: 0.047	t: -1.571 p: 0.117
Kendini merhametli bulma durumu							
Evet	17.39 (2.84)	6.80 (2.49)	16.50 (2.92)	6.83 (2.40)	16.76 (2.80)	6.67 (2.51)	102.33 (11.77)
Hayır	14.09 (4.36)	9.18 (3.84)	13.54 (4.67)	9.18 (3.73)	13.72 (4.47)	9.45 (3.80)	85.54 (16.33)
	t: 2.488 p: 0.031	t: -2.030 p: 0.069	t: 2.078 p: 0.064	t: -2.067 p: 0.065	t: 2.231 p: 0.049	t: -3.496 p: 0.001	t: 3.372 p: 0.007
*Hayattan memnun olma durumu							
Memnun değil	16.03 (3.86)	7.10 (2.83)	15.35 (3.77)	7.42 (2.67)	15.60 (3.86)	7.17 (2.93)	97.28 (14.36)
Orta düzeyde	16.91 (3.15)	7.20 (2.57)	16.67 (3.25)	7.02 (2.48)	16.42 (3.08)	6.76 (2.49)	101.01 (12.80)
memnun	17.60 (2.69)	6.75 (2.56)	16.42 (2.82)	6.80 (2.49)	16.88 (2.67)	6.74 (2.64)	102.61 (11.81)
Memnun	F: 4.023 p: 0.019	F: 0.830 p: 0.437	F: 1.918 p: 0.149	F: 0.812 p: 0.445	F: 2.542 p: 0.081	F: 0.334 p: 0.716	F: 2.357 p: 0.097

F: Tek yönlü ANOVA testi ; t: Bağımsız gruplarda t testi; *Post hoc analizi

Öğrencilerin buldukları sınıflara göre ilişki kesme alt ölçek puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptandı. Yapılan çoklu karşılaştırma (post-hoc) testi sonuçlarına göre 1. ve 3. sınıf arasındaki farkın önemli olduğu görüldü ($p=0.019$). Bununla birlikte ilişki kesme alt boyutu dışındaki alt boyutlar ve toplam merhamet ölçeği puanları ile öğrencilerin okudukları sınıflar arasındaki farkın önemli olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Öğrencilerin medeni durumlarına göre bağlantısızlık alt ölçek puan ortalamalarının bekâr olan katılımcılarda daha yüksek olduğu ve ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu ($p=0.002$). Öte yandan öğrencilerin medeni durumlarına göre diğer alt boyutlar ile toplam merhamet ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Öğrencilerin çocuk sahibi olma durumlarına göre merhamet ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark yoktur ($p>0.05$).

Öğrencilerin yaşadıkları yere göre bağlantısızlık alt ölçek puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Yapılan çoklu karşılaştırma (post-hoc) testi sonuçlarına göre farkın il ve ilçede ikamet eden öğrenciler arasında olduğu tespit edildi ($p=0.023$). Bununla birlikte bağlantısızlık alt boyutu dışındaki alt boyutlar ve toplam merhamet ölçeği puanları ile öğrencilerin yaşadıkları yerler arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

Öğrencilerin okudukları bölümü tercih etme isteğine göre paylaşımların bilincinde olma ve ilişki kesme puan ortalamalarının (sırasıyla $p=0.020$, $p=0.047$) isteksiz katılımcılarda, daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu bulundu ($p<0.05$; Tablo 3). Öte yandan öğrencilerin bölümü tercih etme isteğine göre diğer alt boyutlar ile toplam merhamet ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

Kendilerini merhametli bulan öğrencilerin sevecenlik ($p=0.031$), bilinçli farkındalık ($p=0.049$) ve merhamet ölçeği toplam puanlarının ($p=0.007$) merhametli bulmayanlara göre daha yüksek puanlara sahip olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptandı. Öte yandan kendini merhametli bulmayan öğrencilerin ilişki kesme puan ortalamalarının merhametli bulanlara göre daha yüksek puanlara sahip olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptandı ($p=0.001$).

Öğrencilerin hayattan memnun olma durumlarına göre sevecenlik alt ölçek puan ortalamalarında istatistiksel açıdan önemli fark saptandı. Yapılan çoklu karşılaştırma (post-hoc) testi sonuçlarına göre öğrencilerin kendi ifadelerine göre hayattan memnun olanlar ve memnun olmayanlar arasındaki farkın önemli olduğu belirlendi ($p=0.019$). Bununla birlikte sevecenlik alt boyutu dışındaki alt boyutlar ve toplam merhamet ölçeği puanları ile

öğrencilerin okudukları sınıflar arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

TARTIŞMA

Sağlık hizmetlerinde temel bir değer olarak merhamet, her bireyin acı, sıkıntı, kaygı veya ihtiyacına yönelik insanlık ve nezaketle yanıt verecek, rahatlık sağlayacak ve acıyı hafifletebilecek uygulamalar olarak ifade edilmektedir. Merhamet kavramı insanlara birey olarak saygı duymayı, onlara değer vermeyi gerektirmektedir (Bray, O'Brien, Kirton, Zubairu, ve Christiansen, 2014). Merhamet sağlık hizmetlerinde önemli bir kavram olup öğrenci iken ele alınması, tartışılması ve geliştirilmesi gereken bir kavramdır. Bu araştırma ebelik bölümünde okuyan öğrencilerin merhamet düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Bu çalışmada ebelik bölümünde okuyan öğrencilerin merhamet ölçeği puan ortalaması 101.64 ± 12.41 olarak bulunmuştur (Tablo 1). Ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 120 olduğu düşünülürse öğrencilerin merhamet düzeylerinin yüksek olduğu söylenebilir. Akbaş ve Sülü'nün ebelik bölümünde öğrenim gören öğrencilerin merhamet düzeylerini belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada öğrencilerin merhamet ölçeğinden aldıkları puan ortalamasını $97,3\pm 13,59$ olarak saptamışlardır (Akbaş ve Sülü, 2019). Çingöl ve arkadaşları hemşirelik bölümünde okuyan öğrencilerin merhamet düzeyini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada merhamet düzeyi 5 puanlık dereceleme üzerinden yapılmış ve öğrencilerin merhamet düzeyi puan ortalaması $4,19\pm 0,44$ olarak saptanmıştır (Çingöl, Çelebi, Zengin, ve Karakaş, 2018). İşgör'ün üniversite öğrencileri ile yapmış olduğu çalışmanın sonucunda öğrencilerin toplam merhamet düzeyi puan ortalaması $93,27\pm 14,38$ olarak bulunmuştur (İşgör, 2017). Gündüzoğlu ve arkadaşlarının hemşirelik bölümünde okuyan 518 katılımcı ile yapmış oldukları çalışmada öğrencilerin merhamet ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması $98,64\pm 10,8$ olarak bulmuşlardır (Gündüzoğlu, Korhan, Yıldırım, Aykar, ve Üstün, 2019). Bu araştırmanın bulguları öğrencilerde yüksek seviyelerde merhamet düzeyini ortaya koyması bakımından diğer çalışmaların bulguları ile benzer veriler sunmaktadır.

Araştırma da MÖ sevecenlik alt boyutu puan ortalaması 17.26 ± 2.98 , umursamazlık alt boyutu puan ortalaması 6.90 ± 2.59 , paylaşımların bilincinde olma alt boyutu puan ortalaması 16.37 ± 3.05 , bilinçli farkındalık alt boyutu puan ortalaması 16.63 ± 2.94 , ilişki kesme alt boyutu puan ortalaması 6.79 ± 2.63 olarak hesaplanmıştır (Tablo 2). Araştırmada ölçek alt boyutlarından alınan puan ortalaması Gündüzoğlu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmanın sonuçları ile benzerdir (Gündüzoğlu vd., 2019). Araştırmada öğrencilerin en yüksek ölçek alt boyut puan ortalamalarının sevecenlik ve bilinçli farkındalık alt boyutlarında

olduğu saptanmıştır. Çingöl ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmanın sonuçları çalışmamızın sonuçları ile benzerdir (Çingöl vd., 2018). Sevecenlik alt boyutunun maddeleri; kişiye içinde bulunduğu güç durumda ve mutsuz hissettiği zamanlarda destek sağlama amacını içermektedir. Bilinçli farkındalık alt boyutuna ait maddeler ise bireyi dinlemek, sözel veya sözel olmayan mesajlarını fark edebilmeyi içermektedir (Mullan ve Kothe, 2010). Ebelik mesleği özünde yardım etmeyi içeren ve verdiği bakımın her aşamasında sözel ve sözel olmayan iletişimin oldukça önemli olduğu profesyonel bir meslektir. Araştırmamızda en düşük ölçek alt boyut puan ortalaması ilişki kesme alt boyutuna ait bulunmuştur. İlişki kesme alt boyutuna ait maddeler bireyin içinde bulunduğu olumsuzlukta duyarsız kalmayı içermektedir (Çingöl vd., 2018). İngiltere’de bulunan Ulusal Hemşirelik Ebelik Konseyi (National Nursing and Midwifery Counsel: NMC) (2012) sağlık profesyonellerinin bilgi ve beceri kadar merhamet ve nezaket göstermesi gerektiğini belirtmiştir. Aynı zamanda NMC merhametli, güvenilir, kişi merkezli, kanıta dayalı bir bakım anlayışının hemşirelik ve ebelik öğrencileri için temel ve mesleki bir değer olduğunu vurgulamıştır (Bray vd., 2014). Bu açıdan bakıldığında kişiyi dinlemek, hem nezaket göstergesidir hem de ebelik mesleğinin doğasında var olan güvenilir ilişkinin temelini atılmasında hasta-ebe iletişiminin önemli bir unsurudur. Öğrencilerin buldukları sınıflara göre ilişki kesme alt ölçek puan ortalamalarında 1. ve 3. sınıfta okuyan öğrencilerin puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu hesaplanmıştır. Akbaş ve Sülü’nün yapmış oldukları çalışmada katılımcıların okudukları sınıf ile ilişki kesme alt boyutu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu bulgu araştırma sonucu ile benzerdir (Akbaş ve Sülü, 2019). Öğrencilerin medeni durumlarına göre bağlantısızlık alt boyut puan ortalamalarının evli olmayan katılımcılarda daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu bulunmuştur ($p=0.002$; Tablo 3). Yapılan literatür taramasında öğrencilerin merhamet düzeylerini araştıran çalışmalarda medeni durum değişkeninin sorulmadığı görülmüştür (Çingöl vd., 2018; Gündüzoğlu vd., 2019; Seven vd., 2019). İl ve ilçede yaşayan öğrenciler arasında bağlantısızlık alt ölçek puan ortalamalarında istatistiksel açıdan önemli fark saptanmıştır. Akbaş ve Sülü’nün çalışmasında yaşanılan yer ile MÖ alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Akbaş ve Sülü, 2019). Çalışma verisi bu yönüyle farklıdır. Farklılığın öğrencilerin kültürel özelliklerinden kaynaklandığı söylenebilir. Öğrencilerin okudukları bölümü tercih etme isteğine göre paylaşımların bilincinde olma ve ilişki kesme puan ortalamalarının isteksiz katılımcılarda daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu bulunmuştur. Yine Akbaş ve Sülü’nün yapmış oldukları çalışmada MÖ alt puan ortalaması ile bölümü isteyerek tercih etme ya da etmeme arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Akbaş ve

Sülü, 2019). Bu veri çalışmanın verisi ile farklılık göstermektedir. İki çalışma arasındaki farklılık katılımcıların bireysel özelliklerinden kaynaklanmış olabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızdan elde edilen bulgular doğrultusunda, ebeklik bölümü öğrencilerinin merhamet düzeylerinin yüksek olduğu ve büyük çoğunluğunun kendini merhametli bulduğu saptandı. Ebeklik bölümü öğrencilerinin; yaşadıkları yere göre bağlantısızlık alt boyutunda, buldukları sınıflara göre ilişki kesme alt boyutunda, okudukları bölümü tercih etme isteğine göre paylaşımların bilincinde olma ve ilişki kesme alt boyutlarında farklılık yarattığı belirlenmiştir.

Algılanması, içselleştirilmesi ve anlatılması zor olan merhamet kavramının ebeklik eğitiminde ele alınması ve öğretilmesi önemlidir. Bu sonuçlar doğrultusunda örneklem sayısının daha fazla olduğu, ebeklik eğitimi ve merhamet düzeyi ilişkisini araştıran çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Akbaş, M., Sülü, R. (2019). Öğrenci ebelerin merhamet düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. 6.Uluslararası 10.Ulusal Ebeklik Öğrencileri Kongre Özet Kitabı, Sözel bildiri (S95), Sivas, 442.
- Akdeniz, S., Deniz, M. E. (2016). Merhamet ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well Being*, 4(1), 50-61.
- Bray, L., O'Brien, M. R., Kirton, J., Zubairu, K., Christiansen, A. (2014). The role of Professional education in developing compassion at epractitioners: a mixed methods study exploring the perceptions of health Professional sandpre-registration students. *Nurse education today*, 34(3), 480-486.
- Chapin, H. L., Darnall, B. D., Seppala, E. M., Doty, J. R., Hah, J. M., Mackey, S. C. (2014). Pilot study of a compassion meditation intervention in chronic pain. *Journal of compassion ate health care*, 1, 4.
- Çingöl, N., Çelebi, E., Zengin, S., Karakaş, M. (2018). Bir sağlık yüksekokulu öğrencilerinin merhamet düzeylerinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 21, 61-67.
- Ergin, A., Özcan, M., Aksoy, S. D. (2020). Doğum odasında çalışan ebelerin şefkat düzeyleri. *Hemşirelik Etiği*, 27(3), 887-898.
- Gündüzoğlu, Ç. N., Korhan, A. E., Yıldırım, K. Y., Aykar Ş. F., Üstü, Ç. (2019). Hemşirelik öğrencilerinde merhamet düzeyi. *Journal of Human Rhythm*, 5(2), 103-116.
- International Confederation of Midwives (ICM). (2014). Philosophy and model of midwifery care, www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf
- İşgör, İ. (2017). Üniversite öğrencilerinde bağlanma stilleri ve akademik başarının merhamet üzerindeki yordayıcı etkisi. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 19(1), 82-99.
- McGrath, A. (2015). Perspectives: Do we need a follow-on nursing and midwifery strategy for compassion in practice? Perspectives on a recent debate. *Journal of Research in Nursing*, 20(8), 746-750.

Ménage, D., Bailey, E., Lees, S., Coad, J. (2017). A concept analysis of compassionate midwifery. Journal of Advanced Nursing, 73(3), 558-573.

Mullan, B. A., Kothe, E. J. (2010). Evaluating a nursing communication skills training course: The relationships between self-rated ability, satisfaction, and actual performance. Nurse education in practice, 10(6), 374-378.

National Nursing and Midwifery Council: NMC. (2012).
https://tr.qwe.wiki/wiki/Nursing_and_Midwifery_Council

Seven A., Doğan S., Kınık A., Toraman K., Daşkın G., Sevinen G., Doğru, T. (2019). Compassion Levels of the Intern Students of Nursing and the Influencing Factors: Pilot Study. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(3), 273-282.

The Lancet. (2014). Midwifery: an executive summary for The Lancet's Series.
<https://www.thelancet.com/series/midwifery>

Original Article / Araştırma Makalesi

HEMŞİRELERDE KENDİNİ GERÇEKLEŞTİRME, PALYATİF BAKIMA YÖNELİK TUTUM VE DAVRANIŞLARI NASIL ETKİLER?

How Does Self-Realization in Nurses Affect Attitudes and Behaviors Towards Palliative Care?

Zeliha CENGİZ¹  Hilal YILDIRIM²  Sema KÖMÜRKARA³ 
^{1,2,3}İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya

Geliş Tarihi / Received: 30.04.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 24.08.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ÖZ

Hastanın hayatının son bulduğu günlerde, hastanın ihtiyacı olan desteğin sunulması ve etkili iletişim kurulması önemlidir. Hemşirenin değişen şartlara hızla uyum sağlaması, kendini geliştirmesi ile profesyonelleşme çabaları ancak kendini gerçekleştirme basamağına ulaştığı zaman mümkün olabilir. Bu araştırma; hemşirelerde yaşam sonu bakıma ilişkin tutum ve davranışları belirlemek, hemşirenin kendini gerçekleştirme durumunun bu tutum ve davranışlar üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapıldı. İlişkisel tanımlayıcı tipte olan araştırmanın verileri “Tanıtıcı Bilgi Formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Kendini Gerçekleştirme Alt Ölçeği ve Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışlar Ölçeği” kullanılarak toplandı. Hemşirelerin kendini gerçekleştirme puan ortalamasının 36.47±6.37, yaşam sonu tutum ve davranış ölçeği puan ortalamasının 53.79±7.23 olduğu belirlendi. Cinsiyet, medeni durum ve çalışılan klinik gibi değişkenlerin ölçek puanları üzerinde etkili olmadığı tespit edildi. Mesleği isteyerek seçme, mesleği sevmeye ve yaptığı işten memnun olma gibi durumların hem yaşam sonu bakım tutum ve davranışları hem de kendini gerçekleştirme puanlarında istatistiksel olarak önemli bir artışa neden olduğu belirlendi. Hemşirelerin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışları ile bireysel gelişimleri arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu, kendini gerçekleştiren hemşirelerin yaşam sonu bakıma yönelik daha olumlu tutum ve davranışlara sahip olduğu belirlendi.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, Kendini Gerçekleştirme, Yaşam Sonu Bakım

ABSTRACT

It is important to provide the support the patient needs and establish effective communication in the last days of the patient life. The nurse's adaptation to changing conditions, self-improvement and professionalization efforts can only be possible when the self-realization is achieved. This study was conducted to determine nurses' attitudes and behaviors regarding end-of-life care, and to determine the effect of nurses' self-actualization on these attitudes and behaviors. Data of the relational descriptive type research were collected using the 'Descriptive Information Form, Healthy Lifestyle Behaviors Self-Realization Sub-Scale, and Attitudes and Behaviors Towards End-of-Life Care Scale'. The mean score of nurses' self-fulfillment was 36.47±6.37, and the mean score of end-life attitude and behavior scale was determined as 53.79 ± 7.23. It was found that variables such as gender, marital status and the studied clinic were not effective on the scale scores. It was determined that the situations such as choosing the job voluntarily, loving the profession and being satisfied with the job caused a statistically significant increase in both end-of-life care attitudes and behaviors and self-actualization scores. It was determined that there was a positive relationship between nurses' attitudes and behaviors towards end-of-life care and their individual development, and nurses who performed themselves had more positive attitudes and behaviors towards end-of-life care.

Keywords: End of Life Care, Nursing, Self Realization

GİRİŞ

Hayatın son bulduğu günlerde, kişiye verilen bakıma palyatif bakım denmektedir. Dünya Sağlık Örgütü palyatif bakımı “yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailede; ağrının ve diğer problemlerin, erken tanılama ve kusursuz bir değerlendirme ile fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerin karşılanması yoluyla acı çekmenin önlenmesi ya da hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı bir yaklaşımdır” olarak tanımlamaktadır. Dünyada ölenlerin %55’i, yaklaşık 29 milyon insan palyatif bakım ihtiyacı olan bir hastalık sebebiyle hayatını yitirmektedir (WPCA, 2014). Türkiye’de bir yıl boyunca hayatını kaybedenlerin % 67’si, ortalama 250 bin insanın palyatif bakıma ihtiyaç olduğu belirtilmektedir (TÜİK, 2015).

Bu dönemde amaç son günlerinde hasta ve ailesinin yaşam kalitesinin artırılması ve üst düzeye çıkarılması, bireyin bedensel ve emosyonel yönden konforunun artırılması, ölüm sürecine hazırlanması ve “iyi bir ölüm” ün sağlanmasıdır (Costello, 2006; Çevik, 2010; Von Roenn, Cleeland, Gonin, Hatfield, ve Pandya, 1993). Dolayısıyla sağlık profesyonelleri arasında hemşirelere bu süreçte hasta ve ailesine hizmet sağlamada büyük roller düşmektedir (Bahar, 2007).

Hemşire, son dönemdeki hasta ile iç içe ve sürekli iletişim halinde olan sağlık çalışanıdır. Hastalara birincil bakımı en yoğun şekilde sunan hemşireler yaşam sonu bakımda öncü rol almaktadırlar (Özdemir ve Çelik, 2011). Hemşire, yaşam sonu döneminde olan hastaları yaşayan, bir geçmişi olan, seven, sevilen, anlayan, hisseden bir insan olarak görmeli ve hastaya sunacağı en üst bakımla konforlu ölüm sürecini yaşamasını sağlamalıdır (Özdemir ve Çelik, 2011).

Hemşirenin, ölümü yakın hastalara kaliteli bakım ve tedavi vermeye çalışması hemşirelik mesleğinin güç taraflarındandır (Bahar, 2007; Peykerli, 2003; Zomorodi ve Lynn, 2010). Araştırmalarda, ölümü yakın hastalara ve onların ailelerine verilen bakımda ve gereksinimlerini giderme konusunda, hemşirelerin zorluk yaşadığı, kaygılandıkları, bakım sağlarken tedirgin oldukları belirlenmiştir (Çevik, 2010; Esin, 1997). Terminal dönemdeki hastalara bakım sağlayan hemşirelerin, hastayı huzurlu ölüme, aileyi yakınının ölümüne karşı hazırlama, bu yönden endişelerini ve korkularını azaltacak duygusal destek sağlama gibi sorumlulukları vardır. Ağrı, endişe, korku gibi semptomlar kontrol edilerek ve hastanın kendi tedavisine katılmasını sağlayarak, yaşam kalitesinin artırılması, hastanın rahat ölüme hazırlanması önemli hemşirelik yaklaşımlarındandır (Bahar, 2007; Terakye, 1994).

Çevik araştırmasında, ölümü yakın olan hastaya bakım vermenin hemşireyi üzdüğünü ve çoğunluğunun bu durumdaki hastalara bakım sağlamak istemediklerini bildirmiştir. İlâveten hasta ve ailesi ile ölüm konusunu konuşmadıkları, konuşmayı istemedikleri, ölümü yakın olan hastanın da ziyaretçilerinin kabul edilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Görüldüğü gibi, hemşirelerin yaşam sonu bakıma yönelik tutumları, hastaya ve ailesine verilen bakımı etkilemektedir (Çevik, 2010; Esin, 1997; Zomorodi ve Lynn, 2010).

Gereksinim, bireyin davranışlarını yönlendiren önemli bir faktör olup kişileri ve ihtiyaçlarını motive eder. Abraham Maslow, “Gereksinimler Hiyerarşisi” kuramında insanı motive eden ilk ihtiyacın fizyolojik, daha sonra sırasıyla güvenlik, sosyal, benlik ve kendini gerçekleştirme olarak belirtmektedir. Maslow’un sıraladığı bütün gereksinimler karşılanırsa, insan en son basamakta olan “kendini gerçekleştirme gereksinimleri” ne yönelebilir (Maslow, 1943). Kişinin temel gereksinimlerinden biri kendini gerçekleştirme ile insan yaşamının temel amacına ulaşır, kendini motive edebilir, başarıyı yakalayabilir, kişisel tatminini sağlayıp doyuma ulaşabilir (Çakır, 2010; Tekke ve Çoşkun, 2019).

Hemşirelerin devamlı kendini ve mesleğini geliştirmesi, sorumluluklar alması, oluşabilecek problemlere çözüm bulması, lider ve öncü olması, iletişimin güçlü olması mesleki gereksinimlerden (Kaya, 2002). Sağlık hizmetinin temelini oluşturan hemşirelerin sahip olması istenen mesleki gereksinimleri uygulayabilmesi, kendini gerçekleştiren hemşire ile mümkündür. Hemşirenin alt basamaktaki ihtiyaçlar giderildikten sonra kendini gerçekleştirme gibi üst basamağa yükselebilir. Çalışma alanlarında hemşirelerin karşılaştığı problemler, onların kendini gerçekleştirme gereksinimlerini engelleyebilir. Çeşitli sosyo-demografik özelliklerin kendini gerçekleştirmeyi etkilediği bildirilmiştir (Çakır, 2010; Tekke, 2019; Ünsar, Akgün Kostak, Kurt, ve Erol, 2011).

Bu doğrultuda hemşirenin mesleğinde doyuma ulaşması, kendini gerçekleştirmesi ve bu basamakta kalması, gelişmeleri ve değişimleri takip edebilmesi ve motivasyonlarını sağlayabilmesi bakımından önemlidir. Ölümün yaklaştığı günlerde hastaya bütüncül bakım sağlamak ve ailesine etkin destek vermek, hastanın psiko-sosyal ihtiyaçlarını giderebilmek için hemşirenin palyatif bakıma yönelik davranış, tutum, bilgi ve beceride olması, kendini gerçekleştirme basamağına ulaşmış olması ile gerçekleşebilir.

Bu çalışma, hemşirelerin kendini gerçekleştirmeleri ile yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla yapıldı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı ilişkisel olarak yapıldı.

Araştırmanın yapıldığı yer ve katılımcılar

Bu araştırma İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi yetişkin yoğun bakımlar ve servislerinde yapıldı. Araştırmanın evrenini İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi yetişkin yoğun bakımlar ve servislerinde görev yapan 377 hemşire oluşturmuştur. Örneklemine ise araştırmanın yürütüleceği yerdeki hemşirelerin tamamının oluşturması planlandı. Fakat araştırmanın yürütüldüğü tarihte bulunmayan (izinli, gönüllü olmayan) 150 hemşire araştırmaya katılmadığından, araştırma 227 hemşire ile tamamlandı. Araştırmaya katılım oranı %73.47'dir. Aktif olarak hasta bakımına katılan, en az 6 aydır hemşirelik yapan hemşireler araştırmaya alınmıştır. Araştırmaya katılmak istemeyen ve polikliniklerde, ameliyathanede ve ayakta bakım ünitelerinde çalışan hemşireler araştırma dışına tutulmuştur.

Veri Toplama Araçları

Veriler "Tanıtıcı Bilgi Formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Kendini Gerçekleştirme Alt Ölçeği ve Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışlar Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu

Literatür taraması ile oluşturulan bu form; hemşirelerin sosyo-demografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu), yaşam sonu bakım ve ölüme ilişkin değişkenleri içeren toplam 14 sorudan oluşmaktadır.

Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışları Ölçeği

Yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışları 2008 senesinde Zomorodi tarafından oluşturulmuş ve ölçek on maddelik "tutum alt boyutu" ve altı maddelik "davranış alt boyutu" olmak üzere iki boyuttan toplam on altı maddeden meydana gelmiştir (Zomorodi ve Lynn, 2010). Orijinal ölçeğin güvenirlik katsayısı 0.78 olarak belirlenmiştir. Ölçek 5 likert tipi olup "tamamen katılmıyorum", "katılmıyorum", "kısmen katılmıyorum", "katılıyorum", "tamamen katılıyorum" şeklinde değerlendirilmektedir. Diğer boyut olan davranış da 5 likert tipinde olup "asla", "nadiren", "ara sıra", "genellikle" ve "her zaman" olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Yalçınkaya tarafından 2016 yılında yapılmıştır (Yalçınkaya, 2016).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin “Kendini Gerçekleştirme” alt boyutu

“Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği” alt boyutları ayrı olarak kullanılmaktadır. Bu ölçeği Walker ve ark. geliştirmiş ve Esin 1997 yılında Türkçeye kazandırmıştır (Esin, 1997; Walker, Sechrist ve Pender, 1987). Boyutlardan biri olan kendini gerçekleştirme boyutu 13 maddeden oluşmuştur. Dörtlü likert tipinde bir ölçektir.

Dörtlü likert tip bir ölçek olan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin, “Kendini Gerçekleştirme” alt boyutunda 13 soru vardır. Ölçekten 13 ile 52 puan arası alınabilmektedir. Ölçek puanının yüksek olması kendini gerçekleştirme bakımından önemlidir. Güvenirlilik analizinde Cronbach alpha kat sayısı 77 olarak belirlenmiştir. (Bahar, Beşer, Gördes, Ersin, ve Kıssal, 2008; Esin, 1997).

Verilerin Toplanması ve Etik

Veriler gündüz vardiyasında kliniklere gidilerek toplandı. Anket formu hemşirelerin okuyup cevaplama yöntemiyle toplanmıştır. Anket formunun cevaplanma süresi yaklaşık 8-10 dakikadır.

Araştırmanın verilerinin toplanmasına başlanmadan önce Turgut Özal Tıp Merkezi Başhekimliğinden yazılı izin alınmıştır. Hemşirelere araştırmanın amacı açıklanıp sözel olarak izinleri alınmıştır. Ayrıca araştırma İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik onayı alınmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi için “SPSS for Windows 22” paket programı kullanıldı. Hemşirelerin gruplandırılmış verileri sayı ve yüzde olarak, sürekli verileri ise ortalama ve standart sapma olarak verilecektir. Sürekli değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında normal dağılıma uygunluğuna Shapiro Wilk testi ile bakıldı. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Kendini Gerçekleştirme Alt Ölçeği ve Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışlar Ölçeği arasındaki ilişki kolerasyon testi ile değerlendirilip, ölçeklerin sosyo-demografik özellikler açısından değerlendirilmesi için bağımsız gruplarda t-testi, ANOVA ve Korelasyon testleri kullanıldı. Sonuçların istatistiksel anlamlılığı için yanılma düzeyi $p < 0.05$ kabul edildi.

BULGULAR**Tablo 1.** Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri (S=227)

Özellikler	S	%
Yaş (Ort±SS) 31.67±5.69		
22-35 yaş	173	76.2
36-46 yaş	54	23.8
Cinsiyet		
Kadın	162	71.4
Erkek	65	28.6
Medeni Durum		
Evli	140	61.7
Bekar	87	38.3
Mesleği isteyerek seçme durumu		
Evet	133	58.6
Hayır	94	41.4
Mesleği sevme durumu		
Evet	161	70.9
Hayır	66	29.1
Çalışılan Klinik		
Servis	144	63.4
Yoğun Bakım	83	36.6
Çalışılan klinikten memnun olma durumu		
Evet	147	64.8
Hayır	80	35.2
Yaşam sonu bakıma yönelik eğitim alma		
Evet	97	42.7
Hayır	130	52.3
Ölüm Görme Sıklığı		
Çok Sık	72	31.7
Sık	46	20.3
Bazen	35	15.4
Nadiren	74	32.6

Araştırmaya katılan hemşirelerin %76.2'si 22-35 yaş grubunda ve yaş ortalaması 31.67±5.69'du. Hemşirelerin %71.4'ü kadın, %61.7'si evlidir. Mesleği isteyerek seçen hemşirelerin %58.6 olduğu ve mesleğini seven hemşirelerin %70.9 olduğu belirlendi. Hemşirelerin %63.4'ünün servislerde çalıştığı, %64.8'inin çalıştığı klinikten memnun olduğu, %42.7'sinin yaşam sonu bakıma yönelik eğitim aldığı ve %31.7'sinin çok sık ölüm olayı gördüğü saptandı (Tablo 1).

Tablo 2. Kendini Gerçekleştirme Alt Ölçeği ve Yaşam Sonu Tutum ve Davranış Ölçeği Puan Ortalaması Arasındaki İlişki

	Ort	SS	Kendini Gerçekleştirme	
Kendini gerçekleştirme	36.47	6.37		
Yaşam sonu tutum ve davranış ölçeği	53.79	7.23	r= 0.317	p= 0.000*
Davranış alt boyutu	18.98	4.62	r= 0.237	p= 0.000*
Tutum alt boyutu	34.81	4.47	r= 0.268	p= 0.000*

p< 0.001

Hemşirelerin kendini gerçekleştirme puan ortalamasının 36.47 ± 6.37 , yaşam sonu tutum ve davranış ölçeği puan ortalamasının 53.79 ± 7.23 olduğu belirlendi. Yaşam sonu tutum ve davranış ölçeğinin davranış alt boyutu puan ortalaması 18.98 ± 4.62 , tutum alt boyutu puan ortalaması 34.81 ± 4.47 olarak saptandı (Tablo 2). Hemşirelerin kendini gerçekleştirme alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ile yaşam sonu tutum ve davranış ölçeğinden ve ölçeğin iki alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($p < 0.001$).

Tablo 3. Kendini Gerçekleştirme Alt Ölçeği ve Yaşam Sonu Tutum ve Davranış Ölçeği Puan Ortalamasının Bazı Değişkenler Açısından Karşılaştırılması

		Kendini Gerçekleştirme Ölçeği X±SD	Yaşam sonu Tutum ve Davranış Ölçeği X±SD
Yaş	22-35 yaş	36.45±6.65	53.58±7.02
	36-46 yaş	36.55±5.42	54.46±7.91
t		.105	.779
p		.916	.437
Cinsiyet	Kadın	36.44±6.54	54.20±7.25
	Erkek	36.55±5.98	52.76±7.14
t		-.117	1.352
p		.907	.178
Medeni Durum	Evli	36.22±5.93	53.52±7.20
	Bekar	36.88±7.04	54.21±7.31
t		-.762	-.697
p		.447	.486
Çalışılan Klinik	Servis	36.49±6.09	54.02±7.29
	Yoğun Bakım	36.44±6.86	53.39±7.17
t		.054	.624
p		.957	.533
Mesleği isteyerek Seçme Durumu	Evet	37.60±6.41	54.90±7.49
	Hayır	34.88±5.99	52.22±6.57
t		3.230	2.788
p		.001	.006
Mesleğini Sevme Durumu	Evet	37.68±6.07	55.12±6.99
	Hayır	33.53±6.15	50.54±6.82
t		4.657	4.510
p		.000	.000
Çalıştığı klinikten memnun olma durumu	Evet	37.68±6.15	55.11±6.98
	Hayır	34.25±6.21	51.36±7.10
t		4.008	3.844
p		.000	.000
Eğitim Alma Durumu	Evet	37.43±6.68	55.23±7.39
	Hayır	35.76±6.06	52.71±6.95
t		1.967	2.631
p		.050	.009
Ölüm Görme Sıklığı	Çok Sık	35.94±6.96	52.84±7.12
	Sık	37.45±6.00	55.63±6.17
	Bazen	35.91±5.24	52.48±7.75
	Nadiren	36.64±6.52	54.18±7.56
F		.635	1.874
p		.593	.135

Mesleği isteyerek seçen hemşirelerin kendini gerçekleştirme puan ortalaması (37.60 ± 6.41) istemeden seçenlerin puan ortalamasına (34.88 ± 5.99) göre; mesleği isteyerek seçen hemşirelerin yaşam sonu tutum ve davranış ölçeği puan ortalaması (54.90 ± 7.49) istemeden seçenlerin puan ortalamasına (52.22 ± 6.57) göre yüksekti. Mesleğini seven hemşirelerin kendini gerçekleştirme puan ortalaması (37.68 ± 6.07) mesleğini sevmeyenlerin puan ortalamasına (33.53 ± 6.15) göre; mesleğini seven hemşirelerin yaşam sonu tutum davranış ölçeği puan ortalaması (55.12 ± 6.99), mesleğini sevmeyenlerin puan ortalamasına (50.54 ± 6.82) göre yüksekti. Çalıştığı klinikten memnun olan hemşirelerin kendini gerçekleştirme puan ortalaması (37.68 ± 6.15) çalıştığı klinikten memnun olmayanlara (34.25 ± 6.21) göre; çalıştığı klinikten memnun olan hemşirelerin yaşam sonu tutum ve davranış ölçeği puan ortalaması (55.11 ± 6.98) memnun olmayanlara göre (51.36 ± 7.10) yüksekti. Yaşam sonu bakıma yönelik eğitim alan hemşirelerin kendini gerçekleştirme puan ortalaması (37.43 ± 6.68) eğitim almayanlara göre (35.76 ± 6.06); yaşam sonu bakıma yönelik eğitim alan hemşirelerin yaşam sonu tutum ve davranış ölçeği puan ortalaması (55.23 ± 7.39) eğitim almayanlara (52.71 ± 6.95) göre yüksekti. Gruplar arasında görülen farklar istatistiksel olarak önemliydi ($p < 0.05$).

Yaş grupları, cinsiyet, medeni durum, çalışılan klinik ve ölüm görme sıklığı açısından kendini gerçekleştirme ve yaşam sonu tutum ve davranış ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan fark saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 3).

TARTIŞMA

Hemşirelerin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranış puanları yüksek değildi. Literatür, pek çok hemşirenin yaşam sonu bakım hastasına ve ailesine bakım verme ve gereksinimlerini karşılama sırasında zorluklar yaşadığını göstermektedir (Çevik, 2010; Dunn, Otten ve Stephens, 2005; Terzi, 2018; Yılmaz ve Vermişli, 2015). Dunn ve arkadaşları ölümle karşılaşan hemşirelerin üzüntü ve keder yaşadıklarını ve karşılaşma sıklığı arttıkça ölüme karşı geliştirilen tutumun olumlu olduğunu belirtmiştir (Dunn vd., 2005). Çevik, hemşirelerin çoğunluğunun ölmekte olan hastaya bakım verirken keder yaşadıklarını ifade etmiş, yarısından fazlasının da yaşam sonu bakım vermek istemediklerini belirtmiştir (Çevik, 2010). Araştırmalar sonuçları göstermiştir ki ölüme yaklaşan hastaya yönelik tutum, hasta ve yakınlarının gereksinim duydukları bakımı ve davranışlarını değiştirebilmektedir. (Çevik, 2010; Terzi, 2018; Yılmaz ve Vermişli, 2015).

Hemşirelerin kendini gerçekleştirme düzeyleri iyi düzeyde bulundu. Ünsar ve arkadaşları da yaptıkları çalışmada hemşirelerin kendini gerçekleştirme seviyeleri ortalamının

üzerinde olduğunu belirledi (Ünsar vd., 2011) Hemşirelerin çalışma yaşamında karşılaştıkları sorunlar nedeniyle kendini gerçekleştirme basamağına ulaşmaları engellenebilir. Hemşireler sağlık hizmeti sunarken, kendi kişisel gereksinimlerini karşılamakta güçlük yaşayabilirler. Alt düzeydeki gereksinimler karşılanmadan bir üst düzeydeki gereksinimden söz edilemez. Ayrıca literatür yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, sağlık durumu, gelir düzeyi ve aile yapısı gibi değişkenlerin kendini gerçekleştirme gereksinimlerini etkilediğini göstermektedir (Alpar, Şenturan, Karabacak, ve Sabuncu, 2008; Altıparmak ve Koca Kutlu, 2009; Özkan ve Yılmaz, 2008; Pirincci, Rahman, Durmuş, ve Erdem, 2008; Yalçınkaya, Özer, ve Karamanoğlu, 2007).

Hemşirelerin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışları ile bireysel gelişimleri arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu, kendini gerçekleştiren hemşirelerin yaşam sonu bakıma yönelik daha olumlu tutum ve davranışlara sahip olduğu belirlendi ($p < 0.001$). Zomorodi ve Lynn, yaşam sonu bakımının iyileştirilmesine odaklanmaya devam edebilmek için, bakımı sağlayan hemşirenin değerlerinin ve davranışlarının ele alınmasının önemli olduğunu belirtmiştir (Zomorodi ve Lynn, 2010). Bu bağlamda kendini gerçekleştiren hemşirelerin yaşam sonu bakımının iyileştirilmesinde daha başarılı olacağı düşünülmektedir.

Araştırmamızda mesleği isteyerek seçen hemşirelerin kendini gerçekleştirme ve yaşam sonu tutum ve davranış düzeyleri, mesleği istemeden seçenlere göre yüksek olduğu belirlendi. Ayrıca mesleğini seven hemşirelerin kendini gerçekleştirme ve yaşam sonu tutum davranış puanları, mesleğini sevmeyenlerin puanlarından daha yüksekti. Önceki çalışmalar mesleğini seven hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin mesleğini sevmeyenlere göre daha iyi olduğunu bildirmiştir. İnsanın doğuştan getirdiği kendisine özgü potansiyeli ve yetenekleri mevcuttur (Arcak ve Kasımoğlu, 2006; Karamanoğlu, Özer, ve Tuğcu, 2009). İnsanlar hayatları boyunca bu potansiyeli ve yetenekleri ortaya koymak, kullanmak ve geliştirmek isterler (Maslow, 1943). Bunu sağlayacak en önemli faktörlerden biri de meslektir. Bireyin potansiyeli ve yeteneğini doğru kullanılabilmesi için mesleğini sevmesi ve isteyerek yapması gerekir. Çünkü mesleği sevmek, bireyi harekete geçirir, böylelikle kişi kendine özgü potansiyelini ve yeteneklerini açığa çıkararak kendini gerçekleştirme basamağına ulaşır. Kendini gerçekleştirme basamağına ulaşan birey profesyonel meslek tutumlarını sergileyebilir (Beydağ ve Arslan, 2008; Dede ve Çınar, 2008; Karamanoğlu vd., 2009). Bu bağlamda, mesleği isteyerek seçen ve mesleğini seven hemşirelerin profesyonel bakış açısıyla yaklaştığı ve dolayısıyla kendini gerçekleştirdikleri düşünülmektedir. Bu durumun yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışların gelişmesine katkı sağladığı söylenebilir (Ünsar vd., 2011).

Çalıştığı klinikten memnun olan hemşirelerin kendini gerçekleştirme ve yaşam sonu tutum ve davranış düzeyleri, çalıştığı klinikten memnun olmayan hemşirelere göre yüksekti. Yaşam sonu bakım ile kişisel, kültürel ve mesleki deneyimler hemşirelik tutumlarını etkileyebilir (Beuks vd., 2006; Chen ve McMurray, 2001; Dunn vd., 2005; Heyland, Rocker, O'Callaghan, Dodek, ve Cook, 2003). Bu deneyimler, hemşire tarafından sağlanan davranış türlerini etkileyebilir.

Yaşam sonu bakıma yönelik eğitim alan hemşirelerin kendini gerçekleştirme ve yaşam sonu tutum ve davranışları düzeyi eğitim almayan hemşirelere göre yüksekti. Hemşireler, yaşam sonu bakımı konusunda eğitimsizliklerini ve ölmekte olan hastalara ve ailelerine bakım sağlarken hayatları kurtarmaya yönelik kişisel bağlılıklarını önemli bir stres ve rahatsızlık nedeni olarak belirtmiştir (Beckstrand ve Kirchhoff, 2005). Literatürde hemşirelerin, yaşam sonu bakımda rolleri ve sorumlulukları konusunda çelişki yaşadıkları belirtilmiştir (Brown, 2003; Elpern, Covert, ve Kleinpell, 2005). Yaşam sonu bakıma yönelik yapılan eğitimler bu çelişkileri ortadan kaldıracaktır.

Özetle hemşirelerin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışları ile kendilerini gerçekleştirme düzeyleri birbiriyle ilişkili olduğu belirlenmiştir. Mesleği sevmek, çalıştıkları alanla ilgili eğitim almak, çalıştıkları klinikten memnun olmaları palyatif bakımda öncü olan hemşireler için mesleğe ilişkin etkili faktörler olduğu ortaya konmuştur.

Araştırmanın Sınırlılığı

Araştırma yoğun bakım ve servislerde yapıldığından sadece bu alanlarda çalışan hemşirelerin özelliklerini yansıtır olabilir. Katılımcıların, beklenen yanıtı verme eğilimi nedeniyle yaşanabilecek sınırlılıklar, bu araştırma için de geçerlidir. Araştırmaya katılmayı kabul etmeme, hemşirelerin anket cevaplamak istememeleri ve uygulama sırasında yıllık izinde ya da raporlu olma durumları diğer sınırlılıklardır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelerin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışları ile bireysel gelişimleri arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu, kendini gerçekleştiren hemşirelerin yaşam sonu bakıma yönelik daha olumlu tutum ve davranışlara sahip olduğu belirlendi. Mesleği isteyerek seçme, mesleği sevme ve yaptığı işten memnun olma gibi durumların kendini gerçekleştirme ve yaşam sonu bakım davranışları üzerinde etkili olduğu belirlendi. Kendini gerçekleştiren, mesleğini seven ve yaptığı işten memnun olan hemşirelerin yaşam sonu bakım davranışlarının daha yüksek düzeyde olduğu düşünüldüğünde palyatif bakım vermekte olan hemşirelerin

kişisel ve mesleki gelişimlerinin desteklenerek zorlu bakım ortamlarına adaptasyonlarının sağlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR




- Alpar, Ş. E., Şenturan, L., Karabacak, Ü., Sabuncu, N. (2008). *Change in the health promoting lifestyle behaviour of Turkish University nursing students from beginning to end of nurse training. Nurse Education in Practice*, 8(6), 382-388.
- Altıparmak, S., Koca Kutlu, A. (2009). *15-49 yaş grubu kadınlarda sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(5), 421-426.
- Arcak, R., Kasımoğlu, E. (2006). *Diyarbakır merkezdeki hastane ve sağlık ocaklarında çalışan hemşirelerin sağlık hizmetlerindeki rolü ve iş memnuniyetleri. Dicle Tıp Dergisi*, 33(1), 23-30.
- Bahar, A. (2007). *Ölüm sürecinde olan hasta: terminal bakım ve hospis. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(6), 147-158.
- Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., Kıssal, A. (2008). *Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. C.Ü.Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 1-13.
- Beckstrand, R. L., Kirchhoff, K. T. (2005). *Providing end-of-life care to patients: critical care nurses' perceived obstacles and supportive behaviors. American Journal of Critical Care*, 14(5), 395-403.
- Beuks, B. C., Nijhof, A. C., Meertens, J. H., Ligtenberg, J. J., Tulleken, J. E., Zijlstra, J. G. (2006). *A good death. Intensive care medicine*, 32(5), 752-753.
- Beydağ, K. D., Arslan, H. (2008). *Kadın doğum kliniklerinde çalışan ebe ve hemşirelerin profesyonelliklerini etkileyen faktörler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(7), 75-87.
- Brown, K. (2003). *The power of one: moral distress is common in critical care nursing. AACN News*, 20(3).
- Chen, S.-M., McMurray, A. (2001). *" Burnout" in intensive care nurses. The journal of nursing research: JNR*, 9(5), 152-164.
- Costello, J. (2006). *Dying well: nurses' experiences of 'good and bad' deaths in hospital. Journal of advanced nursing*, 54(5), 594-601.
- Çakır, A. (2010). *Hastanede çalışan hemşirelerin kendini gerçekleştirme ve atılganlık düzeylerinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.*
- Çevik, B. (2010). *Hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları ve deneyimleri. (Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.*
- Dede, M., Çınar, S. (2008). *Dahiliye yoğun bakım hemşirelerinin karşılaştıkları güçlükler ve iş doyumlarının belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 1(1), 3-14.
- Dunn, K. S., Otten, C., Stephens, E. (2005). *Nursing experience and the care of dying patients. Paper presented at the Oncology nursing foru*, 32(1), 97-104.
- Elpern, E. H., Covert, B., Kleinpell, R. (2005). *Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. American Journal of Critical Care*, 14(6), 523-530.
- Esin, N. (1997). *Endüstriyel alanda çalışan işçilerin sağlık davranışlarının saptanması ve geliştirilmesi. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.*
- Heyland, D. K., Rocker, G. M., O'Callaghan, C. J., Dodek, P. M., ve Cook, D. J. (2003). *Dying in the ICU: perspectives of family members. Chest*, 124(1), 392-397.


- Karamanoğlu, A. Y., Özer, F. G., Tuğcu, A. (2009). Denizli ilindeki hastanelerin cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 14(1), 12-17.
- Kaya, H. (2002). Hemşirelikte sürekli profesyonel gelişimin kuramsal, felsefi ve örgütsel temelleri. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(49), 53-60.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological review*, 50(4), 370.
- Özdemir, Z., Çelik, S. Ş. (2011). Terminal dönemde olan hastanın bakımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 3(2), 81-88.
- Özkan, S., Yılmaz, E. (2008). Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(7), 89-105.
- Peykerli, G. (2003). Ölümcül hastalıklara psikolojik yaklaşım. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4), 62-65.
- Pirincci, E., Rahman, S., Durmuş, A., Erdem, R. (2008). Factors affecting health-promoting behaviours in academic staff. *Public health*, 122(11), 1261-1263.
- Tekke, M. (2019). Maslow'un İhtiyaçlar hiyerarşisinin en son düzeyleri: kendini gerçekleştirme ve kendini aşmışlık. *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi*, 7(4), 1704-1712.
- Tekke, M., Çoşkun, M. (2019). Kendini tanıma, kendini gerçekleştirme, kendini aşmışlık, potansiyelin tam kullanan kişi: kişilerarası iletişim. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(70), 790-797.
- Terakye, G. (1994). Hemşirelikte iletişim ve hasta hemşire ilişkileri. Ankara: SB Sağlık Projesi Yayını.
- Terzi, K. (2018). Kanser tanılı hastalar ve hemşirelerin bakış açısıyla yaşam sonu dönem ve bakımı. (Yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- TÜİK (2015). Ölüm Nedeni İstatistikleri. <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?jsessionid=By7GWKdcgjnWGglmNQ8whKpZX7VSdnpsyx2S2n8mQT3RJGZzy66!-2079907112?id=18855>.
- Ünsar, S., Akgün Kostak, M., Kurt, S., Erol, Ö. (2011). Hemşirelerin kendini gerçekleştirme düzeyleri ve etkileyen etmenler. *DEUHYO ED 2011*, 4 (1), 2-6.
- Von Roenn, J. H., Cleeland, C. S., Gonin, R., Hatfield, A. K., Pandya, K. J. (1993). Physician attitudes and practice in cancer pain management: a survey from the Eastern Cooperative Oncology Group. *Annals of Internal medicine*, 119(2), 121-126.
- Yalçınkaya, M., Özer, F. G., Karamanoğlu, A. Y. (2007). Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 409-420.
- Yalçınkaya, S. Ö. (2016). Yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışları ölçeği'nin türk kültürüne uyarlanması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. (Yükseklisans Tezi), T.C Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu.
- Yılmaz, E., Vermişli, S. (2015). Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(2), 41-46.
- Zomorodi, M., Lynn, M. R. (2010). Instrument development measuring critical care nurses' attitudes and behaviors with end-of-life care. *Nursing research*, 59(4), 234-240.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nursing research*. 36(2), 76-81.
- WPCA, WHO (2014). *Global atlas of palliative care at the end of life*. London.

Original Article / Araştırma Makalesi

**IMPACT OF PATIENT SAFETY CULTURE ON MEDICAL ERROR ATTITUDES:
AN APPLICATION IN NURSES**

**Hasta Güvenliği Kültürünün Tıbbi Hata Tutumları Üzerine Etkisi: Hemşirelerde Bir
Uygulama**

Gülcan ŞANTAŞ¹  Özlem ÖZER²  Fatih ŞANTAŞ³ 

Mehmet Bircan GÜLEÇ⁴ 

^{1,3}Yozgat Bozok Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Yozgat

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara

⁴Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Antalya

Geliş Tarihi / Received: 09.06.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 27.08.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ABSTRACT

This study aims to examine the effects of patient safety culture perceptions on their attitudes of medical errors among nurses. The universe of the study is nurses working in a public hospital in Antalya (n = 350). The convenience sampling method was used in the study and the questionnaire was collected from 205 nurses. The data were obtained between October 2-November 3, 2018. The study results demonstrates that the dimensions of patient safety culture explained 28.2% of the total variance in the perception of medical error, 26.4% of the total variance in medical error approach, and 21.8% of the total variance in causes of medical errors. Patient safety culture also explains 32% of the total variance in all subdimensions of medical error. The results of this study highlight the importance of enhancing patient safety culture to protect patients from medical errors in health institutions. This study also revealed important factors that need to be considered for successful implementation of patient safety culture. It is recommended to have a common understanding and increase awareness in reducing medical errors and improving patient safety culture.

Keywords: Medical Error, Nurse, Patient Safety Culture

ÖZ

Bu çalışma, hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarının tıbbi hatalara yönelik tutumlarına etkisini incelemeyi amaçlamaktadır. Çalışmanın evrenini Antalya’da bir devlet hastanesinde çalışan hemşireler oluşturmaktadır (n=350). Çalışmada kolayda örnekleme yöntemi kullanıldı ve 205 hemşireden anket toplandı. Veriler, 2 Ekim-3 Kasım 2018 tarihleri arasında elde edildi. Çalışma sonuçları, hasta güvenliği kültürü boyutlarının tıbbi hata algısı üzerindeki toplam varyansın %28.2’sini, tıbbi hata yaklaşımı üzerindeki toplam varyansın 26.4%’ünü, tıbbi hata nedenleri üzerindeki toplam varyansın %21.8’ini açıkladığını göstermektedir. Ayrıca hasta güvenliği kültürü, tıbbi hatanın tüm alt boyutları üzerindeki toplam varyansın %32’sini açıklamaktadır. Bu çalışmanın sonuçları, hastaları sağlık kurumlarındaki tıbbi hatalardan korumak için hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesinin önemini vurgulamaktadır. Bu çalışma aynı zamanda hasta güvenliği kültürünün başarılı bir şekilde uygulanması için dikkate alınması gereken faktörleri de ortaya koymuştur. Tıbbi hataları azaltma ve hasta güvenliği kültürünü geliştirme konusunda ortak bir anlayışa sahip olunması ve farkındalığın artırılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Hasta Güvenliği Kültürü, Hemşire, Tıbbi Hata

INTRODUCTION

Patient safety is an important mainstay of health care quality (Aboneh, Stone, Lester & Chui, 2020). Patient safety culture is defined as a component of organizational culture with regard to the values, attitudes, perceptions and faiths of health employees. Therefore, it involves the collective assessment of the attitudes and beliefs of all personnel within the organization (Iramaneerat & Noppakunsomboon, 2016). Patient safety culture consists of the beliefs shared among organization members, the mutual effect of work units and the structures and systems of the organization (Singer, Lin, Falwell, Gaba & Baker, 2009). It is the sum of the outputs of the values, attitudes, perceptions, authority, behaviors and skills of safety management in organization (Nieva & Sorra, 2003). The topic concerns health institutions because of the relevance of patient-adverse events (Tschudi Bondevik et al., 2017).

Patient safety culture in health institutions has three key elements. Healthcare processes can be designed in the light of these elements: a) identifying mistakes and deriving lessons from the mistakes; b) the presence of responsibility at organizational level and an atmosphere that equilibrates the requirement of reporting events; c) the requirement of performing disciplinal actions with others (Handler et al., 2006; Institute of Medicine, 2004). Safety culture includes seven sub-cultures of patient safety culture. These sub-cultures are leadership, group working, evidence-based care, dialogue, training, fairness and patient centered care (Sammer, Lykens, Singh, Mains & Lackan, 2010). A positive safety culture is identified with effective teamwork, communication, nonpunitive response to errors, and collaborative learning (Wagner, Brush, Castle, Engberg & Capezuti, 2017).

Patient safety culture is used for the assessment of safety culture by health institutions, identification of fields for patient safety improvement, evaluation of patient safety attempts, and meeting and complying with legislative necessities (Elsous et al., 2016). Thus, health institutions may acquire a clear view of patient safety aspects requiring immediate notice, describe the strengths, weaknesses and existing safety matter, and benchmark their points with other health institutions (Stavrianopoulos, 2012).

Medical error is a very comprehensive issue in recent years. It has been discussed over ethnical, legal, medical, educational and administrative aspects (Dikmen, Yorgun & Yeşilçam, 2014). Medical error is defined as the failure to complete medical intervention as intended during the provision of health services (Karataş & Yakıncı, 2010). Reporting medical errors is critical to advance the safety systems through understanding the failures, and

to hinder the recurrent errors. Decreasing the frequency of adverse events is vital in the quality of care and safety (Hwang & Park, 2017). The report “To Err Is Human” expresses that medical errors increase the mortality and morbidity rates of avoidable adverse events. They lead to deaths more than motor vehicle accidents, breast cancer and also AIDS (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000). Nurses are among the fundamental healthcare providers and they may encounter with medical errors (Cho, Chin, Kim & Hong, 2016; Kahriman & Öztürk, 2016; Somyürek & Uğur, 2016).

While patient safety culture is combined with minor medical errors, there has been restricted empirical research examining the perceptions of patient safety culture with medical error among nurses (Singer et al., 2009). The literature associated with patient safety culture concentrated on reducing medical errors and maintaining patient safety (Ammouri, Tailakh, Muliira, Geethakrishnan & Al Kindi, 2014). Patient safety initiatives diminish medical error and provide quality care within the complexity of the health sector (Kalra & Adams, 2016; Singer & Vogus, 2013; Wolf & Hughes, 2008). Health institutions are closely linked for errors or adverse events, and patient safety culture is considered to facilitate the labelling of speculative situations (Singla, Kitch, Weissman & Campbell, 2006).

Unlike other goods and services, health services have low tolerance for errors and delays. In other words, an error in service delivery may lead to irreversible problems in health services. In essence, there should be zero error target in the field of health. However, the intense workload of the health sector, time pressure and constraints in health manpower in terms of quantity and quality cause errors. The searches continue to determine the factors for reducing medical errors in terms of organizations and employees. One of the factors that may be effective in reducing medical errors is the patient safety culture. It can be said that the number of studies examining these two variables together is limited in the literature. From the perspective of the health sector in Turkey, it has not been demonstrated in a study on this issue. With this aspect, it is believed that the study will contribute to the literature.

The aim of this study is to examine the effects of nurses’ patient safety culture perceptions on their attitudes of medical errors. The following research hypotheses have been developed in accordance with the information provided by the literature.

Hypothesis 1. The perceptions of nurses in relation to the all dimensions of patient safety culture have a statistically significant effect on perception of medical error.

Hypothesis 2. The perceptions of nurses in relation to the all dimensions of patient safety culture have a statistically significant effect on approach of medical error.

Hypothesis 3. The perceptions of nurses in relation to the all dimensions of patient safety culture have a statistically significant effect on causes of medical errors.

Hypothesis 4. The perceptions of nurses in relation to the all dimensions of patient safety culture have a statistically significant effect on all dimensions of medical error.

METHODS

This descriptive study was carried out to reveal the relationship between patient safety culture and medical errors. The research universe comprised 350 nurses working in a public hospital in the Antalya province. The convenience sampling method was used in the study. The data collection tool was distributed to all nurses who want to participate in the study. The data were obtained between October 2 and November 3, 2018, a total of 205 usable questionnaires were ensured.

The “Patient Safety Culture Hospital Questionnaire” was used to measure patient safety culture perceptions. The survey was developed by the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) in 2004 and adapted to Turkish by Filiz in 2009 (Filiz, 2009). It is composed of 42 items and 13 sub-dimensions (AHRQ, 2016). The items were rated on a 5-point Likert scale (“I never agree = 1”, “I don’t agree = 2”, “I am undecided =3”, “I agree =4”, “I totally agree = 5”). The internal consistency coefficient (Cronbach’s alpha) was 0.841 for this scale in this present study.

“The Scale of Attitudes towards Medical Errors”, developed by Güleç was used to measure attitudes of medical error in the study (Güleç, 2012). The scale composed of 16 items and 3 sub-dimensions (perception of medical error, approach of medical error and causes of medical error) and its items were rated on a 5-point Likert scale (1 = I never agree, 5 = I totally agree). The internal consistency coefficient (Cronbach’s alpha) was 0.843 for this scale in the present study.

The data were analyzed using SPSS software. Descriptive analysis, reliability analysis, and multivariate regression analysis were performed to reveal the relationship between patient safety culture and medical errors.

Ethical approval

This study was approved by Ethics Committee of Hacettepe University in accordance with its decision number 35853172/433-597. Informed consent form was handed out as hardcopy, attached by a covering letter informing potential participants of the research’s aim and its voluntary nature. Thus, nurses were ensured to be volunteered to participate and the

obtained data would be used entirely for academic purposes. Informed consent was collected from each participant involved in the research.

RESULTS

The descriptive features of participants are described in Table 1. It demonstrates that 48.8% of nurses were 34 years old or above; 89.3% of nurses were female, 58.0% had an undergraduate education. The table indicates that 51.7% of nurses have been working in the health sector for 10 years or more and half of the nurses (45.3%) have been working in service unit.

Table 1. Descriptive Characteristics of Participants

Variables	N	%	Variables	N	%
Age(years)			Working Unit		
≤ 33	105	51.2	Service	93	45.3
≥ 34	100	48.8	Outpatient clinic	84	41.0
Gender			Emergency	17	8.3
Female	183	89.3	Intensive care	11	5.4
Male	22	10.7	Duration of Working in the Health Sector (years)		
Educational Level			≤ 9	99	48.3
High School	14	6.8	≥ 10	106	51.7
Associate	56	27.3			
Undergraduate	119	58.0			
Postgraduate	16	7.9			
Total	205	100.0	Total	205	100.0

A regression analysis has been conducted to examine the hypotheses of research. The regression model for the effect of all sub-dimensions of patient safety culture on the medical error attitudes (perception of medical error, medical error approach and causes of medical error) have been presented in Table 2, 3, 4, and 5.

Table 2. The Effect of Patient Safety Culture Dimensions on The Perception of Medical Error

Variables	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p	Tolerance	VIF
	B	Std. Error	Beta				
Constant	4.092	.566		7.231	.000		
General security perceptions	-.063	.092	-.049	-.682	.496	.718	1.394
Continuous improvement of organizational learning	-.216	.112	-.193	-1.925	.056	.373	2.681
Unit team study	-.065	.095	-.065	-.681	.496	.411	2.435
Unrealized response for errors	-.054	.065	-.058	-.823	.412	.745	1.342
Staff	-.035	.088	-.032	-.397	.692	.582	1.720
Executive's expectations/actions for patient security	.294	.116	.194	2.540	.012*	.644	1.552
Communication obviousness	.237	.095	.164	2.490	.014*	.865	1.156

Feedback communication regarding error	-.228	.083	-.242	-2.753	.006*	.488	2.051
Reported incident frequency	.073	.054	.100	1.349	.179	.681	1.469
Teamwork between units	-.309	.125	-.170	-2.473	.014*	.798	1.254
Equipment	.208	.077	.207	2.691	.008*	.637	1.569
Management support for patient safety	-.012	.105	-.008	-.119	.905	.764	1.309
Number of reported events	-.103	.066	-.099	-1.562	.120	.934	1.070
Regression Summary							
R=0.531	R ² =0.282	F=5.772	p=0.000	Durbin Watson =1.097			
VIF= Variance Inflation Factor, R ² = R Square, *: Significant at p < 0.05							

The regression model which demonstrate the effect of the patient safety culture on the perception of medical error has been presented in Table 2. The multiple regression models revealed a correlation coefficient of 0.531, and patient safety culture dimensions explained 28.2% of the total variance in perception of medical error. The regression model was linear and statistically significant ($F=5.772$, $p<0.001$). The investigation of the t-test results exhibited that participants' perceptions of their executive's expectations/actions for patient security ($t=2.540$, $p<0.05$), communication obviousness ($t=2.490$, $p<0.05$), feedback communication ($t=-2.753$, $p<0.05$), teamwork between units ($t=-2.473$, $p<0.05$) and equipment ($t=2.691$, $p<0.05$) statistically effect their perception of medical error. In accordance with the standardized regression coefficient (β), the relative order of importance of the independent variables on perception of medical error were feedback communication (standardized $\beta=-0.242$), equipment (standardized $\beta=0.207$) and executive's expectations/actions for patient security (standardized $\beta=0.194$). This finding ensured the confirmation of Hypothesis 1.

Table 3. The Effect of Patient Safety Culture Dimensions on the Medical Error Approach

Variables	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p	Tolerance	VIF
	B	Std. Error	Beta				
Constant	1.999	.401		4.985	.000		
General security perceptions	.025	.065	.028	.382	.703	.718	1.394
Continuous improvement of organizational learning	.047	.079	.060	.591	.555	.373	2.681
Unit team study	-.202	.067	-.292	-3.010	.003*	.411	2.435
Unrealized response for errors	.086	.046	.133	1.851	.066	.745	1.342
Staff	-.205	.063	-.267	-3.279	.001*	.582	1.720
Executive's expectations/actions for patient security	.118	.082	.111	1.440	.151	.644	1.552
Communication obviousness	.245	.067	.243	3.635	.000*	.865	1.156
Feedback communication regarding error	-.009	.059	-.014	-.158	.875	.488	2.051
Reported incident frequency	-.014	.038	-.028	-.376	.707	.681	1.469
Teamwork between units	-.138	.088	-.108	-1.557	.121	.798	1.254
Equipment	.099	.055	.140	2.805	.000*	.637	1.569

Management support for patient Safety	.171	.074	.164	2.304	.703	.764	1.309
Number of reported events	-.034	.047	-.047	-.734	.555	.934	1.070
Regression Summary							
R=0.513	R ² =0.264	F=5.261	p=0.000	Durbin Watson =2.029			
VIF= Variance Inflation Factor, R ² = R Square, *: Significant at p < 0.05							

The effect of the patient safety culture on medical error approach has been tested with the regression model, and exhibited in Table 3. The results revealed a correlation coefficient of 0.513, and patient safety culture dimensions explained 26.4% of the total variance in medical error approach. The regression model was linear and statistically significant ($F=5.261$, $p<0.001$). The results revealed that participants' perceptions of their unit team study ($t=-3.010$, $p<0.05$), staff ($t=-3.279$, $p<0.05$), communication obviousness ($t=3.635$, $p<0.05$) and equipment ($t=2.805$, $p<0.05$) statistically effect their attitudes of medical error approach. The variable that most affected medical error approach was unit team study ($\beta=-0.292$). This finding ensured the confirmation of Hypothesis 2.

Table 4. The Effect of Patient Safety Culture Dimensions on the Causes of Medical Errors

Variables	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p	Tolerance	VIF
	B	Std. Error	Beta				
Constant	3.303	.418		7.896	.000		
General security perceptions	-.123	.068	-.136	-1.807	.072	.718	1.394
Continuous improvement of organizational learning	.024	.083	.030	.285	.776	.373	2.681
Unit team study	-.185	.070	-.263	-2.635	.009*	.411	2.435
Unrealized response for errors	.070	.048	.107	1.443	.151	.745	1.342
Staff	-.152	.065	-.195	-2.329	.021*	.582	1.720
Executive's expectations/actions for patient security	.122	.086	.113	1.424	.156	.644	1.552
Communication obviousness	.071	.070	.069	1.009	.314	.865	1.156
Feedback communication regarding error	-.072	.061	-.108	-1.176	.241	.488	2.051
Reported incident frequency	-.004	.040	-.007	-.088	.930	.681	1.469
Teamwork between units	-.125	.092	-.097	-1.352	.178	.798	1.254
Equipment	.023	.057	.032	.404	.687	.637	1.569
Management support for patient safety	.093	.077	.088	1.202	.231	.764	1.309
Number of reported events	.015	.049	.021	.317	.752	.934	1.070
Regression Summary							
R=0.467	R ² =0.218	F=4.105	p=0.000	Durbin Watson =1.924			
VIF= Variance Inflation Factor, R ² = R Square, *: Significant at p < 0.05							

Table 4 presents the regression model for the effect of the patient safety culture on causes of medical errors. The model revealed a correlation coefficient of 0.467 and patient safety culture dimensions explained 21.8% of the total variance in causes of medical errors. The model was linear and statistically significant ($F=4.105$, $p<0.001$). The results showed that

participants' perceptions of their unit team study ($t=-2.635$, $p<0.05$) and staff ($t=-2.329$, $p<0.05$) statistically effect causes of medical errors. The variable that most affected the causes of medical error was unit team study ($\beta=-0.263$). This finding ensured the confirmation of Hypothesis 3.

The regression model for the effect of the patient safety culture on all subdimensions of medical errors has been presented in Table 5. The model revealed a correlation coefficient of 0.566 and patient safety culture dimensions explained 32.0% of the total variance in all subdimensions of medical error. The model was linear and statistically significant ($F=6.913$, $p<0.001$). The model revealed that participants' perceptions of their unit team study ($t=-3.349$, $p<0.05$), staff ($t=-2.831$, $p<0.05$), communication obviousness ($t=2.955$, $p<0.05$) and teamwork between units ($t=-2.029$, $p<0.05$) statistically effect all subdimensions of medical error. According to the standardized regression coefficient (β), unit team study was the variable that most affected medical errors ($\beta=-0.312$). This finding ensured the confirmation of Hypothesis 4.

Table 5. The Effect of Patient Safety Culture Subdimensions on All Subdimensions of the Medical Errors

Variables	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p	Tolerance	VIF
	B	Std. Error	Beta				
Constant	2.947	.326		9.028	.000		
General security perceptions	-.055	.053	-.073	-1.038	.300	.718	1.394
Continuous improvement of organizational learning	.027	.065	.040	.412	.681	.373	2.681
Unit team study	-.183	.055	-.312	-3.349	.001*	.411	2.435
Unrealized response for errors	.068	.038	.125	1.803	.073	.745	1.342
Staff	-.144	.051	-.222	-2.831	.005*	.582	1.720
Executive's expectations/actions for patient security	.112	.067	.125	1.681	.094	.644	1.552
Communication obviousness	.162	.055	.190	2.955	.004*	.865	1.156
Feedback communication regarding error	-.066	.048	-.119	-1.389	.166	.488	2.051
Reported incident frequency	-.013	.031	-.031	-.422	.673	.681	1.469
Teamwork between units	-.146	.072	-.136	-2.029	.044*	.798	1.254
Equipment	.076	.045	.127	1.698	.091	.637	1.569
Management support for patient safety	.093	.060	.105	1.532	.127	.764	1.309
Number of reported events	-.022	.038	-.035	-.575	.566	.934	1.070
Regression Summary							
R=0.566	R ² =0.320	F=6.913	p=0.000	Durbin Watson =2.091			

VIF= Variance Inflation Factor, R²= R Square, *: Significant at $p < 0.05$

DISCUSSION

Patient safety culture is a very important tool, and several initiatives have been performed to improve patient safety culture in health care organizations in Turkey. Many health care service providers are involved in the provision of health services and maintaining safe patient care. Nurses have prominent responsibility in assuring patient safety and diminishing medical errors (Aboshaiqah, 2010; Top & Tekingündüz, 2015). As they communicate directly with patients in health care provision, they are in charge of informing patients about risks, initiating and maintaining patient safety culture and reporting medical errors (Çırpı, Doğan Merih & Yaşar Kocabey, 2009). This study investigates the effects of patient safety culture perceptions on their attitudes of medical errors among nurses. Although many studies have implied that safety culture is relevant with fewer medical errors, this study indicates empirical research findings linking the perceptions of patient safety culture with medical error among nurses.

This study demonstrated that patient safety culture dimensions explained 28.2% of the total variance in perception of medical error. The results showed that participants' perceptions of their executive's expectations/actions for patient security, communication obviousness, feedback communication, teamwork between units and equipment statistically affected their perception of medical error. The findings of another study in Turkey demonstrate that health employees consider that the patient safety culture is not at a good level and the development of safety culture is needed in health institutions. In addition, health employees face with a punitive approach in case of medical errors in their institutions. The management does not support themselves with regards to patient safety culture (Filiz, 2009). However administration endorsement is essential in the development of patient safety culture in health institutions. A patient safety culture is chiefly developed by group work, management endorsement, conformity with rules, training, engagement of employees, and improvement of the secure health care system (Hughes & Clancy, 2009).

Another result revealed that patient safety culture dimensions explained 26.4% of the total variance in medical error approach. In the regression model, it was determined that participants' perceptions of their unit team study, staff, communication obviousness and equipment statistically affected their attitudes of medical error approach. The variable that most affected the medical error approach was unit team study. From this point of view, as the patient safety culture is improved in nursing, medical errors may be openly discussed with the nurses and all errors may be reported.

Another regression demonstrated that patient safety culture dimensions explained 21.8% of the total variance in causes of medical errors. In the regression model, it was found that participants' perceptions of their unit team study and staff statistically affected the causes of medical errors. The variable that most affected the causes of medical error was unit team study. Medical errors may cause to duplicate tests, procedures and procedures, increase the duration of the day of stay in the hospital, raise health expenditures and create new disabilities and complications (Farquhar Sharp, & Clancy, 2007; Pronovost, Thompson, Holzmueller, Lubomski & Morlock, 2005; Slonim, LaFleur, Wendy & Joseph, 2003; Zhan & Miller, 2003). Thus, the determination of causes of medical errors is considered as important. There are various causes of medical error such as communication in efficacy, system failures, lack of information of the person making the error, excessive number of patients given care, long working hours, actually preventable medical errors, etc. If the patient safety culture is constituted in nursing, it may facilitate the determination of the causes of medical errors. For this reason, the efforts to develop patient safety culture should be over emphasized.

The results of the fourth regression analysis show that patient safety culture dimensions explained 32.0% of total variance in all subdimensions of medical error. The study revealed that participants' perceptions of their unit team study, staff, communication obviousness and teamwork between units statistically effect all subdimensions of medical error. The variable that most affected the total variance of medical error was unit team study. It can be emphasized that unit team study is important in reducing medical errors. Mardon et al. found that hospitals with higher patient safety culture scores had lower rates of in-hospital complications or adverse events after controlling for hospital bed size, teaching status, and ownership (Mardon, Khanna, Sorra, Dyer & Famolaro, 2010). In another study, the patient safety culture and its relationship with patient safety indicators on health care employees was examined. It was found that better safety climate caused minor incident reports (Weingart, Farbstein, Davis & Phillips, 2004). Singer and Vogus suggested that enacting safety culture reduced medical errors. Errors stand out intervention since too many interventions may cause the basic source of errors: weak organizational safety culture (Singer & Vogus, 2013). Kagan and Barnoy found that most nurses experienced medical errors from a daily to a weekly basis (Kagan & Barnoy, 2013). They found that positive relations were found between the level of patient safety culture and the error-reporting rate. In other words, patient safety culture scores are connected with a lower medical error incidence rate (as reported by nurses). It was determined that positive and cautiously projected safety culture could inspire error reporting by employees and develop patient safety (Kagan & Barnoy, 2013).

CONCLUSION

This study is important in terms of demonstrating the empirical link between perceptions of patient safety culture and medical error among nurses. The study findings suggest that managers in health institutions should show an approach that supports learning from mistakes, made by nurses. Thus, nurses may connect patient safety culture and patient outcomes. A corporate culture created in this way allows nurses to be the leaders ensuring that the patients are safe. This study provides insight about developing systems that will facilitate reporting of medical problems related to patient safety in health institutions, facilitating discussions and taking lessons from mistakes. The creation of a non-punitive reporting system is recommended. Legal arrangements should be ensured that health employees report medical errors.

The results of this study have limitations because they cannot be generalized to all nurses. The sample of this study consists of nurses working in public hospitals in one Turkish province. Future studies may be designed with broader samples and longitudinally. Thus, it may produce more comprehensive results to clarify the causal relationships between the variables. Following researches should be conducted using cross sectional analysis and other variables that demonstrate the connection between patient safety culture and patient consequences.

REFERENCES

- Aboneh, E. A., Stone, J. A., Lester, C. A., Chui, M. A. (2020). Evaluation of patient safety culture in community pharmacies. *Journal of Patient Safety*, 16(1), e18-e24.
- Aboshaiqah, A. E. (2010). *Patients safety culture: a baseline assessment of nurses' perceptions in a Saudi Arabia hospital*. Unpublished doctoral dissertation, Wayne State University, Detroit.
- AHRQ (2016). *Hospital survey on patient safety culture*. 05 May 2020, <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patientsafety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>
- Ammouri, A. A., Tailakh, A. K., Muliira, J. K., Geethakrishnan, R., Al Kindi, S. N. (2014). Patient safety culture among nurses. *International Nursing Review*, 62(1), 102–110.
- Cho, E., Chin, D. L., Kim, S., Hong, O. (2016). The relationships of nurse staffing level and work environment with patient adverse events. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(1), 74–82.
- Çırpı, F., Doğan Merih, Y., Yaşar Kocabey, M. (2009). Nursing practices that are aims to patient safe and determining the nurses point view of this topic. *Maltepe Univ E-J Nurs Sci Art*, 3(2), 26–34.
- Dikmen, Y. D., Yorgun, S., Yeşilçam, N. (2014). Identification the level of tendency in malpractice among nurses. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing*, 44-56.

- Elsous, A., Sari, A. A., Rashidian, A., Aljeesh, Y., Radwan, M., AbuZaydeh, H. A. (2016). *Cross-sectional study to assess the patient safety culture in the Palestinian hospitals: A baseline assessment for quality improvement. Journal of the Royal Society of Medicine Open*, 7(12), 1–12.
- Farquhar, M., Sharp, B. A., Clancy, C. M. (2007). *Patient safety in nursing practice. AORN Journal*, 86(3), 455-7.
- Filiz, E. (2009). *Determination of perception of patient safety culture in hospitals and of health staff and patient attitudes about patient safety. Unpublished Master Thesis, Selçuk University, Konya.*
- Güleç, D. (2012). *Development of the medical errors attitude scale. Unpublished Master Thesis, Dokuz Eylül University, İzmir.*
- Handler, S. M., Castle, N. G., Studenski, S. A., Perera, S., Fridsma, D. B., Nace, D. A., Hanlon, J. T. (2006). *Patient safety culture assessment in the nursing home. Quality & Safety in Health Care*, 15(6), 400-404.
- Hughes, R. G., Clancy, C. M. (2009). *Nurses's role in patient safety. Journal of Nursing Care Quality*, 24(1), 1–4.
- Hwang, J. I., Park, H. A. (2017). *Nurses' systems thinking competency, medical error reporting, and the occurrence of adverse events: a cross-sectional study. Contemporary Nurse*, 53(6), 622-632.
- Institute of Medicine (2004). *Patient Safety: Achieving A New Standard of Care. Washington, DC: The National Academies Press.*
- Iramaneerat, C., Noppakunsomboon, N. (2016). *The patient safety attitudes among the operating room personnel. Siriraj Medical Journal*, 68(4), 203-208.
- Kagan, I., Barnoy, S. (2013). *Organizational safety culture and medical error reporting by Israeli nurses. Journal of Nursing Scholarship*, 45(3), 273-280.
- Kahrman, İ., Öztürk, H. (2016). *Evaluating medical errors made by nurses during their diagnosis, treatment and care practices. Journal of Clinical Nursing*, 25(19-20), 2884-94.
- Kalra, J., Adams, S. J. (2016). *Medical error and patient safety: Fostering a patient safety culture. Austin Journal of Clinical Pathology*, 3(1), 1041-1043.
- Karataş, M., Yakıncı, C. (2010). *Causes of medical errors and solutions. Journal of Inonu University Medical Faculty*, 17(3), 233-236.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., Donaldson, M. S. (2000). *Errors in healthcare: A leading cause of death and injury. In: Kohn, L. T., Corrigan, J. M., Donaldson, M. S. (Eds.). To err is human: Building a safer health system. Washington, DC: Institute of Medicine National Academy Press.*
- Mardon, R. E., Khanna, K., Sorra, J., Dyer, N., Famolaro, T. (2010). *Exploring relationships between hospital patient safety culture and adverse events. Journal of Patient Safety*, 6(4), 226-232.
- Nieva, V. F., Sorra, J. (2003). *Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. Qual Saf Health Care*, 12 (Suppl 2), 17-23.
- Pronovost, P. J., Thompson, D. A., Holzmueller, C. G., Lubomski, L. H., Morlock, L. L. (2005). *Defining and measuring patient safety. Critical Care Clinics*, 21(2), 1-19.
- Sammer, C. E., Lykens, K., Singh, K. P., Mains, D. A., Lackan, N. A. (2010). *What is patient safety culture? A review of the literature. Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), 156-165.
- Singer, S., Lin, S., Falwell, A., Gaba, D., Baker, L. (2009). *Relationship of safety climate and safety performance in hospitals. Health Services Research*, 44(2), 399-421.

-
- Singer, S. J., Vogus, T. J. (2013). Reducing hospital errors: interventions that build safety culture. Annual Review of Public Health, 34, 373-396.*
- Singla, A. K., Kitch, B. T., Weissman, J. S., Campbell, E. G. (2006). Assessing patient safety culture: A review and synthesis of the measurement tools. Journal of Patient Safety, 2(3), 105-115.*
- Slonim, A. D., LaFleur, B. J., Wendy, A., Joseph, J. G. (2003). Hospital-reported medical errors in children. Official Journal of the American Academy of Pediatrics, 111(3), 617-621.*
- Somyürek, N., Uğur, E. (2016). Creation of a patient safety culture in intensive care units: nurses' view to the medical errors. Journal of Health and Nursing Management, 3(1), 1-7.*
- Stavrianopoulos, T. (2012). The development of patient safety culture. Health Science Journal, 6(2), 201-211.*
- Top, M., Tekingündüz, S. (2015). Patient safety culture in a Turkish public hospital: A study of nurses' perceptions about patient safety. Systemic Practice Action Research, 28(2), 87-110.*
- Tschudi Bondevik, G., Hofoss, D., Sandgathe, B., Husebø, B. S., Hofoss, D., Deilkås, E. C. T. (2017). Patient safety culture in Norwegian nursing homes. BMC Health Services Research, 17(1), 424-434.*
- Wagner, L. M., Brush, B. L., Castle, N. G., Engberg, J. B., Capezuti, E. A. (2017). Nursing home patient safety culture perceptions among US and immigrant nurses. Journal of Patient Safety, 1549-8417.*
- Weingart, S. N., Farbstein, K., Davis, R. B., Phillips, R. S. (2004). Using a multihospital survey to examine the safety culture. The Joint Commission Journal on Quality and Safety, 30(3), 125-32.*
- Wolf, Z. R., Hughes, R. G. (2008). Error reporting and disclosure. In: Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. Hughes RG (Ed.). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality.*
- Zhan, C., Miller, M. R. (2003). Excess length of stay, charges, and mortality attributable to medical injuries during hospitalization. JAMA. 290(14), 1868-74.*

Original Article / Araştırma Makalesi

CERRAHİ HEMŞİRELERİNİN HASTA GÜVENLİĞİNE İLİŞKİN DENEYİMLERİ: NİTEL BİR ÇALIŞMA

The Experiences of Surgical Nurses Regarding Patient Safety: A Qualitative Study

Yasemin ALTINBAŞ¹  Türkan KARACA² 
^{1,2}Adıyaman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Adıyaman

Geliş Tarihi / Received: 04.06.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 27.08.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ÖZ

Bu çalışmanın amacı bir cerrahi serviste çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin deneyimlerini belirlemektir. Nitel araştırma desenlerinden fenomenolojik yaklaşımla verileri toplanan bu çalışma bir eğitim ve araştırma hastanesinin genel cerrahi servisinde çalışan 9 hemşirenin katılımıyla Ocak-Şubat 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışma öncesinde etik kurul ve kurum izinleri alınmıştır. Veri toplama “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve yarı yapılandırılmış “Görüşme Formu” kullanılmıştır. Analizler, Giorgi’nin fenomenolojik yöntem analizi kullanılarak yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler 5 ana ve 6 alt temadan oluşmaktadır. Ana tema ve alt temalar; 1. Hasta Güvenliği Nedir?, 2. Cerrahi Süreçte Hasta Güvenliği (Ameliyat Öncesi Süreçte Hasta Güvenliği ve Ameliyat Sonrası Süreçte Hasta Güvenliği), 3. Hasta Güvenliği ve Sorunlar (Sorun Sırasında Sorumlu Kişi ve Sorunlu Konular ve Önlemler), 4. Hasta Güvenliği ve Hemşirelik Uygulamaları (Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanımı ve Uygulamalara Yönelik Öneriler) ve 5. Deneyimler’dir. Katılımcılar, perioperatif süreçte hastalarda özellikle banyo ve tuvalette düşmelerin çok yaşandığını, yanlış ilaç uygulamalarının ve sıvı transfüzyonlarının sıkça yapıldığını bildirmişlerdir. Bu durumların önlenmesi için; hasta başlarına 4 yapraklı yonca asıldığı, yatak kenarlıklarının kaldırıldığı, İtaki Düşme Riski Ölçeği’nin doldurulduğu, hasta güvenliğini tehdit edecek durumlarla ilgili hastaya ve yakınlarına bilgi verildiği ifade edilmiştir. Cerrahi birimlerdeki hemşirelerin, hasta güvenliğine ilişkin hemşirelik girişimlerini ve bu girişimlerin yasal yönlerini bilmeleri konularında gerekli eğitimleri almaları önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Cerrahi, Deneyim, Hasta Güvenliği, Hemşire

ABSTRACT

The aim of this study is to determine surgical nurses’ experiences regarding patient safety. This study, whose data was collected with a phenomenological approach, which is one of the qualitative research patterns, has been conducted between January and February 2020 with the participation of 9 nurses working in the general surgery service of an education and research hospital. Ethics committee and institution permissions have been obtained before the study. “Introductory Information Form” and semi-structured “Interview Form” have been used for data collection. The analyzes have been carried out using Giorgi’s phenomenological method analysis. The data obtained from the research consist of 5 main and 6 sub-themes. Main theme and sub-themes are; 1. What is Patient Safety?, 2. Patient Safety in Surgical Process (Patient Safety in Pre-Operative Process and Patient Safety in Post-Operative Process), 3. Patient Safety and Problems (Responsible Person During the Problem and Problematic Issues and Precautions), 4. Patient Safety and Nursing Practices (Safe Surgical Checklist Use and Recommendations for Practices) and 5. Experiences. Participants have reported patients to experience frequent falls, especially in the bathroom and toilet, and frequent wrong drug administration and fluid transfusions during the perioperative process. It was stated that, in order to prevent these situations; 4-leaf clover was hung on the patient's head, the bed borders were removed, the Itaki Fall Risk Scale was filled, and the patients and their relatives were informed about the situations that would threaten the patient's safety. It may be recommended that nurses in surgical units shall receive the necessary trainings in nursing interventions related to patient safety and the legal aspects of these interventions.

Keywords: Experience, Nurse, Patient safety, Surgery

GİRİŞ

Sağlık hizmetinin sunumu sırasında bilgi eksikliği, deneyimsiz olma, hastaya olan ilgide azalma, güvensiz tıbbi uygulama (kullanılan teknolojiye bağlı oluşabilecek hatalar sonucunda), tedavide gecikmelere bağlı olarak yaralanma, sakatlık, hatta ölüm gibi durumlar görülebilmektedir ve bu durumlar tıbbi hata olarak değerlendirilmektedir (Lawati, Dennis, Short, ve Abdulhadi, 2018). Tüm sağlık çalışanlarının kaliteli bir sağlık hizmeti sunarken önceliği hastalara zarar vermeme ilkesidir. Sağlık sektörünün karmaşık yapısı, iş yükü fazlalığı, sağlık politikalarının ve prosedürlerinin doğru bir şekilde uygulanmaması vb. faktörler hata olasılığını arttırmaktadır. Bu nedenle kurumlar ve kuruluşlar oluşabilecek tıbbi hataları ve buna bağlı ölümleri en aza indirmeyi amaçlayan düzenlemeler yapmalı ve kurallar oluşturmalıdır (Durgun ve Kaya, 2018; Elsous, Akbari, Aljeesh, ve Radwaan, 2017; Hwang, 2015; Toso vd., 2016). Uluslararası Hemşireler Birliği (UHB), hastane ortamının sağlıklı ve güvenli hale getirilmesinin; hastanın sağlığının, güvenliğinin ve haklarının korunmasının ve geliştirilmesinin sürekliliğinin sağlanması açısından çok önemli olduğunu belirtmektedir (International Council of Nurses [ICN], 2020). Bu bağlamda hasta güvenliği kavramına vurgu yapılmakta ve sağlık bakım merkezlerinde alınan önlemlerle hasta güvenliğinin sağlanması ve kurumda hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi önemli hale gelmektedir (Durgun ve Kaya, 2018; Elsous vd., 2017; Hwang, 2015; Toso vd., 2016). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “Hasta güvenliği, sağlık hizmetleri ile ilişkili zarar riskinin kabul edilebilir en asgari düzeye indirilmesi” olarak tanımlanmaktadır (World Health Organization [WHO], 2019).

Dünyada her yıl yaklaşık 230 milyon civarı majör ameliyat yapılmaktadır. Yapılan ameliyat sayılarının günden güne artmasıyla birlikte, hasta güvenliği riskleri ortaya çıkmakta ve beklenmedik olaylar da artmaktadır. Hasta sayısının fazlalığı, hemşire sayısının yetersizliği, nöbet usulü çalışma, aşırı iş yükü, cerrahi birimlerin stresli ortamlar olması, kötü fiziksel koşullar, çalışanlar arasındaki yetersiz iletişim ve işbirliği gibi nedenlerle hasta güvenliği olumsuz yönde etkilenebilmektedir (Erdağı ve Özer, 2015; Haugen vd., 2013; Ongün ve İntepeler, 2017). Cerrahi servisler, ameliyathaneler ve cerrahi yoğun bakım üniteleri; hastaların savunmasız olduğu, son derece gelişmiş donanıma sahip, çalışanların özel bilgi, beceri ve donanıma sahip olması gereken, iş süreçleri karmaşık, ekip çalışmasının gerekli olduğu, yoğun çalışma ortamına sahip, sürekli dikkat gerektiren, tıbbi hatalar açısından riskli, stresli, yoğun baskı hissedilen ve disiplinler arası uygulamalar gerektiren son derece özellikli birimlerdir (Candaş ve Gürsoy, 2015; Erdağı ve Özer, 2015; Rızalar ve

Topçu, 2017; Wang ve Tao, 2017). ‘Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır’ kampanyası DSÖ tarafından 2008 yılında başlatılmış ve cerrahide hasta güvenliğinin oldukça önemli olduğunu vurgulamaktadır (WHO, 2019). Hastanelerde gerçekleşen tıbbi hataların %50’sinin cerrahi bölümlerde yaşandığı ve bunların da %50’sinin güvenli cerrahi uygulamaları ile önlenebildiği vurgulanmaktadır (Haugen vd., 2013; Soyer ve Giersbergen, 2017; Wang ve Tao, 2017).

Hemşireler diğer meslek gruplarına göre hasta ve ailesiyle daha fazla zaman geçiren, bu süreçte hasta/ailesine uygun müdahalelerde bulunabilen ve sürece dair sonuçları değerlendirebilen sağlık profesyonelleridir. Ameliyat öncesi, sırası ve sonrası süreçte, stresli bir durumla baş etmeye çalışan cerrahi hastalarının, hastaneye yattığı andan itibaren taburculuğa kadar bakımını ve bu süreçte sağlık çalışanlarının da koordinasyonunu sağlayan cerrahi hemşireleri hasta güvenliğinin sağlanmasında anahtar bir role sahiptir (Ciğerci, Özdemir, ve Kılıç, 2016; Kirwan, Matthews, ve Scott, 2013). Cerrahi hemşirelerinin bu rollerini yerine getirmesinde, mesleki bilgi ve becerilerinin yanı sıra hasta güvenliği hakkında yeterli bilgiye ve olumlu bir tutuma sahip olması gerekmektedir (Durgun ve Kaya, 2018; Erdağı ve Özer, 2015). Bu bilgiler sonucunda bu araştırmanın cerrahi birimlerde güvenli ve güvenilir bir sağlık hizmeti sunulmasına katkıda bulunacağı düşünülerek, cerrahi hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin deneyimlerini belirlemek amacıyla yürütülmüştür. Buna ek olarak, çalışmanın sonuçları hastalara, hekimlere ve hemşirelere bakım uygulamalarında hasta güvenliği konusunda yol gösterici bilgiler sunacaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada “hasta güvenliği” kavramı merkeze alınarak nitel (kalitatif) araştırma desenlerinden fenomenolojik (olgu bilimsel) yaklaşım kullanılmıştır. Olgu bilim, belirli durumlarda insan tecrübelerini anlamak, empatik ve açık bir şekilde bu anlamları iletmeye çalışmak için kullanılır (Neergaard ve Uhløi, 2007). Fenomenoloji, gerçekliği bireysel bakış ve deneyimlerde arayan bir akım olarak gelişmiştir (Ersoy, 2019).

Bu fenomenolojik araştırma Gaziantep’te bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin Genel Cerrahi Servisi hemşireleri ile yürütülmüştür. Araştırmanın çalışma grubu amaçlı örneklem türlerinden ölçüt örnekleme göre belirlenmiştir. Ölçüt örnekleminin mantığı, önceden belirlenmiş bazı öneme sahip kriterleri karşılayan tüm olguları gözden geçirmek ve incelemektir (Patton, 1990). Bu çalışmaya katılan 9 hemşire; 18 yaş üstü olma, iletişim problemi olmama, en az 1 yıldır genel cerrahi servisinde çalışma ve çalışmaya katılmayı kabul etme ölçütleri doğrultusunda belirlenmiştir. Nitel araştırmalarda belirli bir örneklem

sayısı olmadığından (Leininger, 1998) görüşmeler kriterleri karşılayan tüm katılımcılar ile gerçekleştirilmiştir.

Katılımcıların yaşları 25-40 aralığında, cerrahi hemşiresi olarak çalışma yılı 1-18 yıl, 6'sı kadın olup hasta güvenliği ile ilgili eğitim aldığını ve tüm katılımcıların lisans mezunu olup, hasta güvenliği ile ilgili bir yayını/siteyi düzenli takip etmediği görülmüştür.

Bu çalışmada, veri toplama amacıyla hemşirelere ait tanıtıcı bilgilerin olduğu "Tanıtıcı Bilgi Formu" (yaş, cinsiyet, mezun olunan okul, cerrahi hemşiresi olarak çalışma yılı, hasta güvenliği ile ilgili bir yayını/siteyi düzenli takip etme durumu, hasta güvenliği ile ilgili daha önce eğitim alma durumu) ve yarı yapılandırılmış "Görüşme Formu" kullanılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme soruları konuyla ilgili uzmanlar tarafından değerlendirilmiş ve uzman görüşleri doğrultusunda forma son hali verilmiştir. Görüşme formu, cerrahi hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin deneyimleri ile ilgili sorulardan oluşmuştur (Candaş ve Gürsoy, 2015; Elsous vd., 2017; Erdağı ve Özer, 2015; Hwang, 2015; Rızalar ve Topçu, 2017; Toso vd., 2016; Wang ve Tao, 2017):

- Sizce hasta güvenliği ne demek, tanımlar mısınız?
- Ameliyat öncesi süreçte hasta güvenliğine ilişkin ne düşünüyorsunuz? Yapılan uygulamalar yeterli mi, önerileriniz nelerdir?
- Ameliyat sonrası süreçte hasta güvenliğine ilişkin ne düşünüyorsunuz? Yapılan uygulamalar yeterli mi, önerileriniz nelerdir?
- Çalıştığınız serviste hasta güvenliği ile ilgili bir sorun olduğunda bu durumu kime iletiyorsunuz? Nasıl bir çözüm yolu izleniyor, açıklayınız?
- Çalıştığınız birimde hasta güvenliği sorununun en çok yaşandığı konular nelerdir, bu konularda alınan önlemler nelerdir?
- Çalıştığınız birimde hasta güvenliğini sağlamaya yarayan hemşirelik uygulamaları nelerdir?
- Çalıştığınız birimde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'nin kullanımı ile ilgili ne düşünüyorsunuz?
- Çalıştığınız birimde hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik önerileriniz nelerdir?
- Hasta güvenliği ile ilişkili bir anınız/deneyiminiz var mı, açıklayınız?

Araştırma verileri Ocak-Şubat 2020 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın verileri toplanmadan önce fiziki koşulları uygun olan, gözlem ve kaydın uygun koşullarda yapılabileceği bir görüşme odası düzenlenmiştir. Sorulacak soruların bir listesi, ses kayıt cihazı, (raportör için) not defteri ve kalem veri toplama işleminden önce hazır hale getirilmiştir. Görüşmeler hemşireler ile rahat iletişim kurulabileceği düşünülen sakin bir

ortamda ve karşılıklı aynı düzeyde oturularak yüz yüze yapılmıştır. Veriler, derinlemesine görüşme tekniği kullanılarak elde edilmiştir. Katılımcıların görüşleri; gizlilik esasına uyularak ve isimleri verilmeden kodlanarak kaydedilmiştir. Görüşlerin sonunda belirtilen rakamlar ise hemşirelere verilen katılımcı numaralarını ifade etmektedir.

Yarı yapılandırılmış görüşmeler yazıya geçirilerek kayıt altına alınmış, sonrasında Microsoft Word programında bilgisayar ortamına aktarılıp tekrar okunarak yazılı hale getirilmiştir. Görüşmeler, hemşirelerin verdikleri cevaplara bağlı olarak 15-20 dakika sürmüştür. Analizler, Giorgi'nin fenomenolojik yöntem analizi kullanılarak 4 aşamada yapılmıştır. İlk olarak, bütün görüşme raporları metin içeriğini genel anlamda elde etmek için okunmuş ve tekrar kontrol edilmiştir. İkinci olarak, raporlar fenomenolojik küçültme (azaltma) bakış açısı ile yeniden okunmuş ve daha küçük birimlere bölünerek, değiştirme ve dönüştürmeler yoluyla anlamlar oluşturulmuştur. Üçüncü adımda, anlam üniteleri fenomenin anlamları ortaya çıkana kadar daha ileri analiz edilmiş ve yeni anlamlı birimler ortaya çıkarılmıştır. Son adımda ise; anlamlı üniteler, fenomenin özü ve bileşenlerine dönüştürülmüştür.

Çalışmanın Etik Yönü

Çalışma öncesinde bir Hastanenin Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan (216 karar no'lu) ve ilgili Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliğinden izin (no:91786782/302.14.06 ve E.301 sayılı) alınmıştır. Hemşirelere verdikleri bilgilerin yalnızca bilimsel amaçla bu çalışmada kullanılacağı ve üçüncü şahıslarla paylaşılmayacağı bilgisi verilmiştir. Hemşirelere istedikleri zaman çalışmadan ayrılacakları söylenmiş, sözlü ve yazılı izinleri alınmıştır.

BULGULAR

Bulgular bölümü 5 ana tema ve 6 alt temadan oluşmaktadır. Ana tema ve alt temalar 1. Hasta Güvenliği Nedir?, 2. Cerrahi Süreçte Hasta Güvenliği (Ameliyat Öncesi Süreçte Hasta Güvenliği ve Ameliyat Sonrası Süreçte Hasta Güvenliği), 3. Hasta Güvenliği ve Sorunlar (Sorun Sırasında Sorumlu Kişi ve Sorunlu Konular ve Önlemler), 4. Hasta Güvenliği ve Hemşirelik Uygulamaları (Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanımı ve Uygulamalara Yönelik Öneriler) ve 5. Deneyimler'dir.

1. Hasta Güvenliği Nedir?

Katılımcıların çoğu 'Sizce hasta güvenliği ne demek, tanımlar mısınız?' sorusuna cevaplarını 'hastanın hastanede bulunduğu süre boyunca uygulanan tüm tedavi ve işlemlerde

fiziksel, sosyal ve ruhsal bütünlüğünün korunması ve tam bir iyilik halinin sağlanması' olarak ifade etmişlerdir. İki katılımcı ise hasta güvenliğini ihlal eden durumlardan bahsederek hasta güvenliğini tanımlamıştır.

'Hastaların hastaneye yattığı süreçten başlayarak taburcu olana kadar hasta düşmesi, yanlış ilaç uygulaması, yanlış transfüzyon, şiddete maruz kalma vb. olaya maruz kalmamasıdır...' (K.2)

'...Hastaların sağlık hizmetlerinden aldığı bakımın, tedavinin, yapılacak cerrahi işlemin, transfüzyonlara bağlı hataların ve hasta düşmelerinin önlenmesini sağlamak...' (K.8)

Bir katılımcı ise ilaç uygulamaları ile ilgili 8 Doğru'dan ve kimlik doğrulamadan bahsederek hasta güvenliğini tanımlamıştır.

'Doğru hasta, doğru işlem, doğru doz, doğru zaman ve hasta haklarını koruyan sistemlerin ve işlemlerin tümüdür... Hastanın bilgilerinin korunması aslında hasta güvenliği, tetkik ve tedavi esnasında isim-dosya numarası-bileklik bilgilerinin doğrulanıp işlem yapılması...' (K.9)

2. Cerrahi Süreçte Hasta Güvenliği

Cerrahi süreçte hasta güvenliği ana teması Ameliyat Öncesi Süreçte Hasta Güvenliği ve Ameliyat Sonrası Süreçte Hasta Güvenliği olmak üzere 2 alt temadan oluşmaktadır.

2.1. Ameliyat Öncesi Süreçte Hasta Güvenliği

Katılımcıların çoğu 'Ameliyat öncesi süreçte hasta güvenliğine ilişkin ne düşünüyorsunuz? Yapılan uygulamalar yeterli mi, önerileriniz nelerdir?' sorusuna cevap olarak 'ameliyat öncesi süreçte hasta güvenliğine ilişkin yapılan uygulamaları yeterli bulduklarını ve önerilerinin olmadığını' belirtmişlerdir. İki katılımcı ise ameliyat öncesi süreçte hasta güvenliğinin sağlanmasında yapılan uygulamaların yetersiz olduğunu ifade etmiştir.

'Yeterli bulmuyorum. Hasta ile iletişime geçerek bilgilerinin doğrulanmasından sonra bilekliği takılıp yine güvenli cerrahi formu hasta ile konuşarak doldurulmalı, sadece hemşirenin değil doktorun da her hastanın bilgilerini sorgulayıp ameliyat bölgesini işaretlemeli ve güvenli bir şekilde transferi sağlanmalıdır.' (K.8)

2.2. Ameliyat Sonrası Süreçte Hasta Güvenliği

Katılımcıların çoğu 'Ameliyat sonrası süreçte hasta güvenliğine ilişkin ne düşünüyorsunuz? Yapılan uygulamalar yeterli mi, önerileriniz nelerdir?' sorusuna cevap olarak 'ameliyat sonrası süreçte hasta güvenliğine ilişkin yapılan uygulamaları yeterli

bulduklarını ve önerilerinin olmadığını’ belirtmişlerdir. İki katılımcı ise ameliyat sonrası süreçte hasta güvenliğinin sağlanmasında yapılan uygulamaların yetersiz olduğunu ifade etmiştir.

‘Ameliyat sonrası süreçte hasta güvenliğine ilişkin yapılan uygulamalar asla yeterli değil. Ameliyattan sonra hastayı yatağa alırken düşme riski çok yaşanıyor mesela... .. ve hasta temizliğinin de yetersiz olduğunu düşünüyorum.’ (K.4)

3. Hasta Güvenliği ve Sorunlar

Hasta güvenliği ve sorunlar ana teması Sorun Sırasında Sorumlu Kişi ve Sorunlu Konular ve Önlemler olmak üzere 2 alt temadan oluşmaktadır.

3.1. Sorun Sırasında Sorumlu Kişi

Katılımcıların çoğu ‘Çalıştığınız serviste hasta güvenliği ile ilgili bir sorun olduğunda bu durumu kime iletiyorsunuz? Nasıl bir çözüm yolu izleniyor, açıklayınız?’ sorusuna ‘genellikle Sorumlu Hemşire, Sorumlu Hekim ve Mesai Arkadaşları ile iletişime geçtiklerini ve Güvenlik Raporlama Sistemini kullandıklarını’ ifade etmişlerdir.

‘Çalıştığım serviste hasta güvenliği ile ilgili bir sorun olduğunda bu durumu önce Sorumlu Hemşiremize sonra Sorumlu Hekime ben ya da mesai arkadaşım ya da sorumlumuz iletiyor. Güvenlik raporlama sistemi ile başlıyoruz ... daha sonra aslında sorun ne ise ona göre çözüm üretiyoruz sorumluların da önerileriyle...’ (K.1)

3.2. Sorunlu Konular ve Önlemler

Katılımcıların bir kısmı ‘Çalıştığınız birimde hasta güvenliği sorununun en çok yaşandığı konular nelerdir?, bu konularda alınan önlemler nelerdir? sorusuna ‘özellikle banyo ve tuvalette düşmelerin çok yaşandığını ve bunun için banyo ve tuvaletlere korkuluklar yerleştirilmesinin ve çağrı zillerinin çalışır durumda olmasının gerekliliğini’; katılımcıların bir kısmı ise bunlara ek olarak ‘yanlış ilaç uygulamalarının ve yanlış sıvı transfüzyonların sıkça yapıldığını, bunlara çözüm olarak hemşire iş yükünün azaltılmasını ve bu konularda uyarılar yapıp eğitimler verilmesinin gerekliliğini’ belirtmişlerdir.

‘...Banyo ve tuvalette düşmeler çok yaşanıyor... Bunun için banyo ve tuvaletlere korkuluklar yerleştirilmeli ve çağrı zilleri çalışmalıdır... Yanlış ilaç uygulamaları da çokça yapılıyor maalesef... Bu konularda da uyarılar yapıp eğitimler verilmeli ayrıca.’ (K.6)

4. Hasta Güvenliği ve Hemşirelik Uygulamaları

Hasta güvenliği ve hemşirelik uygulamaları ana teması Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanımı ve Uygulamalara Yönelik Öneriler olmak üzere 2 alt temadan oluşmaktadır.

Katılımcıların çoğu ‘Çalıştığınız birimde hasta güvenliğini sağlamaya yarayan hemşirelik uygulamaları nelerdir?’ sorusuna ‘hasta başlarına 4 yapraklı yonca asılmasını, yatak kenarlıklarının kaldırılmasını, İtaki Düşme Riski Ölçeği’nin doldurulmasını, hasta güvenliğini tehdit edecek durumlarla ilgili hastaya ve yakınlarına bilgi verilmesini, hasta bilgilerinin (kişisel verilerin saklanması) hasta dışında kimseye verilmemesini, güvenli cerrahi kontrol listesinin kullanılmasını ve hastalara ad-soyad ve protokol numarası yazan bileklik takılmasını’ hasta güvenliğini sağlamada yapılan hemşirelik uygulamaları olarak ifade etmişlerdir.

‘...Hasta yatağına alınıp 4 yapraklı yonca takıyoruz, İtaki doldurulup yapılması gerekenler ile ilgili önlemler alıyoruz... Onu yatağına alıp yatak kenarlıklarını kaldırıyoruz... Güvenli cerrahi formu dolduruluyor, hasta ve yakınlarına bilgilendirme yapılıyor. Hasta bilgileri (kişisel verilerin saklanması) hasta dışında kimseye verilmiyor.’ (K.5)

4.1. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanımı

Katılımcıların çoğu ‘Çalıştığınız birimde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi’nin kullanımı ile ilgili ne düşünüyorsunuz?’ sorusuna ‘Güvenli cerrahi kontrol listesi kullanımının yerinde bir karar olduğunu, serviste etkin bir şekilde kullanıldığını ama bunu sadece hemşirelerin değil diğer sağlık profesyonellerinin de doldurması gerektiğini’ belirtmişlerdir.

‘Çok doğru bir karar olduğunu düşünüyoruz, istatistiksel açıdan sıkıntı olan noktaların veya kişilerin tespitine ve bu konuda önlem alınmasına da yardımcı... Güvenli cerrahi kontrol listesini aktif bir şekilde kullanıyoruz ama bunu sadece hemşirelerin değil doktorların da doldurması gerektiğini bu yüzden de %100 gerçekçi olduğunu düşünmüyorum...’ (K.5)

4.2. Uygulamalara Yönelik Öneriler

Katılımcıların çoğu ‘Çalıştığınız birimde hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik önerileriniz nelerdir?’ sorusuna ‘hasta güvenliğinin etkin bir şekilde sağlanabilmesi için hemşirelerin iş yükünün azaltılmasını, daha fazla hemşirenin işe alınmasını, iş ve meslek doyumunun artırılmasını’ önermişlerdir.

‘Hemşirenin iş yükünü azaltarak hemşirenin dikkatini hastalarına tam olarak verebilmesi sağlanırsa hemşire de daha iyi bakım vererek hastanın iyilik halinin devamlılığını sağlar. Ayrıca hastayı başka bir birime gönderirken hemşirenin de hastayla beraber gitmesini öneriyorum... Daha fazla hemşire olması gerekmekte, çünkü böyle gözden kaçabiliyor bazı şeyler maalesef... Hemşirelerin iş ve meslek doyumunu da artırılmalıdır.’ (K.4)

5. Deneyimler

Katılımcıların bir kısmı ‘Hasta güvenliği ile ilişkili bir anınız/deneyiminiz var mı, açıklayınız?’ sorusuna ‘bir anısının/deneyiminin olmadığını’; katılımcıların bir kısmı ise ‘yanlış hastaya; bileklik takılması, güvenli cerrahi kontrol formunun doldurulması, kan ve sıvı transfüzyonunun yapılması, yanlış ilaç uygulamalarının yapılması ve anestezinin etkisinden çıkmadan servise hastaların gönderilmesine şahit olduğumu’ ifade etmişlerdir.

‘...Hastaya yanlış bilekliğin takılması, yanlış kişiye güvenli cerrahi formunun doldurulması, kan transfüzyonunun yanlış hastaya yapılması, hastalara yanlış ilaç uygulamalarına ve anestezinin etkisinden çıkmadan servise hastaların gönderilmesine şahit oldum. Bir keresinde hasta anestezinin etkisinden çıkmadan servise geldi ve kalkıp yürümeye kalktığında yere düştü hatta...’ (K.8)

TARTIŞMA

Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin deneyimlerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada, hasta güvenliği tanımı, cerrahi süreçte hasta güvenliği, hasta güvenliği ve sorunlar, hasta güvenliğinde hemşirelik uygulamaları ve deneyimler olmak üzere 5 ana tema saptanmıştır.

Cerrahi servislerinde çalışan hemşireler hasta güvenliğini, yanlış uygulamalardan kaçınma (yanlış ilaç uygulaması, yanlış transfüzyon, düşmeler) ve ilaç uygulamaları ile ilgili sekiz doğru ilkeyi hasta belirteçlerini de dikkate alarak uygulamak olarak tanımlamışlardır. Çırpı ve arkadaşlarına göre hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada hemşirelerin % 74.6’sı hasta güvenliğini, sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği olası zararı önlemek amacıyla alınan önlemlerin tamamı, %19.2’si sağlık çalışanlarının hasta bakım uygulamalarına destek olmak ve kolaylık sağlamak amacıyla yapılan uygulamaların tamamı ve % 6.1’i hastaların kendilerine zarar gelmemesi için aldıkları önlemlere sağlık çalışanları tarafından destek olunması şeklinde tanımlamışlardır (Çırpı, Merih, ve Kocabey, 2009). Ülkemizdeki hasta güvenliği ile ilgili yasal düzenlemelere bakıldığında Sağlık Bakanlığı, 29 Nisan 2009 tarihinde 27214 sayılı Resmi Gazete’de ‘Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ’ yayınlamıştır (TC Resmi Gazete, 2009). Bu tebliğe göre: “Sağlık kurum ve kuruluşları hasta güvenliği kapsamında, hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması, sağlık hizmeti verenler arasında iletişim güvenliğinin geliştirilmesi, ilaç güvenliğinin sağlanması, kan transfüzyonunda güvenli uygulamaların sağlanması, hasta

düşmelerinin önlenmesi ve güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması’’ temel başlıklar arasında öncelikli olarak belirlenmiştir (TC Resmi Gazete, 2009). Bu bilgiye ek olarak, Gökdoğan ve Yorgun’a göre bir hastanede çalışan hemşirelerin hasta güvenliği uygulamalarına ilişkin geri bildirimlerini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada, hemşireler hasta güvenliği ile ilgili olarak tıbbi hataların önlenmesi, hasta kimliğinin doğrulanması, ilaç güvenliğinin sağlanması ve düşmelerin önlenmesinin önemli başlıklar olduğunu belirtmişlerdir (Gökdoğan ve Yorgun, 2010). Araştırmamızda yer alan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin ifade ettikleri kavramlar yasal düzenlemelerde belirtilen başlıklar ve yapılan benzer çalışma sonuçları ile örtüşmektedir. Bu durum, hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili bilgi sahibi olduklarının göstergesi şeklinde yorumlanabilir.

Cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin çoğu ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası süreçte hasta güvenliğine ilişkin yapılan uygulamaları yeterli bulduklarını ve önerilerinin olmadığını söylemiştir. Ancak iki katılımcı ameliyat öncesi sürece dair güvenli cerrahi kontrol listesinden ve güvenli ameliyat bölgesini işaretlemekten bahsetmişlerdir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) güvenli cerrahi girişimler için hazırladığı rehberde ameliyat bölgesinin işaretlenmesini (özellikle stoma açılmasından önce) hasta güvenliğinin sağlanması açısından önermiştir. Ayrıca DSÖ, cerrahi işlemlerde taraf işaretleme sürecinde, taraf işaretlemesi için cerrahi taraf işaretleme kaleminin kullanılması, yapışkan taraf işaretleyicilerinin kullanılmaması, işaretin ameliyat bölgesine veya yakınına belirgin ve silik olmayacak şekilde konulması gerektiğini belirtmiştir (World Health Organization [WHO], 2009). Literatür incelendiğinde hasta güvenliğini sağlamada hasta kimliğinin en az iki belirteç ile doğrulanması, hastanın durumuna uygun renkte kol bandının kullanılması, güvenilir ve anlaşılır iletişimin geliştirilmesi ve ilaç güvenliğinin sağlanması önemli öneriler olarak sıralanmaktadır (Biçer, Güclüel, Neymen, ve Yiğit, 2013; Gökdoğan ve Yorgun, 2010; Karaca ve Arslan, 2014). Çalışmamızda hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin yapılan uygulamaları yeterli bulmaları belirtilen önerileri yerine getirdiklerini düşündürebilir.

Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin söylemlerine göre cerrahi kliniklerinde en sık yaşanan hasta güvenliği sorunları düşmeler, yanlış ilaç uygulamaları ve yanlış sıvı transfüzyonlarıdır. Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde, ilaç hataları başta olmak üzere yanlış taraf cerrahisi, hastane enfeksiyonları, düşmeler ve tanısal hatalar en çok yaşanan hasta güvenliği sorunları olarak sıralanmaktadır (Kapıkıran, Bülbüloğlu, ve Aslan, 2018; Pazarcıkçı ve Efe, 2018). Hemşirelerin, hastaların bakımından doğrudan sorumlu olması ve ilaç uygulamalarının öncelikli ve en fazla gerçekleştirilen işler arasında olması bu sonuçlarla ilişkilendirilebilir. Ameliyathanede hasta güvenliğine ilişkin yapılan çalışmalarda

ise tıbbi hatalar, hasta düşmeleri, aseptik antiseptik tekniklerin uygulanmaması, iletişim sorunları, ekipman ve malzeme eksiklikleri, hasta tanılamada yanlışlıklar, yanlış ilaç uygulaması ve kan transfüzyonu en sık meydana gelen hasta güvenliği sorunları olarak belirlenmiştir (Altınbaş, Soyer, ve Giersbergen, 2019; Kapıkıran, Bülbüloğlu, ve Aslan, 2018; Uğur, 2016). Bu bulgular çalışmamızdan elde edilen sonuçlar ile benzerdir. Düşmeleri önlemek için banyo ve tuvaletlere korkuluklar yerleştirilmesinin ve çağrı zillerinin çalışır durumda olmasının; yanlış ilaç uygulamalarını ve yanlış sıvı transfüzyonlarını önlemek için ise hemşire iş yükünün azaltılmasının ve bu konularda uyarılar yapıp eğitimler verilmesinin gerekliliği katılımcılar tarafından ifade edilmiştir.

Cerrahi servisi hemşirelerinin çoğu çalıştıkları serviste hasta güvenliği ile ilgili bir sorun olduğunda sorumlu hemşire, sorumlu hekim ile iletişime geçtiklerini ve güvenlik raporlama sistemini kullandıklarını ifade etmişlerdir. Güvenlik raporlama sistemi; hastanelerde meydana gelen kaza ve benzeri durumları saptamak ve benzer olayların bir daha yaşanmasını engellemek amacıyla oluşturulan bir sistemdir. Amacı, olay bildirimlerinde kişiye değil sisteme odaklanılmasını sağlayarak hastanelerde kurumsal bir öğrenme sürecinin oluşturulmasıdır (Aslan, 2019). Ayrıca sağlık hizmetlerinde olay raporlama faaliyetinin uygulanması; var olan eksiklerinin farkına varılmasını, güçlü yönlerin ortaya çıkarılmasını ve hasta için daha iyi bir hizmet sunulmasını sağlar (Altındış ve Kurt, 2010; Dursun, Bayram, ve Aytaç, 2010).

Hemşireler, hasta güvenliğine ilişkin hemşirelik uygulamaları olarak 4 yapraklı yonca, İtali Düşme Riski Ölçeği, güvenli cerrahi kontrol listeleri ve bileklik kullanımından bahsetmişlerdir. Katılımcıların çoğu güvenli cerrahi kontrol listelerini sadece hemşirelerin değil hekimlerin de kullanması gerektiğini belirtmişlerdir. Cerrahide güvenliği sağlayabilmek ve ameliyathane kaynaklı tıbbi hataları en aza indirebilmek için Dünya Hasta Güvenliği İttifakı “Dünya Sağlık Örgütü Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi”ni oluşturmuştur (WHO, 2009). Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi’nin kullanılması ile ilgili yapılan çalışmalarda, komplikasyon oranlarında düşme (Haugen vd., 2013; Kim vd., 2015), mortalite oranlarında düşme (Klei vd., 2012; Urbach, Govindarajan, Saskin, Wilton, ve Baxter, 2014), çalışan memnuniyetinde artma (Bashford vd., 2014; Omi, Terai, ve Muro, 2014), hasta memnuniyetinde artma (Rosenberg vd., 2012) saptanmıştır. Çalışmamıza katılan hemşirelerin Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi’nin kullanımının hasta güvenliğinin sağlanmasında öneminin farkında olması önemli bir bulgu olarak düşünülebilir.

Cerrahi hemşirelerin çoğu çalıştıkları serviste hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik önerilerini hemşirelerin iş yükünün azaltılması, daha fazla hemşirenin işe alınması, iş ve

meslek doyumunun artırılması olarak sıralamışlardır. Literatür incelendiğinde, hemşirelere hasta güvenliğini geliştirmeye yönelik önerilerinin sorulduğu çalışmalarda, araştırmamızla benzer şekilde hemşire istihdamı ve çalışma ortamının düzenlenmesi ile ilgili sonuçların saptandığı görülmüştür (Işık, Akbolat, Cetin, ve Cimen, 2012; Şahin ve Özdemir, 2015).

Cerrahi servisinde çalışan hemşirelerin bir kısmı hasta güvenliği ile ilişkili bir deneyiminin olmadığını bir kısmı ise özellikle anestezinin etkisinden çıkmadan servise hastaların gönderilmesine şahit olduklarını ifade etmişlerdir. Cerrahi hemşiresi, cerrahi sürecin her aşamasında (ameliyat öncesi, sırası ve sonrası) aktif rol alması nedeniyle etkin bir ekip üyesidir. Bu nedenle, hemşirelerin hasta güvenliğini sağlamadaki rollerini ve sorumluluklarının önemi büyüktür (Candaş ve Gürsoy, 2015). Çalışmamıza katılan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin olumlu deneyimlere sahip olması bakımın kalitesinin artırılması açısından istendik bir durumdur.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, bir eğitim ve araştırma hastanesinin genel cerrahi servisinde çalışan hemşireler ile yapılmıştır. Araştırma, yapıldığı bölümdeki katılımcılar ve katılımcıların deneyimleri ile sınırlıdır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin deneyimlerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada; hasta güvenliği tanımı, cerrahi süreçte hasta güvenliği, hasta güvenliği ve sorunlar, hasta güvenliği ve hemşirelik uygulamaları ve deneyimler gibi önemli temalar ortaya çıkmıştır. Katılımcılar tarafından perioperatif süreçte özellikle banyo ve tuvalette düşmelerin çok yaşandığını ve bunun için banyo ve tuvaletlere korkuluklar yerleştirilmesinin ve çağrı zillerinin çalışır durumda olmasının gerekliliği; yanlış ilaç uygulamalarının ve sıvı transfüzyonlarının sıkça yapıldığı, bunlara çözüm olarak hemşire iş yükünün azaltılması ve bu konularda uyarılar yapılıp eğitimler verilmesinin gerekliliği belirtilmiş olup hasta güvenliğinin sağlanmasında yapılan mevcut uygulamaların yeterli ve yetersiz olduğunu belirten ifadeler bulunmaktadır. Çalışmamıza katılan cerrahi hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin olumlu ve olumsuz deneyimlere sahip olduğu görülmüştür. Cerrahi birimlerdeki hemşirelerin, servisteki hastaların güvenliğinin sağlanmasında uygulanacak hemşirelik girişimlerini ve bu girişimlerin yasal yönlerini bilmeleri konularında gerekli eğitimleri almaları önemlidir. Türkiye’de cerrahi süreçte hasta güvenliğine ilişkin çalışmalar oldukça kısıtlı olduğundan öncelikle bu konuda daha ayrıntılı nitel ve nicel yöntemlerin

kullanıldığı çalışmaların farklı hastane gruplarında ve büyük örneklemlemlerle gerçekleştirilmesi önerilebilir.

Teşekkür

Çalışmaya katılan tüm hemşirelere teşekkür ederiz. Bu çalışma herhangi bir kongrede tam metin bildiri olarak sunulmamıştır.

KAYNAKLAR

- Altınbaş, Y., Soyer, Ö., Giersbergen, M. Y. (2019). *Ameliyathanede hasta güvenliği: sistematik literatür inceleme*. 3. Uluslararası/11. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, 3-6 Ekim, Kongre Kitabı, İzmir, 495-504.
- Altındış, S., Kurt, M. (2010). *Bilgi yönetim uygulamalarının hasta güvenliğine etkisine ilişkin bir araştırma: Afyonkarahisar ilinde bir uygulama*. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 24, 45-61.
- Aslan, Y. (2019). *Hasta güvenliği kültürü: olay/hata raporlama*. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 6(1), 73-83.
- Bashford, T., Reshamwalla, S., McAuley, J., Allen, N. H., McNatt, Z., Gebremedhen, Y. D. (2014). *Implementation of the WHO surgical safety checklist in an Ethiopian referral hospital*. Patient Safety in Surgery, 8(16), 1-11.
- Biçer, E., Güçlüel, Y., Neymen, A., Yiğit, S. (2013). *Hasta güvenliğine ilişkin düzenlenen hizmet içi eğitimin hemşirelerin bilgi düzeyine etkisi*. HEAD, 10(1), 14-20.
- Candaş, B., Gürsoy, A. (2015). *Cerrahide hasta güvenliği: güvenli cerrahi kontrol listesi*. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 3(1), 40-50.
- Ciğerci, Y., Özdemir, H., Kılıç, İ. (2016). *The patient safety culture perception of surgery nurses and its relationship with sociodemographic characteristics*. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 6(3), 149-153.
- Çırpı, F., Merih, Y. D., Kocabey, M. Y. (2009). *Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi*. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(3), 29-34.
- Durgun, H., Kaya, H. (2018). *The attitudes of emergency department nurses towards patient safety*. Int Emerg Nurs, 40, 29-32.
- Dursun, S., Bayram, N., Aytaç, S. (2010). *Hasta güvenliği kültürü üzerine bir uygulama*. Sosyal Bilimler Dergisi, 8(1), 1-14.
- Elsous, A., Akbari, S. A., Aljeesh, Y., Radwan, M. (2017). *Nursing perceptions of patient safety climate in the Gaza Strip, Palestine*. Int Nurs Rev, 64(3), 446-454.
- Erdağı, S., Özer, N. (2015). *Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarının, hasta güvenliği kültürü algularının ve tükenmişlik durumlarının incelenmesi*. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, 18(2), 94-106.
- Ersoy, A. F. (2019). *Fenomenoloji*. 3. Baskı. Saban A. Editör ve Ersoy A. Editör, 81- 138. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Gökdoğan, F., Yorgun, S. (2010). *Sağlık hizmetlerinde hasta güvenliği ve hemşireler*. Journal Of Anatolia Nursing And Health Sciences, 13(2), 53-59.

- Haugen, A. S., Softeland, E., Almeland, S. K., Sevdalis, N., Vonen, B., Eide, G. E.,...Harthug, S. (2015). *Effect of the world health organization checklist on patient outcomes: a stepped wedge cluster randomized controlled trial. Annals of Surgery, 261(5), 821-828.*
- Haugen, A. S., Softeland, E., Eide, G. E., Sevdalis, N., Vincent, C. A., Nortvedt, M. W.,...Harthug, S. (2013). *Impact of the world health organization's surgical safety checklist on safety culture in the operating theatre: a controlled intervention study. Br J Anaesth, 110(5), 807-815.*
- Hwang, J. I. (2015). *What are hospital nurses' strengths and weaknesses in patient safety competence? Findings from three Korean hospitals. Int J Qual Health Care, 27(3), 232-238.*
- International Council of Nurses [Internet]. *Positive practice environments: Quality workproces = quality patient care. Information and action tool kit. [updated 2009; cited 2020 July 21]. https://www.icn.ch/publications/2007-positive-practice-environments-quality-workplaces-quality-patient-care/*
- Işık, O., Akbolat, M., Cetin, M., Cimen, M. (2012). *Hemşirelerin bakış açısıyla tıbbi hataların değerlendirilmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 11(4), 421-430.*
- Kapıkıran, G., Bülbüloğlu, S., Aslan, F. E. (2018). *Ameliyathanede hasta güvenliği, hasta güvenliği kültürü, medikal hatalar ve istenmeyen olaylar. Journal of Health and Nursing Management, 5(2), 132-140.*
- Karaca, A., Arslan, H. (2014). *Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik bir çalışma. SHYD, 1(1), 9-18.*
- Kim, R. Y., Kwakye, G., Kwok, A. C., Baltaga, R., Ciobanu, G., Merry, A. F.,... Haynes, A. B. (2015). *Sustainability and long-term effectiveness of the who surgical safety checklist combined with pulse oximetry in a resource-limited setting:Two-year update from Moldova. JAMA Surgery, 150(5), 473-479.*
- Kirwan, M., Matthews, A., Scott, P. A. (2013). *The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: a multi-level modelling approach. Int J Nurs Stud, 50(2), 253-263.*
- Klei, W. A., Hoff, R. G., Van Aarnhem, E. E. H. L., Simmermacher, R. K. J., Regli, L. P. E., Kappen, T. H., ... & Peelen, L. M. (2012). *Effects of the introduction of the WHO "Surgical Safety Checklist" on in-hospital mortality: a cohort study. Annals of surgery, 255(1), 44-49.*
- Lawati, M. H., Dennis, S., Short, S. D., Abdulhadi, N. N. (2018). *Patient safety and safety culture in primary health care: A systematic review. BMC Fam Pract, 19(1), 104-116.*
- Leininger, M. (1998). *Qualitative research methods in nursing, Greyden Pres, USA.*
- Neergaard, H., Uhløi, J. P. (2007). *Handbook of qualitative research methods in entrepreneurship, Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing, 75.*
- Omi, A., Terai, Y., Muro, D. (2014). *Successful trial for introduction of the WHO surgical safety checklist. The Japanese Journal of Anesthesiology, 63(1), 105-111.*
- Ongün, P., İntepeler, S. S. (2017). *Operating room professionals' attitudes towards patient safety and the influencing factors. Pak J Med Sci, 33(5), 1210-1214.*
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods. 2nd ed. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications .*
- Pazarcıkçı, F., Efe, E. (2018). *Pediatric kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta güvenliği ile ilgili sık karşılaştıkları sorunlar. SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi, 9(2), 169-174.*
- Rızalar, S., Topçu, S. Y. (2017). *The patient safety culture perception of Turkish nurses who work in operating room and intensive care unit. Pak J Med Sci, 33(2), 374-379.*

- Rosenberg, N. M., Urman, R. D., Gallagher, S., Stenglein, J., Liu, X., Shapiro, F. E. (2012). *Effect of an office-based surgical safety system on patient outcomes. Eplasty, 12(59), 493-499.*
- Soyer, Ö., Giersbergen, M. Y. (2017). *Güvenli cerrahi kontrol listesinin etkinliği: Sistematik inceleme. Journal Of Anatolia Nursing And Health Sciences, 20(4), 286-298.*
- Şahin, Z. A., Özdemir, F. K. (2015). *Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin incelenmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 12(3), 210-214.*
- TC Resmi Gazete. (2009). *Hasta Güvenliği. 29 Nisan 2009. Sayı: 27214. Başbakanlık Basımevi. Ankara.*
- Toso, G. L., Golle L., Magnago, T. S., Herr, G. E., Loro, M. M, Aozene, F.,... Kolankiewicz, A. D. (2016). *Patient safety culture in hospitals within the nursing perspective. Rev Gaucha Enferm, 37(4), 1-8.*
- Uğur, E. (2016). *Medical errors and patient safety in the operating room. Age, 33(6), 19-50.*
- Urbach, D. R., Govindarajan, A., Saskin, R., Wilton, A.S., Baxter, N. N. (2014). *Introduction of surgical safety checklists In Ontario. Canada. The New England Journal of Medicine, 370(11), 1029-1038.*
- Wang, M., Tao, H. (2017). *How does patient safety culture in the surgical departments compare to the rest of the county hospitals in xiaogan city of China?. Int J Environ Res Public Health, 14(10), 1123.*
- World Health Organization [Internet]. *Patient safety. Global action on patient safety. [updated 2019 March 25; cited 2020 May 26]. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf.*
- World Health Organization Patient Safety [Internet]. *WHO guidelines for safe surgery: Safe surgery saves lives. [updated 2009; cited 2020 May 26]. https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/9789241598552/en/*

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN HASTA GÜVENLİĞİ KONUSUNDA BİLGİ VE YETERLİLİKLERİ

Nursing Students' Knowledge and Competence About Patient Safety

İsmail TOYGAR¹  Sadık HANÇERLİOĞLU²  Seçil GACANER³ 
^{1,2,3}Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İzmir

Geliş Tarihi / Received: 03.06.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 10.09.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ÖZ

Hasta güvenliği, hemşirelik eğitiminin vazgeçilmez parçalarından birisidir. Öğrencilerin hasta güvenliği konusunda bilgi ve yeterlilik düzeyleri, hastaların karşılaşacağı olası riskleri en aza indirmede önemlidir. Bu araştırma, hemşirelik öğrencilerinin hasta güvenliği konusuna ilişkin bilgi ve yeterliliklerinin belirlenmesi amacı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma, bir devlet üniversitesinin hemşirelik fakültesinde tanımlayıcı desende gerçekleştirilmiştir. Araştırmada toplam 279 öğrenci yer almıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında Birey Tanıtım Formu ve Sağlık Profesyonellerinin Eğitiminde Hasta Güvenliği Ölçeği (SPEHGÖ) kullanılmıştır. Öğrencilerin SPEHGÖ puan ortalaması klinik ortam ana boyutunda 4.0 ± 0.9 , sınıf ortamı ana boyutunda 4.0 ± 0.8 olarak saptanmıştır. Öğrencilerin eğitim aldıkları akademik düzeylerinin SPEHGÖ ana boyutlarını pozitif yönlü istatistiksel anlamlı düzeyde etkilediği saptanmıştır (Sınıf ortamı: $B=0.2$, $\beta=0.175$, $p=0.003$; Klinik ortam: $B=0.2$, $\beta=0.195$, $p=0.001$). Öğrencilerin eğitim aldıkları akademik düzeyin artmasının bu bilgi ve yeterlilik üzerine olumlu etkisi olduğu saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Bilgi, Hasta Güvenliği, Hemşirelik, Öğrenci, Yeterlilik

ABSTRACT

Patient safety is one of the indispensable parts of nursing education. Students' knowledge level and competence about patient safety is important in minimizing the possible risks that patients will encounter. This research has been conducted to determine the knowledge and competencies of nursing students about patient safety. The research has been carried out in a descriptive design in a nursing faculty of a public university. A total of 279 students participated in the study. Individual identification form and the Health Professional Education in Patient Safety Survey (H-PEPSS) have been used for data collection. The mean scores of students' H-PEPSS have been determined as 4.0 ± 0.9 in clinic main domain and 4.0 ± 0.8 in class main domain. It has been determined that the academic level of students that they had been educated had a positive and statistically significant effect on the main dimensions of H-PEPSS (In class: $B=0.2$, $\beta=0.175$, $p=0.003$; In Clinic: $B=0.2$, $\beta=0.195$, $p=0.001$). It has been determined that the increase in the academic level of the students has a positive effect on this knowledge and competence.

Keywords: Competence, Knowledge, Nursing, Patients Safety, Student.

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), hastaların sağlık bakımı hizmeti alırken çeşitli zararlar ile karşılaşabildiğini bildirmektedir. Bu zararlar kalıcı yaralanmalara, hastanede kalış süresinin artmasına hatta hastanın ölümüne yol açabilmektedir. Bu zararların kasıtlı olmadığı, tedavinin başarısızlığından ziyade sağlık bakım hizmetlerinin karmaşıklığından kaynaklandığı bildirilmektedir. Sonuç olarak bu durum hasta güvenliği kavramının ortaya çıkmasına yol açmıştır (Dünya Sağlık Örgütü, 2017).

Hasta güvenliği; sağlık bakım hizmetlerinin hastaya verebileceği olası zararı önlemek amacı ile sağlık çalışanları ve kurumları tarafından alınan önlemlerdir. Modern tıp etiğinin dört temel ilkesinden birisi olan zarar vermeme ilkesinin de bir gerekliliği olan hasta güvenliği, evrensel düzeyde sağlık bakım hizmetlerinin vazgeçilmez bir parçasıdır (Chenot ve Daniel, 2010; Steven, Magnusson, Smith, ve Pearson, 2014; Yoon, Kim, ve Wu, 2014). Hasta güvenliğinin etkin bir şekilde uygulamalarda yer edilebilmesi için sağlık çalışanları arasında hasta güvenliği kültürünün oluşturulması önemlidir (Sammer, Lykens, Singh, Mains, ve Lackan, 2010). Avrupa Tıp ve Sağlık Bakımı Kalite ve Güvenlik Kurulu (ATSBKGGK) hasta güvenliği kültürünü “hastaya bakım sürecinde, meydana gelebilecek zararın istikrarlı bir şekilde en aza indirgenmesi için, paylaşılan inançlar ve değerler temeline dayanan, bireysel ya da örgütsel entegre bir model” olarak tanımlamaktadır (Airaksinen vd., 2007). Bu kültürün oluşturulabilmesi için sağlık profesyonellerinin eğitimleri ile başlayan süreçte meslek yaşantıları boyunca hasta güvenliği konularında bilgi, tutum ve davranışlarının geliştirilmesi gerekmektedir (Feng, Bobay, ve Weiss, 2008).

Sağlık profesyonellerinin eğitiminde hasta güvenliğinin yer almasının yanı sıra verilen eğitimin etkinliğinin saptanması için hasta güvenliği konusunda bilgi, beceri ve davranışlarının düzenli olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Literatürde, sağlık profesyonellerinin eğitimlerinde hasta güvenliği konusunun ele alınmasının ve etkin eğitim yöntemlerinin kullanımının hasta güvenliği bilgi, beceri ve davranışları üzerine olumlu sonuçları bildirilmektedir (Aboutmatar vd., 2012; Miller ve LaFramboise, 2009; Ryan Miller, Tessa Winterton ve Hoffman, 2014).

Hemşirelik; hasta bakımında en çok yer alan ve hasta ile en çok temasta bulunan meslek gruplarından birisidir. Hemşirelerin verdiği bakımın kalite göstergelerinden biri de hasta güvenliğidir (Aspden, Corrigan, Wolcott, ve Erickson, 2004). Kaliteli bir bakımın sağlanması, hasta güvenliğinin sağlanmasından geçmektedir. Hasta güvenliğinin sağlanması için de öğrencilik yıllarından itibaren hemşirelere hasta güvenliği konusunda eğitim verilmesi ve bu

eğitim neticesinde kazanılan bilgi ve becerilerin değerlendirilmesi gerekmektedir (Chenot ve Daniel, 2010). Miller ve LaFramboise'nin Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) gerçekleştirdiği çalışmada, hemşirelik öğrencilerinde hasta güvenliği eğitiminin müfredata entegre edilerek uygulanması sonucunda öğrencilerin hasta güvenliği konusunda bilgi, beceri ve davranışlarında artış görüldüğü bildirilmektedir (Miller ve LaFramboise, 2009). Gantt ve Webb-Corbett'in gerçekleştirdiği bir diğer çalışmada ise simülasyona dayalı eğitimin hemşirelik öğrencilerinde hasta güvenliğine yönelik el yıkama gibi davranışları arttırdığı bildirilmiştir (Gantt ve Webb-Corbett, 2010). Ülkemizde, Özdemir ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği bir çalışmadaysa hemşirelik öğrencilerinin hasta güvenliği konusunda bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu bildirilmiştir (Özdemir vd., 2019).

Geleceğin hemşireleri olan hemşirelik öğrencilerinin hasta güvenliği konusunda bilgi ve yeterliliklerinin belirlenmesi, hasta güvenliği konusundaki eğitimin değerlendirilmesine ve bu eğitimin etkinliğinin artırılması için planlanacak girişimlere yol gösterici olacaktır (Tella vd., 2013). Dolayısıyla hemşirelik bakımının kalitesinin de artmasına yardımcı olacaktır. Ülkemizde bu alanda çalışmalar oldukça sınırlıdır.

Bu çalışma; hemşirelik öğrencilerinin hasta güvenliği konusunda bilgi ve yeterliliklerini değerlendirmek amacı ile gerçekleştirilmiştir.

GEREKÇE VE YÖNTEMLER

Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı desende gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın yeri ve zamanı

Araştırma Şubat - Mart 2020 tarihleri arasında İzmir ilinde bir devlet üniversitesine bağlı hemşirelik fakültesinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmada klinikte hasta güvenliğine dair değerlendirmeler de yer aldığı için öğrencilerin en az bir klinik uygulamayı tamamlamış olmaları beklenmiştir. Bu nedenle birinci sınıfta eğitim gören öğrenciler çalışmaya dâhil edilmemiştir. Ayrıca sınıf tekrarı yapan ve yatay/dikey geçiş yapan öğrenciler araştırmaya dâhil edilmemiştir.

Araştırmanın yürütüldüğü fakültede 2019-2020 eğitim döneminde kayıtlı toplam 1473 öğrenci bulunmaktadır. Bu öğrencilerden 639'u işleme ve dışlama kriterleri doğrultusunda araştırma evrenine dâhil edilmemiştir. Araştırmanın evrenini, ilgili fakültenin 2., 3., ve 4. sınıflarında eğitim gören, işleme ve dışlama kriterlerini karşılayan 834 öğrenci oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklem büyüklüğü hesaplamasında evreni bilinen örneklem yaklaşımı kullanılmıştır (Miot, 2011). Buna göre %95 güven aralığı sınırları içinde ($\alpha=0.05$ tablo değeri 1.96), $d=0.05$ örneklem hatasında, $p=0.50$ ve $q=0.50$ 'de çalışmanın yürütülebilmesi için gerekli örneklem sayısı en az 211 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya dâhil etme kriterlerini sağlayan 834 öğrencinin tamamına ulaşılmış ve çalışma araştırmada yer almayı kabul eden 279 öğrenci ile tamamlanmıştır.

Verilerin Toplanması

Araştırma verilerinin toplanmasında, araştırma ekibi tarafından geliştirilen birey tanıtım formu ve sağlık profesyonellerinin eğitiminde hasta güvenliği ölçeği kullanılmıştır. Veriler sınıf ortamında öğrenci ile yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Öncelikli olarak öğrencilere veri toplama formunun ön sayfasında yer alan, öğrencilerden veri toplama formunda en yakın hissettikleri seçeneği işaretlemeleri istenilmiştir. Öğrencilerin veri toplama formunu doldurması 5-10 dakika sürmüştür.

Birey Tanıtım Formu: Bu form literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır (Colet vd., 2015; Huang ve Song, 2019). Bireyin yaş, cinsiyet, sınıfı, medeni durum, en uzun süre yaşadığı yer ve eğitimde hasta güvenliğine dair görüşlerini içeren toplam 7 maddeden oluşmaktadır. Öğrencilerin eğitiminde hasta ve öğrenci güvenliğini ne düzeyde algıladığı; tamamen yetersiz (0) ve tamamen yeterli (10) arasında görsel analog ölçüm aracı ile değerlendirme gerçekleştirilmiştir.

Sağlık Profesyonellerinin Eğitiminde Hasta Güvenliği Ölçeği (SPEGHÖ); Ginsburg ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Ginsburg, Castel, Tregunno, ve Norton, 2012). Türkçe uyarlaması ise Taskiran ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Taskiran, Bacaksiz, ve Seren, 2020). Ölçek; iki ana boyut, 6 alt boyut ve 23 maddeden oluşan orijinal yapı ile Türk toplumu için geçerli ve güvenilir olarak bildirilmiştir. Ölçek; iki seviyeli bir ölçme aracıdır ve "Sınıf" ve "Klinik ortam" olmak üzere iki ana boyuttan oluşmaktadır. Her iki ana boyutta da yer alan altı alt boyut ise; diğer sağlık çalışanları ile ekip halinde çalışma (6 madde, $\alpha=0.81$), etkili iletişim (3 madde, $\alpha=0.85$), güvenlik risklerinin yönetimi (3 madde, $\alpha=0.85$), insan ve çevre faktörlerini anlama (3 madde, $\alpha=0.84$), beklenmedik olayları ve neredeyse hataları tanıma, müdahale etme ve ortaya çıkarma (4 madde, $\alpha=0.81$), güvenlik kültürü (4 madde, $\alpha=0.84$)'dür. Ölçeğin her maddesi "Kesinlikle katılmıyorum-1 puan"dan "Kesinlikle katılıyorum-5 puan"a artan bir skorlamaya sahip beşli Likert yapıdadır. Ölçek ana boyutlarından ve alt boyutlardan alınabilecek minimum puan 1, maksimum puan ise 5'tir.

Ölçek iki seviyeli bir ölçme aracı olduğu için “Sınıf” ve “Klinik ortam” olarak iki farklı toplam puan hesaplanmakta; alt boyutların puanları ise her iki ana boyut için ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Sınıf ana boyutu ve bu ana boyuta ait alt boyutlar öğrencinin o alanla ilgili teorik bilgi ve yeterliğini ölçerken, klinik ortam ana boyutu ve ilişkili alt boyutlar ise öğrencinin klinik ortamda uygulamaya dayalı bilgi ve yeterliğini ölçmektedir. Ana ve alt boyutlar için toplam puan ortalamasının artması hasta güvenliğine dair bilgi ve yeterliliğin arttığını gösterir. Çalışmamızda ölçeğin klinik ana boyutunun Cronbach’s alfa değeri 0.87, sınıf ana boyutunun Cronbach’s alfa değeri 0.83 olarak saptanmıştır.

Verilerin Analizi

Çalışmaya ait tanımlayıcı istatistikler sayı (n) ve yüzde (%) değerleri ile sunulmuştur. Verilerin analizleri, normal dağılım varsayımlarının sağlandığı durumlarda parametrik testlerle, sağlanmadığı durumlarda ise nonparametrik testlerle yapılmıştır. Parametrik testlerin sonuçları ortalama ve standart sapma değerleri ile nonparametrik testlerin sonuçları ise medyan, minimum ve maksimum değerleri ile sunulmuştur. Sınıf ve klinik ortamda puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımlı gruplarda t-testi kullanılmıştır. Hasta güvenliği bilgi ve yeterliliğini etkileyen faktörlerin değerlendirmesinde verilerin normal dağıldığı tespit edildikten sonra doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır.

Etik

Araştırmanın yürütülebilmesi için ilgili üniversitenin bilimsel araştırma ve yayın etiği kurulundan (Tarih: 27.02.2020, Protokol: 02/03), araştırmada kullanılan ölçek sahibinden, araştırmanın yürütüldüğü fakülteden ve katılımcılardan yazılı izin alınmıştır. Çalışma süresi boyunca Helsinki bildirgesinin (General Assembly of the World Medical Association, 2014) tüm maddelerine uyulmuş ve katılımcılardan aydınlatılmış onam alınmıştır.

BULGULAR

Çalışmada yer alan öğrencilerin %78.9’unu kadınlar oluşturmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 21.6 ± 1.0 olarak saptanmıştır. Katılımcıların %41.5’i 2. sınıfta eğitim gördüğünü, %38.0’i büyükşehirde yaşadığını bildirmiştir. Öğrencilerin diğer tanımlayıcı bulguları Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1. Öğrencilere Ait Tanımlayıcı Bulguların Dağılımı

	n	%
Cinsiyet		
Erkek	59	21.1
Kadın	220	78.9
Sınıf		
2. sınıf	116	41.5
3. sınıf	78	28.0
4. sınıf	85	30.5
Medeni Durum		
Evli	1	0.4
Bekâr	278	99.6
Yaşadığı yer		
Büyükşehir	106	38.0
Şehir	42	15.1
İlçe	76	27.2
Köy	55	19.7
		Ort ± SS
Yaş		21.6 ± 1.0
Eğitiminizde hasta güvenliğini ne düzeyde yeterli görüyorsunuz? (1-10)		7.0 ± 1.7
Eğitiminizde öğrencilerin güvenliğini ne düzeyde yeterli görüyorsunuz? (1-10)		6.9 ± 2.0

Öğrencilerin SPEHGÖ ölçeği klinik ortam ana boyut toplam puan ortalaması 4.0 ± 0.9 , sınıf ortamı ana boyutu toplam puan ortalaması 4.0 ± 0.8 olarak saptanmıştır. Öğrencilerin klinik ortamda ‘diğer sağlık çalışanları ile ekip halinde çalışma’ alt boyut puan ortalamasının sınıf ortamı ortalamasından istatistiksel anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.003$). Öğrencilerin insan ve çevre faktörünü anlama alt boyutu puan ortalamasının sınıf ortamında klinik ortama göre istatistiksel anlamlı düzeyde ($p=0.002$) daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Sağlık Profesyonellerinin Eğitiminde Hasta Güvenliği Ölçeği Ana ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

	Klinik Ortam Ort ± SS	Sınıf Ortamı Ort ± SS	p
Diğer sağlık çalışanları ile ekip halinde çalışma	4.0 ± 0.9	3.9 ± 1.0	0.003
Etkili iletişim	4.1 ± 1.0	4.1 ± 0.9	0.862
Güvenlik risklerinin yönetimi	3.8 ± 1.1	3.8 ± 1.1	0.754
İnsan ve çevre faktörlerini anlama	4.0 ± 1.1	4.1 ± 0.8	0.002
Beklenmedik olayları ve neredeyse hataları tanıma, müdahale etme ve ortaya çıkarma	4.0 ± 1.0	3.9 ± 0.9	0.220
Güvenlik kültürü	4.0 ± 1.0	4.0 ± 1.1	0.991
Toplam	4.0 ± 0.9	4.0 ± 0.8	0.306

Katılımcıların klinik ortam ve sınıf ana boyut puan ortalamalarının gruplar arasında farklılık incelendiğinde; kadın ve erkek cinsiyet arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmazken, sınıflar arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır. Ayrıca yaş ile ölçek

ana boyutları arasında pozitif yönlü fakat istatistiksel düzeyde anlamlı olmayan korelasyon saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Gruplara Göre Ölçek Ana Boyut Puan Ortalaması Dağılımları

	Klinik Ortam Ort ± SS	Sınıf Ortamı Ort ± SS
Cinsiyet		
Erkek	3.8 ± 0.7	4.1 ± 0.6
Kadın	3.8 ± 0.9	4.0 ± 0.8
<i>p</i>	0.759	0.231
Etki Büyüklüğü (Hedge's <i>g</i>)	0.00	0.13
Sınıfı		
2. sınıf	3.8 ± 1.2	3.8 ± 1.0
3. sınıf	4.1 ± 0.7	4.0 ± 0.6
4. sınıf	4.2 ± 0.6	4.1 ± 0.5
<i>p</i>	0.003	0.011
Etki Büyüklüğü (Cohen's <i>f</i>)	0.20	0.16
	Klinik Ortam	Sınıf
Yaş	<i>r</i> = 0.18	<i>r</i> = 0.11
<i>p</i>	0.324	0.119
Etki Büyüklüğü (<i>r</i> ²)	0.11	0.01

Öğrencilerin eğitim gördükleri sınıf düzeyinin hasta güvenliği bilgi ve yeterliliğine ilişkin etkisinin değerlendirilmesinde regresyon analizi kullanılmıştır. Regresyon tahminlemesine göre bir üst sınıfa geçtikçe ölçek ana boyutları puan ortalamasında 0.2 birim artış öngörülmektedir. Bu etki her iki ana boyut için de istatistiksel anlamlı düzeydedir (Tablo 4).

Tablo 4. Sınıfın Ana Boyutlar Üzerine Etkisinde Regresyon Analizi Sonuçları

		<i>B</i>	<i>B</i>	<i>T</i>	<i>p</i>
Klinik Ortam	Sabit	3.4		16.7	< .001
	Akademik düzey (Sınıf)	0.2	0.195	33.3	0.001
Sınıf Ortamı	Sabit	3.5		19.8	< .001
	Akademik düzey (Sınıf)	0.2	0.175	3.0	0.003

* Sınıf düzeyinin klinik ortam ve sınıf ortamı ana boyutlarına etkisinin değerlendirilmesinde iki regresyon modeli oluşturulmuştur. Klinik ortam (*R*=0.195, Adjusted *R*²=0.035, *F*=10.96 ve *p*=0.001) ve sınıf ortamı (*R*=0.175, Adjusted *R*²=0.027, *F*=8.78 ve *p*=0.003) regresyon modellerinin istatistiksel anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Huang ve Song'un çalışmasına göre; Çin'de hemşirelik öğrencileri üzerinde gerçekleştirdikleri bir çalışmada, diğer sağlık çalışanları ile ekip halinde çalışma alt boyutu puan ortalamalarını sınıf ortamında 4.1±0.60, klinik ortamı için 3.93±0.61 olarak bildirmişlerdir (Huang ve Song, 2019). Suudi Arabistan'da ise Colet ve arkadaşları hemşirelik öğrencilerinde bu alt boyut puan ortalamalarını sınıf ortamı için kadınlarda 4.12 erkeklerde

3.54, klinik ortam için ise kadınlarda 3.58 erkeklerde 3.28 olarak bildirmişlerdir (Colet vd., 2015). Stevanin ve arkadaşlarının İtalya’da yaptıkları çalışmada bu alt boyut için yıllara göre sınıf ortamı için 3.97 ile 4.20 arasında, klinik ortam için 3.94 ile 4.15 arasında değiştiği bildirilmektedir (Stevanin vd., 2015). Bu çalışmalarda ana boyutlar arasında bu alt boyut için istatistiksel anlamlı farklılık bildirilmekle beraber bilgi ve yeterliliğin daha yüksek olduğu ana boyut değişiklik göstermektedir. Çalışmamızdaysa ekip halinde çalışma alt boyutu puan ortalamalarının klinik ortamda sınıf ortamına göre istatistiksel anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sağlık bakım ekibi farklı meslek disiplinlerinin bir araya gelmesi ile oluşmaktadır. Çalışmamızın gerçekleştirildiği fakülte ise yalnızca hemşirelik alanında lisans ve lisansüstü eğitimler sunan bir birimdir. Bu nedenle öğrencilerin ekip kavramı konusunda klinikte diğer meslek disiplinleri ile bir araya gelmesinin bu alt boyut puan ortalamasını yükselttiği düşünülmektedir. Hemşirelik öğrencilerine, mesleğe özgü teorik/uygulama derslerinin yanı sıra diğer sağlık disiplinlerinin öğrencileri ile ortak yer aldıkları derslerin de sağlanmasının ekip içi iletişimin gelişmeye katkı sağlayabileceği düşünülmekte ve bu konuda ileri araştırmalar önerilmektedir.

Huang ve Song’un yaptıkları çalışmada insan ve çevre faktörünü anlama alt boyutu puan ortalamasını sınıf ortamı için 3.92 ± 0.63 , klinik ortam için 3.79 ± 0.70 olarak bildirmişlerdir (Huang ve Song, 2019). Colet ve arkadaşlarıysa bu alt boyutu puan ortalamasını sınıf ortamında erkekler için 3.98 kadınlar için 3.34, klinik ortamda erkekler için 3.92 kadınlar için 2.94 olarak bildirmiştir (Colet vd., 2015). Stevanin ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise bu alt boyut puan ortalaması sınıf ortamında 4.13 ile 4.36 arasında, klinik ortam için ise 4.17 ile 4.37 arasında değişmektedir (Stevanin vd., 2015). Literatürde yer alan bu çalışmalarda ana boyutlar arasında bu alt boyut için istatistiksel anlamlı farklılık bildirilmekle beraber bilgi ve yeterliliğin daha yüksek olduğu ana boyut değişiklik göstermektedir. Çalışmamızda ise insan ve çevre alt boyutunun sınıf ortamında klinik ortama göre istatistiksel anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonucun, öğrencilerin sınıf ortamındaki insan ve çevre ile daha çok zaman geçirmesi, klinik ortamın ise öğrenciler için değişken bir çevre ve farklı insanlardan oluşması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Öğrenciler, eğitiminin bir parçası olarak klinikte farklı birimlerde uygulama yapmakta ve bir yerde çok uzun süreler kalmamaktadır (araştırmanın yürütüldüğü fakülte için bu süre dört haftadır). Bu durum öğrenci için kişi ve çevrenin klinik ortamda sürekli değişmesine yol açmaktadır. Araştırma ekibi olarak bu konuda hemşirelik eğitiminin tıp eğitimindeki gibi hastanede gerçekleştirilmesinin, hemşirelik eğitiminde uygulamaya ayrılan sürelerin

arttırılmasının klinik ortam için insan ve çevre alt boyutunun geliştirilmesine katkı sağlayacağını düşünmekteyiz. Bu konuda ileri araştırmalar önerilmektedir.

Etkili iletişim, güvenlik risklerinin yönetimi, beklenmedik olayları ve neredeyse hataları tanıma, müdahale etme ve ortaya çıkarma ve güvenlik kültürü alt boyutlarında klinik ortam ile sınıf ortamı arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır. Öğrencilerin bu alt boyutlarda sınıf ortamında öğrendiği teorik bilgileri klinikte de benzer düzeyde karşıladığı görülmüştür. Bu alt boyutlarda hemşirelik öğrencilerine verilen teorik eğitimin, öğrencilerin bilgi ve yeterliliklerini geliştirmede başarılı olduğu sonucuna ulaşılabılır. Bu konuda mutlak bir kanı oluşturulabilmesi için ön test - son test takip çalışmaları önerilmektedir.

Stevanın ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ana boyut puan ortalamalarını sınıf ortamı için 4.12 ile 4.36 arasında, klinik ortam için ise 4.04 ile 4.32 arasında değiştiğini bildirmişlerdir (Stevanın vd., 2015). Weatherford ve Viveiros'un yaptıkları çalışmada ise ana boyut puan ortalamalarının sınıf ortamı için 4.2 ile 4.4 arasında, klinik ortam için 4.2 ile 4.5 arasında değiştiğini bildirmişlerdir (Weatherford ve Viveiros, 2015). Literatürde yer alan bu çalışmalarda örneklemin farklı düzeylerde eğitim gören öğrencilerden belirlenmesinin, gruplar arasında farklılığa yol açtığı düşünülmektedir. Çalışmamızda ise klinik ortam ve sınıf ortamı ana boyutları arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamıştır. Öğrencilerin sınıf ortamında edindikleri hasta güvenliğine dair teorik bilgi ve yeterliğinin klinik ortamda da benzer şekilde sağladıkları görülmüştür. Buna karşın ölçeği oluşturan alt boyutlarda çeşitli farklılıklar bulunmaktadır.

Çalışmamızda öğrencilerin eğitim aldıkları sınıf düzeyinin artmasının hasta güvenliği konusunda bilgi düzeyini pozitif yönde etkilediği saptanmıştır. Lukewich ve arkadaşları hemşirelik eğitimi boyunca hasta güvenliği konusunda bilgi düzeyinin arttığını bildirmişlerdir (Lukewich vd., 2015). Hwang ve arkadaşları eğitimin hasta güvenliği konusunda bilgi düzeyinin arttırılmasında etkin bir yöntem olduğunu bildirmişlerdir (Hwang vd., 2016). Çalışmamızın bu yönüyle literatür ile uyum gösterdiği saptanmıştır. Bu durumun ise araştırmanın gerçekleştirildiği fakültede birinci sınıftan itibaren eğitimin her yılında hasta güvenliği konularının yer alması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Öğrencilerin eğitimlerinde hasta güvenliğinin yeterliliğine ilişkin görüşleri ile ölçekten elde edinilen puan ortalamaları arasında bir uyum bulunmaktadır. Bu sonuç öğrencilerin hasta güvenliği konusunda farkındalıklarının yüksek olduğunu göstermektedir. Öğrencilerin eğitimde öğrenci güvenliğine ilişkin görüşleri ise yine orta yüksek düzeydedir. Araştırmanın gerçekleştirildiği fakültede dersler simülasyona dayalı eğitimle desteklenmektedir. Literatürde simülasyona dayalı eğitimin öğrenci ve eğiticinin güvenliğinin sağlanmasında etkin olduğu

bildirilmektedir (Ganley ve Linnard-Palmer, 2012). Öğrencilerin eğitimlerinde öğrenci güvenliğini orta yüksek düzeyde bildirmelerinin bu durum ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırma hemşirelik eğitiminin, öğrencilerin hasta güvenliği konusunda bilgi ve yeterliklerine etkisinin değerlendirilmesinde tek merkezli ve tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışma deseninin seçiminde ölçüm aracının Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğinin yakın tarihte gerçekleştirilmiş olması etkin olmuştur (Taşkırın, Bacaksız ve Seren, 2020). Kişisel faktörlerin dışlandığı ve daha genellenebilir sonuçlar için çok merkezli, deneysel ya da yarı deneysel takip çalışmalarını önermekteyiz.

Kısıtlılıklar

Çalışma tek bir hemşirelik fakültesinde gerçekleştirilmiş olup, sonuçların genellenebilirliği bu fakültenin öğrencileri ve benzer özellikler gösteren fakültelerin öğrencileri ile sınırlıdır. Ayrıca hemşirelik öğrencilerinde hasta güvenliği bilgi ve yeterliliğini etkileyecek, bu konuda ders almak gibi faktörlerin değerlendirilmemesi araştırmanın bir diğer kısıtlılığıdır. Bu nedenle bilginin uygulamaya aktarımına dair çıkarım için ileri çalışmalar gerekmektedir.

SONUÇ

Sonuç olarak; ülkemizde hemşirelik öğrencilerinin hasta güvenliği konusunda bilgi ve yeterliliklerinin literatürde yer alan diğer çalışmalar ile kıyaslandığında yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin sınıf düzeyinin artması ile birlikte hasta güvenliği konusunda bilgi ve yeterliklerinin de arttığı saptanmıştır. Konu ile ilgili ileri araştırmalar önerilmektedir.

Çıkar çatışması

Araştırmanın her aşamasında tüm yazarlar eşit düzeyde katkı sunmuşlardır. Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Etik

Araştırmanın yürütülmesi için Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulundan 27.02.2020 tarih ve 02/03 protokol numarası ile izin alınmıştır.

Teşekkür

Araştırmanın istatistiksel analizinde sunduğu destek için Su ÖZGÜR'e ve araştırmanın yürütülmesinde katkıda bulunan katılımcılara teşekkürlerimizi sunarız. Araştırmanın yürütülmesine destek olan herhangi bir finansal destek bulunmamaktadır.

KAYNAKLAR

- Aboumatar, H. J., Thompson, D., Wu, A., Dawson, P., Colbert, J., Marsteller, J., ..., Pronovost, P. (2012). Development and evaluation of a 3-day patient safety curriculum to advance knowledge, self-efficacy and system thinking among medical students. *BMJ Qual Saf*, 21(5), 416-422.
- Airaksinen, M., Otero, M. J., Schmitt, E., Cousins, D., Gustafsen, I., Hartmann, M., ... , Vlcek, J. (2007). Creation of a better medication safety culture in Europe: building up safe medication practices.
- Aspden, P., Corrigan, J. M., Wolcott, J., Erickson, S. M. (2004). *Patient safety. Achieving a new standard for care.* National Academies Press.
- Chenot, T. M., Daniel, L. G. (2010). Frameworks for patient safety in the nursing curriculum. *Journal of Nursing Education*, 49(10), 559-568.
- Colet, P. C., Cruz, J. P., Cruz, C. P., Al-Otaibi, J., Qubeilat, H., Alquwez, N. (2015). Patient safety competence of nursing students in Saudi Arabia: a self-reported survey. *International journal of health sciences*, 9(4), 418.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2017). *Patient safety: making health care safer (No. WHO/HIS/SDS/2017.11).* World Health Organization.
- Feng, X., Bobay, K., Weiss, M. (2008). Patient safety culture in nursing: a dimensional concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 63(3), 310-319.
- Ganley, B. J., Linnard-Palmer, L. (2012). Academic safety during nursing simulation: Perceptions of nursing students and faculty. *Clinical Simulation in Nursing*, 8(2), e49-e57.
- Gantt, L. T., Webb-Corbett, R. (2010). Using simulation to teach patient safety behaviors in undergraduate nursing education. *Journal of Nursing Education*, 49(1), 48-51.
- General Assembly of the World Medical Association. (2014). *World medical association declaration of helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects.* *The Journal of the American College of Dentists*, 81(3), 14.
- Ginsburg, L., Castel, E., Tregunno, D., Norton, P. G. (2012). The H-PEPSS: an instrument to measure health professionals' perceptions of patient safety competence at entry into practice. *BMJ Qual Saf*, 21(8), 676-684.
- Huang, F. F., Song, J. H. (2019). An assessment of the reliability and factorial validity of the chinese version of the health professional education in patient safety survey (H-PEPSS). *Frontiers in psychology*, 10, 2183.
- Hwang, J. I., Yoon, T. Y., Jin, H. J., Park, Y., Park, J. Y., Lee, B. J. (2016). Patient safety competence for final-year health professional students: Perceptions of effectiveness of an interprofessional education course. *Journal of interprofessional care*, 30(6), 732-738.
- Lukewich, J., Edge, D. S., Tranmer, J., Raymond, J., Miron, J., Ginsburg, L., VanDenKerkhof, E. (2015). Undergraduate baccalaureate nursing students' self-reported confidence in learning about patient safety in the classroom and clinical settings: An annual cross-sectional study (2010–2013). *International journal of nursing studies*, 52(5), 930-938.

- Miller, C. L., LaFramboise, L. (2009). *Student learning outcomes after integration of quality and safety education competencies into a senior-level critical care course. Journal of Nursing Education, 48(12), 678-685.*
- Miot, H. A. (2011). *Sample size in clinical and experimental trials. J Vasc Bras, 10(4), 275-8.*
- Özdemir, Ü., Taşcı, S., Kartın, P. T., Görüş, S., Ceyhan, Ö., Doğan, N. (2019). *Hemşirelik öğrencilerinin hasta güvenliği konusundaki bilgi düzeyi ve görüşleri. Sağlık Bilimleri Dergisi, 28(2), 81-86.*
- Ryan Miller, M. S. I. V., Tessa Winterton, M. S. I. V., Hoffman, W. W. (2014). *Building a whole new mind: an interprofessional experience in patient safety and quality improvement education using the IHI Open School.*
- Sammer, C. E., Lykens, K., Singh, K. P., Mains, D. A., Lackan, N. A. (2010). *What is patient safety culture? A review of the literature. Journal of Nursing Scholarship, 42(2), 156-165.*
- Stevanin, S., Bressan, V., Bulfone, G., Zanini, A., Dante, A., Palese, A. (2015). *Knowledge and competence with patient safety as perceived by nursing students: The findings of a cross-sectional study. Nurse education today, 35(8), 926-934.*
- Steven, A., Magnusson, C., Smith, P., Pearson, P. H. (2014). *Patient safety in nursing education: contexts, tensions and feeling safe to learn. Nurse education today, 34(2), 277-284.*
- Taskiran, G., Bacaksiz, F. E., Seren, A. K. H. (2020). *Psychometric testing of the Turkish version of the health professional education in patient safety survey: H-PEPSSSTR. Nurse education in practice, 42, 102640.*
- Tella, S., Liukka, M., Jamookeeah, D., Smith, N. J., Partanen, P., Turunen, H. (2013). *What do nursing students learn about patient safety? An integrative literature review. Journal of Nursing Education, 53(1), 7-13.*
- Weatherford, B. H., Viveiros, J. A. (2015). *Senior nursing students' perspectives on safety competencies: An end-of-program outcome evaluation. Nursing Education Perspectives, 36(3), 182-184.*
- Yoon, S. H., Kim, S. Y., Wu, X. (2014). *Perception of workers on patient safety culture and degree of patient safety in nursing homes in Korea. Journal of Korean Academy of Nursing Administration, 20(3), 247-256.*

GEBELERDE SAĞLIK ALGISI, SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Health Perception, Health Literacy and Related Factors in Pregnant Women

Emine AKÇA¹  Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ²  Meltem AKBAŞ³ 

¹İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Malatya

^{2,3}Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Adana

Geliş Tarihi / Received: 11.05.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 14.09.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ÖZ

Bu çalışma gebelerde sağlık algısı, sağlık okuryazarlığı ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın örneklemini Mart-Nisan 2017 tarihlerinde özel bir hastanenin NST polikliniğine başvuran ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 150 gebe oluşturmuştur. Veriler "Gebe Tanıtım Formu, Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği" ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmış olup Statistical Package for Social Sciences for Windows 20.0 istatistik paket programında analiz edilmiştir. Gebelerin ortalama yaşı $28,77 \pm 5,479$ (min=17, max=42)'dur. Gebelerin, % 68'inin lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu, %36'sının çalıştığı ve %77,3'ünün orta gelir düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Gebelerin Sağlık Algısı Ölçeği puan ortalaması $50,48 \pm 7,009$ ve Sağlık Okuryazarlığı Tanılama Ölçeği puan ortalaması $111,52 \pm 13,282$ olarak bulunmuştur. Gebelerin eğitim ve gelir durumları ile sağlık algısı ve okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Aynı zamanda gebelerin sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki saptanmıştır. Çalışmada gebelerin iyi düzeyde sağlık algısına ve yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu saptanmıştır. Ayrıca gebelerin sağlık okuryazarlıkları yükseldikçe sağlık algılarının iyileştiği belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Gebeler, Sağlık Algısı, Sağlık Okuryazarlığı

ABSTRACT

This study has been carried out to evaluate health perception, health literacy and related factors in pregnant women. The sample of the study is consisted of 150 pregnant women who applied to the NST Polyclinic of a private hospital between March and April 2017 and voluntarily accepted to participate in the research. The data have been collected by using face-to-face interview method with the "Pregnant Presentation Form, Health Perception Scale and Health Literacy Scale", and analyzed in Statistical Package for Social Sciences for Windows 20.0 statistical package program. The average age of pregnant women is 28.77 ± 5.479 (min=17, max=42). It has been determined that; 68% of pregnant women had high school or higher education level, 36% worked and 77.3% had middle income level. Health Perception Scale score averages of pregnant women has been found 50.48 ± 7.009 and Health Literacy Scale score averages of pregnant women has been found 111.52 ± 13.282 . A statistically significant relationship has been found between education and income levels of pregnant women and their health perception and literacy levels. At the same time, a positive statistically significant relationship has been found between the health perception of the pregnant women and their health literacy total score averages. In the study, it has been determined that pregnant women have a good level of health perception and high level of health literacy. In addition, it has been detected that perception of health improves as the health literacy of pregnant women increase.

Keywords: Health Literacy, Health Perception, Pregnants

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık kavramını “yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmaması değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır (World Health Organization). Sağlık algısı ise bireyin kendi sağlık durumunu değerlendirmesi olarak tanımlanmaktadır (American Thoracic Society). Bireyin kendi sağlığı ile ilgili olumlu inançları “iyi sağlık”; olumsuz inançları “kötü sağlık algısı” olarak adlandırılmaktadır (Ağaçdiken Alkan, Özdelikara, ve Mumcu Boğa, 2017). Olumlu sağlık algısı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmasında oldukça önemlidir. Gebelik dönemi kadında fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin yaşandığı kritik bir dönemdir. Gebelik döneminde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sergilenmesi hem gebeliğin seyrini hem de doğrudan fetüsün sağlığını olumlu yönde etkilemektedir (Yılmaz ve Karahan, 2019).

Sağlıkla ilişkili doğru kararların alınmasında etkili bir diğer kavram da bireyin sağlık okuryazarlığıdır (Dadipoor, Ramezankhani, Alavi, Aghamolaei, ve Safari-Moradabadi, 2017). Okuryazarlık, bir dili okuma, yazma, dinleme, anlama ve konuşma becerisidir. “Sağlık okuryazarlığı”, sağlık ve okuryazarlık alanlarında insanları bir araya getiren bir kavramdır (World Health Organizations, 2009). Sağlık okuryazarlığı, bireylerin, sağlıkla ilişkili doğru kararlar alması için ihtiyaç duydukları temel sağlık bilgisini ve hizmetlerini elde etme, işleme ve anlama kapasitesini ele alır (Dadipoor vd., 2017). Dünyada halen yetişkin nüfusun yaklaşık %16’sında temel okuryazarlık becerisi bulunmamakta ve bu nüfusun üçte ikisini kadınlar oluşturmaktadır (UNESCO, 2013). Okuryazarlık düzeyi, yalnızca sağlıkla ilişkili bilgi düzeyini değil, aynı zamanda birey, aile ve toplum olarak sağlığı kontrol altına alma yeteneğini de doğrudan etkiler (WHO, 2009). Günümüzde düşük sağlık okuryazarlığı küresel bir sorun olarak görülmektedir (Dadipoor vd., 2017; Solhi, Abbasi, Ebadi Fard Azar, ve Hosseini, 2019). Düşük düzeyde sağlık okuryazarlığı genellikle bir kişinin kendi sağlığını etkin bir şekilde yönetemediği, sağlık hizmetlerine etkin bir şekilde erişemediği, mevcut bilgileri anlayamadığı ve böylece sağlıklı kararlar veremediği anlamına gelmektedir (WHO, 2009). Gebelik dönemi sürprizlerle dolu olduğu için yeterli okuma yazma becerisine sahip olan kadınlar için bile karmaşık algılanabilir. Öyle ki düşük sağlık okuryazarlığı olan kadınlar bu dönemde yeni bilgiler edinme veya verilen talimatları uygulamada zorlanabilir (Solhi vd., 2019). Literatürde düşük sağlık okuryazarlığı olan gebelerin doğum öncesi tarama testlerini yetersiz anlama olasılığının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Cho, Plunkett, Wolf, Simon, ve Grobman, 2007). Ayrıca düşük sağlık okuryazarlığı olan kadınların gebeliklerini planlamada sorun yaşadıkları belirtilmiştir (Endres, Sharp, Haney, ve Dooley, 2004; Shieh ve

Halstead, 2009). Bir kadının düşük sağlık okuryazarlığı sadece kendi sağlık bilgisini ve koruyucu davranışını değil, aynı zamanda çocuklarına bakma yeteneğini de etkilemektedir (Shieh ve Halstead, 2009).

Literatürde gebelik döneminde sağlık algısı veya sağlık okuryazarlığının değerlendirildiği çalışmalar mevcuttur (Aydın ve Aba 2019; Barakat, Pelaez, Montejo, Luaces, ve Zakynthinaki, 2011; Charoghchian Khorasani, Peyman, ve Esmaily 2018; Dadipoor vd., 2017; Delanoë vd., 2016; Kaya Şenol, Göl, ve Aydın Özkan, 2019). Ancak gebelerde sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığının birlikte değerlendirildiği çalışmalar oldukça sınırlıdır (Filiz, 2015). Gebelerin kendileri ve doğacak bebeklerine ilişkin doğru sağlık kararları alabilmelerinde sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığının etkili olduğu düşünülmektedir. Bu doğrultuda araştırma gebelerde sağlık algısı, sağlık okuryazarlığı ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

GEREKÇE VE YÖNTEMLER

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Mart-Nisan 2017 tarihlerinde özel bir hastanenin NST polikliniğine başvuran gebeler oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme alınması gereken en az birey sayısı power analiz ile belirlenmiştir. Araştırmada G*power 3.1.9.2 programı kullanılmıştır. Yapılan hesaplama göre; 0,40 etki büyüklüğü, 0,05 yanılma düzeyi, 0,95 evreni temsil gücüyle örneklem büyüklüğü 112 gebe olarak hesaplanmıştır. Araştırmanın örneklemini belirlenen tarihlerde NST polikliniğine başvuran, okuma yazma bilen ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 150 gebe oluşturmuştur. Araştırmaya dâhil edilmeme kriterini soru formunun tamamını doldurmama oluşturmuştur.

Veri Toplama Form ve Araçları

Araştırmanın verileri “Gebe Tanıtım Formu, Sağlık Algısı Ölçeği ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği” ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır.

Gebe Tanıtım Formu

Araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanmıştır (Aydın ve Aba, 2019; Dadipoor vd., 2017; Endres vd., 2004; Filiz, 2015; Kaya Şenol vd., 2019). Form; sosyo-

demografik özellikler (15) ve obstetrik özelliklere ilişkin (11) toplam 26 sorudan oluşan bir formdur.

Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)

Diamond ve ark. tarafından sağlık algısını ölçmek için geliştirilmiş 15 maddeden oluşan bir ölçektir (Diamond, Becker, Arenson, Chambers, ve Rosenthal, 2007). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Kadioğlu ve Yıldız tarafından yapılmıştır (Kadioğlu ve Yıldız, 2012). Ölçek “Kontrol odağı, Öz farkındalık, Kesinlik ve Sağlığın önemi” başlıklı 4 alt boyuttan oluşan beşli likert yapıda bir ölçektir. Ölçekteki her bir madde “5: Çok katılıyorum, 4:Katılıyorum, 3:Kararsızım, 2:Katılmıyorum, 1:Hiç katılmıyorum” şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekteki 2., 3., 4., 6., 7., 8., 12., 13. ve 15. maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçekten en az 15 puan, en çok 75 puan alınabilmektedir (Diamond vd., 2007; Kadioğlu ve Yıldız, 2012).

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOÖ)

Ölçek Sørensen ve ark. tarafından 47 madde olarak geliştirilmiş (Sørensen vd., 2012), Toçi ve ark. tarafından 25 madde olarak sadeleştirilmiştir (Toçi vd., 2013). Bu çalışmada 25 maddelik sadeleştirilmiş form kullanılmıştır. Sadeleştirilmiş ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Aras ve Bayık Temel tarafından gerçekleştirilmiştir (Aras ve Bayık Temel 2017). Ölçek 25 madde ve dört alt boyuttan oluşan beşli likert yapıda bir ölçektir. Alt boyutlar “Bilgiye Erişim, Bilgileri Anlama, Değer Biçme/Değerlendirme ve Uygulama/Kullanma” şeklindedir. Her madde “1:Hiç zorluk çekmiyorum, 2:Az zorluk çekiyorum, 3:Biraz zorluk çekiyorum, 4:Çok zorluk çekiyorum, 5:Yapamayacak durumdayım/hiç yeteneğim yok/olanaksız” şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten en az 25 ve en çok 125 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınacak yüksek puanlar sağlık okuryazarlığı durumunun yeterli ve çok iyi olduğunu göstermektedir (Sørensen vd., 2012; Toçi vd., 2013; Aras ve Bayık Temel, 2017).

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Toplanan veriler “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS) for Windows 20.0 istatistik paket programında sayı, yüzde dağılımları, ortalama, standart sapma, Independent t-test, One-Way Anova, Mann Whitney-U testi, Kruskal Wallis testi ve korelasyon testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yapılabilmesi için Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik onay (Karar no: 11/10 Şubat 2017), araştırmanın yapıldığı hastaneden kurum izni ve katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma Adana ilinde bulunan bir özel hastanenin NST polikliniğine başvuran gebelerle sınırlı olup sadece bu gruba genellenebilir. Ayrıca, çalışmanın özel hastanede yapılmış olması, katılımcıların sosyo-ekonomik düzeyi, eğitim düzeyi ve gebelik-doğum sayısı açısından çalışmanın diğer sınırlılığdır.

BULGULAR

Tablo 1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=150)

Sosyo-demografik özellikler	n	%
Yaş ($\bar{x}\pm SS$)	28,77 \pm 5,479 (min=17, max=42)	
25 yaş ve altı	47	31,3
26-30 yaş	51	34,0
31 yaş ve üzeri	52	34,7
Eğitim durumu		
Ortaokul ve altı	48	32,0
Lise ve üzeri	102	68,0
Aile tipi		
Çekirdek aile	131	87,3
Geniş aile	19	12,7
Çalışma durumu		
Çalışıyor	54	36,0
Çalışmıyor	96	64,0
Sosyal güvence		
Var	140	93,3
Yok	10	6,7
Yaşadığı yer		
İl	105	70,0
İlçe	45	30,0
Ekonomik durum		
Düşük	20	13,3
Orta	116	77,3
Yüksek	14	9,3
Evlilik süresi		
5 yıl ve altı	107	71,8
6 yıl ve üzeri	42	28,2
Sigara kullanımı		
İçen	17	11,3
İçmeyen	133	88,7
Toplam	150	100

Çalışmaya katılan gebelerin (n=150) ortalama yaşı 28,77 \pm 5,479 (min=17, max=42) ve ortalama gebelik haftası 36,30 \pm 2,278'dir. Gebelerin % 68'inin lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu, %36'sının çalıştığı, %70'inin ilde yaşadığı, %87,3'ünün çekirdek aile olduğu,

%77,3'ünün orta gelir düzeyine (gelir gidere denk) sahip olduğu, %93,3'ünün sosyal güvencesi olduğu saptanmıştır. Gebelerin %11,3'ü sigara kullanmakta olup, sigara kullanan gebeler günlük ortalama $8,38 \pm 6,935$ adet sigara kullanmaktadır (Tablo 1).

Gebelerin ortalama gebelik sayısı $2,10 \pm 1,197$, ortalama doğum sayısı $0,81 \pm 0,893$, ortalama düşük sayısı $0,29 \pm 0,572$, ortalama yaşayan çocuk sayısı $0,81 \pm 0,893$, daha önce doğum yapmış gebelerin ortalama ilk doğum yaşları $24,51 \pm 5,102$ 'dir.

Tablo 2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı (n=150)

Obstetrik özellikler	n	%
Bir önceki gebeliğin sonlanma şekli		
Normal Doğum	25	16,7
Sezaryen	39	26,0
Küretaj	26	17,3
İlk gebelik	60	40,0
İki gebelik arası geçen süre		
1 yıldan az	21	23,3
1-2 yıl	15	16,7
2 yıl ve üzeri	54	60,0
Planlı gebelik		
Evet	120	80,0
Hayır	30	20,0
Kronik hastalık		
Olan	16	10,7
Olmayan	134	89,3
Gebelik sayısı		
İlk gebelik	60	40,0
İki veya daha fazla gebelik	90	60,0
Doğum sayısı		
Doğum yapmayan	69	46,0
Doğum yapan	81	54,0
Düşük sayısı		
Düşük yapmayan	114	76,0
Düşük yapan	36	24,0
Yaşayan çocuk sayısı		
Yaşayan çocuğu olmayan	69	46,0
Yaşayan çocuğu olan	81	54,0
Toplam	150	100

Gebelerin %40'ının ilk gebeliği olduğu, %60'ının iki gebelik arasında geçen süresinin 2 yıl ve üzeri olduğu, %26'sının önceki gebeliğinin sonlanma şeklinin sezaryen olduğu, gebelerin %80'inin gebeliğinin planlı bir gebelik olduğu, %10,7'sinin kronik hastalığa sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 3. Gebelerin Sağlık Algısı ve Alt Boyutları ile Sağlık Okuryazarlığı ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları

Ölçekler	$\bar{x} \pm SS$	Min-Max
SAÖ	50,48 ± 7,009	34-67
Kontrol merkezi	14,50 ± 4,599	5-25
Kesinlik	13,51 ± 3,604	5-20
Sağlığın önemi	11,95 ± 2,240	4-15

Öz farkındalık	10,52±2,519	3-15
SOÖ	111,52±13,282	52-125
Erişim	22,79±3,280	10-25
Anlama	30,49±4,448	10-35
Değerlendirme	35,73±4,724	19-40
Uygulama	22,51±3,151	8-25

\bar{x} : Ortalama; SS: Standart Sapma

Gebelerin Sağlık Algısı Ölçeği puan ortalaması 50,48±7,009 (min=34, max=67), Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalaması 111,52±13,282 (min=52, max=125) olarak bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 4. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Sağlık Algısı ve Sağlık Okuryazarlığı Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Sağlık Algısı Ölçeği				Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği			
	n	%	$\bar{x}\pm SS$	t/F/ X ² /Z	p	$\bar{x}\pm SS$	t/F/ X ² /Z	p
Yaş								
25 yaş ve altı	47	31,3	49,85±6,504			111,51±14,200		
26-30 yaş	51	34,0	51,22±6,272	F	0,620	111,88±12,771	F	0,964
31 yaş ve üzeri	52	34,7	50,33±8,116	0,479		111,17±13,165	0,036	
Eğitim durumu								
Ortaokul ve altı	48	32,0	47,25±6,743	t	0,000	107,44±17,378	t	0,030
Lise ve üzeri	102	68,0	52,0±6,635	-4,069		113,44±10,395	-2,214	
Çalışma durumu								
Çalışıyor	54	36,0	52,30±7,123	t	0,017	112,72±14,155	t	0,408
Çalışmıyor	96	64,0	49,46±6,768	2,419		110,84±12,791	0,831	
Yaşadığı yer								
İl	105	70,0	50,26±6,858	t	0,828	111,46±13,544	t	0,930
İlçe	45	30,0	50,29±7,424	0,218		111,67±12,796	-0,088	
Ekonomik durum								
Düşük	20	13,3	46,75±7,732	X ²	0,034	106,90±18,865	X ²	0,001
Orta	116	77,3	50,86±6,387	6,759		111,15±12,313	14,339	
Yüksek	14	9,3	52,64±9,328			121,21±5,010		
Sigara kullanımı								
İçen	17	11,3	49,47±5,800	Z	0,329	111,41±13,496	Z	0,920
İçmeyen	133	88,7	50,61±7,157	-0,976		111,53±13,306	-0,101	

\bar{x} : Ortalama; SS: Standart Sapma

Gebelerin sosyo-demografik özellikleri ile SAÖ ve SOÖ puanları arasında istatistiksel farklılıklar incelenmiştir (Tablo 4). SAÖ ile gebelerin eğitim, çalışma ve ekonomik durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim düzeyi lise ve üzeri olan gebelerin ortaokul ve altı olanlara oranla, çalışan gebelerin çalışmayanlara oranla, ekonomik düzeyi yüksek olanların olmayanlara oranla sağlık algısı puanları daha yüksek bulunmuştur. SOÖ ile gebelerin eğitim ve ekonomik durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim düzeyi lise ve üzeri olan gebelerin ortaokul ve

altı olanlara oranla, ekonomik düzeyi yüksek olanların olmayanlara oranla sağlık okuryazarlığı puanları daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 5: Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Sağlık Algısı ve Sağlık Okuryazarlığı Puan Ortalamalarının Dağılımı

Obstetrik Özellikler	Sağlık Algısı Ölçeği				Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği			
	n	%	$\bar{x}\pm SS$	t/F/ X^2/Z	p	$\bar{x}\pm SS$	t/F/ X^2/Z	p
Bir önceki gebeliğin sonlanma şekli								
Normal Doğum	25	16,7	50,72±8,758			111,16±16,760		
Sezaryen	39	26,0	49,38±6,188	X^2	0,097	111,05±12,363	X^2	0,933
Küretaj	26	17,3	48,50±5,420	6,313		110,62±14,878	0,434	
İlk gebelik	60	40,0	51,95±7,141			112,37±11,714		
İki gebelik arası geçen süre								
1 yıldan az	21	23,3	48,29±4,451	X^2		106,76±16,053	X^2	
1-2 yıl	15	16,7	49,87±4,984	1,518	0,468	115,20±10,598	3,014	0,222
2 yıl ve üzeri	54	60,0	49,87±7,903			111,41±14,235		
Planlı gebelik								
Evet	120	80,0	50,71±6,972	t	0,427	111,48±13,350	t	0,934
Hayır	30	20,0	49,57±7,200	0,797		111,70±13,228	-0,083	
Kronik hastalık								
Olan	16	10,7	48,38±6,712	Z	0,183	109,00±10,539	Z	0,105
Olmayan	134	89,3	50,73±7,025	-1,332		111,82±13,573	-1,619	
Gebelik sayısı								
İlk gebelik	60	40,0	51,95±7,141	t		112,37±11,714	t	
İki veya daha fazla gebelik	90	60,0	49,50±6,783	2,122	0,036	110,96±14,267	0,636	0,526
Doğum sayısı								
Doğum yapmayan	69	46,0	51,29±6,990	t	0,192	112,49±11,723	t	0,410
Doğum yapan	81	54,0	49,79±6,994	1,309		110,69±14,499	0,827	
Düşük sayısı								
Düşük yapmayan	114	76,0	51,22±6,958	t	0,021	111,69±12,984	t	0,778
Düşük yapan	36	24,0	48,14±6,736	2,333		110,97±14,362	0,283	
Yaşayan çocuk sayısı								
Yaşayan çocuğu olmayan	69	46,0	51,29±6,990	t	0,192	112,49±11,723	t	0,410
Yaşayan çocuğu olan	81	54,0	49,79±6,994	1.309		110,69±14,499	0.827	

\bar{x} : Ortalama; SS: Standart Sapma

Gebelerin obstetrik özellikleri ile SAÖ ve SOÖ puanları arasında istatistiksel farklılıklar incelenmiştir (Tablo 5). SAÖ ile gebelerin gebelik ve düşük sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). İlk gebeliği olanların olmayanlara oranla, daha önce düşük yapmamış gebelerin yapanlara oranla sağlık algısı puanları daha yüksek bulunmuştur.

SOÖ ile gebelerin obstetrik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6. Gebelerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Alt Boyutları ile Sağlık Algısı Ölçeği ve Alt Boyutları Puanları Arasındaki İlişki

Ölçekler	SOÖ		Erişim		Anlama		Değerlendirme		Uygulama	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
SAÖ	0,275	0,001	0,275	0,001	0,227	0,005	0,243	0,003	0,18	0,024
Kontrol merkezi	0,152	0,063	0,210	0,010	0,113	0,170	0,121	0,139	0,081	0,327
Kesinlik	0,309	0,000	0,329	0,000	0,266	0,001	0,227	0,005	0,241	0,003
Sağlığın önemi	-0,067	0,414	-0,206	0,011	-0,049	0,553	0,000	0,999	0,001	0,990
Öz farkındalık	0,103	0,208	0,094	0,255	0,087	0,288	0,131	0,111	0,018	0,825

Gebelerin SAÖ ve alt boyutları ile SOÖ ve alt boyutları toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiştir (Tablo 6). SAÖ ile SOÖ ve tüm alt boyutları toplam puan ortalamaları arasında pozitif bir korelasyon belirlenmiştir. Ayrıca SAÖ alt boyutlarından *kontrol merkezi* ile SOÖ alt boyutlarından *erişim* arasında, SAÖ alt boyutlarından *kesinlik* ile SOÖ ve *tüm alt boyutları* arasında, SAÖ alt boyutlarından *sağlığın önemi* ile SOÖ alt boyutlarından *erişim* arasında anlamlı ilişki bulunurken SAÖ alt boyutlarından *öz farkındalık* ile SOÖ ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p<0.05$).

TARTIŞMA

Araştırmada gebelerin iyi düzeyde sağlık algısına ve yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir. Gebelerin eğitim ve gelir düzeyleri arttıkça sağlık okuryazarlığının yükseldiği ve sağlık algısının iyileştiği belirlenmiş olup ilk gebelik, çalışıyor olma ve daha önce düşük yapmamış olma sağlık algısını iyileştiren faktörler arasında yer almaktadır. Ayrıca gebelerin sağlık algısı ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif ilişki olduğu saptanmıştır.

Çalışmada gebelerin sağlık algısı puan ortalamaları “iyi” olarak değerlendirilmiştir. Bireylerin algıları sağlık davranışlarını etkilemektedir (Özdelikara, Ağaçdiken Alkan, ve Mumcu, 2018; Souto, Ramires, Leite, Santos, ve Santo, 2018). Çoğu gebelik sorunsuz olmakla birlikte tüm gebelikler risk altındadır (World Health Organizations, 2017). Dolayısıyla gebelik döneminde sergilenen sağlık davranışları ve gebelerin sağlık algısı ayrıca önemlidir. Literatürde primigravidalar yüksek riskli grup olarak tanımlanmakta ve daha iyi maternal ve fetal sonuçlar elde etmek için bu gruba kapsamlı antenatal bakım sunulması önerilmektedir (Danish, Fawad, ve Abbasi, 2010). Bu çalışmada ilk kez gebelik yaşayanların daha yüksek sağlık algısına sahip olduğu belirlenmiştir. Bu sonucun kadınların gebelik ve

doğum deneyimini daha önce yaşamamış olmalarına bağlı farkındalık oluşmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada herhangi bir işte çalışan gebelerin daha iyi sağlık algısına sahip olduğu belirlenmiştir. Filiz çalışmasında benzer şekilde çalışan gebelerin sağlık algısı ölçeğine ait bazı alt boyut puan ortalamalarının çalışmayanlara oranla daha yüksek olduğunu bildirmiştir (Filiz, 2015). İşsizlik durumu ve işsizlik süresi bireylerin sağlık durumlarını olumsuz etkileyebilmektedir (Griep vd., 2016; Kaleta, Polanska, Dzionkowska-Zaborszczyk, Hanke, ve Drygas, 2009; Lee vd., 2019; Virtanen, Janlert, ve Hammarström, 2013). Dolayısıyla çalışmayanların sağlıklarını daha kötü algılamaları muhtemeldir. Çalışma sonuçları literatürü destekler niteliktedir.

Bu çalışmada daha önce düşük yapmamış gebelerin düşük yapmış olanlara oranla daha iyi sağlık algısına sahip olduğu belirlenmiştir. Birçok kadın için gebeliğin sonlanmasının anlamı kayıp hissidir (Kuğu ve Akyüz, 2001). Kadınların kayba verdiği yanıtlar sonraki gebeliklerini ve gebeliği sürdürme becerilerini etkileyebilmektedir (Körükçü ve Kukulu, 2010). Bu sonuç, daha önce düşük yapmış gebelerin sağlık algılarının değerlendirilmesinin kadınların gebelikle ilişkili uygun sağlık davranışının seçimi bakımından önemli olabileceğini göstermektedir.

Bu çalışmada gebelerin sağlık okuryazarlık puan ortalamaları “yüksek” olarak değerlendirilmiştir. Sağlık okuryazarlığı bazı hedef gruplar için son derece önemlidir (Dadipoor vd., 2017). Kadınlar dünyadaki temel okuryazarlık becerisi bulunmayan grubun üçte ikisini oluşturmaktadır (UNESCO, 2013). Kadın yaşamının önemli bir dönemi olan gebelik döneminde gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyi hem kadının hem de doğacak bebeğin sağlığını doğrudan etkilemektedir (Dadipoor vd., 2017). Gelişmekte olan ülkelerde sağlık okuryazarlığını artırmak ve sağlık sonuçlarını iyileştirmek için annelerin ana çocuk sağlığına ilişkin bilgi gereksinimlerinin karşılanması gerektiği vurgulanmaktadır (Obasola ve Mabawonku, 2018). Çalışmada, gebelerin eğitim ve gelir düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlık ve sağlık algı düzeylerinin de arttığı bulunmuştur. Literatürde bireylerin eğitim düzeyi arttıkça sağlıklarını daha iyi değerlendirdikleri bildirilmektedir (Souto vd., 2018). Ayrıca gebelerde eğitim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyinin de arttığını bildiren çalışmalar mevcuttur (Dadipoor vd., 2017; Kaya Şenol vd., 2019). Charoghchian Khorasani ve ark. yaptıkları çalışmada gebelerin eğitim ve gelir düzeyleri arttıkça sağlık okuryazarlık düzeylerinin de arttığını bildirmiştir (Charoghchian Khorasani vd., 2018). Bu sonuçlar özellikle eğitim ve gelir düzeyi düşük olan gebelerin doğru sağlık kararları alabilmeleri için sağlık okuryazarlık düzeylerinin artırılmasına yönelik önlemler alınması gerektiğine dikkat çeker niteliktedir.

Bu çalışmada gebelerin sağlık algısı ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif ilişkinin olduğu, gebelerin sağlık okuryazarlıkları yükseldikçe sağlık algılarının iyileştiği belirlenmiştir. Toplum sağlığı açısından maternal sağlık okuryazarlık düzeyi oldukça önemlidir (Charoghchian Khorasani vd., 2018). Literatürde düşük sağlık okuryazarlık düzeyinin bireyin doğru bilgi ve hizmete ulaşmasını, bu hizmeti kullanmasını, kaynakları doğru kullanmasını ve kendi sağlığında yetkin olmasını engellediği belirtilmektedir (Kaya Şenol vd., 2019). Filiz çalışmasında sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısının ilişkili olduğunu bildirmiştir (Filiz, 2015). Bu sonuçlar, gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık algısı üzerinde önemli bir etkisinin olduğunu göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma sonucuna göre gebelerin iyi düzeyde sağlık algısına ve yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu saptanmıştır. Ayrıca gebelerin sağlık algısı ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif ilişkinin olduğu sağlık okuryazarlıkları yükseldikçe sağlık algılarının iyileştiği belirlenmiştir.

Çalışma sonuçları özellikle sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan gebelerin sağlık algıları ve sağlık okuryazarlık düzeylerinin artırılmasına yönelik önlemler alınması gerekliliğini ortaya koyar niteliktedir. Bu hususta gebelerle birebir temas halinde olan ebelerin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Ebelerin danışmanlık rolü kapsamında gebelere sundukları bilgiler gebelerin doğru ve bilinçli sağlık kararları almasında etkili olabilmektedir. Bu kapsamda ebeler tarafından yürütülen doğuma hazırlık eğitimleri gebelerin gebelik ve doğuma ilişkin bilgi düzeylerinin artmasına katkı sağlayarak sağlık davranışlarını olumlu yönde geliştirebilir. Bu sonuçlar doğrultusunda, her gebenin gebelikteki risk faktörleri göz önünde bulundurularak sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığı yönünden değerlendirilmesi, ebeler tarafından sunulan doğuma hazırlık eğitimlerinin yaygınlaştırılması ve gebelerin olumlu sağlık davranışlarının desteklenmesi önerilmektedir.

Bu çalışmanın doğum öncesi bakım hizmetlerine farklı bir bakış açısı kazandırarak ana çocuk sağlığının gelişimine katkıda bulunabileceği düşünülmektedir. Ayrıca çalışmadaki gebelerin tamamını özel hastaneye başvuran gebeler oluşturduğu için farklı sosyo-demografik özelliklere sahip gebelerde sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı ve etkileyen faktörlerin değerlendirildiği çalışmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Ağaçdiken Alkan, S., Özdelikara, A., Mumcu Boğa, N. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algılarının belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 11–21.
- American Thoracic Society. *Health Status, Health Perceptions*. Erişim: 29 Aralık 2019 tarihinde <https://qol.thoracic.org/sections/key-concepts/health-status-health-perceptions.html> adresinden erişildi.
- Aras, Z., Bayık Temel, A. (2017). Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25(2), 85–94.
- Aydın, D., Aba, Y. A. (2019). Annelerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile emzirme öz-yeterlilik alguları arasındaki ilişki. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12(1), 31–39.
- Barakat, R., Pelaez, M., Montejo, R., Luaces, M., Zakynthinaki, M. (2011). Exercise during pregnancy improves maternal health perception: a randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 204(5), 402.e1-402.e7.
- Charoghchian Khorasani, E., Peyman, N., Esmaily, H. (2018). Measuring maternal health literacy in pregnant women referred to the healthcare Centers of Mashhad, Iran, in 2015. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 6(1), 1157–1162.
- Cho, R. N., Plunkett, B. A., Wolf, M. S., Simon, C. E., Grobman, W. A. (2007). Health literacy and patient understanding of screening tests for aneuploidy and neural tube defects. *Prenatal Diagnosis: Published in Affiliation With the International Society for Prenatal Diagnosis*, 27(5), 463–467.
- Dadipoor, S., Ramezankhani, A., Alavi, A., Aghamolaei, T., Safari-Moradabadi, A. (2017). Pregnant women's health literacy in the South of Iran. *Journal of Family & Reproductive Health*, 11(4), 211–218.
- Danish, N., Fawad, A., Abbasi, N. (2010). Assessment of Pregnancy Outcome in Primigravida: Comparison between Booked and Un-Booked Patients. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 22(2), 23–25.
- Delanoë, A., Lepine, J., Portocarrero, M. E. L., Robitaille, H., Turcotte, S., Lévesque, I., ... Légaré, F. (2016). Health literacy in pregnant women facing prenatal screening may explain their intention to use a patient decision aid: a short report. *BMC Research Notes*, 9, 1-7.
- Diamond, J. J., Becker, J. A., Arenson, C. A., Chambers, C. V., Rosenthal, M. P. (2007). Development of a scale to measure adults' perceptions of health: preliminary findings. *Journal of Community Psychology*, 35(5), 557–561.
- Endres, L. K., Sharp, L. K., Haney, E., Dooley, S. L. (2004). Health literacy and pregnancy preparedness in pregestational diabetes. *Diabetes Care*, 27(2), 331–334.
- Filiz, E. (2015). Sağlık okuryazarlığının gebelik ve sağlık algısı ile ilişkisi. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Griep, Y., Kinnunen, U., Nätti, J., De Cuyper, N., Mauno, S., Mäkikangas, A., De Witte, H. (2016). The effects of unemployment and perceived job insecurity: a comparison of their association with psychological and somatic complaints, self-rated health and life satisfaction. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 89, 147–162.
- Kadioğlu, H., Yıldız, A. (2012). Sağlık algısı ölçeği'nin Türkçe çevriminin geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 32(1), 47–53.
- Kaletka, D., Polanska, K., Dzionkowska-Zaborszczyk, E., Hanke, W., Drygas, W. (2009). Factors influencing self-perception of health status. *Central European Journal of Public Health*, 17(3), 122-127.
- Kaya Şenol, D., Göl, I Aydın Özkan, S. (2019). The effect of health literacy levels of pregnant women on receiving prenatal care: a cross-sectional descriptive study. *International Journal of Caring Sciences*, 12(3), 1717–24.

- Körükçü, Ö., Kukulu, K. (2010). *Perinatal kayıp ve ebeveynlere yansımaları*. *Dicle Tıp Dergisi*, 37(4), 429–33.
- Kuğu, N., Akyüz, G. (2001). *Gebelikte ruhsal durum*. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 23(1), 61–64.
- Lee, K. S., Feltner, F. J., Bailey, A. L., Lennie, T. A., Chung, M. L., Smalls, B. L., ... Moser, D. K. (2019). *The relationship between psychological states and health perception in individuals at risk for cardiovascular disease*. *Psychology Research and Behavior Management*, 12, 317-324.
- Obasola, O. I., Mabawonku, I. M. (2018). *Mothers' perception of maternal and child health information disseminated via different modes of ICT in Nigeria*. *Health Information & Libraries Journal*, 35, 309–318.
- Özdelikara, A., Ağaçdiken Alkan, S., Mumcu, N. (2018). *Hemşirelik öğrencilerinde sağlık algısı, sağlık anksiyetesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi*. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14, 275–282.
- Shieh, C., Halstead, J. A. (2009). *Understanding the impact of health literacy on women's health*. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 38(5), 601–612.
- Solhi, M., Abbasi, K., Ebadi Fard Azar, F., Hosseini, A. (2019). *Effect of health literacy education on self-care in pregnant women: a randomized controlled clinical trial*. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 7(1), 2–12.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. (2012). *Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models*. *BMC Public Health*, 12(80), 1–13.
- Souto, T. S., Ramires, A., Leite, A., Santos, V., Santo, R. E. (2018). *Health perception: validation of a scale for the portuguese population*. *Trends in Psychology*, 26(4), 2185–2201.
- Toçi, E., Burazeri, G., Sorensen, K., Jerliu, N., Ramadani, N., Roshi, E., Brand, H. (2013). *Health literacy and socioeconomic characteristics among older people in transitional kosovo*. *British Journal of Medicine & Medical Research*, 3(4), 1646–58.
- United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (UNESCO). *Adult and youth literacy: national, Regional and Global Trends, 1985-2015*. Erişim: 28.12.2019 (<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000217409>).
- Virtanen, P., Janlert, U., Hammarström, A. (2013). *Health Status and health behaviour as predictors of the occurrence of unemployment and prolonged unemployment*. *Public Health*, 127, 46–52.
- World Health Organization (WHO). *Definition of Health*. Erişim: 29.12.2019 (<https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>).
- World Health Organization (WHO). (2009). *Health Literacy*. Erişim: 28 Aralık 2019 tarihinde https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf adresinden erişildi..
- World Health Organizations (WHO). (2017). *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors*. Erişim: 4 Ağustos 2020 tarihinde <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255760/9789241565493-eng.pdf;jsessionid=3AF1A95ACC16842C14C6C236BDBE911E?sequence=1> adresinden erişildi.
- Yılmaz, E., Karahan, N. (2019). *Gebelikte sağlıklı yaşam davranışları ölçeği'nin geliştirilmesi ve geçerlik güvenilirliği*. *Cukurova Medical Journal*, 44(1), 498–512.

Original Article / Araştırma Makalesi

**MALATYA’DA YETİŞTİRİLEN HACİHALİLOĞLU KAYISININ
MİKROORGANİZMA KOMPOZİSYONUNUN ARAŞTIRILMASI VE POTANSİYEL
PROBİYOTİK ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Investigation of the Microorganism Composition of Hacihaliloğlu Apricot Grown In
Malatya and Evaluation of the Potential Probiotic Effects**

Aybike DEMİRTAŞ¹ 

Meliha KARAPINAR² 

Elif Seren TANRIVERDİ³ 

Barış OTLU⁴ 

^{1,2,3,4}İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Malatya

Geliş Tarihi / Received: 10.06.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 14.09.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ÖZ

Kayısı, yüzyıllardır ülkemizde yetişmektedir. Türkiye kuru kayısı ihracatında dünyada ilk sırada yer almaktadır. Malatya kuru kayısı üretiminde önemli bir yere sahiptir. İçerdiği glikoz, lif, protein, vitamin ve mineraller ile kayısının insan sağlığı için faydalı bir gıda olduğu bilinmektedir. Bunun yanında içerdiği fitokimyasal bileşim nedeniyle önemli bir antikanser, antioksidan etkiye sahiptir. Çalışmamızda Malatya’da yetişen Hacihaliloğlu gün kuru kayısının mikroorganizma içeriğini tespit etmeyi ve bunların probiyotik olarak kullanılabilme potansiyelini araştırmayı amaçladık. Gün kuru kayısının iç kısmından bistüriyle 5 mm çapında örnekler alınarak 5 ml Luria Bertani Broth (LB) sıvı besiyerine ekilip 37° C’de 4 saat inkübe edildi. İnkübasyondan sonra LB sıvı besiyerinden bir öze dolusu alınarak Yeast Extract Peptone Dextrose (YPD) besiyerine ekilip etüvde ve oda ısısında bekletildi. Saf kültürden izole edilen bakterilerin tanımlanması için “Matrix-assisted laser desorption/ionization” kütle spektrometresi (MALDI-TOF MS) kullanıldı. Üreyen bakterilerin 73’ü MALDI-TOF MS ile tür düzeyinde tiplendirildi. Bu bakterilerin 6 cins, 18 türe ait oldukları görüldü. İnsan sağlığı için patojen sayılabilecek hiçbir mikroorganizmaya rastlanılmadı. Gün kuru kayısının içinden alınan örneklerde probiyotik potansiyeli yüksek mikroorganizmalar olan *Bacillus subtilis* ve *Bacillus licheniformis* tespit edildi. Elimizdeki veriler gün kuru kayısının probiyotik içeren önemli bir besin olduğunu kanıtlamaktadır. Yaptığımız çalışma Malatya gün kuru kayısının probiyotik potansiyeli yüksek mikroorganizmalar barındırdığını gösteren ilk çalışmadır.

Anahtar kelimeler: *Bacillus Licheniformis*, *Bacillus Subtilis*, Gün Kuru Kayısı, Mikrobiyota, Probiyotik

ABSTRACT

Apricot has been growing in our country for centuries. Turkey ranks first in the world in the export of dried apricots. Malatya has an important place in the production of dried apricots. Including glucose, fibers, proteins, minerals and vitamins apricot is known to be beneficial for human health. Besides, it has an important anticancer, antioxidant effect due to its phytochemical composition. In our study, we aimed to determine the microorganism content of the Hacihaliloğlu dried apricot grown in Malatya and to investigate their potential to be used as probiotics. 5 mm diameter samples were taken from the inside of the dried apricot with a scalpel and were added to the 5 ml of Luria Bertani Broth (LB) medium and incubated at 37 ° C for 4 hours. After incubation, a sample of LB liquid medium was taken and added to Yeast Extract Peptone Dextrose (YPD) media and kept in the oven and room temperature. "Matrix-assisted laser desorption / ionization" mass spectrometry (MALDI-TOF MS) was used to identify bacteria isolated from pure culture. 73 of the reproduced bacteria were classified at the level of species with MALDI-TOF MS. It was seen that these bacteria belong to 6 genera and 18 species. No microorganisms that could be considered pathogens for human health were encountered. *Bacillus subtilis* and *Bacillus licheniformis*, microorganisms with high probiotic potential were detected in the dried apricot samples. Our data prove that sun dried apricot is an important nutrient that contain probiotics. Our study is the first study which shows that Malatya dried apricot contains microorganisms with high probiotic potential.

Keywords: *Bacillus Licheniformis*, *Bacillus Subtilis*, Microbiota, Probiotic, Sun Dried Apricot

Elif Seren TANRIVERDİ✉, seren.tanriverdi@inonu.edu.tr
İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Malatya

Bu makaleye atıf yapmak için(How to cite this article): Demirtaş, A., Karapınar, M., Tanrıverdi, E. S., Otlı, B. (2020). Malatya’da Yetiştirilen Hacihaliloğlu Kayısının Mikroorganizma Kompozisyonunun Araştırılması ve Potansiyel Probiyotik Etkilerinin Değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 8(3), 643-651. doi: 10.33715/inonusaglik.749919

GİRİŞ

Kayısıyla ilgili kayıtlar M.Ö. 2205-2198 yılı Çin İmparatoru Yu dönemine kadar gitmektedir. Ünlü filozof Konfüçyüs'ün Çin'in Qufu şehrinde bulunan Xing Tan Ge'de (Kayısı Ağacı Tapınağı) felsefesini öğrettiği kayıtlarda yer almaktadır (Faust, Suranyi, Nyujto 1998). Anadolu topraklarında kayısı yetiştirilmesi yüzyıllar öncesine dayanmaktadır (Muradoğlu, Pehlivan, Gündoğdu, Kaya 2011). Türkiye, dünyanın en büyük kuru kayısı üretimine sahip ülkesidir. Tarımsal Ekonomi ve Politika Geliştirme Enstitüsü 2017 yılı verilerine göre; dünya kuru kayısı ihracatının %85,6'sı Türkiye tarafından gerçekleştirilmiştir. Türkiye'deki üretimin ise %68.3'ünü Malatya ili tek başına karşılamıştır (Tarım ve Orman Bakanlığı, 2018). Malatya'da üretilen kayısı çeşitleri başlıca Hacihaliloğlu, Kabaası, Soğancı'dır. Bu çeşitleri Hasanbey, Çöloğlu, Çataloğlu, Şekerpare, Yeğen, Hacıkız, Paşamışmiş ve Turfanda takip eder. Hacihaliloğlu, Kabaası, Soğancı ve Çataloğlu gün kurusu yapımına elverişlidir. Kurutmalık çeşitlerinde diğer çeşitlerden farklı olarak kuru madde oranları yüksektir. Bu çeşitlerde kuru madde oranı %24-30 arasındadır. Diğer çeşitlerde bu oran genellikle %18-20 1değerlerindedir (Malatya İl Tarım ve Orman Müdürlüğü 2020).

Kayısı (*Prunus armeniaca* L.); düşük oranda sodyum, yağ ve protein, yüksek oranda biyoaktif antioksidan ve mineral kaynağıdır (Tablo 1). İçerdiği A, C, E, tiamin, riboflavin, niasin ve pantotenik asit gibi vitaminler; K⁺, P-3, Mg⁺² mineraller ile insan sağlığına faydalı bir besin olduğu bilinmektedir (Karaca, Güzeler, Tangüler, Yaşar, ve Akın, 2019). Kayısı fonksiyonel gıda grubunda yer almaktadır. Ülkemizin pek çok yerinde kayısı yetişmekle birlikte Malatya kayısı organik asit miktarının düşük olması, tat indeksinin 80-120 gibi oldukça yüksek düzeyde olması, kurutulmaya elverişli olması ve ekolojik faktörler nedeniyle diğerlerinden ayrılmaktadır (Tarım ve Orman Bakanlığı, 2014).

Kayısının içeriğindeki fitokimyasal bileşimin HepG2 kanser hücrelerinde *in-vitro* antiproliferatif, antioksidan ve anti-kanser etkilerinin olduğu gösterilmiştir (Chen ve ark. 2020). Sıçanlarda kayısı diyetinin karbon tetraklorür (CCl₄) ile indüklenen hepatik steatoz ve karaciğer toksisitesinde oksidatif stresi ve histopatolojik hasarı azalttığı gösterilmiştir (Öztürk ve ark. 2009). Kayısı ve beta karotenin, metotreksat ile indüklenmiş intestinal hasar modelinde de oksidatif stres parametrelerinde azalmaya neden olduğu saptanmıştır (Vardi ve ark. 2008).

Kayısı içerdiği vitamin, mineral ve antioksidan maddelerin yanı sıra probiyotik kültürlerin taşınması için iyi bir substrattır (Karaca ve ark. 2019). Probiyotik kelimesinin bugün kullandığımız anlamda tanımını ilk olarak 1989 yılında Feller kullanmıştır (AFRC,

1989). Probiyotik, belirli miktarlarda tüketildiğinde insan sağlığı üzerinde olumlu etkilerle neden olan mikroorganizmalar olarak tanımlanmaktadır. Bifidobacterium ve Lactobacillus türleri probiyotikler içinde en yaygın kullanılan mikroorganizmalardır (Uymaz, 2010). Malatya'da yetiştirilen kurutmalık olarak değerlendirilen en önemli çeşitleri Hacihaliloğlu ve kabaasıdır. Bu çeşitler kurutulurken geleneksel yöntemler kullanılmaktadır. Olgun kayısılar belirli bir süre güneşte kurutulduktan sonra kayısının orta kısımlarından bastırılarak sapının olduğu bölgeden çekirdeği çıkarılır. Ve tekrar güneşte belli bir nem seviyesine kadar kurutulmaya bırakılır. Bu esnada kayısının iç kısmı havayla temas eder. Kayısının iç kısmı karanlık, nemli ve sıcak olması nedeniyle bakterilerin üremesi için elverişli bir ortamdır. Kuru kayısının içerdiği mikroorganizmalar ve bu mikroorganizmalar nedeniyle kayısının probiyotik gıda katkısı olarak kullanımıyla ilgili ise literatürde bir veri bulunmamaktadır.

Çalışmamızda Malatya'da yetişen Hacihaliloğlu gün kurusunun taşıdığı mikroorganizma kompozisyonunu tespit etmeyi ve bunların probiyotik olarak kullanılma potansiyelini araştırmayı amaçladık.

Tablo 1. Kayısı Meyvesinin Besin Değeri (USDA, 2018a)

Besin İçeriği	Miktar/100 GR
Su	86.35 g
Enerji	48 kcal
Protein	1.40 g
Toplam Lipit	0.39 g
Karbonhidrat	11.12 g
Lif	2.0 g
Şeker	9.24 g
Ca (Kalsiyum)	13 mg
Fe (Demir)	0.39 mg
K (Potasyum)	259 mg
Mg (Magnezyum)	10 mg
Na (Sodyum)	1 mg
P (Fosfor)	23 mg
Zn (Çinko)	0.20 mg
Vitamin A	1926 IU
Vitamin A (Retinol)	96 µg
Vitamin B1 (Tiamin)	0.030 mg
Vitamin B2 (Riboflavin)	0.040 mg
Vitamin B3 (Niasin)	0.600 mg
Vitamin B6 (Piridoksin)	0.054 mg
Vitamin B9 (Folik Asit)	9 µg
Vitamin C	10 mg
Vitamin E (alfa-tokoferol)	0.89 mg
Vitamin K	3.3 µg

GEREKÇE VE YÖNTEMLER

Kayısının mikroorganizma kompozisyonunu tespit etmek amacıyla kayısı satan adı depo şartlarında depolanmış 7 farklı üreticiden 15 adet Hacihaliloğlu gün kurusu kayısı çalışmaya dâhil edildi (Resim 1). Gün kurusu kayısıları ikiye ayrıldı. Kayısının dışıyla temas etmeyen iç kısmından bistüriyle 5 mm çapında dairesel örnekler alındı. Alınan örneklerin her biri 5 ml LB sıvı besiyerine ekilerek 37° C'de 4 saat inkübe edildi. İnkübasyondan sonra LB sıvı besiyerinden bir öze dolusu alınarak YPD besiyerine ekildi. Herbir gün kurusu kayısı için iki YPD besiyerine ekim yapılarak biri 37°C'lik etüvde ve diğeri oda ısısında 24-48 saat süreyle inkübe edildi. Üreyen kolonilerden Gram boyama yapılarak mikroorganizmaların boyanma özellikleri ve hücre morfolojileri belirlendi. Saf kültürden izole edilen bakterilerin tanımlanması için MALDI-TOF MS kullanıldı.



Resim 1. Çalışmamızda Kullandığımız Hacihaliloğlu Gün Kurusu

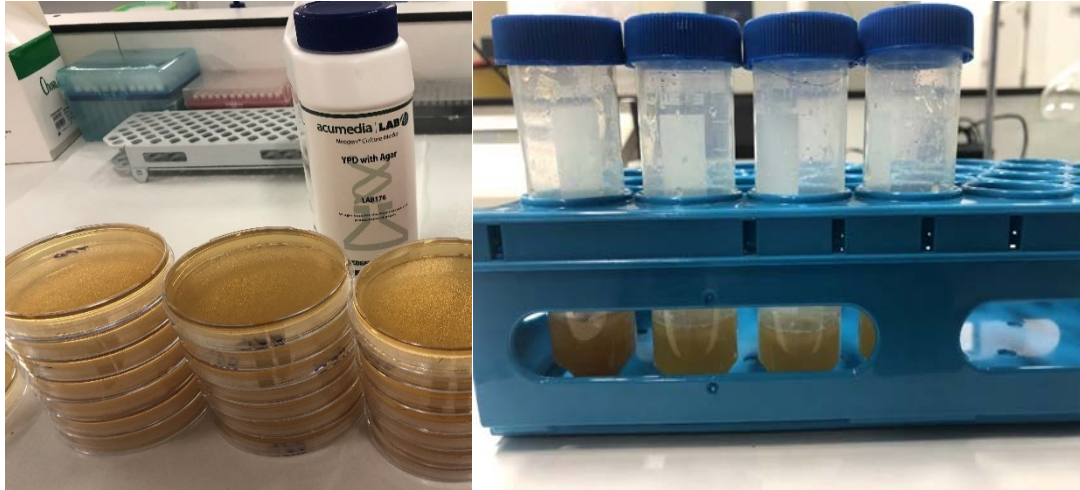
BULGULAR

İç kısmından örnek alınan 15 adet gün kuru kayısı besiyerlerine ekilip 24 saat inkübe edildikten sonra toplam 102 bakteri kolonisinin ürediği görüldü. Örneklerin Gram boyaması yapıldığında tümünün Gram pozitif morfolojiye sahip olduğu tespit edildi. MALDI-TOF MS ile 73 bakteri tür düzeyinde tiplendirildi (Tablo 2). Tüm örneklerden izole edilen ortak bakteriler olan 73 bakteri; 6 cinse (*Bacillus* spp., *Streptococcus* spp., *Staphylococcus* spp., *Acinetobacter* spp., *Micrococcus* spp., *Corynebacterium* spp.) ve 18 farklı türe aitti. Çalışmamızda izole ettiğimiz bakterilerden *B. subtilis* ve *B. licheniformis* insan sağlığı için önemli olup probiyotik özellik taşımaktadır. En fazla *Bacillus* cinsine ait 7 farklı türde bakteri (*B. pumilus*, *B. megatarium*, *B. amyloliquifaciens*, *B. licheniformis*, *B. subtilis*, *B. cereus* group, *B. firmus*) tespit edildi. Bunun yanında Streptokok cinsine ait *S. circulans*, *S. epidermidis*, *S. cristatus*; stafilokok cinsine ait *S. aureus*, *S. haemolyticus*, *S. hominis*, *S.*

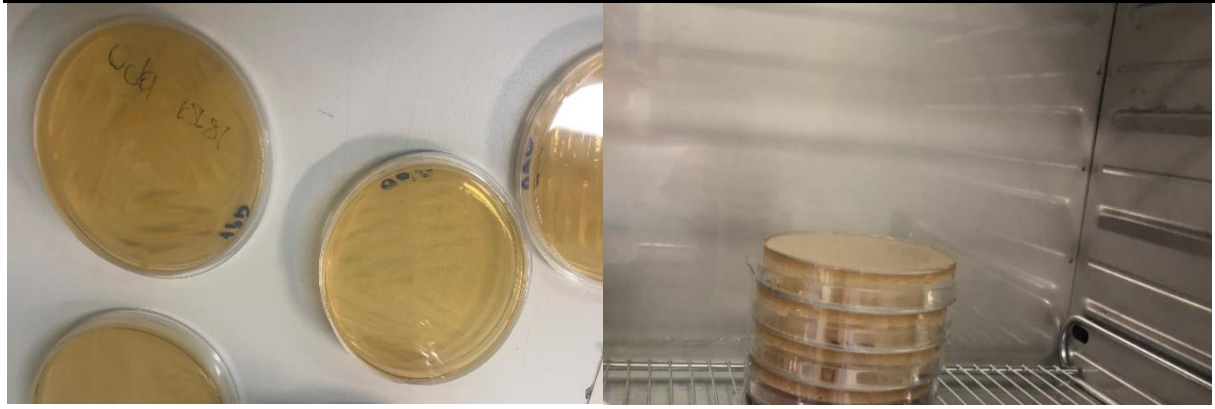
capitis, *S. pasteurii*; *Acinetobacter radioresistens*; *Micrococcus luteus*; *Corynebacterium striatum* tanımlandı.

Tablo 2: Çalışmamızda Tiplendirdiğimiz Bakteriler

Tiplendirdiğimiz Bakteriler	
* <i>Lactobacillus lactis</i>	* <i>Bifidobacterium animals</i>
<i>L.bulgaricus</i>	<i>B.adolescentis</i>
<i>L.cellebiosus</i>	<i>B.bifidum</i>
<i>L.delbrueckii</i>	<i>B.breve</i>
<i>L.acidophilus</i>	<i>B.infantis</i>
<i>L.reuteri</i>	<i>B.longum</i>
<i>L.brevis</i>	<i>B.thermophilus</i>
<i>L.curvatus</i>	* <i>Bacillus subtilis</i>
<i>L.fermentium</i>	<i>B.pumillus</i>
<i>L.plantarum</i>	<i>B.licheniformis</i>
<i>L.johnsanii</i>	<i>B.lentus</i>
<i>L.rhamnosus</i>	<i>B.coagulans</i>
<i>L.helveticus</i>	* <i>Pediococcus cerevisiae</i>
<i>L.salivarius</i>	<i>P.acidilacticil</i>
* <i>Streptococcus cremoris</i>	<i>P.pentosaceus</i>
<i>S.thermophilus</i>	* <i>Enterococcus faecalis</i>
<i>S.intermedius</i>	<i>E.faecium</i>
<i>S.lactis</i>	<i>P.freudenreich</i>
<i>S.diacetylactis</i>	* <i>Escherichia coli</i>
* <i>Bacteroides capillus</i>	* <i>Leuconostoc mesenteroides</i>
<i>B.suis</i>	
<i>B.ruminola</i>	
<i>B.amylophilus</i>	



Resim 2 ve 3. Ekim Öncesi Kültür Ortamı



Resim 4 ve 5. Ekim Sonrası Kültür Ortamı

TARTIŞMA

Çalışmamızda tiplendirdiğimiz 73 bakterinin hiçbirinin insanlar için patojen mikroorganizmalar olmadığı görüldü. Kurutulmuş meyvelerin dış yüzeyinden alınan örneklerle mikrobiyolojik kalitelerinin araştırıldığı bir çalışmada kuru kayısının da dâhil olduğu meyvelerin hepsi küf ve maya sayısı açısından Türk Gıda Kodeksi’ne göre kabul edilebilir sınırlar içerisinde bulunmuştur. Bizim çalışmamızı destekler şekilde uygun şartlar altında muhafaza edildiğinde insan sağlığını tehdit edecek herhangi bir etkene rastlanmamıştır (Akbal ve Vural, 2018).

Gün kuru kayısının ilgi çekici ve daha önce araştırılmamış bir yönü probiyotik etkinliğinin olabileceğidir. Probiyotik bakteriler besinlerle alınan ve belirli miktarda alındığında bağırsak florasını etkileyip konakçının sağlığını olumlu yönde etkileyen canlı mikroorganizmalardır (Uymaz, 2010). Probiyotik gıda katkılarının kullanımı, bilinçli tüketicilerin hızla arttığı ülkemizde ve dünyada giderek yaygınlaşmaktadır. Gün kuru kayısının probiyotik özellikleri ise bugüne kadar araştırma konuları arasında kendine yer bulamamıştır. Çalışmamızda izole ettiğimiz bakterilerden *B. subtilis* ve *B.licheniformis*’in “Food and Drug Administration” tarafından “Generally Recognized As Safe” listesine alınmış probiyotik bakteriler olması, kayısının probiyotik içeren bir besin olduğunu göstermektedir (Schallmey, Singh, ve Ward 2004). Çalışmamız, bu alanda yapılan ilk çalışma olması nedeniyle önemlidir.

İzole edilen bir diğer bakteri olan *B. pumilus* ise probiyotik olma potansiyelinin yanında küf mantarlarının üremesini engelleme özelliği de ilgi çekicidir (Özaktan, Aysan, Yıldız, ve Kınay 2010; Thy vd., 2017). Yine çalışmamızda izole edilen *B. amyloiquefaciens*’in probiyotik etkinliğinin kanıtlandığı çalışmalar mevcuttur (Thy vd., 2017).

Dünya Mikrobiyom projesi ile bitkilerin üzerinde bulunan mikrobiyal topluluklara olan ilgi artmaktadır. Yeni nesil dizileme teknolojileri ve yeni biyoinformatik yaklaşımlar bitkilerin mikrobiyotasıyla ilgili bakış açımızı değiştirmektedir. Sağlıklı ve hastalıklı kivilerin metagenomik DNA dizilemesinin yapıldığı bir çalışmada; sağlıklı kivilerin mikrobiyal çeşitliliğinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Patojen enfeksiyonun kivi mikrobiyomunda değişime neden olduğu aynı zamanda mikrobiyal çeşitliliğin azalmasının sekonder enfeksiyon riskini artırdığı belirlenmiştir (Wu vd., 2019). Bitki mikrobiyomu bitki sağlığı, verimliliği, çeşitliliği bakımından bitkinin kendisi kadar önem taşımaktadır. Mikrobiyota çalışmaları gelecekte bitkilerde hasat sonrası hastalıkların teşhisi ve tedavisinde yol gösterici olacaktır (Droby ve Wisniewski, 2018).

Bokulich ve arkadaşları, yaptıkları çalışmada farklı bölgelerde yetişen üzümün mikrobiyota ve fermentasyon özelliklerinin şarap özelliklerini etkilediğini göstermişlerdir (Bokulich vd., 2016). Dünya kuru kayısı ihracatının büyük bölümünü karşılayan Malatya kayısılarının mikrobiyotası bugüne kadar araştırılmamakla birlikte kayısı çekirdeğinin çıktığı bölge nemli ve sıcak olması nedeniyle bakterilerin üremesi için uygun ortam oluşturmaktadır. Bu fikirden yola çıkarak, kayısılardaki lezzet farklılığının yetiştiği ortamın nemi, sıcaklığı, toprağının yanı sıra kendi mikrobiyal çevresiyle ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda, Hacihaliloğlu gün kuru kayısında probiyotik özelliği bulunan bakterilerin bulunması önemlidir. Probiyotiklerin etkinliği hayvan deneylerinde, *in-vitro* ve klinik araştırmalarda gösterilmiştir. Probiyotiklerin gastrointestinal sistem mikrobiyotasını eski haline getirdiği ve sağlığa faydaları bildirilmiştir. Probiyotik kullanımı artmış besin biyoyararlanımı, düşük kan kolesterolüyle birlikte kardiyovasküler hastalıklarda, obezitede, diabetes mellitus tip II’de azalma, antikanser ve antitumör maddelerin üretimi ile ilişkilendirilmiştir (James ve Wang 2019) . Malatya’da ve ülkemizin çeşitli şehirlerinde üretilen gün kuru kayısılarının probiyotik içeriğinin araştırılması ile konunun önemini anlayabileceğimize inanıyoruz.

SONUÇ

Yaptığımız çalışma; Malatya gün kuru kayısının probiyotik potansiyeli yüksek mikroorganizmalar barındırdığını gösteren ilk çalışmadır. Kuru kayısının içinden izole ettiğimiz 102 koloniden 73’ü MALDI-TOF MS ile tiplendirilmiş olup, tanımlanmayan bakteriler için 16S rRNA dizi analizi yapılmalıdır. Bunun yanında, çalışmamızda tarımda patojen mikroorganizmalarla mücadele için önemli olan mikroorganizma türlerinin

saptanması önemlidir. Malatya gün kurusu kayısı, yetiştiği çevreye bağlı olarak taşıdığı mikroorganizma kompozisyonu bakımından ayrı bir çalışma kapsamında detaylı incelenmelidir.

TEŞEKKÜR

Çalışmamızda emeği bulunan arkadaşlarımız Fatih Güven, Mustafa Abuk, Mehmet Birişik, Makbule Demir, Şeyma Peker, Zeynep Kıran'a ve Nafia Canan Gürsoy'a teşekkürlerimizi sunarız.

Çalışmamız 28.04.2019-30.04.2019 tarihleri arasında gerçekleşen Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Konulu 6. Ulusal Tıp Öğrenci ve Kanıtla Dayalı Tıp Uygulamaları Kongresi'nde sunulmuş ve sözlü sunum birinciliği ödülü almıştır.

KAYNAKLAR

AFRC, R. F. (1989). *Probiotics in man and animals. Journal of applied bacteriology*, 66(5), 365-378.

Akbal, N., Vural, A (2018). *Kurutulmuş Meyve Örneklerinde Mikrobiyolojik Kalite Özelliklerinin Araştırılması. Dicle Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi*, 11(2), 93-97.

Bokulich, N. A., Collins, T. S., Masarweh, C., Allen, G., Heymann, H., Ebeler, S. E., Mills, D. A. (2016). *Associations among wine grape microbiome, metabolome, and fermentation behavior suggest microbial contribution to regional wine characteristics. MBio*, 7(3), e00631-16.

Chen, Y., Al-Ghamdi, A. A., Elshikh, M. S., Shah, M. H., Al-Dosary, M. A., Abbasi, A. M. (2020). *Phytochemical profiling, antioxidant and HepG2 cancer cells' antiproliferation potential in the kernels of apricot cultivars. Saudi Journal of Biological Sciences*, 27(1), 163-172.

Droby, S., Wisniewski, M. (2018). *The fruit microbiome: A new frontier for postharvest biocontrol and postharvest biology. Postharvest Biology and Technology*, 140, 107-112.

Faust, M., Suranyi, D., Nyujto, F. (1998). *Origin and dissemination of apricot. Horticultural Reviews-Westport Then New York-*, 22, 225-260.

Karaca, O. B., Güzeler, N., Tangüler, H., Yaşar, K., Akın, M. B. (2019). *Effects of apricot fibre on the physicochemical characteristics, the sensory properties and bacterial viability of nonfat probiotic yoghurts. Foods*, 8(1), 33.

Malatya İl Tarım ve Orman Müdürlüğü (2020). 26 Şubat 2020 tarihinde <https://malatya.tarimorman.gov.tr/Menu/17/Malatya-Kayisisi> adresinden erişildi.

Muradoğlu F., Pehlivan M., Gündoğdu M., Kaya T. (2011). *Iğdır University Journal of the Institute of Science and Technology*, 1(1), 17-22.

Öztürk, F., Gül, M., Ateş, B., Öztürk, I. C., Çetin, A., Vardı, N., Otlı, A., Yılmaz, I. (2009). *Protective effect of apricot (Prunus armeniaca L.) on hepatic steatosis and damage induced by carbon tetrachloride in Wistar rats. British Journal of Nutrition*, 102(12), 1767-1775.

Özaktan, H., Aysan, Y., Yıldız, F., Kınay, P. (2010). *Fitopatolojide biyolojik mücadele. Türkiye Biyolojik Mücadele Dergisi*, 1(1), 61-78.

Schallmeyer, M., Singh, A., Ward, O. P. (2004). *Developments in the use of Bacillus species for industrial production. Canadian journal of microbiology, 50(1), 1-17.*

Tarım ve Orman Bakanlığı. (2014). *Ulusal Kayısı Çalıştayı. 26 Şubat 2020 tarihinde <https://www.tarimorman.gov.tr/BUGEM/Belgeler/Duyurular/kayisimail.pdf> adresinden erişildi.*

Tarım ve Orman Bakanlığı, Tarımsal Ekonomi ve Politika Geliştirme Enstitüsü. (2018). *26 Şubat 2020 tarihinde <https://arastirma.tarimorman.gov.tr/tepge/Belgeler/PDF%20Tarim%20Ürünleri%20Piyasaları/2018-Temmuz%20Tarim%20Ürünleri%20Raporu/2018-Temmuz%20Kayısı.pdf> adresinden erişildi.*

Thy, H. T. T., Tri, N. N., Quy, O. M., Fotedar, R., Kannika, K., Unajak, S., Areechon, N. (2017). *Effects of the dietary supplementation of mixed probiotic spores of Bacillus amyloliquefaciens 54A, and Bacillus pumilus 47B on growth, innate immunity and stress responses of striped catfish (Pangasianodon hypophthalmus). Fish & shellfish immunology, 60, 391-399.*

Uymaz, B. (2010). *Probiyotikler ve kullanım alanları. Pamukkale Üniversitesi Mühendislik Bilimleri Dergisi, 16(1), 95-104.*


Vardı, N., Parlakpınar, H., Öztürk, F., Ateş, B., Gül, M., Çetin, A., Erdoğan, A., Otlı, A. (2008). *Potent protective effect of apricot and β -carotene on methotrexate-induced intestinal oxidative damage in rats. Food and chemical toxicology, 46(9), 3015-3022.*

James, A., Wang, Y. (2019). *Characterization, health benefits and applications of fruits and vegetable probiotics. CyTA-Journal of Food, 17(1), 770-780.*

Wu, W., Lei, J., Hussain, M., Cao, S., Du, B., Wang, R. (2019). *Structure and function of the fruit microbiome in healthy and diseased kiwi fruit. Pakistan Journal of Agricultural Sciences, 56(3), 577-585.*

PRİMİPAR VE MULTİPAR GEBELERİN GEBELİK STRESLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Comparison of Pregnancy Stresses in Primiparous and Multiparous Pregnants

Refika GENÇ KOYUCU¹ 
^{1,2,3}İstinye Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

Dilek ÜLKAR² 

Buket ERDEM³ 

Geliş Tarihi / Received: 30.05.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 14.09.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ÖZ

Bu çalışma, primipar ve multipar gebelerin, gebelikle ilişkili stres düzeylerinin sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırması amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı nitelikteki çalışma, Mayıs-Temmuz 2019 tarihleri arasında Adana'da özel bir hastanede gerçekleştirilmiştir. Yazılı veya sözlü iletişim engeli olmayan 18-45 yaş arası toplam 140 gebe çalışmaya dahil edilmiştir. Veriler "Gebelik Stres Değerlendirme Ölçeği-36" kullanılarak toplanmıştır. Gebeliğe özgü stres düzeyleri ve sosyodemografik bulgular arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Independent Sample-t test, ANOVA test, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis H testleri ve Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. Primiparlarda ortalama "Gebelik Stres Değerlendirme Ölçeği-36" multiparlara göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0.001$). Ölçeğin tüm alt boyutlarının ortalamaları da primiparlarda multiparlardan daha yüksekti (sırasıyla $p=0,005$, $p=0,001$, $p <0,001$, $p <0,001$, $p=0,001$). Primiparlarda eş mesleği ($p=0.044$), multiparlarda yaş faktörlerinin ($p= 0.033$) perinatal stres skorları ile ilişkili olduğu görüldü. Primiparlarda gebeliğe bağlı stres seviyeleri multiparlardan daha yüksektir. Bazı sosyodemografik özelliklerin gebelik stresi düzeyleri üzerinde etkisi olabilir. Olumsuz fetomaternal sonuçları önlemek için başta ebeler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının hamilelikle ilgili stresi her zaman dikkate alması ve takip etmesi önemlidir.

Anahtar kelimeler: Gebelik, Multipar, Perinatal Stres, Primipar, Stres.

ABSTRACT

This study has been conducted to compare the pregnancy-related stress of primiparas and multiparas in terms of sociodemographic characteristics. This descriptive study has been carried out in a private hospital in Adana between May-July 2019. A total of 140 pregnant women between the ages of 18-45 who did not have any written or verbal communication disability have been included in the study. The data have been collected using the "Pregnancy Stress Assessment Scale-36". The relationship between pregnancy-specific stress levels and sociodemographic findings have been evaluated. Identifying statistics, Independent Sample t-test, ANOVA test, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis H tests, and Bonferroni correction have been applied in the evaluation of data. The mean of Pregnancy Stress Assessment Scale-36 was significantly higher in primiparas than multiparas ($p=0.001$). The means of all sub-dimensions of the scale were also higher in primiparas than multiparas ($p=0.005$, $p=0.001$, $p<0.001$, $p <0.001$, $p=0.001$, respectively). It was observed that the profession of partner ($p=0.044$) in primiparas, and age in multiparas ($p=0.033$) were associated with perinatal stress scores. Pregnancy-related stress levels in primiparas are higher than multiparous. Some sociodemographic characteristics may have an effect on gestational stress levels. It is important for all healthcare professionals, especially midwives, to always consider and follow the pregnancy related stress, in order to prevent negative fetomaternal consequences.

Keywords: Multipara, Perinatal Stress, Pregnancy, Primipara, Stress.

GİRİŞ

Gebelik kadın yaşamında fizyolojik, psikolojik, sosyolojik etkileri olan önemli ve özel bir dönemdir. Bu nedenle kadınlar gebelik döneminde kaygı, stres gibi duygular yaşayabilir. (Çalık ve Aktaş, 2011; Virit, Akbaş, Savaş, ve Sertbaş, 2008)

Fizyolojik, biyokimyasal, duygusal gerilimler, iç ve dış çatışma gibi tepkileri içeren stres ise gebelik ve doğum süreci ile ilgili sebeplerden kaynaklandığında “gebeliğe bağlı stres” (prenatal stres) olarak tanımlanmaktadır (Üst ve Pasinlioğlu, 2015). Kadınlar gebelik dönemindeki olası psikolojik değişikliklere çoğunlukla uyum sağlayabilmektedirler. Bazı kadınlarda ise biyo-psikososyal dengenin değişmesi; vücut görüntüsü, sosyal ilişkiler, aile ve iş rollerindeki değişiklik düşünceleri ile yeni bir role uyum döneminde hafif, orta veya şiddetli olabilen stres durumu görülebilmektedir (Korukcu, Deliktas, Aydın, ve Kabukcuoglu, 2017; Yılmaz ve Beji, 2010). Bebeğin sağlık durumu ve doğum eylemi ile ilgili düşünceler gebelikte sık görülen stres kaynaklarından (Alehagen, Wijma, ve Wijma, 2001).

Prenatal stres, önemli gelişimsel ve sağlık sonuçlarıyla ilişkili olumsuz doğum sonuçlarının ortaya çıkma riskini artırarak bebek sağlığını ve gelişimini dolaylı olarak etkileyebilir (Akbaş, Virit, Kalenderoğlu, Haluk, ve Sertbaş, 2008). Ek olarak stres, anneleri perinatal depresyona yatkın hale getirerek bebek gelişimi üzerinde dolaylı bir etki yaratabilir, bu da annenin bebeği ile etkileşimi üzerinde olumsuz bir etkiye yol açabilir ve/veya doğum sonrası bakımın kalitesini etkileyebilir. Prenatal stres, fetal nörobiyolojik gelişimin seyrini değiştirerek bebek sağlığı üzerinde doğrudan etkilere de sahip olabilmektedir. Dolayısıyla uygun baş edilemeyen ve yönetilemeyen perinatal stres hem bebek ve hem de anne üzerine kısa ve uzun vadeli direkt ve/veya dolaylı olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir (Coussons-Read, 2013)

Gebelik döneminde stresin de dâhil olabildiği psikososyal sorunlar kadının eğitim düzeyi, çalışma durumu, geçmiş gebelik ve doğum deneyimleri, çocuk sayısı, gebeliğin planlı olma durumu, sosyal ilişkiler ve aldığı desteğin miktar ve kalitesi, gebelik durumu ile ilgili sahip olduğu doğru bilgi seviyesi gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Geçmiş deneyimler ve sosyal öğrenimler gebelik süreci ve sonrası için farklı derecelerde endişe kaynağı olabilmektedir (Akbaş vd., 2008; Virit vd. 2008).

Bu çalışmada, obstetrik önemli ayırıcı faktörlerden birisi olan parite ile prenatal stres düzeyleri arasındaki ilişkinin sosyodemografik özellikler çerçevesinde araştırılması planlanmıştır. Perinatal stres sıklığını ve etkileyen faktörleri inceleyen çok sayıda çalışma olmasına karşın bilginiz dâhilinde spesifik olarak parite ile perinatal stres ilişkisini ülkemiz

örneklemi ile inceleyen çalışma sayısı azdır. Dolayısı ile bu kapsamda konu dâhilinde veri sağlayabileceği düşünülmüştür. Bununla birlikte psikolojik sorunların gebelerde sıklıkla göz ardı edildiği gözlemlerimizle bu konudaki çalışmaların sayısının artırılmasının paralelinde konuya ilgiyi de arttıracığını umuyoruz.

GEREKÇE VE YÖNTEM

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Tanımlayıcı tipteki bu araştırma Mayıs–Temmuz 2019 tarihleri arasında Adana ilinde bir özel hastanenin Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği’nde gerçekleştirilmiştir. Örneklem büyüklüğü hesabında G*Power 3.0.10 programı kullanılmış ve %80 güç ve %5 hata payında her grupta 70 olmak üzere 140 olarak tespit edilmiştir. Antenatal takip için başvuran gebelere (n=279) çalışma hakkında yazılı ve sözlü bilgi verilmiş ve gönüllülük sorgulanmıştır. Araştırma kriterlerin uygun olan 140 kadın çalışmaya dâhil edilmiştir (primipar=70, multipar=70).

Araştırma soruları

1. Primipar ve multipar gebelerin gebelik ile ilişkili stres seviyeleri arasında fark var mıdır?
2. Gebelerin sosyodemografik özelliklerinin gebelik ile ilişkili stres üzerine etkisi var mıdır?

Dâhil edilme kriterleri;

En az ilköğretim mezunu olan, yazılı ve sözlü iletişime engeli olmayan 18-45 yaş arası gebeler çalışmaya dâhil edilmiştir.

Verilerin Toplanması

Onam sonrası gebelere “Kişisel Bilgi Formu” ve “Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği (GSDÖ-36) uygulanmıştır. Görüşmeler çalışma için özel ayrılmış bir odada gerçekleştirilmiş ve gebe ile araştırmacı arasında, ortalama 40-45 dakika sürmüştür.

Kişisel Bilgi Formu: Yaş, eğitim durumu, meslek, gelir seviyesi, düşük sayısı, gebelik sayısı gibi sosyodemografik ve obstetrik öyküye yönelik 18 soru mevcuttur.

Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği (GSDÖ-36): Prenatal stres Chen ve ark. tarafından 1983 yılında geliştirilen 30 maddelik ölçek ile değerlendirilmiştir (Chen, Yu, ve Hwang, 1983).

Gebeliğe bağlı stres faktörlerini tanımlamak için kullanılan GSDÖ-36, Türkçe 'ye uyarlanarak, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Aksoy vd., 2019). Ölçekte 36 madde ve 5 alt boyut vardır. Ölçek maddeleri 5'li likert tipte cevaplanır (kesinlikle hayır, 0 puan; hafif, 1 puan; orta, 2 puan; ciddi, 3 puan; çok ciddi, 4 puan). Alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 144'tür. Alınan puan yükseldikçe algılanan stresin arttığı şeklinde yorumlanır. Ölçeğin toplam Cronbach α katsayısı 0.94 (Aksoy vd., 2019), bu örneklemden kadınların verdikleri cevaplara göre Cronbach α katsayısı 0,913'tür.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için İstinye Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan 16/07/2019 tarih ve 04 nolu etik kurul onayı alınmıştır. Çalışma, araştırma ve yayın etiğine uyularak yapılmıştır. Katılımcılara çalışma ile ilgili bilgi verilmiş "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" imzalatılmıştır. Veri toplama aracı olarak kullanılan Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği (GSDÖ-36) için gerekli yazılı izin alınmıştır.

İstatiksel Analiz

Verilerin değerlendirilmesi SPSS 21 programı ile yapılmış ve %95 güven düzeyi ile çalışılmıştır. Parametrik yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında "ANOVA" test (F-tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmalarında varyansların homojenliğine göre Tukey/Tamhane testi uygulanmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2 -tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. Elde edilen verilerin istatistiksel anlamlılığı $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı değerlendirilmiştir. Çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.913 olarak hesaplanmıştır.

BULGULAR

Primipar ve multipar kadınların bazı sosyodemografik ve obstetrik bulguları tablo 1'de verilmiştir. Primipar ve multiparlarda kadınların büyük çoğunluğunun 26-45 yaş grubunda, lise ve üzerinde eğitim seviyesine sahip, orta gelir grubunda ve çekirdek aile yapısına sahip oldukları görülmüştür. Vakaların çoğunluğunun evlilik süreleri 5-10 yıl arasında olup her iki

grubun da tamamına yakını (%83) eşleri ile iyi olarak algıladıkları bir ilişkilerinin olduğunu belirtmiştir. Eşlerinin ailesi ile yakın ve iyi bir ilişki algısı olan kadın sıklığı primiparlarda %75,7 multiparlarda %61,4'tür ($p=0.18$). Kendi aileleri ile iyi bir ilişki algısı tarif edenlerin sıklığı ise primiparlarda %88,6 multiparlarda %70'tir. Var olan gebeliklerin primiparlarda tamamı multiparlarda ise bir tanesi hariç tamamı istenen (%98,6) gebeliklerdir. Sosyodemografik bulgular primipar ve multipar gruplar arasında benzerdir (Tablo 1).

Tablo 1. Gebelere İlişkin Sosyodemografik Bulguların Dağılımı ve Parite Grupları Arasında Karşılaştırılması

Değişken	Primipar (n=70)		Multipar (n=70)		P
	N	%	n	%	
Yaş sınıfları					0,63
18-25	16	22,9	21	30,0	
26-35	26	37,1	24	34,3	
36-45	28	40,0	25	35,7	
Eğitim düzeyi					0,66
İlkokul	13	18,6	14	20,0	
Ortaokul	9	12,9	11	15,7	
Lise	29	41,4	22	31,4	
Üniversite	19	27,1	23	32,9	
Meslek					0,24
Ev hanımı	28	40,0	37	52,9	
Memur	17	24,3	17	24,2	
İşçi	15	21,4	7	10,0	
Serbest meslek	10	14,3	9	12,9	
Eşin mesleği					0,21
Memur	22	32,4	28	41,8	
İşçi	18	26,5	21	31,3	
Çiftçi	2	2,9	3	4,3	
Serbest meslek	28	41,2	18	26,9	
Aile tipi					0,08
Çekirdek aile	64	91,4	57	81,4	
Geniş aile	6	8,6	13	18,6	
Gelir seviyesi					0,54
Düşük	12	17,1	17	24,3	
Orta	38	54,3	33	47,1	
Yüksek	20	28,6	20	28,6	
Ölü doğum (≥ 1)	-	-	17	24,3	-
Düşük (≥ 1)	-	-	15	21,4	-

Grupların GSDÖ-36 skorlarının karşılaştırılması

Tablo 2 primipar ve multipar gebelerin GSDÖ-36 toplam ve alt ölçek skorlarının karşılaştırılmasını göstermektedir. Primipar gebelerin GSDÖ-36 tüm alt boyut skorları ve toplam ölçek skorları, multipar gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (toplam ölçek $p=0.001$, güvenli süreç stresi alt ölçek $p=0.005$, bebek bakımı ve aile ilişkisi stresi $p=0.001$, annelik rolünden kaynaklanan stres $p<0.001$, sosyal destek arayışı stresi $p<0.001$, fiziksel görünüm/ fonksiyon değişim $p=0.001$).

Tablo 2. Parite Gruplarına Göre Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek alt boyutları	Primipar (n=70)		Multipar (n=70)		İstatistiksel analiz* Olasılık
	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	
Güvenli süreç stresi	23,33±4,01	24,0 [7,0]	21,43±3,77	22,0 [5,0]	t=2,885 p=0,005
Bebek bakımı ve aile ilişkisi stresi	24,06±3,97	24,0 [5,0]	21,74±4,41	23,0 [4,0]	Z=-3,318 p=0,001
Annelik rolünden kaynaklanan stres	20,93±3,54	21,0 [4,0]	18,34±3,78	18,0 [5,0]	Z=-4,145 P<0,001
Sosyal destek arayışı stresi	10,26±2,07	10,0 [3,0]	7,97±2,47	8,0 [4,0]	Z=-5,294 P<0,001
Fiziksel görünüm/fonksiyon değişim	16,24±2,46	16,0 [3,0]	13,43±3,92	14,0 [5,3]	t=5,091 p=0,001
Toplam GSDÖ-36	94,81±12,72	95,0 [17,3]	82,91±13,74	81,5 [19,5]	t=5,317 p=0,001

Primipar

Primipar gebe grubu içinde sosyodemografik özellikler ile GSDÖ-36 ölçek skorları karşılaştırıldığında eş mesleği ile GSDÖ alt ölçek skorlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; eşinin mesleği işçi olan primipar gebeler ile eşi memur olan ve serbest meslek olarak çalışanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Eşi memur olan veya serbest meslek çalışanı olan primipar gebelerin annelik rolünden kaynaklanan stres alt ölçek skorları, eşinin mesleği işçilik olan primipar gebelere göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($\chi^2=6,265$; $p=0,044$). Primar gebelerde diğer sosyodemografik bulgular ile prenatal stress düzeyleri arasında ilişki görülmedi.

Multipar

Multipar gebe grubu içinde sosyodemografik ve obstetrik özellikler ile GSDÖ-36 ölçek skorları karşılaştırıldığında yaş ile GSDÖ alt ölçek skorlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Yaş gruplarında 17-25 yaş aralığında olan multipar gebelerde annelik rolünden kaynaklanan stres alt ölçek skorları ve toplam GSDÖ-36 ölçek skorları 36-45 yaş grubunda olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir (sırası ile $F=3,89$ $p=0,025$; $F=3,604$ $p=0,03$). Multipar gebelerde diğer sosyodemografik bulgular ile prenatal stress düzeyleri arasında ilişki görülmedi. Düşük veya ölü doğum öyküsü olan multiparlar ile olmayan multiparlar arasında da prenatal stress ortalamaları arasında fark yoktur (sırası ile $p=0,267$ ve $0,107$).

TARTIŞMA VE SONUÇ

'Psikososyal stres', bir kişinin gebe olup olmadığına bakmaksızın görülen stresi ifade ederken (günlük sıkıntılar, finansal veya evlilik gerginliği, sosyal stres), "gebeliğe özgü" stres ve endişe ise, fetomaternal taramalar, bebek sağlığı ve gelişimi, annelik ile gelecek yaşam değişiklikleri, doğum ile ilişkili endişe gibi doğrudan gebeliğin kendisi ile ilgili endişeleri ifade eder (Üst ve Pasinoğlu, 2015). İnsan ve hayvan çalışmalarından prenatal stresin hem doğrudan hem de dolaylı yollarla kısa ve uzun dönem bebek sağlığını ve gelişimini etkileyebildiğine ilişkin kanıtlar mevcuttur (Coussons-Read, 2013) Bu çalışmada majör obstetrik ayırıcı faktörlerden birisi olan pariteye ve bazı sosyodemografik karakteristiklere göre gebelikte deneyim edilen stres düzeyleri incelenmiş ve primipar gebelerde algılanan gebelik stresinin multiparlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Primipar gebelerde gebeliğin ve doğum eyleminin güvenliğine ilişkin kaygılar, bebek bakımı ile ilgili, aileye katılacak yeni üye ve yeni hayat şartları nedeni ile değişecek ailesel ilişkilerin getirdiği kaygılar, anneliğe ilişkin bilinmezlikler ve korkular ile ilişkili kaygılar, fiziksel ve fonksiyonel değişim ve adaptasyon kaynaklı stres düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Ek olarak aile bireyleri, yakın çevre ve arkadaşlardan sosyal destek arayışının da primiparlarda multiparlara göre daha fazla bir stres düzeyine neden olduğu görülmüştür. Üst ve Pasinoğlu'nun farklı bir stres değerlendirme ölçeği ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında primiparlarda stres seviyelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Üst ve Pasinoğlu, 2015). Akbaş ve ark. ile Kaplan ve ark'nın çalışmalarında da primiparlarda durumsal kaygı ve stresin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Akbaş vd., 2008; Kaplan, Bahar, ve Sertbaş, 2007). Gebelik sayısı arttıkça gebe kadınlarda anksiyete düzeylerinin arttığına ilişkin sonuçlar verilse de stres düzeylerine ilişkin bulgu verilmemiştir. Parite ve gebelik stresine ilişkin ülkemiz kadınlarına ait literatür bilgisi ile paralel olan bu bulgumuzun temelinde kadınların gebelik ve doğum hakkındaki bilgi ve tecrübelerinin olduğu düşünülebilir. Henüz gebelik sürecini yeni deneyim etmeye başlayan, olası olumsuz durumlara karşı teorik düzeyde bilgi edinebilen veya sosyal çevresinden onların tecrübelerine ilişkin imgelere sahip primipar gebelerde, gebeliğe ilişkin stresin daha yüksek olması vücudun psikolojik ve fiziksel olarak olası tehlikelere karşı insani-doğal bir yanıtı kapsamında değerlendirilebilir (Karataş, Şahin, Öztaş, Demir, ve Desticioğlu, 2020). Diğer yandan her gebeliğin ve doğumun yeni bir deneyim olması ve her birinde farklı durum ve komplikasyonlar ile karşılaşılabilme olasılığına ilişkin bilinç durumu, ekonomik ve sosyal hayatın doğal bir devinim içinde olması multipar gebelerde de belirli bir düzeyde stres seviyesinin varlığını açıklayabilir. Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeğinin alt

boyutları gebeliğin ve doğum eyleminin güvenliği, bebek bakımı, yeni üye ile yeni aile ilişkileri, anneliğe ilişkin kaygılar, fiziksel değişime ilişkin kaygılarla ilgili sorular içermektedir. Daha önce doğum yapmış kadınlar bu durumlara ilişkin çeşitli sayı, şekil ve varyasyonlar halinde deneyimlere sahiptir. Dolayısıyla ilk kez gebelik deneyim eden kadınlarda bu durumlara ilişkin stres varlığı ve seviyesinin daha önce doğum yapmış olan kadınlardan daha yüksek olması anlaşılabilir bir durumdur. Tüm bu sebeplerden ötürü primipar gebeliklerin multipar gebeliklerden perinatal strese daha duyarlılığı olabileceği ve antenatal bakımlarında bu duyarlılığın göz önünde bulundurulması gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Gebe eşlerinin meslekleri, eğitim düzeyleri, yaşları gibi faktörleri, eşler arası ilişkilere direk veya dolaylı yollardan etkileri ile anne adaylarının psikolojik ve mental sorunları üzerine etkileri olabilir. Eşin mesleği düşünüldüğünde sahip olduğu bu mesleğin gerektirdiği çalışma süresi farklılıkları, iş gücü gereksinimi, ekonomik ve manevi getiri ve sonuçları gibi faktörler eşler arası iletişimi, sosyal desteği vb. etkileyebilecektir. Bu durumun da zaman zaman prenatal stres üzerine etkileri olabilecektir (Edmonds, Paul, ve Sibley, 2011; Karataş vd., 2020). Sosyal destek stres kaynaklarına karşı dirençte önemli dışsal kaynaklı bir kalkandır. Gebe kadınlarda eş desteği bu bakımdan ayrı bir öneme sahip olacaktır. Eşi etkileyen güçlükler ve olumsuzlukların dolaylı olarak gebenin alacağı sosyal destek üzerinden prenatal stresi etkileyebileceği olasıdır. Nitekim rutin aktivitelerde pratik yardım, bilgilendirme ve öneri, emosyonel destek ve güven, kaynaklar ve ihtiyaçlar olarak belirlenmiş dört ayrı sosyal destek kategorisinde de gebelerin en sık ve önemli sosyal destek kaynaklarından birinin eşleri olduğu gösterilmiştir (Edmonds vd., 2011). Ek olarak düşük veya orta düzey sosyal desteği olan kadınların doğum öncesi stres yaşama olasılığının yüksek düzeyde sosyal desteğe sahip olanlardan daha sık olduğu bilinmektedir (Xian, Zhuo, Dihui, ve Zhong, 2019) Eşin de dahil olduğu sosyal destek; gebeyi duygusal ve bilişsel olarak rahatlatmakta, kendini güvende hisseden gebe daha az stres faktörüne maruz kalmakta, stres etkeni ve kaygı ile daha fazla baş edebilmekte, sosyal imkanlardan daha fazla yararlanabilmekte ve annelik rolüne geçişi kolaylaşmaktadır (Akbaş vd., 2008). Destekleyici ilişkinin insanların yaşamında sağlığı yükseltmede, sağlık problemlerini önlemede, stresin etkilerine karşı korunma ve baş etme çabalarının güçlendirilmesinde önemli bir rol oynadığı kabul edilmektedir. Bu çalışmada eşi memur ve serbest meslek olan primipar gebelerin eşi işçi olanlara göre, annelik rolüne ilişkin stres skorlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Üst ve Pasinoğlu'nun çalışmasında eşi serbest mesleğe sahip olan gebelerde stres düzeylerinin eşi özel sektör ve kamuda çalışanlara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Üst

ve Pasinoğlu, 2015). Gebelerde gözlemlenebilen, stres ile yakın sayılabilen ancak farklı bir psikolojik sorun olan anksiyete ile eş mesleği arasında ilişki olmadığı gösterilmiştir. Diğer yandan eş mesleği ile maternal depresyon ilintili bulunmuştur (Arslan, 2010). Bununla birlikte, çalışmamızda farklı meslek gruplarına, primiparlarda gözlenen eş mesleğine dayalı bu farklılık multiparlarda gözlenmemiştir. Bu durum olasılıkla primiparlardaki ilk gebelik ve annelik heyecanı ile eşe ait faktörlerin, beklenti ve desteğin daha önemli olduğunu gösterebilir.

Llewellyn ve ark. ölü doğum yapmış kadınların %36'sında ciddi stres semptomları olduğunu ve ciddi semptom sıklığının canlı doğum yapmış kadınlardan üç kat daha fazla olduğunu göstermiştir (Llewellyn, Stowe, ve Nemeroff, 1997). Ek olarak daha önce gebelik kaybı olan kadınların, sonraki gebelikleri sırasında üzüntü veya depresif hal ve aşırı endişe ve stres yaşama olasılıklarının bu kadınlarda daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Chojenta vd., 2014). Tekrarlayan düşükler, in-utero fetal kayıplar gibi gebelik kayıpları riskli gebelik kategorisinde değerlendirilirler. Riskli gebeliklerde de süreç ile ilgili belirsizlik nedeniyle daha fazla stres düzeyleri görülmektedir (Karataş vd., 2020). Riskli gebelik tanısının konmuş olması, riske ilişkin veya riskten bağımsız bir tehlike belirtisinin varlığı veya gebelik ile ilgili olumsuz durumların ortaya çıkmış olması gibi nedenler riskli gebelerde major stres kaynakları olarak bilinmektedir (Karataş vd., 2020; Olcer ve Oskay, 2015). Daha önce gebelik kaybı olan kadınlarda olası ikinci bir kayıp kadının kendisini suçlamasına neden olabilir. Ayrıca bu artan kayıplarla birlikte eşi tarafından ve/veya yakınları tarafından suçlanabileceği, sorumlu tutulabileceği düşüncesi ile stres ve kaygı durumuna sürüklenebilir. Diğer yandan ilk gebelikteki kayıp sonraki gebelikte bebeğin bakımına ilişkin de kaygı, mükemmeliyetçi düşünceler ile stres kaynağına dönüşebilir. Benzer şekilde kayba sahip bireylerin daha çok sosyal destek ihtiyacı olabileceği beklenebilir. Gebelik kaybı sonrası anksiyete ve depresyonun psikolojik belirtilerinin gebelik kaybından sonra 1 yıla kadar sürebildiği, ek olarak, önceki kayıplara ilişkin olumsuz psikolojik ve zihinsel sağlık sonuçlarının sonraki gebeliklerde de devam edebildiği bilinmektedir (Edmonds vd., 2011). Bu çalışmada multipar gebe grubunda daha önce gebelik kaybı olanlar ile olmayanlar arasında prenatal stres düzeyleri arasında farklılık görülmemiştir. Kültürel ve inanç özellikleri, sosyal destek gibi bazı popülasyonel farkların literatür bilgisinden farklı bu bulgu üzerine etki etmiş olması olasıdır.

Gebelikte psikososyal sağlık yaş, ekonomik durum, çalışma durumu, aile tipi yaşayan çocuk sayısı planlı/istenilen gebelik olma durumu, doğum korkusu, sosyal destek azlığı, kronik hastalık varlığı, riskli gebelik tanısını alma ve gebelikte olumsuz durumla karşılaşma, gebelik

öncesi stres ve psikolojik durum gibi pek çok faktörden etkilenebilmektedir. Bu faktörlerden birisi de yaştır (Karataş vd., 2020). Bu çalışmada yaş primiparlar arasında prenatal stres düzeyleri üzerine etkili bir faktör olarak görülmemiştir. Bununla birlikte 18-25 yaş aralığında olan multipar gebelerde annelik rolünden kaynaklanan stres alt ölçek skorları ve toplam GSDÖ-36 ölçek skorları 36-45 yaş grubunda olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Bu durumun erken yaşta birden fazla gebelik ve doğum öyküsünün neden olabileceği zorluklara sekonder gelişen bir stres kaynağı olabileceği düşünülebilir. Leigh ve ark. ile Yılmaz ve Beji'nin çalışmalarında gebe kadınlarda strese maruz kalma ve baş etme yöntemlerinin yaş gruplarına göre değişmediği belirtilmiştir (Leigh ve Milgrom, 2008; Yılmaz ve Beji, 2010).

Gebelerin eğitim düzeyleri ve çalışma durumunun kendine güven, maddi destek, sosyal çevre gibi etkiler ile stres düzeyleri üzerine etkilerinin olabileceği düşünülebilir. Eğitim düzeyindeki artış ile stres seviyelerinin düştüğü ve eğitim seviyesi yüksek bireylerde stres ile daha etkin başa çıkma yöntemlerinin kullanılabilirdiği gösterilmiştir (Virit vd., 2008). Çalışmayan kadınlarda ise doğum öncesi stres yaşama olasılığının çalışan kadınlarda 1,82 kat yüksek olduğu bilinmektedir (Tang, Li, ve Wu, 2006). Bu çalışmada primipar ve multiparlarda eğitim düzeyi ve çalışma durumu ile gebelik stres seviyeleri arasında ilişki saptanmamıştır.

Gebelik stresi düzeylerinde primiparite ile multiparite arasında farklılık olabilmekte ve bu farklılık primiparlarda daha yüksek stres düzeyleri şeklinde görülebilmektedir. Ek olarak sosyomedografik, obstetrik, sosyal faktörler (primiparlarda eş mesleği ve ölü doğum öyküsü, multipar gebelerde ise maternal yaş aralığı) gebelik stresi düzeylerini arttırabilmektedir. Sonuç olarak; tüm gebelik takibi ve doğum hizmeti veren sağlık çalışanlarının anne ve bebek sağlığı açısından kısa ve uzun dönem olumsuz etkileri kanıtlanmış olan gebelik stresi konusunda bilgili ve dikkatli olmaları elzemdir. Gebelik stresinin varlığını ve düzeyini etkileyen çok sayıda faktör olmasıyla birlikte gebelik stresi ile mücadelede en uygun yolun, konunun bilincinde olarak tüm gebelere bireysel yaklaşım şeklinde olacağını düşünüyoruz.

Öneriler:

Ebelere ilişkin

Gebelerde gebeliğe ilişkin stresin antenatal kontrollerde göz ardı edilmemesi ve değerlendirilmesi,

Parite ve bazı sosyodemografik faktörlerin gebeliğe bağlı stres üzerine etkili olabileceğinin hatırlanması,

Primiparların gebeliğe bağlı stres açısından daha duyarlı olabileceklerinin hatırlanması, Tüm obstetrik konu başlıklarında olduğu gibi gebeliğe bağlı stres bozukluğunun da mutlaka bireysel olarak değerlendirilmesinin unutulmaması gerekir.

Araştırmacılara ilişkin

Gebeliğe ilişkin stres ve etkili faktörlerin spesifik alt başlıklar altında geniş örneklemlili ulusal düzeyde araştırmalar ile değerlendirilmesi gerekir.

KAYNAKLAR

- Akbaş, E., Virit, O., Kalenderoğlu, A., Haluk, S. A., Sertbaş, G. (2008). Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46(3), 85–91.
- Aksoy, S. D., Dutucu, N., Özdilek, R., Acar Bektaş, H., Keçeci, A. (2019). Gebelik stresi değerlendirme ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması ve faktör analizi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5, 1–5.
- Alehagen, S., Wijma, K., Wijma, B. (2001). Fear during labor. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80(4), 315–320.
- Arslan, B. (2010). Gebelerde anksiyete ve depresyonla ilişkili sosyodemografik özellikler. *Uzmanlık Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta*.
- Çalık, K. Y., Aktaş, S. (2011). Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 142–162.
- Chen C. H., Yu Y. M., Hwang K. K. (1983). Psychological stressors perceived by pregnant women during their third trimester. *Formosan Journal of Public Health*, 10(1), 88–98. (Original work published in Chinese)
- Chojenta, C., Harris, S., Reilly, N., Forder, P., Austin, M. P., Loxton, D. (2014). History of pregnancy loss increases the risk of mental health problems in subsequent pregnancies but not in the postpartum. *PLoS ONE*, 9(4), e95038.
- Coussons-Read, M. E. (2013). Effects of prenatal stress on pregnancy and human development: Mechanisms and pathways. *Obstetric Medicine*, 6(2), 52–57.
- Edmonds, J. K., Paul, M., Sibley, L. M. (2011). Type, content, and source of social support perceived by women during pregnancy: Evidence from Matlab, Bangladesh. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 29(2), 163–173.
- Kaplan, S., Bahar, A., Sertbaş, G. (2007). Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1), 113–121.
- Karataş, B. G., Şahin, S., Öztaş, D., Demir, P., Desticioğlu, R. (2020). Gebelerin algılanan stres düzeylerinin ve stres nedenlerinin değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal*, 45(1), 170–180.
- Korukcu, O., Deliktas, A., Aydın, R., Kabukcuoglu, K. (2017). Investigation of the relationship between the psychosocial health status and fear of childbirth in healthy pregnancies. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 7(4), 152–158.
- Leigh, B., Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, 8, 24.
- Llewellyn, A. M., Stowe, Z. N., Nemeroff, C. B. (1997). Depression during pregnancy and the puerperium. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(SUPPL. 15), 26–32.









-
- Olcer, Z., Oskay, U. (2015). Stress in high-risk pregnancies and coping methods/Yuksek riskli gebelerin yasadigi stresorler ve stresle bas etme yontemleri. Journal of Education and Research in Nursing, 12(2), 85.*
- Tang, S., Li, X., Wu, Z. (2006). Rising cesarean delivery rate in primiparous women in urban China: Evidence from three nationwide household health surveys. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 195(6), 1527–1532.*
- Üst, Z. D., Pasinoğlu, T. (2015). Primipar ve multipar gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişelerin belirlenmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 2(3), 306.*
- Virit, O., Akbaş, E., Savaş, HA, Sertbaş, G. K. (2008). Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin destek ile ilişkisi. / Gebelikte depresyon ve anksiyete düzeyi ile sosyal destek arasındaki ilişki. Nöropsikiyatri Arşivi, 45(1), 9–13.*
- Xian, T., Zhuo, L., Dihui, H., Zhong, X. (2019). Influencing factors for prenatal Stress, anxiety and depression in early pregnancy among women in Chongqing, China. Journal of Affective Disorders, 253, 292–302.*
- Yılmaz, S., Beji, N. (2010). Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. Genel Tıp Dergisi, 20(3), 99–109.*

Original Article / Araştırma Makalesi

THE EXAMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN BRAIN DAMAGE AND
DENTAL RESTORATIVE FILLING MATERIALS: AN IN-VIVO STUDY

Beyin Hasarı ile Restoratif Materyaller Arasındaki Bağlantının İncelenmesi: Bir İn-vivo

Çalışma

Selina AKSAK KARAMEŞE¹  İsmail CAN²  Mustafa DUZYOL³  Nilgün SEVEN⁴ 
Mevlüt ALBAYRAK⁵  Fadime ATALAY⁶  Esra DÜZYOL⁷  Cemal GÜNDOĞDU⁸ 

^{1,2,6}Kafkas Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kars

^{3,7}İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, İstanbul

⁴Atatürk Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Erzurum

⁵Atatürk Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Erzurum

⁸Atatürk Üniversitesi, Yakutiye Araştırma Hastanesi, Erzurum

Geliş Tarihi / Received: 12.04.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 13.10.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ABSTRACT

The aim of this study is to investigate the possible effects of restorative materials such as resin composite, amalgam and glass ionomer on brain tissue. Thirty-two Wistar albino rats were taken and restorative materials were put in the neck region at the back. After 8 weeks, the brain tissues were removed and analyzed using nuclear factor kappa B (NF-κB)/p65 and hematoxylin & eosin staining methods. Further, the levels of superoxide dismutase, catalase, lipid peroxidase, and glutathione were determined in the brain tissues. More intense staining of immunopositive cells was observed in the restorative material groups than the control group, also neuronal degeneration was detected in these groups. Results of the tests indicated increased oxidative stress in all the restorative material groups compared with the control group. All three dental restorative materials exhibited cytotoxic effects on the brain tissue. Additionally, oxidative stress may have occurred in the brain tissue. The heavy metal compounds in the restorative materials caused neuronal degeneration and may also have caused oxidative stress in the brain tissue, indicating the cytotoxic effects of dental restorative materials.

Keywords: Brain Degeneration, Dental Amalgam, Glass Ionomer Cement, Oxidative Stress, Resin Composite

ÖZ

Bu çalışmanın amacı, rezin kompozit, amalgam ve cam iyonomer gibi restoratif materyallerin beyin dokusu üzerindeki olası etkilerini araştırmaktır. Otuziki adet Wistar albino sıçan alındı ve restoratif malzemeler boyun bölgesinin arkasına yerleştirildi. 8 hafta sonra beyin dokuları çıkarıldı ve nükleer faktör kappa B (NF-Kb)/p65 ve hematoksilin & eosin boyama metodları ile analiz yapıldı. Ayrıca, beyin dokusunda; süperoksit dismutaz, katalaz, lipid peroksidaz ve glutatyon düzeyleri tespit edildi. Deney gruplarında kontrol gruplarına göre immünpozitif hücre boyanması daha yoğun olarak gözlemlendi, ayrıca bu gruplarda nöronal dejenerasyon saptandı. Test sonuçları, tüm restoratif materyal gruplarında kontrol grubuna kıyasla artmış oksidatif stres gösterdi. Kullanılan restoratif materyallerin üçü de beyin dokusu üzerinde ciddi sitotoksik etkilere neden oldu. Ek olarak, beyin dokusunda oksidatif stres oluşmuş olabilir. Restoratif maddelerinin içerdikleri ağır metal bileşikler, restoratif maddelerin sitotoksik etkilerini gösterecek şekilde nöronal dejenerasyona neden oldu ve ayrıca oksidatif strese yol açmış olabilirler.

Anahtar kelimeler: Beyin Dejenerasyonu, Cam İyonomer Siman, Dental Amalgam, Oksidatif Stres, Resin Kompozit

Mustafa DUZYOL ✉, mustfadzyl@gmail.com

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, İstanbul

Bu makaleye atıf yapmak için(How to cite this article): Aksak Karameşe, S., Can, İ., Duzyol, M., Seven, N., Albayrak, M., Atalay, F., Düzyol, E., Gündoğdu, C. (2020) The Examination of the Relationship Between Brain Damage and Dental Restorative Filling Materials: An İn-Vivo Study. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 8(3), 664-675. doi: 10.33715/inonusaglik.718551

INTRODUCTION

Kidney, oral, and ophthalmic diseases have the second greatest effect on public health after infectious diseases (Glick et al., 2012). Although oral diseases can be prevented and/or treated, they are among the most prevalent diseases worldwide. Additionally, there is a high prevalence of dental decay among the population (Uzer Celik & Tunac, 2016). Dental decay can easily be treated with restorative materials. However; these restorative materials can affect the oral flora and potentially cause adverse reactions (Tillberg, Jarvholm, & Berglund, 2008).

Conferences related to oral health have been annually arranged by the World Dental Federation (FDI), the International Association for Dental Research (IADR) and the International Dental Manufacturers (IDM) since 2009. The hot topics at these conferences are about dental restorative material types, properties, usages, and alternatives (Petersen, Baez, Kwan, & Ogawa, 2009). Amalgam, resin composite, and glass ionomer are the popular restorative materials used to prevent dental decay (Tillberg et al., 2008). The use of resin composites and glass ionomers for dental restorative care is suggested instead of using amalgam (Petersen et al., 2009).

According to the literature, oxidative stress plays a significant role in the development of severe illnesses, including neurodegenerative disorders such as lateral amyotrophic sclerosis, Parkinson's disease, and Alzheimer's disease (Guest & Grant, 2012).

Restorative materials are polymers composed of different monomers. Sometimes these monomers can easily pass through the pulp, which contains the neurovascular bundle, into the bloodstream. Mercury (Hg) is the most significant chemical element in amalgam. Mercury is thought to play a possible role in the development of Parkinson's disease, Alzheimer's and multiple sclerosis (Needleman, 2006). Glass ionomer cements are calcium-based structures dependent on the reaction of acid (a water-soluble polymer)/base (strontium aluminosilicate glass powder). The material has been developed in dentistry as a dental restorative material that releases fluoride over a long period, bonds to the surface of the tooth and it is highly biocompatible (Donly & Henson, 2005). Additionally, aluminum is the primary ingredient of ionomer glass cements. The aluminum is released from the glass into the polyalkeonic acid solution through mixing and setting. When the glass ionomer cement is polymerized, the amount of aluminum released reduces as the aluminum ions near the surface are washed away from the cement and the remaining ones are trapped deep inside the matrix (Nakajima, Komatsu, & Okabe, 1997). On the other hand, the various commercial resin-based restorative

materials have different chemical, biological, physical, and clinical features. Most scientific studies have shown differences with respect to hardness, compressive strength, tensile strength, water sorption, conversion of the methacrylate groups, color stability, abrasion, *in vitro* cytotoxicity, and antibacterial activity (Lammeier et al., 2012). All the components and compositions of each dental material are shown in Table 2.

Dentists desire the development of new alternative dental restorative materials. Alternative dental restorative materials are recommended in terms of health safety, dental field advancement, long-term efficiency, potential adverse effects and material viability. It is necessary to obtain more detailed information about the side effects of dental restorative materials. Long-term monitoring is also necessary. Consensus on restorative procedures showed the need for further study of approaches to the use of amalgam (Petersen et al., 2009).

The aim of this study was to evaluate the possible effects of dental restorative products, including resin composite, amalgam and glass ionomer on rat brain tissue. We used parameter tests of histopathological, immunohistochemical, and oxidative stresses.

METHODS

Thirty-two female Wistar albino rats (250–300 g) were purchased from the Experimental Animal Laboratory (Approval No: 42190979-01-02-339-93). The rats, as described below, were divided into four groups (Table 1).

Table 1. Experimental Design of All Groups

	Group's Name	N
Group 1	Control group (Negative Control)	n=8
Group 2	Dental amalgam group (20 mg/kg)	n=8
Group 3	Glass ionomer group (20 mg/kg)	n=8
Group 4	Resin composite group (20 mg/kg)	n=8

In this study, specimens were prepared using the three most frequently used types of dental restorative materials. All specimens were prepared in the form of small spheres of 20 mg Thiopental sodium (pentothal sodium) (Abbott Lab, Istanbul, Turkey). The dental restorative materials used were nano hybrid resin composite, non-gama-2 capsule dental amalgam, and glass ionomer cement (Table 2).

Table 2. The Components and Compositions of Each Dental Material

Classification	Composition
Dental amalgam	<ul style="list-style-type: none"> • Silver 45% • Copper 24% • Tin 30% • Zinc 0,5% • Mercury
Glass Ionomer Cement	<ul style="list-style-type: none"> • Fluoro Aluminosilicate glass 90% • Polyacrylic acid 10% <p>Typical percentage of glass ionomer cement powder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Silica 41.9% • Alumina 28.6% • Calcium Fluoride 15.7% • Sodium Fluoride 9.3% • Aluminum Phosphate 3.8% • Aluminum Fluoride 1.6%
Nano hybrid Composite	<ul style="list-style-type: none"> • Bisphenol A-glycidyl methacrylate (Bis-GMA) • Triethylene glycol dimethacrylate (TEGMA) • Urethane dimethacrylate (UDMA) • Zirconia/silica fillers • Polyethylene glycol dimethacrylate (PEGDMA) • 2,2 bis(4-(2-methacryloxyethoxy) phenyl) propane (Bis-EMA)

Nano hybrid resin composite specimens were cured with a LED light source (Valo LED, Ultradent, South Jordan, ABD) for 40 s. Capsule dental amalgams were mixed with amalgamator (RotoMix, 3M ESPE, Schaumburg, USA). Mixed amalgams were separated into small 20 mg spheres, and then the specimens were maintained for a 48-h setting time. Glass ionomer cement (GIS) capsules were mixed with an amalgamator. Mixed GIS were separated to 20 mg small spheres, and then the specimens were maintained for a 24-h setting time.

All restorative materials were subjected to ethylene oxide sterilization to avoid any bacteremia. After sterilization, specimens were placed in special sterile sealed bags for 1 week, and the degassing method has been introduced.

Both surgical procedures using thiopental sodium as an anesthetic have been conducted under sterile conditions. Throughout the acclimatization era, rats were fed with a diet of normal commercial rat pellets. Animals were anesthetized with thiopental sodium 25 mg / kg for this procedure and implanted intraperitoneally. Restorative materials were subcutaneously applied to the back of the neck region in all experimental groups. Rats were maintained for 8 weeks before sacrifice. In the negative control group (Group 1), the rats were not treated with any restorative materials. The rats were sacrificed at the end of the study in compliance with the ethics guidelines.

Samples of rat brain tissues were obtained and preserved at -80 ° C for 3 days. Tissues were covered with liquid nitrogen to create homogeneous sample. The tissues (0.5 g) were

combined with the solution (4.5 mL) and the samples were placed in a homogenizer (IKA T18 Ultra-Turrax, Merck KGaA, Darmstadt, Germany) and homogenized on ice for 15 minutes. The samples were processed and centrifuged at 15000 rpm for 15 min and the supernatants were used for study. All analyzes were conducted at room temperature in triplicate.

After removal, rat brains were quickly set at 10% formalin for 72 h for histopathological and immunohistochemistry experiments. Samples have been dehydrated in a standardized alcohol chain, submerged in xylene, and sealed in paraffin wax. Then, 5 µm sections were obtained with a microtome (Leica RM2125RT, Leica Biosystems Nussloch GmbH, Nussloch, Germany) from a paraffin block. Sections have been colored with hematoxylin & eosin for examination in light microscope (Nikon Eclipse E600, Nikon Instech Co., Kanagawa, Japan) and photographed with a light microscope with a microscope camera system (Olympus DP72, Olympus Optical Co., Tokyo, Japan).

In addition to histopathological analyses, the nuclear factor kappa B (NF-κB)/p65 marker was used for determination of oxidative stress on the cellular level. Staining of the NF-κB protein was conducted using an automated baking-through-staining solution (BenchMark GX System, Roche Diagnostics, Arizona, USA). The main antibody of NF-κB/p65 (NF-κB p65 Antibody (F-6) Cat No: sc8008, Santa Cruz Biotechnology, Inc, Santa Cruz, CA, USA) was used at a dilution of 1:80 for 30 min at 37°C. The specimens were first incubated with the diluted antibody used as a chromogenic agent, followed by a universal detection kit (UltraView Universal DAB Cat No: 05269806, Roche Diagnostics, Arizona, USA). Hematoxylin (Hematoxlin Cat No: 05266726, Roche Diagnostics, Arizona, USA) was used as a counterstaining agent.

In order to determine the significance of the observed differences, we used a one-way ANOVA with Duncan test. All statistical analyses have been made using software (SPSS 15.0 for Win, IBM Software, New York, USA). Statistical significance was determined at $p < 0.05$.

RESULTS

Lipid peroxidase (LPO) is a biological marker for tissue damage. When LPO levels were measured in our study, there were significant differences ($p < 0.05$) between the negative control and other groups (dental amalgam, resin composite, and glass-ionomer). The largest increase ($p < 0.05$) in LPO level was detected in Group 3 (glass-ionomer group). On the other hand, there were also significant differences ($p < 0.05$) between Group 2 and 3 (dental

amalgam and glass-ionomer), and Groups 2 and 4 (dental amalgam and resin composite) (Table 3).

Table 3. Biochemical Results of Brain Tissues (Mean±Standard Deviation)

Groups	LPO (nmol tissue)	Level MDA/g	SOD (mmol/min/mg tissue)	Activity	CAT (µmol/min/mg tissue)	Activity	GSH (mmol/mg tissue)	Level
Control	14,667±0,27 ^a		0,096±0,02 ^a		0,076±0,04 ^a		0,742±0,08 ^a	
Dental Amalgam	16,845±0,11 ^b		0,274±0,07 ^b		0,106±0,03 ^b		0,448±0,08 ^b	
Glass ionomer	21,289±0,4 ^c		0,062±0,02 ^a		0,1±0,04 ^b		0,755±0,07 ^a	
Resin composite	20,178±0,25 ^{b,c}		0,241±0,04 ^c		0,086±0,01 ^{a,b}		0,533±0,06 ^c	

* Superscripts in each column show statistical differences.

Brain superoxide dismutase (SOD) activity was significantly different between all groups ($p < 0.05$). Dental amalgam increased SOD activity by the control and resin composite groups. However, a significant decrease in SOD activity was observed for the glass ionomer group. Additionally, there were significant differences ($p < 0.05$) among the experimental groups, when compared with each other (Table 3).

The catalase (CAT) activities of all groups were measured, and it was shown that there were significant differences between the dental amalgam, glass-ionomer and control groups ($p < 0.05$). Furthermore, there was no significant difference between the control and resin composite groups ($p > 0.05$). The CAT activity levels of the control and resin composite groups were nearly at the same level (Table 3).

Finally, glutathione (GSH) levels were detected in all experimental groups. The highest GSH level was observed in the glass-ionomer group, but no differences were detected when compared with the control group ($p > 0.05$). Alternately, the lowest GSH level was detected in the dental amalgam group. A dramatic decrease in GSH level was detected in the dental amalgam and resin composite group brain tissues, as shown in Table 3.

In our study, conventional light microscopic examination was performed using both hematoxylin & eosin and NF-κB staining methods. When hematoxylin & eosin staining of control group tissues was evaluated, all brain tissue appeared normal including the blood vessels, neurons, and glial cells (Figure 1A). Hyalinization in the brain section was remarkable in the resin composite group. Additionally, there were some degenerative cells with hyperchromatic cells in the resin composite group (Figure 1B). Neurons belonging to the glass ionomer and dental amalgam groups showed more shrunken and hyperchromatic nuclei, as shown in Figure 1C and 1D.

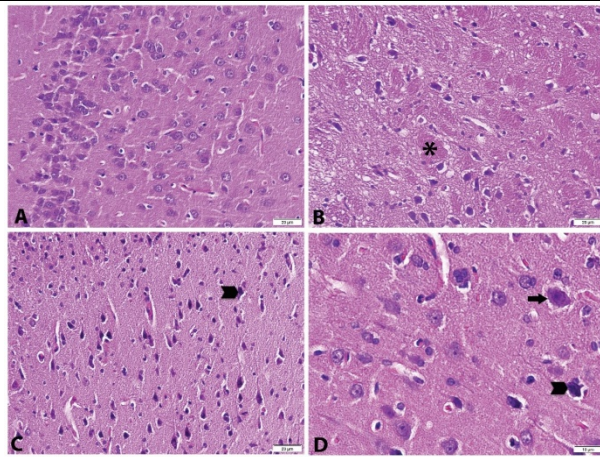


Figure 1. Light microscopic photomicrograph of all groups. (Hematoxylen&eosin)

A: Control group (the brain tissue was normal appearance), **B:** Resin composite group (Hyalinization were seen in some areas), **C:** Glass ionomer group (Hyperchromatic neurons were detected), **D:** Dental amalgam group (Hyperchromatic and degenerative neurons), **▶**: neuron with hyperchromatic nucleus, **▶▶**: degenerative neuron, *****: hyalinized area in brain tissue.

Immunohistochemical results

For the immunohistochemical examination, NF- κ B p65 staining was performed on tissues of all experimental groups. No NF- κ B-positive cells were detected in the control groups (Figure 2A), whereas many NF- κ B positive cells were detected in the resin composite, glass ionomer, and dental amalgam groups (Figure 2B-D).

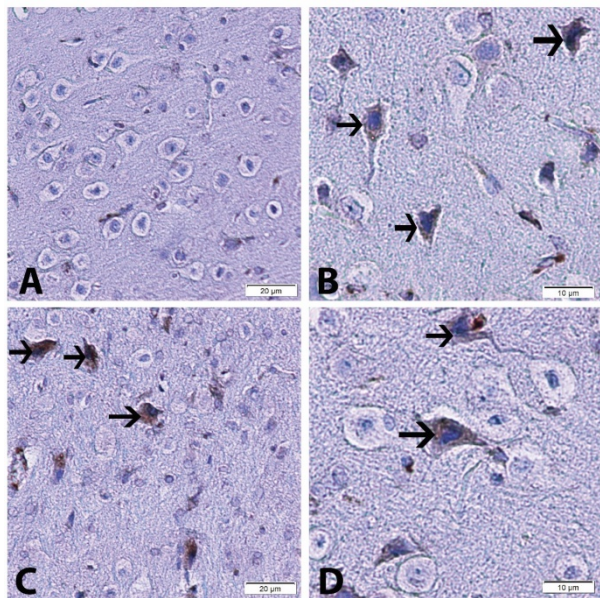


Figure 2. Light microscopic photomicrograph of all groups. (NF- κ B p65)

A: Control group (There were no immunopositive neurons), **B:** Resin composite group, **C:** Glass ionomer group, **D:** Dental amalgam group, (Immunopositive cells were detected in resin composite, glass ionomer and dental amalgam groups), **▶**: NF- κ B immune positive cells.

DISCUSSION

Dental amalgam is an alloy composed of mercury, silver and other chemicals of different quantities. Amalgam may also contain other heavy metals such as platinum, cadmium, and palladium. Many in vivo and in vitro experiments have established that amalgam is the primary cause of mercury exposure and, is one of the dental restorative materials that is cytotoxic to human body tissue (Al-Khafaji et al., 2020). It is well-known that mercury is a heavy reactive metal that is toxic at high doses, especially in some areas of the brain (Ratcliffe, Swanson, & Fischer, 1996). Mercury exposure has also been shown to be a risk factor for multiple sclerosis and Alzheimer's disease (Thompson, Markesbery, Ehmann, Mao, & Vance, 1988).

Colloidal mercury can oxidize and accumulate in the brain by crossing the blood-brain barrier. The brain damaging mechanism may be explained by the biological half-life of Hg in the brain. The half-life of Hg in the brain is not fully clear, but is calculated to be as long as 20 years. Colloidal mercury is closely bound to selenium or SH-groups after brain oxidation, which can lead to the brain's residual deposits and cause brain damage (Park & Zheng, 2012). Our results regarding dental amalgam showed that the brain was dramatically affected by long-term mercury exposure. The histological and immunohistochemical data showed that neurons exposed to dental amalgam were shrunken, exhibited hyperchromatic nuclei, and contained many immunopositive cells.

Rossi et al. (Rossi et al., 1997) showed that Hg can induce apoptosis in cerebellar granule cells by affecting calcium channels. This induces a distribution of antioxidant mechanisms and an increase the types of reactive oxygen that cause DNA damage. It is known that amalgam drastically increases oxidative stress (Pizzichini et al., 2002). Mercury levels were observed to be normal in the control group, whereas amalgam restorations lead to increased oxidative stress and reduced GSH levels, thus inducing cellular damage. In addition, CAT, SOD, and LPO levels were significantly increased in amalgam-exposed brain tissues compared to the control group. This indicates that brain damage may lead to oxidative stress-mediated enzyme activity increases. The cells were damaged during oxidative stress by the disruption of DNA and some proteins.

Resin composites are composed of non-polymerized monomers. The commonly used monomers of resin composites are triethyleneglycoldimethacrylate (TEGDMA), hydroxyethylene methacrylate (HEMA), bisphenol-A-glycidylmethacrylate (BisGMA) and urethanedimethacrylate (UDMA). TEGDMA and HEMA molecules bind to the cell

membrane lipid structure, affect membrane permeability, and have been shown to cause cell death (Miyatake, Miyagawa, Mizuo, Narita, & Suzuki, 2006). According to the immunohistochemical results, there was more intense staining of immunopositive cells in the resin group compared with the control group. Additionally, degenerative cells, hyperchromatic cells, and hyalinization in brain sections were observed in the histological sections from the resin group. The cytotoxic effects of resin composites on some human tissues have been shown (Aranha, Giro, Hebling, Lessa, & Costa, 2010). The biochemical antioxidant parameters also showed oxidative damage to brain tissue. The levels of antioxidant enzyme activities were similar to those of the dental amalgam group. SOD, CAT and LPO levels increased while GSH levels decreased in resin composite-exposed animals. GSH inhibits tissue damage by maintaining lower levels of reactive oxygen species (ROS) at determined concentrations (Polat et al., 2011). In this research, we noticed that resin composite application decreased GSH levels relative to the control group. It is well-known that lipid peroxidation increases under inflammatory conditions (Uzkeser et al., 2012). As a marker of inflammation and oxidative damage, lipid peroxidation shows changes in membrane permeability. Therefore, LPO may lead to an increase in the amount of protein degradation, which eventually results in cell lysis (Garcia et al., 1997).

Glass ionomer cements are used as bonding for crowns and as temporary and permanent restorative materials. The most important feature of these materials is the high amount of fluoride released. Glass ionomer cements also contain high amounts of aluminum ions and are water-soluble (Christensen, 1990). In one study performed by Crapper et al., it was shown that the aluminum ions of glass ionomers caused neuronal damage in the brain tissue and may affect the learning center of the brain (Crapper, Quittkat, Krishnan, Dalton, & De Boni, 1980). Campbell et al. reported that the aluminum ion caused neuroblastomas and gliomas (A. Campbell, Kumar, La Rosa, Prasad, & Bondy, 2000). Brain damage was also demonstrated in the glass ionomer group. Shrunken and hyperchromatic nuclei as well as many immunopositive cells were detected by histopathological and immunohistochemical examination. Additionally, some notable changes in oxidative stress parameters (CAT, SOD, GSH, and LPO) were detected in the glass ionomer group.

Oxidative stress-mediated tissue damage may be reversed by SOD and GSH. The activity of these two antioxidant factors should inhibit the cytotoxic impact of toxic free radicals. (Omar, Flores, & McCord, 1992). According to our results, the levels of oxidant and antioxidant enzymes were not in normal ranges when compared to the literature. (Tong. et al.,

2018; Uikey, Hazarey, & Vaidhya, 2003) Especially, SOD levels were quite decreased in experimental groups. However, in our study the levels of enzyme parameters were compared with the mean values of control groups levels instead of reference ranges due to the differences between blood and tissue enzyme levels. SOD plays a key role in preventing damage by turning the superoxide into the less reactive hydrogen peroxide that can be broken down by CAT. In our study, we observed decreased SOD activity. The decrease in SOD activity caused an increase in CAT activity, as shown in Tables 4 and 3. The increase in CAT activity suggests a rise in the amount of hydrogen peroxide. CAT is a highly reactive enzyme that interacts with hydrogen peroxide to generate water and molecular oxygen. (Polat et al., 2011). Kamendulis et al. detected increased activation of catalase activity in neurons and glial cells (Kamendulis, Jiang, Xu, & Klaunig, 1999). However, Gills et al. did not observe any significant difference in the damage caused by aluminum to other organs (Campbell, Prasad, & Bondy, 1999). Finally, all results showed that dental restorative materials had cytotoxic effects on brain tissue in different rates. However, if it is necessary to point out the less and more toxic materials, they were resin composite and glass ionomer, respectively.

Our results showed that amalgam, glass ionomer cement, and resin composite had serious cytotoxic effects on brain tissue through a range of mechanisms that are still unclear. Heavy metal derivatives of these restorative products have degenerated the neurons. In addition, oxidative stress may also exist in brain tissue, contributing to the cytotoxic effects of dental restorative materials.

In our study, restorative materials were placed in the back of rats. This may have facilitated the passage of metal compounds and ions into the blood. Similar studies can be done in larger experimental animals by placing restorative materials in their dental cavities.

REFERENCES

- Al-Khafaji, T. G. H., Al-Timimi, A. H. O., Abbas, A. S., Alanz, M. A. A., Murshedi, S. J. K., & Alam, M. K. (2020). Mercury loss from dental amalgam fillings. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 20, 5267.
- Aranha, A. M., Giro, E. M., Hebling, J., Lessa, F. C., & Costa, C. A. (2010). Effects of light-curing time on the cytotoxicity of a restorative composite resin on odontoblast-like cells. *J Appl Oral Sci*, 18(5), 461-466.
- Campbell, A., Kumar, A., La Rosa, F. G., Prasad, K. N., & Bondy, S. C. (2000). Aluminum Increases levels of β -amyloid and ubiquitin in neuroblastoma but not in glioma cells. *Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine*, 223(4), 397-402.
- Campbell, A., Prasad, K. N., & Bondy, S. C. (1999). Aluminum-induced oxidative events in cell lines: glioma are more responsive than neuroblastoma. *Free Radical Biology and Medicine*, 26(9), 1166-1171.


- Christensen, G. J. (1990). Glass ionomer as a luting material, *The Journal of the American Dental Association*, 120(1), 59-62.
- Crapper, D. R., Quittkat, S., Krishnan, S. S., Dalton, A. J., & De Boni, U. (1980). Intranuclear aluminum content in Alzheimer's disease, dialysis encephalopathy, and experimental aluminum encephalopathy, *Acta Neuropathol*, 50(1), 19-24.
- Donly, K. J., & Henson, T. (2005). Glass ionomer cement restorations for contemporary pediatric dentistry. *Alpha Omegan*, 98(4), 21-25.
- Garcia, J. J., Reiter, R. J., Guerrero, J. M., Escames, G., Yu, B. P., Oh, C. S., & Munoz-Hoyos, A. (1997). Melatonin prevents changes in microsomal membrane fluidity during induced lipid peroxidation. *FEBS Lett*, 408(3), 297-300.
- Glick, M., Monteiro da Silva, O., Seeberger, G. K., Xu, T., Pucca, G., Williams, D. M., . . . Séverin, T. (2012). FDI Vision 2020: shaping the future of oral health. *International dental journal*, 62(6), 278-291.
- Guest, J. A., & Grant, R. S. (2012). Effects of dietary derived antioxidants on the central nervous system. *International Journal of Nutrition, Pharmacology, Neurological Diseases*, 2(3), 185.
- Kamendulis, L. M., Jiang, J., Xu, Y., & Klaunig, J. E. (1999). Induction of oxidative stress and oxidative damage in rat glial cells by acrylonitrile. *Carcinogenesis*, 20(8), 1555-1560.
- Lammeier, C., Li, Y., Lunos, S., Fok, A., Rudney, J., & Jones, R. S. (2012). Influence of dental resin material composition on cross-polarization-optical coherence tomography imaging. *J Biomed Opt*, 17(10), 106002. doi:10.1117/1.JBO.17.10.106002
- Miyatake, M., Miyagawa, K., Mizuo, K., Narita, M., & Suzuki, T. (2006). Dynamic changes in dopaminergic neurotransmission induced by a low concentration of bisphenol-a in neurones and astrocytes. *Journal of neuroendocrinology*, 18(6), 434-444.
- Nakajima, H., Komatsu, H., & Okabe, T. (1997). Aluminum ions in analysis of released fluoride from glass ionomers. *J Dent*, 25(2), 137-144.
- Needleman, H. L. (2006). Mercury in dental amalgam—a neurotoxic risk? *Jama*, 295(15), 1835-1836.
- Omar, B. A., Flores, S. C., & McCord, J. M. (1992). Superoxide dismutase: pharmacological developments and applications. *Adv Pharmacol*, 23, 109-161.
- Park, J. D., & Zheng, W. (2012). Human exposure and health effects of inorganic and elemental mercury. *J Prev Med Public Health*, 45(6), 344-352. doi:10.3961/jpmph.2012.45.6.344
- Petersen, P. E., Baez, R., Kwan, S., & Ogawa, H. (2009). *Future use of materials for dental restoration*. World Health Organization: Geneva, Switzerland.
- Pizzichini, M., Fonzi, M., Sugherini, L., Fonzi, L., Gasparoni, A., Comporti, M., & Pompella, A. (2002). Release of mercury from dental amalgam and its influence on salivary antioxidant activity. *Sci Total Environ*, 284(1-3), 19-25.
- Polat, B., Albayrak, Y., Suleyman, B., Dursun, H., Odabasoglu, F., Yigiter, M., . . . Suleyman, H. (2011). Antiulcerative effect of dexmedetomidine on indomethacin-induced gastric ulcer in rats. *Pharmacol Rep*, 63(2), 518-526.
- Ratcliffe, H. E., Swanson, G. M., & Fischer, L. J. (1996). Human exposure to mercury: a critical assessment of the evidence of adverse health effects. *J Toxicol Environ Health*, 49(3), 221-270. doi:10.1080/713851079
- Rossi, A. D., Viviani, B., Zhivotovsky, B., Manzo, L., Orrenius, S., Vahter, M., & Nicotera, P. (1997). Inorganic mercury modifies Ca²⁺ signals, triggers apoptosis and potentiates NMDA toxicity in cerebellar granule neurons. *Cell Death Differ*, 4(4), 317-324. doi:10.1038/sj.cdd.4400244

-
- Thompson, C. M., Markesbery, W. R., Ehmann, W. D., Mao, Y. X., & Vance, D. E. (1988). *Regional brain trace-element studies in Alzheimer's disease. Neurotoxicology*, 9(1), 1-7.
- Tillberg, A., Jarvholm, B., & Berglund, A. (2008). *Risks with dental materials. Dent Mater*, 24(7), 940-943. doi:10.1016/j.dental.2007.11.009
- Tong, J., Fitzmaurice, P. S., Moszczynska, A., Rathitharan, G., Ang, L. C., Meyer, J. H.,... Kish, S. J. (2018). *Normal glutathione levels in autopsied brain of chronic users of heroin and of cocaine. Drug and alcohol dependence*, 190, 20–28. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.05.021>
- Uikey, A., Hazarey, V., & Vaidhya, S. (2003). *Estimation of serum antioxidant enzymes superoxide dismutase and glutathione peroxidase in oral submucous fibrosis: A biochemical study. Journal of Oral and Maxillofacial Pathology*, 7, 44.
- Uzer Celik E., C. B., Tunac AT. (2016). *Dental caries and caries associated factors of six and seven year-old children living in a high fluoride area. Cumhuriyet Dent J*, 19(2), 135-144.
- Uzkeser, H., Cadirci, E., Halici, Z., Odabasoglu, F., Polat, B., Yuksel, T. N., . . . Atalay, F. (2012). *Anti-inflammatory and antinociceptive effects of salbutamol on acute and chronic models of inflammation in rats: involvement of an antioxidant mechanism. Mediators Inflamm*, 2012, 438912. doi:10.1155/2012/438912

Original Article / Araştırma Makalesi

**MEZUN KONUMUNDA OLAN ÖĞRENCİLERİN HEMŞİRELİK DERNEKLERİNE
İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ: KALİTATİF ÇALIŞMA**

Opinions of Graduate Students on Nursing Associations: Qualitative Study

Nurcan KIRCA¹  Meryem ÖNGEN² 
^{1,2}Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Antalya

Geliş Tarihi / Received: 01.07.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 18.09.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ÖZ

Bu çalışmada amaç mezun konumunda olan öğrencilerin hemşirelik derneklerine ilişkin görüş ve düşüncelerini derinlemesine araştırmaktır. Araştırma tanımlayıcı ve nitel araştırma yöntemlerinden “olgu bilim” deseni ile yapılmıştır. Bu araştırma, Türkiye’nin güneyinde bir üniversitenin hemşirelik fakültesinde dördüncü sınıfta okuyan öğrenciler ile yapılmıştır. Araştırma 11 öğrenci ile yürütülmüştür. Araştırma verileri Mayıs-Haziran 2019 tarihinde “Kişisel Bilgi Formu” ve “Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu” ile toplanmıştır. Verilerin analizinde, içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. Öğrencilerin yaş ortalaması 21,10±2.30 olup, %66,0’sı kadındır. Öğrencilerin %72,7’si hemşireliği isteyerek seçtiği, %63,6’sı bölümü severek okuduğu ve %9’u hemşirelik ile ilgili bir derneğe üye olduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin mesleki örgütlere ilişkin düşünce ve deneyimleri; “hemşirelik bilimi, profesyonellik ve metafor” temaları çerçevesinde verilmiştir. Öğrencilerin mesleki örgütlenmesinin istendik düzeyde olmadığı saptanmıştır. Ayrıca öğrenciler derneklerin mesleğe katkısını örgütlenme, mesleki değerler ve profesyonellik şeklinde belirtmişlerdir. Meslek örgütlerine ilişkin olumlu metaforlar ürettikleri söylenebilir.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik Dernekleri, Mesleki Örgüt, Nitel Araştırma, Öğrenci Hemşireler

ABSTRACT

The aim of this study is to investigate the graduate students' opinions and thoughts about nursing associations in-depth. The research has been conducted with the "phenomenology" design which is one of the descriptive and qualitative research methods. This study has been made with the fourth grade students of a nursing faculty at a university in southern Turkey. The research has been conducted with 11 students. Research data has been collected between May-June 2019 using "Personal Information Form" and a "Semi-Structured Interview form". Content analysis method was used in the analysis of the data. The average age of the students is 21.10±2.30 and 66.0% of them are female. The students stated that; 72.7% of them chose nursing willingly, 63.6% of them studied the department fondly, and 9% of them were members of an association related to nursing. Students' thoughts and experiences about professional organizations have been given with "Nursing Science, professionalism and metaphor" themes. It has been determined that the professional organization of the students was not at the desired level. In addition, students stated the contribution of associations to the profession as organization, professional values and professionalism. It can be said that they have produced positive metaphors about professional organizations.

Keywords: Nursing Associations, Nursing Students, Professional Organization, Qualitative Research

GİRİŞ

Hemşirelerin her alanda güç kazanmasının en iyi yolu, belirli amaçlara ulaşmak için birlikte hareket edebilmeleridir. Birlikte hareket edebilme konusunda en büyük güç kaynağı ise profesyonel mesleki derneklerdir. Profesyonel mesleki dernekler değişiklik yaratma gücüne sahip, ortak amaçlar çerçevesinde tüm hemşireleri bir araya getirebilen ve sözleri eyleme dönüştürebilen organizasyonlardır (Karaöz, 2004). Meslek elemanlarının örgütlenmesi ve derneklere katılımın sağlanması ile bireyler güçlenir ve birlik içerisinde ulaşılmak istenen hedefe doğru ilerlerler (Ünsal, Yıldırım, ve Aymelek, 2010). Hemşirelik mesleği üyeleri bir amaç etrafında, ortak karar alma ve ortak hareket etme ile daha kolay bir araya toplanabilirler (Korkmaz, 2011).

Ülkemizde mesleki alanda faaliyetlerini devam ettiren dernek sayısının 2010 yılında 33 olduğu ve bu derneklerden 23'ünün genel ve özel dal hemşirelik derneği, 10'unun ise mezunlar derneği gibi dernekler olduğu bildirilmiştir (Ünsal vd., 2010). Günümüzde ise hemşirelik mesleği ile ilgili faaliyet gösteren dernek sayısı artış göstererek 56'ya ulaşmıştır (İçişleri Bakanlığı, 2020). Dernekler yürüttükleri faaliyetler ile mesleğe ait rolleri, politikaları, ahlak kurallarını ve mesleki hakların kazanılmasında önemli bir rol oynar. Bunun yanı sıra mesleğin sosyal gelişmişlik düzeyinin artmasını da sağlamaktadır (Korkmaz ve Görgülü, 2010).

Mesleki örgütlenmenin önemini ve örgütlenme bilincinin meslek adaylarına ve mensuplarına kazandırılması önemlidir. Bu sebeple öğrencilik yıllarından itibaren mesleki örgütlenmenin farkına varılması gerekir. Lisans ve lisansüstü gibi eğitim programlarında birçok derste hemşireliğin tarihi, hemşirelik yasaları ve örgütlenme durumu gibi mesleki örgütlere yönelik bilgiler öğrencilere aktarılmaktadır. Böylelikle öğrencilerin mesleki örgütleri tanımaları ve mesleki örgütlenmede duyarlılıklarının geliştirilmesi sağlanabilmektedir (Korkmaz ve Görgülü, 2010; Öztürk Dönmez ve Özsoy, 2016). Kiper ve Koştu'nun sağlık yüksekokulu son sınıf öğrencilerinin mesleki örgütler hakkındaki bilgi ve görüşlerini belirlemek amacıyla yaptıkları tanımlayıcı bir çalışmada; öğrencilerin %15,1'inin mesleki örgütler hakkında bilgisinin olduğu, %30,2'sinin Türk Hemşireler Derneği'ni ve %13,3'ünün Sağlık Memurları Derneği'ni bildikleri saptanmıştır. Öğrencilerin %66'sının örgütlerle nasıl iletişim kuracaklarını bilmedikleri, %77,4'ünün bir derneğe üye olmak istedikleri, %90,6'sının mesleki örgütlenmenin gerekli olduğunu düşündükleri ve %34'ünün hemşirelerin haklarını savunmada mesleki örgütlenmenin yarar sağlayacağını belirttikleri ifade edilmiştir (Kiper ve Koştu, 2010). Ünsal, Yıldırım ve Aymelek öğrencilere verilen hemşirelik dernekleri ile ilgili eğitimin öğrencilerin hemşirelik derneklerine ilişkin bilgi düzeylerine etkisini incelemişlerdir.

Öğrencilerin %84,4'ünün dernekler ile ilgili bilgi almadıkları ve dernek ismi, dernek sayısı ve derneklerin faaliyetleri ile ilgili bilgi düzeyleri arasında ön test ve son test sonuçlarında anlamlı bir farklılık görüldüğü belirtilmiştir. Ayrıca derneklerin faaliyetlerinin amacını bilme, derneğe üye olmayı isteme ve hemşirelikte özel bir alana ilgi duyma gibi konularda da ön test-son test sonuçları arasında anlamlı farklılıklar görülmüştür. Hemşirelik dernekleri ile ilgili verilen eğitimin öğrencilerin bilgi düzeylerini ve farkındalıklarını arttırmada etkili olduğu belirlenmiştir (Ünsal vd., 2010). Küçüköğlü ve arkadaşlarının hemşirelik öğrencilerinin mesleki örgütler hakkındaki farkındalıklarını belirlemek amacıyla yaptıkları bir çalışmada; öğrencilerin %56,1'inin dernekler konusunda bilgi sahibi olduğu ve %86,5'inin ise derneklerin görev, yetki ve sorumluluklarını bilmediği saptanmıştır. Öğrencilerin %79,6'sının dernekler ile ilgili bilgi alma konusunda geri bildirimde buldukları belirtilmiştir. Öğrencilerin cinsiyetlerinin ve çalışma durumlarının mesleki derneklere yönelik farkındalıklarını etkilemediği tespit edilmiştir (Küçüköğlü, Çelebioğlu, Miroğlu, Çağlar ve Bağcı, 2014). Özdelikara ve arkadaşlarının yaptıkları tanımlayıcı bir çalışmada; öğrencilerin %56,9'unun dernekler hakkında bilgisi olduğu ancak %59,9'unun derneklerin görevlerini bilmedikleri saptanmıştır. Öğrencilerin %78'inin dernekler ile ilgili bilgi almak istedikleri, mesleki örgütlenmeyi gerekli gördükleri ve gerekliliğine inandıkları ama derneklerin faaliyetlerinin yetersiz olduğunu düşündükleri belirlenmiştir (Özdelikara, Mumcu-Boğa, ve Ağaçdiken-Alkan, 2016). Çiçek ve arkadaşlarının hemşirelik son sınıf öğrencilerinin hemşirelik derneklerine ilişkin bilgi düzeylerini ve üye olmalarını etkileyen faktörleri inceledikleri bir çalışmada; öğrencilerin %46,1'inin hemşirelik mesleğini isteyerek seçtikleri, %64,7'sinin ise herhangi bir derneğe üye olmadıkları tespit edilmiştir. Öğrencilerin hemşirelik derneklerine ilişkin bilgilerinin olduğu ancak üye olmak için ne yapacaklarını bilmedikleri ve bu sebeple üyelik oranlarının düşük olduğu belirtilmiştir (Çiçek, Fata, Şerbet, ve Deniz, 2018).

Araştırmanın amacı

Bu çalışmanın amacı, mezun konumunda olan öğrencilerin hemşirelik derneklerine ilişkin görüş ve düşüncelerini derinlemesine araştırmaktır.

GEREKÇE VE YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı ve nitel araştırma yöntemlerinden “olgu bilim” deseni ile yapılmıştır. Anlamını tam olarak tanımlayamadığımız algıları ortaya çıkarmayı amaçlayan çalışmalarda olgu bilim deseni kullanılmaktadır. Olgu bilim deseni, farkında olduğumuz fakat

derinlemesine ve detaylı bir anlayışa sahip olamadığımız olgular üzerine yoğunlaşmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2011).

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu araştırma, Türkiye'nin güneyinde bir ilde bulunan devlet üniversitesinde hemşirelik fakültesinin dördüncü sınıfında okuyan öğrenciler ile Mayıs-Haziran 2019 tarihinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini hemşirelik fakültesinin dördüncü sınıfında okuyan 231 öğrenci oluşturmuştur. Bu çalışmada örneklem seçimine gidilmemiş, araştırmaya katılmaya gönüllü 11 öğrenci çalışmaya alınmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerden 5'i erkek ve 6'sı kadındır.

Veri Toplama Araçları

Veriler, bireysel ve derinlemesine görüşmeler yapılarak "Kişisel Bilgi Formu" ve "Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu" ile toplanmıştır. Kişisel Bilgi Formu'nda; yaş, cinsiyet, hemşireliği isteyerek seçme durumu, hemşirelik bölümünü severek okuma durumu, hemşirelikle ilgili bir derneğe üye olma durumu olmak üzere beş soru yer almıştır. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu'nda ise; öğrencilerin hemşirelik derneklerine ilişkin görüşleri nelerdir? Mesleki örgütlenmenin amacına ilişkin görüşleri nelerdir? Mesleki örgütlenmenin meslek üyelerine yararlarına ilişkin görüşleri nelerdir? Mesleki örgütlenmeyi bir şeye benzetmek isterseniz neye benzetirdiniz? Neden? gibi dört ana soru, 12 alt ve sondaj soru yer almıştır.

Verilerin Toplanması

Veriler, yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak bireysel derinlemesine görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırmada, öğrenciler ile iletişime geçilmiş ve en uygun oldukları zaman için görüşmeler planlanmıştır. Görüşme öncesinde, öğrenciler araştırma hakkında bilgilendirilerek, görüşmeler sırasında ses kaydı alınacağı iletilmiştir. Görüşme için fakültede uygun bir oda kullanılmış, görüşmelerin bölünmemesi için gerekli önlemler alınmıştır. Görüşme süresi ortalama 40 dakika sürmüştür ve görüşmelerin tümü onay alınarak ses kayıt cihazıyla kaydedilmiştir. Elde edilen ses kayıtları yazıya dönüştürülmüş ve raporlandırılmıştır.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma yapılmadan önce Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (Sayı:70904504/253, Karar no:424) ve kurum izni alınmıştır. Araştırma Helsinki İlkeler Deklarasyonu'na uyarak yapılmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerden sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Katılımcılara araştırmanın adı, amacı ve araştırmanın deseni

hakkında bilgi verilmiştir. Katılımcıların araştırmaya katılımlarının gönüllülük esasına dayalı olduğu, isimlerinin kesinlikle geçmeyeceği söylenmiştir. Araştırmaya katılan öğrenciler K1,K2,K3, ... şeklinde kodlanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Öğrencilerin hemşirelikle ilgili mesleki derneklere ilişkin görüşlerine yönelik elde edilen verilerin analizinde, “İçerik analizi”nden yararlanılmıştır. İçerik analizinde temelde yapılan işlem, birbirine benzeyen verileri belirli kavramlar ve temalar çerçevesinde bir araya getirmek ve bunları okuyucunun anlayabileceği bir biçimde organize ederek yorumlamaktır (Yıldırım ve Şimşek, 2011).

İçerik analizi; adlandırma, tasnif etme, kategori geliştirme, geçerlik ve güvenilirliği sağlama ve verileri bilgisayar ortamına aktarma olmak üzere beş aşamada gerçekleştirilmiştir. Adlandırma aşamasında; araştırmaya katılan öğrencilerin ifadeleri listelenerek kodlar oluşturulmuştur. Tasnif etme aşamasında; her bir kod, diğer kodlarla olan benzerlikleri ya da ortak özellikleri bakımından ayrıştırılarak listelenmiştir. Öğrencilerin ifade ettikleri kodlar detaylı bir şekilde okunup gözden geçirilerek değerlendirilmiştir. Daha sonra kodlardan aralarındaki benzerlik ve farklılıklara göre kategoriler oluşturulur. Kategoriler arasında da taşıdıkları anlamalara göre temalar elde edilerek toplam üç tema oluşturulmuştur.

Geçerlik ve güvenilirliği sağlamak için ulaşılan üç tema altında verilen kodların, kavramsal kategoriye temsil edip etmediğinin sağlanmasını yapmak amacıyla iki öğretim elemanı tarafından da değerlendirilmiştir. Yapılan kodlamalarda kodlayıcılar arası güvenilirliğin hesaplanması gerekmektedir. Bu nedenle veri kodlayıcıları arasındaki uyumu bulmak için Cohen’s Kappa katsayısı hesaplanmıştır. Bu hesaplamada araştırmacılar arasında uyum değerlendirilmiştir. Uyum değer aralığı 0,20 veya 0,20’den küçükse “zayıf uyum”, 0,21-0,40 arasında ise “ortanın altında uyum”, 0,41-0,60 arasında ise “orta düzey uyum”, 0,61-0,80 aralığında ise “iyi düzeyde uyum” ve 0,81-1,00 aralığında ise “çok iyi düzeyde uyum” şeklinde yorumlanmaktadır (Kılıç, 2015). Bu çalışmada uyum oranı 0,82 bulunmuştur. Bu değer araştırmacılar arasındaki uyumun çok iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Verileri bilgisayar ortamına aktarma aşamasında ise; bütün veriler bilgisayara Word şeklinde aktarılmıştır.

BULGULAR

Öğrencilerin yaş ortalaması $21,10 \pm 2,30$ olup %66,0’sı kadındır. Öğrencilerin %72,7’si hemşireliği isteyerek seçtiği, %63,6’sı bölümü severek okuduğu ve %9’u hemşirelik ile ilgili bir derneğe üye olduğunu belirtmiştir.

11 öğrenci ile yürütülen çalışmanın bu bölümünde öğrencilerin mesleki örgütlere ilişkin düşünce ve deneyimleri; “hemşirelik bilimi, profesyonellik ve metafor” temaları çerçevesinde verilmiş, katılımcıların alt temalara ilişkin konuşmalarından örnekler sunulmuştur.

Tema1. Hemşirelik bilimi

Katılımcılar hemşirelik bilimi temasına ilişkin görüşlerini “örgütlenme” ve “mesleki değerler” alt temaları olarak belirlenmiştir. Bireysel görüşmelerde katılımcıların tamamına yakını hemşirelik bilimini: “Örgütlenme” olarak tanımlamışlardır. Bazı öğrencilerin görüşleri: “*Mesleğin vizyonunu, misyonunu, değerini yüceltmek, mesleği geliştirmek, yeni hak ve kazanımlar sağlamak, var olan hakları geliştirmek ve korumaktır.*” (K2). “... mesleki doyumu artırmak, mesleğin standartlarını yükseltmek, profesyonelliği artırmak, en az yanlış yapıp doğruları artırmak, olumlu geri bildirimleri artırmak, mesleği hak ettiği yere getirip saygınlığını artırmaktır...” (K5). “*Ses getirmek için mesleki örgütlenme gereklidir.*” (K3). “*Meslek üyelerinin gelişip olası mevcut problemleri aşabilmeleri, daha yararlı, bilinçli, araştırmacı, eğitimci üyeler olmasını sağlar.*” (K9). “... meslek grubunun ilerlemesi, yeni gelişmelerin personelle paylaşılması, var olan problemlerin çözülmesi amaçlanmıştır.” (K3). “... mesleğin vizyon-misyonuna göre daha ileri götürmek, ortak çalışmalarda bulunmak, meslekle ilgili farkındalık yaratmak ve birlik beraberlik sağlamak... hemşireliği tanıtmak...” (K10).

Katılımcılar, mesleki örgütlenmeyi genel olarak hemşireliği profesyonelleştirmek, mesleki birlik, hemşirelik mesleğinin saygınlığını arttırmak, bakımın kalitesini arttırmak, hemşirelik mesleğine dikkat çekmek, hemşirenin araştırmacı ve eğitici rolünü güçlendirmek, hemşirelik mesleğini geliştirmek, mesleki sorunları çözümlenmek, hemşireliği tanıtmak olarak ifade etmişlerdir.

Bireysel görüşmelerde katılımcıların tamamına yakını hemşirelik bilimini: “mesleki değerler” olarak tanımlamışlardır. Öğrencilerin bu konudaki görüşü şöyledir: “*Hemşirelik mesleğine mensup çalışanların birlikte bir amaç için gruplaşması, fikir birliği yapması, birlikte işler başarmasıdır.*” (K9). “*Hemşirelik mesleğinin gelişiminin sağlamak, güç birliğine ulaşmak, ortak karar almak amacıyla bir araya gelme, farklı fikirleri harmanlayarak ortak bir sonuca ulaşma ...*” (K7). “*Mesleğimiz adına birlik, beraberlik içinde bir amaç uğruna beraber hareket etmek ...*” (K10). “*Her hangi bir konuda hakkını savunmak için bütün hemşirelerin birlikte çalışması ...*” (K3). “*Meslekte tutma, mesleği koruma ve bu konuya yönelik fikirler ortaya sunarak güç birliğini sağlamaktır.*” (K7). “... Aynı iş yerini paylaşan kişilerin birbirlerine olan tutumları ve ne derece birlik olduklarıyla ilgilidir.” (K6). “*Yeniliklerden ve*

gelişmelerden tüm hemşireleri haberdar etmeyi amaçlar.” (K1). “Mesleki örgütlenmede de bir sorun ile karşılaşınca hep beraber çözmek gerekir, hep beraber çözülmezse meslekte çatırdamalar olur.” (K4).

Katılımcıların bireysel görüşmelerinden hemşirelik mesleğinde örgütlenmeyi mesleki değerler olarak; dayanışma, fikir birliği, ekip ruhu, takım çalışması, güç birliği, bağlılık, mücadele etmek, desteklemek, mesleki iletişimlerini geliştirme, birlikte hareket etme ve mesleki birliğin olması şeklinde yorumlayabiliriz.

Tema 2. Profesyonellik

Katılımcılar profesyonellik temasına ilişkin görüşlerini “hemşireliği geliştirme” alt teması altında belirtmişlerdir. Bireysel görüşmelerde katılımcıların yarısından çoğu profesyonelliği: “hemşireliği geliştirme” olarak belirtmişlerdir. Bazı öğrencilerin görüşleri: “Mesleğe otonomi kazandırma, meslek saygınlığını artırma, çalışma kalitesini, çalışan konforunu artırma ve hizmet kalitesini artırma.” (K8). “İş doyumunu, işine saygısını, yaratıcılığını, öz saygısını, çalışma ve yaşam amacını geliştirir.” (K5). “ Farklı insanlarla yaptığı paylaşımlarla ufkunu genişletir.” (K7). “Meslek üyelerinin gelişip olası mevcut problemleri aşabilmeleri, daha yararlı, bilinçli, araştırmacı, eğitimci üyeler olmasını sağlar.” (K9). “Sorumluluk duygusunu artırır.” (K11). “... Mesleği her açıdan ileri götürme ve saygınlığını aynı zamanda çalışanın iş doyumunu, öz saygısını artırma.” (K8). “Hemşirelikte sahip olduğumuz haklara sahip çıkar ve onları savunur.” (K1). “Meslek üyeleri kendilerini daha güvende hisseder. Birliğin olması için yapılan her işin daha doğru yapılabilmesini sağlar.” (K6).

Katılımcıların bireysel görüşmelerinden hemşirelik mesleğinde örgütlenmeyi profesyonellik olarak; otonomi, öz saygıyı geliştirmek, bakış açısını genişletmek, sorun çözebilme becerilerini geliştirme, sorumluluk bilincini oluşturmak, benlik saygısını yükseltmek, hemşirelerin haklarını korumak, hemşireyi geliştiren ve mesleki doyumunu artıran şeklinde yorumlayabiliriz.

Tema 3. Mesleki örgütlenme ile ilgili üretilen metaforlar

Katılımcılara mesleki örgütlenmeyi bir şeye benzetmeleri istendiğinde “mıknatıs” (K1), “bir elin parmakları” (K2), “savaş” (K3), “aile” (K4), “yaralı bir kişi” (K5), “deniz” (K6), “mıknatıs” (K7), “aile” (K8), “birbirine geçirilmiş halka (K9)”, “çiçek buketi” (K10) ve “nar” (K11) şeklinde metaforlar üretilmiştir. “Mesela dağılmış toplu iğneleri bir araya toplayan bir mıknatıs. Güçlü ve kırılmaz... (K1)”, “Bir elin parmaklarına benzetebilirim. Eldeki parmağın eksikliği tutma, kavrama, sahip olma gibi yetenekleri etkiler. Biri eksikse işlerde aksatma

olabilir. (K2)”, “Ben savaşa benzetiyorum. Bir şeyi elde etmek için savaşılan bir durum gibi olduğu için. (K3)”, “Bir aileye benzetirdim. Ailede bir sorunu çözmek için toplanılır, sorun konuşulup çözülmezse büyür ve aile dağılır. Mesleki örgütlenmede de bir sorun ile karşılaşıncı hep beraber çözmek gerekir, hep beraber çözülmezse meslekte çatırdamalar olur. (K4)”, “Kurtarılmayı bekleyen yaralı bir kişi. Herkes üstüne düşen görevi doğru bir şekilde, bir disiplin içinde yaparsa kişi kurtulur. (K5)”, “Ben denize benzetirim. Bu deniz çok büyüktür ama burada yaşayan canlıların hepsi onun içindedir. Belli bir düzende bir arada yaşarlar ve herkes kendi görevini en iyi şekilde yapar. (K6)”, “Mıknatıs olabilir. Uygun şart ve koşullar olduğunda, kendine benzeyen ve aynı amaca sahip olan şeyleri kendisine çeker, kendi alanına alır. (K7)”, “Mesleki örgütlenmeyi aileye benzetebiliriz. Aile içinin huzuru toplu ve kişisel konforun sağlanması ailenin ve bireylerin gelişiminin sağlanması aynı zamanda dış ilişkilerin düzenlenmesiyle verimli bir kurum oluşturmayı amaçlamak diyebiliriz. (K8)”, “Birbirine geçirilmiş halkaya benzetirim. Çünkü meslek üyeleri yanındaki ekip arkadaşlarını da etkileyerek bir grubu, halkayı oluşturur. (K9)”, “Bir çiçek buketi olabilir. Tek bir çiçeğin kokusu çok az etkilerken, buketlerce çiçeğin olduğu bir çiçekçi, giren herkesi çiçek kokusuyla etkileyebilir. (K10)”, “Nar’a benzetirim. İçeride bir sürü üyenin oluşturduğu dışarıdan bakanın bir bütün olarak görmesi için. (K11)”.

Katılımcıların mesleki örgütlenme ile ilgili ürettikleri metaforları genel olarak yorumlarsak; katılımcılar mesleki örgütün amaca ulaşmak için birleştirici, gerekli, ortak hareket etme, bağlılık ve mesleki birlik olma gibi olumlu metaforlar ürettikleri söylenebilir.

TARTIŞMA

Hemşirelik öğrencilerinin meslek örgütlerine ilişkin duygu ve düşüncelerinin incelendiği bu çalışmada toplam üç tema ortaya çıkmıştır. Bu temalar; hemşirelik bilimi, profesyonellik ve üretilen metaforlar olarak belirlenmiştir.

Bu çalışmada öğrencilerin %72,7’si hemşireliği isteyerek seçtiği ve %63,6’sı bölümü severek okuduğu bulunmuştur. Çiçek ve arkadaşları “Hemşirelik son sınıf öğrencilerinin hemşirelik derneklerine ilişkin bilgi düzeyi ve üye olmalarını etkileyen bazı faktörler” başlıklı çalışmalarında öğrencilerin %46,1’inin hemşirelik mesleğini isteyerek seçtiği ve %50,2’si ise hemşirelik bölümünü seçmiş olmaktan memnun olduğunu belirtmişlerdir (Çiçek vd., 2018).

Bu çalışmada öğrencilerin %91’inin hemşirelik derneklerine üye olmadığı bulunmuştur. Çiçek ve arkadaşları çalışmalarında öğrencilerin %64,7’sinin herhangi bir hemşirelik ile ilgili derneğe üye olmadıklarını belirtmişlerdir (Çiçek vd., 2018). Küçükoğlu ve arkadaşlarının çalışmalarında öğrencilerin çok büyük bir kısmının (%97,9) hemşirelikle ilgili bir derneğe üye

olmadığı (Küçüköglü vd., 2014), Korkmaz ve Görgülü hemşirelerin mesleki örgütlere üye sayısının oldukça düşük olduğunu (Korkmaz ve Görgülü, 2010), Yiğit ve arkadaşları öğrencilerin ancak %4,9'unun bir derneğe üye olduğunu (Yiğit, Esenay, ve Derebent, 2007), Altuntaş ve Yetginler'in çalışmasında hemşirelerin mesleki örgütlere katılım oranının düşük olduğu saptanmıştır (Altuntaş ve Yetginler, 2020). Diğer bir araştırmada da hemşirelik öğrencilerinin büyük bir çoğunluğunun herhangi bir hemşirelik derneğine üye olmadığı saptanmıştır (Özdelikara vd., 2016). Yapılan çalışmalar, çalışma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir. Ulusal ve uluslararası mesleki örgütlere ilişkin hemşirelik eğitimi müfredatı içerisinde birçok derste bilgiler verilmektedir (Ulusoy ve Görgülü, 2001). Çiçek ve arkadaşlarının çalışmasında öğrencilerin hemşirelik derneklerine ilişkin bilgileri olduğu ancak üye olmak için ne yapacaklarını bilmedikleri ve bu sebeple üyelik oranlarının düşük olduğu belirtilmiştir (Çiçek vd., 2018). Öğrencilerin mesleki örgütlere yönelik üyeliklerinin artırılması için dört yıllık lisans eğitimi boyunca daha fazla bilgilendirmenin yapılması derneklere üyeliği arttırabilir. Ayrıca öğrencilere mesleki örgütlerin yararları daha çok vurgulanması da derneklere üyelik oranlarını arttırabilir.

Meslek ilkelerini belirlemek, meslektaşlarının hak ve sorumluluklarını belirlemek, meslektaşlarının haklarını savunmak, mesleki eğitime yön vermek ve meslek içi eğitimler düzenlemek, mesleki uygulamaları denetlemek, meslek üyeleri arasında dayanışma sağlamak, mesleğin icrasına yönelik sosyal alanlarda üyelerine belirli hizmetler sunmak, ilgili meslek grubunu dışarıya karşı temsil etmek ve mesleği tanıtmak, özlük haklarını korumak ve geliştirmek meslek örgütlerinin işlevleri olarak belirtilmektedir (Kiper ve Koştü, 2010; Ünsal vd., 2010). Bu çalışmada öğrenciler derneklerin mesleğe katkısını "örgütlenme", "mesleki değerler" ve "profesyonellik" olarak ifade etmişlerdir. Küçüköglü ve arkadaşlarının çalışmasında öğrenciler derneklerin mesleğe katkısını "profesyonelliği sağlamak", "mesleksel haklar elde etmek" ve "mesleki rolleri tanımlamak" şeklinde belirtmişlerdir. Aynı çalışmada öğrenciler derneğin mesleğe katkılarını; öğrencilerin %66,1'i profesyonelliği sağlamak, %58,9'u mesleki hakları savunmak, %57,6'sı mesleki rolleri tanımlamak olarak sıralamıştır (Küçüköglü vd., 2014). Gözüm ve arkadaşlarının çalışmasında öğrenciler çoğunlukla derneklerden mesleki hakların savunulmasını beklemektedir (Gözüm, Ünsal, Demirci, Birel, ve Çamuşoğlu, 2000). Ceylan ve Turan'ın çalışmasında ise öğrencilerin %24,6'sı derneğe üye olmanın mesleğe olan faydasını mesleki gelişimi sağlamak olduğunu belirtmiştir (Ceylan ve Turan, 2005). Mesleki örgütlenme, aynı düşünce ve inançları taşıyan belirli sayıda insanın mesleki çıkarlar doğrultusunda bir araya gelerek örgüt yapısı oluşturmasından yola çıkarak

meslek mensupları olarak yasal hak ve sorumluluklarımızı elde edebilmek için örgütlenme olması gerekmektedir.

Öğrencilerin mesleki örgütlenme ile ilgili ürettikleri metaforlar mesleki örgütün amaca ulaşmak için birleştirici, gerekli, ortak hareket etme, bağlılık ve mesleki birlik olma ile ilgilidir. Katılımcılardan ikisi “aile” metaforunu kullanmıştır. Aile bireylerin bir araya geldiği toplumun en küçük gruplarından biridir. Aile, birlik beraberlik içinde güçlü yönlerin birleştiği zayıf yönlerin desteklendiği, varlığını tek bir güç olarak topluma göstermektedir. Öğrenciler meslek örgütlerini bu yönüyle “aile”ye benzetmiş olabilir. Öğrencilerden biri meslek örgütünü “nar”a benzetmiştir. Meslek örgütü içinde birçok üyeyi barındıran dışarıdan bakıldığında tek bir güç olarak görünmektedir. Amaçlarına ulaşmak için tek ve güçlü bir oluşum olarak varlığını sürdürdüğü için meslek örgütünü “nar”a benzetmiş olabilir.

Araştırmanın sınırlılıkları

Çalışmanın dönem sonunda yapılması ve tek merkezli olması sebebiyle araştırmaya katılmaya gönüllü olacak öğrencilere ulaşmada sıkıntı yaşanmıştır. Bu sebeple örneklemin küçük olması araştırmanın sınırlılığdır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonuçları öğrencilerin mesleki örgütlenmesinin istendik düzeyde olmadığı saptanmıştır. Ayrıca öğrenciler derneklerin mesleğe katkısını örgütlenme, mesleki değerler ve profesyonellik şeklinde belirtmişlerdir. Meslek örgütlerine yönelik üretilen metaforlar ise mıknaş, bir elin parmakları, savaş, aile, yaralı bir kişi, deniz, birbirine geçirilmiş halka, çiçek buketi ve nar olarak ifade etmişlerdir. Öğrencilerin meslek örgütlerine üye olmalarını arttırmak için; lisans eğitiminin ilk yılından başlayarak mesleki örgütlere yönelik daha kapsamlı bilgilerin verilmesi öğrencilerin üyeliklerini artırabilir.



KAYNAKLAR

- Altuntaş, S., Yetginler, Ş. (2020). Hemşirelerin mesleki derneklere bakış açıları. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 7(1), 40-51.
- Ceylan, S., Turan, T. (2005). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin mesleki örgütler ve dergiler hakkındaki bilgileri ve beklentileri, 3. Uluslararası 10. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Kitapçığı (ss.48). İzmir.
- Çiçek, Ö., Fata, S., Şerbet, M., Deniz, E. (2018). Hemşirelik son sınıf öğrencilerinin hemşirelik derneklerine ilişkin bilgi düzeyi ve üye olmalarını etkileyen bazı faktörler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 27(4), 251-257.
- Gözüm, S., Ünsal, A., Demirci, P., Birel, Ş., Çamuşoğlu, S. (2000). Hemşirelerin mesleki örgütler ve dergilere ilişkin görüşleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 19-28.
- İçişleri Bakanlığı (İB). Dernek sorgulama. 14 Eylül 2020 tarihinde <https://www.turkiye.gov.tr/icisleri-ddb-derneksorgulama?asama=2> adresinden erişildi.

- Karaöz, S. (2004). *Hemşirelerin politik gücü. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(1), 30-36.
- Kiper, S., Koştu, N. (2010). *Denizli sağlık yüksekokulu son sınıf öğrencilerinin mesleki örgütlenme konusundaki görüşleri. Fırat Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(14), 1-14.
- Kılıç, Ş. (2015). *Kappa testi. Journal of Mood Disorders*, 5(3), 142-144.
- Korkmaz, F. (2011). *Meslekleşme ve ülkemizde hemşirelik. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 18(2), 59-67.
- Korkmaz, F., Görgülü, S. (2010). *Hemşirelerin meslek ölçütleri bağlamında hemşirelik mesleğine ilişkin görüşleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 17(1), 1-17.
- Küçükkoğlu, S., Çelebioğlu, A., Miroğlu, A., Çağlar, G., Bağcı, N. (2014). *Hemşirelik öğrencilerinin mesleki dernekler hakkındaki farkındalıklarının belirlenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 3(1), 9-14.
- Öztürk Dönmez, R., Özsoy, S. (2016). *Factors influencing development of professional values among nursing students. Pakistan Journal of Medical Science*, 32(4), 988-93.
- Özdelikara, A., Mumcu-Boğa, N., Ağaçdiken-Alkan, S. (2016). *Hemşirelik öğrencilerinde mesleki örgütlenme tutumlarının belirlenmesi. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 2(3), 58-70.
- Ulusoy, M. F., Görgülü, R. S. (2001). *Hemşirelik esasları-temel kuram, kavram, ilke ve yöntemler (ss. 12-21)*. 5. Baskı, Ankara: 72 TDFO Ltd Şti.
- Ünsal, A., Yıldırım, T., Aymelek, N. (2010). *Öğrencilere verilen eğitimin hemşirelik derneklerine ilişkin bilgi düzeylerine etkisi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(2), 25-34.
- Yıldırım, A., Şimşek, H. (2011). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. Ankara: Seçkin Yayıncılık*.
- Yiğit, R., Esenay, F. I., Derebent, E. (2007). *Türkiye'de hemşirelik son sınıf öğrencilerinin profili. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(3), 1-12.

KADINLARIN JİNEKOLOJİK MUAYENE ÖNCESİ ANKSİYETE DÜZEYİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Anxiety Level of Women before Gynecological Examination and Effective Factors

Sevde AKSU¹  Büşra TURGUT² 

¹Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Balıkesir

²Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Balıkesir

Geliş Tarihi / Received: 01.07.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 18.09.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ÖZ

Araştırma, jinekolojik muayene öncesi kadınların anksiyete düzeyi ve etkileyen faktörleri saptamak amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel tipte planlanan çalışma, bir üniversite hastanesinin doğum ve kadın sağlığı polikliniğine başvuran 250 kadın ile yürütülmüştür. Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan, kadınların sosyo-demografik değişkenlerini ve jinekolojik bilgilerini içeren anket formu ve anksiyete düzeyini belirlemek için kullanılan Beck Anksiyete Ölçeği ile toplanmıştır. Araştırma kapsamındaki kadınların %68,4'ünde düşük, %20,7'sinde orta ve %10,9'unda ise yüksek düzeyde anksiyete yaşandığı belirlenmiştir. Kadınların %81,3'ünün daha önce jinekolojik muayene olduğu, anksiyete nedenlerinin en çok mahrem bölgenin açıkta kalması (%28,7) ve muayene sonrası jinekolojik bir hastalığının ortaya çıkma korkusu (%22,7) olduğu belirlenmiştir. Jinekolojik muayene öncesi anksiyete yaşama nedenini ağrı ve acı hissetmek olarak ifade edenlerin (19,52±9,84) anksiyete puan ortalamaları diğer gruplara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (F=2,331, p=0,043) (p<0,05). Bu çalışma sonucunda kadınların jinekolojik muayene öncesinde “orta düzeyde” anksiyete yaşadığı belirlenmiştir. Jinekolojik muayene esnasında yapılacak olan destekleyici hemşirelik/ebelik yaklaşımı ile kadınların edinecekleri deneyimin olumlu olması büyük önem taşımaktadır.

Anahtar kelimeler: Anksiyete, Jinekolojik Muayene, Kadın

ABSTRACT

The research has been carried out to determine the women's level of anxiety and the affecting factors, before gynecological examination. The descriptive and cross-sectional planned study has been conducted with 250 women who applied to the obstetrics and gynecology outpatient clinic of a university hospital. The data has been collected using a questionnaire form, prepared by the researchers, which included the socio-demographic variables and gynecological information of the women, and the Beck Anxiety Scale which is used to determine anxiety levels. Of the women included in the research, it has been determined that 68.4% had low anxiety, 20.7% had moderate and 10.9% had high level of anxiety. It has been determined that; 81.3% of the women had gynecological examination before, the causes of anxiety were mostly the exposure of the private area (28.7%) and the fear of the emergence of a gynecological disease after the examination (22.7%). Anxiety mean scores of those who stated the reason of experiencing anxiety before the gynecological examination (19.52 ± 9.84) as pain and suffering have been found to be significantly higher than other groups (F = 2.331, p = 0.043) (p < 0.05). As the result of this study, it has been determined that women experienced “moderate” anxiety before gynecological examination. The women to have a positive experience with the supportive nursing / midwifery approach during the gynecological examination is of great importance.

Keywords: Anxiety, Gynecological Examination, Women

GİRİŞ

Kadın sağlığının korunması için yapılan kontroller içerisinde önemli bir yeri olan jinekolojik muayene; üreme organları ve işlevleriyle ilgili akıntı, kanama, ağrı gibi yakınmalarda sıklıkla yapılmaktadır (Aktaş, Kumaş, Odabaşoğlu, ve Kaya, 2018; Daşıkın, Kılıç, Baytok, Kocairi, ve Kuzu, 2015; Demir ve Oskay, 2014; Erbil, Şenkul, Sağlam, ve Ergül, 2008; Özbek ve Sümer, 2019).

Bu yüzden anormal uterin kanamalar, pelvik ağrı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve genital kanserler gibi patolojik durumların erken tanısı ve tedavi için düzenli olarak jinekolojik muayene yapılması oldukça önemlidir (Demiray, Akın, Çevik, Khorshid, ve Yücebilgin, 2014; Mete, 1998; Parlak, 2017; Tuğut ve Gölbaşı, 2014).

Jinekolojik muayene diğer muayene tiplerinden daha kısa olmasına rağmen, birçok kadında olumsuz duygular uyandırmaktadır. Jinekolojik muayene ile ilgili en endişe verici faktör tıbbi prosedürlerdir. Şöyle ki; kadınlar bu muayenede kendileri üzerinde kontrol kaybı yaşamaları, muayenenin nasıl yapıldığı hakkında sınırlı bilgiye sahip olmaları, muayene sırasındaki pozisyon ve belden aşağı çıplak olma zorunluluğundan rahatsızlık duyabilirler (Aksakal, 2011; Chen, Jane, Chaou, ve Hsieh, 2009; Grundström, Wallin, ve Berterö, 2011; Huber, Pukall, Boyer, ve Reissing, 2009; Sarpkaya, ve Vural, 2014).

Dolayısıyla kadınların jinekolojik muayene sırasında utanma ve hafif anksiyete hissinden, muayene olmaktan kaçınmaya kadar değişen duygulanımlar yaşamaları kaçınılmazdır. Kadınlar jinekolojik muayene öncesi, esnası ve sonrasında anksiyete yaşama nedenlerini; ilk defa muayene olma, doktorun erkek olmasına bağlı utanma, muayene pozisyonu ve spekulum başta olmak üzere kullanılan tıbbi aletler ve sarf malzemeler, mahremiyetine özen gösterilmemesi, önceki muayenesindeki olumsuz deneyimler, patolojik tanı konulma korkusu, kişisel temizliği hakkında çekinme, pelvik ağrı, sorunlu cinsel hayat veya sağlık personelinin olumsuz tutum sergilemesi olarak ifade etmektedirler (Abdelati ve Hasaneen, 2012; Aksakal, 2011; Aktaş vd. 2018; Akyüz vd., 2005; Altay ve Kefeli, 2012; Erbil vd., 2008; Seehusen, Johnson ve Earwood, 2006; Tuğut ve Gölbaşı, 2014; Yanikkerem, Özdemir, Bingöl, ve Tatar, 2009; Zimmerman ve Christian, 2010). Nitekim konu ile ilgili yapılan çalışmalarda, kadınların % 22 ila % 63'ünün muayene sırasında utanç, % 22 ila % 68 ağrı, % 21 ila %49 anksiyete yaşadığı belirlenmiştir (Aksakal, 2011; Altay ve Kefeli, 2012; Demir ve Oskay, 2014; Demiray vd. 2014; Erbil vd., 2008).

Anksiyete, kadının obstetrik ve jinekolojik olarak en iyi sağlık bakımı almasını olumsuz etkileyecektir. Bu durum kadınların jinekolojik muayeneden kaçınmalarına hatta

semptomlarla baş edemeyecek duruma geldiklerinde sağlık profesyonellerine başvurmalarına neden olmaktadır. Dolayısıyla kadın sağlığını olumsuz etkileyecek patolojik durumların erken tanı ve tedavisini güçleştirecektir (Altay ve Kefeli, 2012; Cornforth, 2005; Erbil vd., 2008; Ouj, Igberase, Eze ve Ejikeme, 2011; Phumdoung ve Youngvanichsate, 2009; Mete, 1998; Yanikkerem vd., 2009; Zimmerman ve Christian, 2010).

Kadın sağlığı alanında çalışan ebe ve hemşirelerin, jinekolojik muayene öncesi, esnası ve sonrasında kadınların yaşadıkları anksiyeteyi hafifletici yaklaşım ve uygulamaları, altın standart diyebileceğimiz düzenli jinekolojik muayene oranlarının artırılması açısından oldukça önemlidir. Jinekolojik muayene süreci diğer türden muayenelerin doğal süreci gibi olmalıdır. Bu noktada hemşireler sürece dâhil olarak destek, rahatlama, talimat ve danışmanlık sağlamalıdır.

Kadınların jinekolojik muayeneyi nasıl algıladıklarını ve süreç boyunca neler yaşadıklarını anlamak ve belirlemek müdahalelerin türünü ve içeriğini belirlemeye yardımcı olacaktır. Bunun için de öncelikle kadınların jinekolojik muayeneye ilişkin başvurma, görüş ve beklentilerinin araştırılıp sunulan sağlık hizmetleri planlanmalıdır (Altay ve Kefeli, 2012; Erbil vd., 2008; Grundström vd.,2011).

Bu araştırma, kadınların jinekolojik muayene öncesi anksiyete düzeyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREKÇE VE YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte planlanan bu çalışma, kadınların jinekolojik muayene öncesi anksiyete düzeyi ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Polikliniğinde 01 Ocak- 31 Ocak 2020 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Polikliniğine son bir yıl içinde jinekolojik muayene olmak üzere başvuran 2500 oluşturmuştur. Araştırma örneklemini ise %95 güven aralığı ve ± 5 sapma değeri ile 275 kadın oluşturmuştur.

Örnekleme alınma kriterleri; 15-49 yaş aralığında olma, çalışmayı kabul etme, iletişim kurulabilme olup anksiyeteye ilişkin sonuçları etkileyebileceğinden kanser ve psikiyatrik

bozukluk tanısı ile tedavi görenler örneklem grubu dışında bırakılmıştır. Araştırma örneklem kriterlerine uyan 250 kadın ile (evrenin %90.9'u) tamamlanmıştır.

Araştırma Soruları

1. Kadınların jinekolojik muayene öncesi anksiyete durumları ne düzeydedir?
2. Jinekolojik muayene ile ilgili değişkenlerin kadınların jinekolojik muayene öncesi anksiyete düzeyleri üzerine etkisi var mıdır?

Veri Toplama Araçları

Veriler; kadınların sosyo-demografik değişkenleri ve jinekolojik bilgilerini içeren tanıtıcı bilgi formu ile Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ile toplanmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri “kadınların sosyo-demografik değişkenleri ve jinekolojik muayene ile ilgili özellikleri”, bağımlı değişkeni ise; “kadınların jinekolojik muayene öncesi anksiyete ölçeği puan ortalamaları’dır (Beck, Epstein, Brown, ve Ster 1988). Veriler, araştırmacı tarafından kadınlarla muayene öncesinde yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak ortalama 10-15 dakikada toplanmıştır.

Beck Anksiyete Ölçeği

BAÖ; Beck, Epstein, Brown ve Ster tarafından geliştirilmiş olup (Beck vd., 1988) Türkiye’deki geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Ulusoy, Şahin ve Erkman tarafından yapılmıştır (Ulusoy, Şahin ve Erkman 1998). BAÖ; bireylerdeki anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlemek amacıyla kullanılan kendini değerlendirme ölçeği olup 0-3 arası puanlanan ve 21 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. BAÖ’den alınan puanlara göre anksiyete düzeyleri; 0–17 puan ‘düşük düzey’, 18–24 puan ‘orta düzey’ ile 25 ve üstü puan ‘yüksek düzey’ anksiyete olarak sınıflandırılmıştır. Ölçekten alınan toplam puanlar yükseldikçe, bireyin yaşadığı anksiyete şiddetinin de arttığı şeklinde yorumlanmaktadır (Ulusoy vd., 1998). Bizim çalışmamızda chronbach’s alpha katsayısı 0,82 olarak bulunmuştur.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yürütülebilmesi için Balıkesir Üniversitesi Etik Kurulu’ndan (06.11.2019 tarihli 168 sayılı) etik kurul izni alınmıştır. Veri toplamaya başlamadan önce, katılımcılara araştırmanın amacı açıklanarak araştırma hakkında genel bilgiler verilmiştir. Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden katılımcılardan yazılı ve sözlü onam alınmıştır. Ölçeklerin kullanılabilmesi için Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını gerçekleştiren araştırmacılardan izin alınmıştır

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 16,0 paket programında değerlendirilmiş olup verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı analizler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum, maksimum) ve one way ANOVA ile student t-testi kullanılmıştır. Çalışmada $p < 0,05$ anlamlılık sınırı olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan kadınların %24,7'si 15-25 yaş grubunda olup %32,3'ü ilkokul mezunu, %72,9'u evli, %61,0'ı ev hanımı ve %68,1'inin gelir durumu orta düzeydedir. Kadınların %68,1'i ilçede oturduğunu, %67,3'ü çocuk sahibi, %37,5'i 2 çocuğu olduğunu ifade etmiştir. Kadınların jinekolojik muayene öncesi anksiyete ölçeği puan ortalamalarının orta düzeyde ($21,71 \pm 11,83$) olduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamındaki kadınların jinekolojik muayene öncesi %68,4'ünün düşük düzeyde, %20,7'sinin orta düzeyde ve %10,9'unun ise yüksek düzeyde anksiyete yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Kadınların Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=250)

	Sayı	%	Min-Max	X ±SS
0-17 Düşük anksiyete	171	68,4	0-17	7,94±5,39
18-24 Orta anksiyete	52	20,7	18-24	20,86±3,30
25 ve üzeri- Yüksek anksiyete	27	10,8	25-63	32,35±7,52
Toplam	250	100,0	0-63	21,71 ± 11,83

Araştırmaya katılan her iki kadından birinin (54,2) herhangi bir şikâyeti olduğunda jinekolojik muayeneye gittiği, muayene öncesi anksiyeteyi azaltmak için en çok muayeneyi düşünmeme (%27,5) ve telkini (%25,9) kullandığı, %58'inin muayene öncesi bilgi aldığı ve bu bilgiyi %52,4 oranında doktordan aldığı belirlenmiştir. Araştırmada kadınların; jinekolojik muayeneye gitme sıklığını belirleme nedeni, muayene öncesi anksiyeteyi azaltmak için uygulanan yöntemi, jinekolojik muayene öncesi açıklama yapılma durumu/bilgi verilmesi, açıklamayı kimin yaptığı ve muayene sırasında yanında olunması istenen kişilerin anksiyete puan ortalamaları üzerinde etkisi olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$) (Tablo 2).

Kadınların %81,3'ünün daha önce jinekolojik muayene olduğu, muayeneye en çok kontrol (%45,2), adet düzensizliği (%20,4) ve kanama (%11,6) nedeniyle gittikleri belirlenmiştir. Katılımcılar jinekolojik muayenede anksiyete nedenlerinin en çok mahrem bölgenin açıkta kalması (%28,7) ve muayene sonrası jinekolojik bir hastalığının ortaya çıkma korkusu (%22,7) olduğunu ifade etmişlerdir. Kadınların jinekolojik muayene için doktor

seçiminde sağlık personelinin bilgili olması/deneyimli olması (%45,6) ve kadın olmasının (%28,4) önemli olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Çalışmada daha önce jinekolojik muayene olmayan kadınların anksiyete puan ortalaması daha yüksektir ($22,86 \pm 11,04$) ve gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=0,088$; $p=0,001$) ($p < 0,05$). Pelvik ağrı ile idrar inkontinans şikâyeti nedeniyle jinekolojik muayeneye giden kadınların ($19,00 \pm 8,66$) anksiyete puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($F=2,147$, $p=0,045$) ($p < 0,05$) (Tablo 2).

Jinekolojik muayene öncesi ağrı ve acı hisseden kadınların anksiyete puan ortalamaları ($19,52 \pm 9,84$) diğer gruplara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($F=2,331$, $p=0,043$) ($p < 0,05$). Çalışmada jinekolojik muayenede kadın doktoru tercih edenlerin anksiyete puan ortalamaları daha düşük ($10,26 \pm 7,78$) olup gruplar arası farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($F=2,527$, $p=0,041$) ($p < 0,05$). Muayene esnasında ağrı duygusunu bildiren ($18,35 \pm 6,75$) kadınların anksiyete puan ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($F=4,428$, $p=0,002$). Sağlık personelinin anlayışlı olmasını bekleyen bireylerin ($15,95 \pm 8,49$) anksiyete puan ortalamaları diğer gruplara göre yüksek olup, gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=1,906$, $p=0,040$) ($p < 0,05$) (Tablo 2).

Tablo 2. Kadınların Jinekolojik Muayene ile İlgili Bazı Değişkenlere göre Anksiyete Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=250)

Jinekolojik muayene ile ilgili değişkenler	Sayı	%	Anksiyete puanı X ±SS	p
Daha önce jinekolojik muayene olma durumu				t=0,088 p=0,001
Evet	204	(%81,3)	13,36±9,87	
Hayır	46	(%18,7)	22,86±11,04	
Jinekolojik muayeneye gitme sıklığımızı belirleme nedeni				
Şikayetlerim çok dayanılmaz olduğunda	68	(%27,1)	13,80±10,43	F=0,310
Herhangi bir şikayetim olduğunda	136	(%54,2)	12,81±9,47	p=0,734
Şikayet olmadan rutin olarak	46	(%18,7)	13,82±10,82	
Jinekolojik muayeneye gitme şikayeti				
Kontrol	113	(%45,2)	11,23±9,93	F=2,147 p=0,045
Kanama	29	(%11,6)	13,13±8,62	
Vajinal akıntı/kaşıntı	27	(%10,8)	13,37±9,30	
Adet düzensizliği	51	(%20,4)	15,39±10,45	
Pelvik ağrı	7	(%2,8)	19,00±8,66	
Kasıklarda veya dış genital organlarda kitle	16	(%6,4)	16,75±11,59	
İdrar inkontinans	7	(%2,8)	19,00±8,66	
Jinekolojik muayene öncesi anksiyete yaşama nedeni				
Muayene edecek olan doktorun erkek olması	43	(%17,1)	13,69±10,56	F=2,331 p=0,043
Sağlık personelinin bilgi alamamak	25	(%10,4)	9,37±7,92	
Mahrem bölgenin açıkta kalması	72	(%28,7)	12,77±8,76	

Muayene sırasında ağrı acı hissetmek	42	(%16,7)	19,52±9,84	
Muayene sonrası jinekolojik bir hastalığının ortaya çıkma korkusu	57	(%22,7)	14,70±10,86	
Toplum baskısı	11	(%4,4)	11,00±8,78	
Jinekolojik muayene öncesi anksiyeteyi azaltmak için uygulanan yöntem				
Sağlık personelinden yardım alma	27	(%10,8)	13,85±11,87	F=1,46
Muayene öncesi eğlenceli aktiviteler yapma	8	(%3,2)	14,12±7,12	p=0,214
Muayeneyi düşünmeme	69	(%27,5)	13,40±11,23	
Muayenenin sorunsuz geçeceğine dair kendi kendine telkin	65	(%25,9)	15,23±8,35	
Ailede yakın gördüğüm kişiyle konuşma	81	(%32,6)	11,30±9,41	
Muayenede açıklama yapılma /Bilgi verilme durumu				
Bilgi alan/ Açıklanan	145	(%58,0)	14,13±10,74	t=1,619
Bilgi almayan/Açıklanmayan	105	(%42,0)	12,07±8,69	p=0,107
Açıklamayı kimin yaptığı				
Tablo devamı				
Doktor	76	(%52,4)	14,39±11,20	t=0,374
Hemşire/Ebe	69	(%47,6)	13,72±10,30	p=0,709
Doktor seçim kriteri				
Bilgili olması/Deneyimli olması	114	(%45,6)	13,40±10,14	F=2,527
Kadın doktor olması	71	(%28,4)	10,26±7,78	p=0,041
Bilgilendirmesi	33	(%13,2)	17,03±12,51	
Güler yüzlü olması	18	(%7,2)	15,70±10,15	
Cinsiyet fark etmez	14	(%5,6)	11,35±9,4	
Muayenede sırasında yanında olunması istenen kişiler				
Hemşire	30	(%12,0)	11,30±9,70	F=2,084
Eşim	72	(%28,8)	12,45±8,85	p=0,084
Arkadaşım	10	(%4,0)	18,9±4,67	
Sadece hekim	81	(%32,4)	15,49±11,32	
Aileden bir birey	57	(%22,8)	13,27±9,96	
Muayene sırasında yaşanan duygular				
Korku	77	(%30,8)	15,25±10,57	F=4,428
Utanma	107	(%42,8)	11,09±10,03	p=0,002
Sıkıntı	26	(%10,4)	15,88±7,32	
Ağrı	17	(%6,8)	18,35±6,75	
Olumsuz duygu hissetmiyorum	23	(%9,2)	10,04±9,10	
Muayenede sağlık personelinden beklenti				
Güler yüzlü olması	62	(%24,8)	10,87±8,35	F=1,906
Bilgili/deneyimli olması	42	(%16,8)	10,78±9,15	p=0,040
İlgili olması	35	(%14,0)	14,71±9,73	
Özenli olması	13	(%5,2)	14,23±9,22	
Dikkatli olması	22	(%8,8)	14,36±10,25	
Anlayışlı olması	40	(%16,0)	15,95±8,49	
Bilgi vermesi	26	(%14,4)	14,91±13,80	

TARTIŞMA

Etkin, kaliteli ve ulaşılabilir bir sağlık bakım sistemini içeren çağdaş sağlık hizmeti anlayışı, öncelikle toplum sağlığı korumaya ve geliştirmeye yöneliktir. Bu bağlamda kadın sağlığını etkileyen faktörlerin belirlenmesi, uygulanacak sağlık politika ve uygulamalarının kanıt temelli olmasına katkı sağlayacaktır. Türkiye Kadın Sağlığı Araştırması'na göre

kadınların %48,83'ünün jinekolojik muayeneye hiç gitmediği belirlenmiştir. Muayeneye giden kadınların ise %55,9'u pap smear, %45,8'i mamografi yaptırdıkları ifade etmişlerdir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (TCSB), 2014). Gakidou ve arkadaşları yaptıkları bir çalışma, 57 ülkeye ait verileri ve bulguları kullanarak 'En az bir kez jinekolojik muayene olmuş olma oranını' geliştirmekte olan ülkeler için % 44,7, gelişmiş ülkeler için %93,6 olarak bildirmiştir (Gakidou, Nordhagen, ve Obermeyer, 2008). Çalışmamızda jinekolojik muayene olma oranının yüksek bulunmasının nedeni olarak kadınların herhangi bir şikâyetle ve kontrol amaçlı muayene olma oranının yüksek olması olduğu düşüncesindeyiz.

Çalışmamızda kadınların jinekolojik muayene öncesi anksiyete puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu ($X=21,71\pm 11,83$) belirlenmiştir. Konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda; Kocabaş ve Khorshid jinekolojik muayene öncesi kadınların anksiyete puan ortalamalarını $41,26\pm 11,21$, Erbil ve ark. $43,85\pm 5,41$, Altay ve Kefeli $19,71\pm 11,93$, Demiray ve ark. $39,41\pm 4,86$ ve Özbek ve Sümer ise anksiyete puan ortalaması $46,8\pm 8,4$ ile orta düzeyde olarak bulunmuştur (Altay ve Kefeli, 2012; Demiray vd., 2014; Erbil vd., 2008; Kocabaş ve Khorshid, 2012; Özbek ve Sümer, 2019). Bulgular arasındaki farklılıkların çalışmalarda kullanılan ölçeklerin farklılığından kaynaklanmakta ise de kadınların orta düzeyde anksiyete yaşadığı saptanmıştır.

Kadın sağlığı alanında çalışan sağlık personelinin jinekolojik muayene öncesi, sırası ve sonrasında tutum ve davranışı çok önemlidir. Bu bağlamda kadınlara doğum ve jinekoloji poliklinik uygulamaları öncesi holistik hemşirelik yaklaşımının muayene sırasındaki anksiyeteyi azaltılabileceği şüphesizdir.

Çalışmamızda daha önce jinekolojik muayene olmayan kadınların anksiyete puan ortalamaları daha yüksek ($22,86\pm 11,04$) olup gruplar arası farklılık anlamlı bulunmuştur ($t=0,088;p=0,001$) ($p<0,05$). Erbil ve ark., bulgularımıza benzer şekilde daha önce hiç jinekolojik muayene olmayanların anksiyete puan ortalamalarının ($46,41\pm 5,79$), daha önce jinekolojik muayene olanlardan daha yüksek olduğunu saptamışlardır (Erbil vd., 2008). Altay ve Kefeli ise çalışmalarında 1-2 kez jinekolojik muayeneye gidenlerin ($20,93\pm 13,5$) anksiyete puan ortalamalarının 3 ve daha fazla jinekolojik muayene olanlardan daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (Altay ve Kefeli, 2012). Çalışmamızda düzenli jinekolojik muayeneye gitme oranı %27,9 olup bu oran Demir ve Oskay'ın çalışmalarında %20,9, Gürler'in çalışmasında ise sadece %16,8 olarak saptanmıştır (Demir ve Oskay, 2014; Gürler, 2019). Araştırmada kadınların %83,2'sinin düzenli olarak, jinekolojik muayene yaptırmadığı belirlenmiştir. Çalışmalar arasındaki farkların jinekolojik muayene periyotlarıyla ilgili kadınlar arasında yeterli bilincin gelişmediğinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmada kadınlar en çok herhangi bir şikayeti (%54,2) olduğunda jinekolojik muayene gittiklerini ifade etmişlerdir. Gürler çalışmasında kadınların %59,2'si 'şikayeti olunca' jinekolojik muayeneye gittiklerini ifade etmişlerdir (Gürler, 2019). Konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda; Meşedüzü kadınların %51,9'ünün, Akyüz ve ark. %60,3'ünün, Kocabaş %67,8'inin ve Kani %26,6'sının "herhangi bir şikâyeti olduğunda" jinekolojik muayene oldukları saptanmıştır (Akyüz vd., 2005; Kocabaş ve Khorshid, 2012; Kani, 2019; Meşedüzü, 2014). Kadınların düzenli jinekolojik muayene alışkanlığının bulunmadığı görülmekte literatürde benzer biçimde kadınlar ciddi olarak sorunlar yaşamadığı sürece jinekolojik muayene yaptırmadığı görülmektedir.

Çalışmamızda kadınların jinekolojik muayeneye gitme nedenleri; kontrol (%45,2), kanama (%11,6), vajinal akıntı (%10,8), adet düzensizliği (%20,4), pelvik ağrı (%2,8), kitle (%6,4) ve idrar inkontinans (%2,8) olarak sıralanmakta olup pelvik ağrı ve idrar inkontinans nedeniyle jinekolojik muayeneye giden kadınların (19,00±8,66) anksiyete puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur (F=2,147, p=0,045) (p<0,05). Güvenç çalışmasında kadınların en çok vajinal akıntı (%30,3), pelvik ağrı (%21,8) ve kanama (%11) nedeniyle jinekolojik muayeneye gittiği saptanmıştır (Güvenç, 2016). Kani çalışmasında kadınların %36,2'sinin ağrı, %32,7'sinin kaşıntı, %22,4'ünün kanama şeklinde jinekolojik şikayetleri olduğu görülmektedir (Kani, 2019). Bulgularımız literatür ile benzerlik göstermekle birlikte pelvik ağrı ve idrar inkontinansın kadınlar üzerindeki fiziki ve psikolojik olumsuz etkisi tedavinin bir parçası olan jinekolojik muayene öncesi de anksiyete sebebi olması kaçınılmazdır.

Kadınların jinekolojik muayene öncesi anksiyete yaşama nedenleri arasında en çok; mahrem bölgenin açıkta kalması (%28,7), muayene sonrası bir hastalığın çıkma korkusu (%22,7) ve doktorun erkek olması (%17,1) olup muayene sırasında ağrı acı hissetmek (19,52±9,84), muayene sonrası jinekolojik bir hastalığının ortaya çıkma korkusu (14,70±10,86) ve muayene edecek olan doktorun erkek olması olup gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=2,331, p=0,043) (p<0,05). Erbil'in çalışmasında kadınlar jinekolojik muayene öncesi mahrem organlarının açıkta kalması (%67,1) ve muayene eden doktorun erkek olmasından (%35,0) rahatsızlık duyduklarını ifade etmişlerdir (Erbil vd., 2008). Parlak tarafından yapılan diğer bir çalışmada, kadınların jinekolojik muayene sırasında cinsel organlarının görülmesi, muayene için kullanılan pozisyon ve aletlerden dolayı jinekolojik muayeneye karşı olumsuz tutum sergiledikleri ve acı çekmekten korktukları belirlenmiştir (Parlak, 2017). Çalışmamızda yine kadınların en çok muayene sırasında utanma (%42,8) ve korku (%30,8) duygularını yaşamaları sonuçlarımızı destekler niteliktedir.

Çalışmada kadınlar jinekolojik muayene için doktor seçiminde bilgi/deneyim (%45,6) ve kadın doktor (%28,4) olması önemli iken bu kriterlerin anksiyete puan ortalamaları ($13,40 \pm 10,14$, $10,26 \pm 7,78$) diğer gruplara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Konu ile ilgili yapılan bir çalışmada, kadın hastaların jinekolojik muayenelerinde %64'ünün kadın doktor tercih ettiği belirlenmiştir (Baber, Davies, ve Dayan, 2007). Özbek ve Sümer çalışmasında kadınların %64,0'nın kadın doktoru tercih etmesine rağmen muayeneyi yapan hekimin cinsiyetinin anksiyete puanlarını etkilemediği belirlenmiştir (Özbek ve Sümer, 2019). Yine Moettus ve ark. tarafından yapılan araştırmada kadın hastalara, eğer seçme hakkı verilse, pelvik muayene için kadın hekimleri tercih edecekleri tespit edilmiştir (Moettus, Sklar, ve Tandberg, 1999). Altay çalışmasında doktor seçiminde kadın doktor olması (%52,9) ve doktorun bilgili olmasının (%18,2) önemli olduğu belirlenmiştir. Sonuçlar arasındaki farklılığın bizim çalışmamızda diğer çalışmalara göre jinekolojik muayeneye kontrol amaçlı giden kadın oranının daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Altay ve Kefeli, 2012).

Çalışmamızda kadınlar çoğunlukla; utanma (%42,8), korku (%30,8) ve sıkıntı (%10,4) duyguları yaşarken ağrı ($18,35 \pm 6,75$), sıkıntı ($15,88 \pm 7,32$) ve korku ($15,25 \pm 10,57$) yaşayanların anksiyete puan ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek belirlenmiştir ($F=4,428$, $p=0,002$) ($p<0,05$). Altay çalışmasında kadınların %57,0'sinin jinekolojik muayene sırasında utanma ve korku yaşayan kadınların anksiyete puan ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Altay ve Kefeli, 2012). Demir ve Oskay'ın çalışmasında kadınların jinekolojik muayene sırasında %57,1'inin utanma/çekinme, %61,1'inin ağrı, %48,6'sının korku, %52,3'ünün stres yaşadığı ve %48,3'ünün kendini huzursuz hissettiği belirlenmiştir (Demir ve Oskay, 2014). Gürler çalışmasında araştırma grubunu oluşturan kadınlara jinekolojik muayenenin %76,1 utanma, %64,0 stres, %49,6 sıkıntı/kaygı, %37,5 korku, %24,2 ağrı hissettirdiği, %5,6'sıda olumsuz duygu hissetmediğini ifade etmişti (Gürler, 2019). Çalışma sonuçları ebe ve hemşirelerin jinekolojik muayene öncesinde kadın ile terapötik iletişim kurarak uygulanan işlemler hakkında bilgi vermenin muayene sırasında yaşanabilecek olumsuz deneyimlerinin önüne geçebileceğini göstermesi açısından oldukça önemlidir.

Sağlık çalışanlarından güler yüz ($10,87 \pm 8,35$) ve bilgi/deneyim ($10,78 \pm 9,15$) bekleyen kadınlarda anksiyete puan ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ($F=1,906$, $p=0,040$) ($p<0,05$). Altay ve Kefeli de çalışmamıza benzer şekilde sağlık personelinden bilgili/deneyimli olmasını ($19,77 \pm 12,76$) bekleyen bireylerin anksiyete puan ortalamalarının diğer gruplara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur (Altay ve

Kefeli, 2012). Yapılan başka bir çalışmada doktorun bilgilendirici yönde iletişim kurmasının, kadınların jinekolojik muayenede kendini rahat hissetmesinde etkili olduğunu belirlemiştir (Larsen, Oldeide, ve Malterud, 1997). Demir ve Oskay çalışmalarında, jinekolojik muayene sırasında kadınların sağlık profesyonellerinden; %72,3'ü özenli ve ilgili davranmasını, %78,3'ü güler yüzlü olmasını, %69,7'si işlem öncesi gerekli açıklamaları yapmasını bekledikleri saptamıştır (Demir ve Oskay, 2014). Gürler de çalışmasında, kadınların jinekolojik muayeneye ilişkin %85,3'ünün kendisine bilgi verilmesini, %84,4'ünün ortamın/kullanılan malzemenin temiz olmasını, %81,7'sinin soru sormasına fırsat verilmesini, %80,5'inin güler yüzlü davranılmasını istedikleri yönünde beklentileri olduğunu tespit etmiştir (Gürler, 2019). Sonuçlar jinekolojik muayene öncesi, sırası ve sonrasında sağlık profesyonellerinin tutum ve davranışlarının kadınların muayene deneyimlerinin olumlu olması açısından ve düzenli muayene devamlılığında büyük rol oynayacağını göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda kadınların jinekolojik muayene öncesinde “orta düzeyde” anksiyete yaşadığı saptanmıştır. Jinekolojik muayene öncesi ve sırasındaki holistik hemşirelik/ebelik yaklaşımı ile kadınların jinekolojik muayene deneyimlerinin olumlu olması büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda mezuniyet sonrası kadın sağlığı kliniklerinde çalışan ebe ve hemşirelere konu ile ilgili hizmet içi eğitimlerin verilmesi ile farkındalık ve tutum sağlanması önerilmektedir. Yine jinekolojik muayeneye gelen kadınların ebe ve hemşireler tarafından, üreme sistemi anatomi ve fizyolojileri ile pelvik muayenenin işlemi hakkında hazırlanmış form ve eğitimlerle bilgilendirilmeleri önerilebilir. Ayrıca değişik bölge ve kültürlerde jinekolojik muayene öncesi anksiyetenin sorgulandığı literatüre farklı bakış açısı sağlayacak benzer çalışmaların yapılması da önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abdelati, I. H., Hasaneen, N. M. (2012). Assessment of knowledge and attitude for newly married women toward their first gynecological examination procedures in aljouf city. *Journal of American Science*, 8(12), 1280-1291.
- Aksakal, O. S. (2011). distress subjects accompanying gynaecologic examination and benefits of informing the patients about these. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 9, 102-106.
- Aktaş, D., Kumaş, M. B., Odabaşoğlu, B. S., Kaya, A. (2018). Effect of a special examination gown and nature-based sounds on anxiety in women undergoing a gynecological examination. *Clinical Nursing Research*, 27(5), 521-539.
- Akyüz, A., Güvenç, G., Yavan, T., Çetintürk, A., Kök, G., Senel, N. (2005). 'Adölesanların jinekolojik muayene hakkındaki görüşleri ve muayene deneyimleri.' 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı. Ankara: Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Sti., Bayt Bilimsel Araştırmalar, 286.

- Altay, B., Kefeli, B. (2012). *Jinekolojik muayeneye gelen kadınların anksiyete düzeyi ve etkileyen bazı faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 5 (4), 134-141.
- Barber, J. A., Davies, S. C., Dayan, L. S. (2007). *An extra pair of eyes: do patients want a chaperone when having an anogenital examination? Sex Health*, 4(2), 89-93.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., Ster, R. A. (1988). *An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. Journal of Consulting Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Chen, S. L., Jane, S. W., Chaou, Y. M., Hsieh, Y. S. (2009). *Discrepancy between physicians' perceptions and practices during pelvic examinations in taiwan. Patient Educ Couns*, 74, 124-129.
- Cornforth, T. (2005). *'Women Face Fear and Anxiety About Gynecologist Visits Lack of Patient/Physician Communication Cited From Tracee Cornforth, Former About.com Guide.'* 15 Şubat 2020 tarihinde <http://womenshealth.about.com/cs/gynexam/a/gynfear.htm> adresinden erişildi.
- Daşkan, Z., Kılıç, B., Baytok, C., Kocairi, H., Kuzu, S. (2015). *Genital akıntı şikayeti ile polikliniğe başvuran kadınların genital hijyen uygulamaları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 113-124.
- Demir, S., Oskay, Y. Ü. (2014). *Jinekolojik muayene olan kadınların yaşadığı deneyimler ve sağlık profesyonellerinden beklentileri. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1(1), 68-79.
- Demiray, A., Akın, K. E., Çevik, K., Khorshid, L., Yücebilgin, S. (2014). *Kamu ve özel kurumlara başvuran hastalarda jinekolojik muayeneye bağlı durumluk anksiyetenin karşılaştırılması. Electronic Journal Of Vocational Colleges*, 1, 122-129.
- Erbil, N., Şenkul, A., Sağlam, Y., Ergül, N. (2008). *Jinekolojik muayene öncesinde Türk kadınların anksiyete seviyeleri ve muayeneye ilişkin tutumlarının belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 5 (1), 1-13.
- Gakidou, E., Nordhagen, S., Obermeyer, Z. (2008). *Coverage of cervical cancer screening in 57 countries: low average levels and large inequalities. PLOS Medicine*, 5, 863-868.
- Grundström, H., Wallin, K., Berterö, C. (2011). *You expose yourself in so many ways': young women's experiences of pelvic examination. J Psychosom Obstet Gynaecol*, 32(2), 59-64.
- Gürler, H. (2019). *Kentsel bir bölgede yaşayan kadınların serviks kanseri erken tanı tutumları ve jinekolojik muayene algıları. Yüksek lisans tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.*
- Güvenç, E. Ş. (2016). *Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadın personelinin jinekolojik şikayet sıklıkları ve jinekolojik muayene ile ilgili bilgi, tutum ve davranış düzeyinin araştırılması. Uzmanlık tezi, Ankara.*
- Huber, J. D., Pukall, C. F., Boyer, S. C., Reissing, E. D. (2009). *Chamberlain SM. 'Justrelax': Physicians' experiences with women who are difficult or impossible to examine gynecologically. J Sex Med*, 6, 791-799.
- Kani, S. (2019). *Kadınların kanserden korunmaya yönelik olarak jinekolojik muayene yaptırılmalarını etkileyen bazı faktörler. Yüksek lisans tezi. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.*
- Kocabaş, P., Khorshid, L. (2012). *A comparison of the effects of a special gynaecological garment and music in reducing the anxiety related to gynaecological examination. Journal Of Clinical Nursing*, 21(6), 791-799.
- Larsen, M., Oldeide, C. C., Malterud, K. (1997). *Not bad after all... Women's experiences of pelvic examinations. Family Practice*. 14, 148-152.

- Meşedüzü, M. (2014). *Vajinismus olan ve olmayan kadınların jinekolojik muayeneye ilişkin yaşadıkları duygu, düşünce, semptomlar ve anksiyete düzeyleri*. Yüksek lisans tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Mete, S. (1998). *Jinekolojik muayeneye gelen kadınlarda oluşan anksiyeteye hemşirelik yaklaşımının etkisi*. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(2), 1-8.
- Moettus, A., Sklar, D., Tandberg, D. (1999). *The effect of physician gender on women's perceived pain and embarrassment during pelvic examination*. American Journal Of Emergency Medicine, 17(7), 635-637.
- Parlak, M. (2017). *Jinekolojik muayeneye gelen kadınların kaygı (anksiyete) düzeylerinin ve kaygı düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi*. Yüksek lisans tezi. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Phumdoung, S., Youngvanichsate, S. (2009). *Women's experiences of receiving a vaginal examination during labor*. Songklanagarind Medical Journal, 27, 465-470.
- Sarpkaya, D., Vural, G. (2014). *The use of the way of knowing four in gynaecological examination in nursing*. Dokuz Eylül University School of Nursing Electronic Journal, 7, 124-127.
- Ouj, U., Igberase, G., Eze, J. N., Ejikeme, B. N. (2011). *Perception of intimate pelvic examination by gynaecological clinic attendees in rural southeast Nigeria*. Archives of Gynecology and Obstetrics, 284, 637-642.
- Özbek, H., Sümer, H. (2019). *Pelvik muayeneye gelen kadınların yaşadıkları anksiyete düzeyine destekleyici ebelik yaklaşımının etkisi*. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 4(1), 45-54.
- Seehusen, D. A., Johnson, D. R., Earwood, J. S. (2006). *Improving women's experience during speculum examinations at routine gynaecological visits: randomised clinical trial*. Br Med J., 333, 171-173.
- Tuğut, N., Gölbaşı, Z. (2014). *Aspects of emotional and physical discomfort in gynecologic examination: a study of turkish women*. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 40(6), 1777-1784.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2014). *Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Kadın Sağlığı Araştırması, [Elektronik Sürüm]*. Ankara.
- Yanukkerem, E., Özdemir, M., Bingöl, H., Tatar, A. (2009) *Women's attitudes and expectations regarding gynaecological examination*. Midwifery, 25, 500-508.
- Ulusoy, M., Sahin, N., Erkman H. (1998). *Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties*. Journal of Cognitive Psychotherapy: Int Quaterly, 12, 28-35.
- Zimmerman, L., Christian, D. (2010). *'Help For Women Who Are Afraid of Gynecologic Exams Add a Comment Mental Health Examiner. Like This? Subscribe To Get Instant Updates.'* 15 Şubat 2020 tarihinde <http://www.examiner.com/family-andeducation/htm> adresinden erişildi.

DİRSEK DÜZEYİNDE ULNAR SİNİR SIKIŞMASINDA BASİT DEKOMPRESYON UYGULANAN HASTALARIN KLİNİK VE CERRAHİ SONUÇLARI

Clinical and Surgical Results of the Patients Who Underwent Simple Decompression at the Elbow Level Ulnar Nerve Compression

Ramazan PAŞAHAN¹  Bora TETİK² 
^{1,2}İnönü Üniversitesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi AD., Malatya

Geliş Tarihi / Received: 20.09.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 26.09.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ÖZ

Üst ekstremitede en sık izlenen tuzak nöropati karpal tünel sendromu (KTS) iken ikinci sıklıkta görülen tuzak nöropati ise ulnar sinir sıkışmasıdır. Ulnar sinir sıkışması, en sık dirsek seviyesinde ve/veya guyon kanalında gerçekleşir. Hastalar genellikle ön kolda ağrı, elin 5. parmak ve 4. parmağın yarısında uyuşma ve elin intrinsek kaslarında güç kaybı şikayetleri ile başvurmaktadır. Bu şikâyetler ile başvuran hastalarda klinik muayenede provakasyon testlerinden yararlanır. En sık kullanılan provakasyon testleri; Tinel Testi ve Ulnar Sinir Dekompresyon Testleridir. En önemli yardımcı tanı testi Elektromyografidir. Hastalığın tedavisinde konservatif tedavi ve/veya cerrahi tedavi uygulanır. Hafif ulnar sinir basısı olan hastalarda konservatif tedavi ile %50-60 arasında başarı elde edilebilir. Konservatif tedaviye rağmen bulgularda azalma izlenmeyen hastalarda cerrahi tedavi önerilmektedir. Geç tanı almış hastalarda kas atrofilerine bağlı olarak pençe el deformitesi gelişimi ve kalıcı defisit gelişebileceğinden cerrahi zamanlama önem arz etmektedir. Çalışmamızda İnönü Üniversitesi Beyin Cerrahisi Kliniği'nde 2016-2020 tarihleri arasında basit ulnar sinir dekompresyonu yapılan 12 hastanın yaş, cinsiyet, provakasyon testleri, muayene bulguları, elektromyografi bulguları, ek hastalıkları literatür eşliğinde tartışılmış ve cerrahi sonuçları bildirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Basit Dekompresyon, Tuzak Nöropati, Ulnar Sinir

ABSTRACT

While carpal tunnel syndrome (CTS) is the most common entrapment neuropathy in the upper extremity, the second most common entrapment neuropathy is ulnar nerve compression. Ulnar nerve compression mostly occurs at the elbow level and / or the guyon canal. Patients generally present with complaints of pain in the forearm, numbness in the 5th finger and half of the 4th finger, and loss of strength in the intrinsic muscles of the hand. In patients referring with these complaints, provocation tests are used in clinical examination. The most commonly used provocation tests are; Tinel Test and Ulnar Nerve Decompression Tests. The most important helpful diagnostic test is Electromyography. Conservative and / or surgical treatment is applied in the treatment of the disease. In patients with mild ulnar nerve compression 50-60% success can be achieved with conservative treatment. Surgical treatment is recommended for patients whose symptoms do not decrease despite conservative treatment. As paw hand deformity and permanent deficits may develop due to muscle atrophy in patients with late diagnosis, surgical timing is important. In our study, age, gender, provocation tests, examination findings, electromyography findings, co-morbid diseases of 12 patients who underwent simple ulnar nerve decompression between 2016-2020 in İnönü University Neurosurgery Clinic have been discussed in the light of the literature and the surgical results have been reported.

Keywords: Entrapment Neuropathy, Simple Decompression, Ulnar Nerve

GİRİŞ

Üst ekstremitte tuzak nöropatileri, 25-40 yaş aralığında dirseğin yere temasının fazla olduğu meslek grupları ile 40-60 yaş aralığında ise metabolik sendromlar ile ilişkilendirilmiştir (Karakoyun ve Çalık, 2019). Üst ekstremitede izlenen tuzak nöropatileri en sık karpal tünel sendromu (KTS), daha sonra ulnar sinir sıkışmasıdır. Ulnar sinir, en sık dirsek düzeyinde, ikinci sıklıkta guyon kanalında sıkışır. Hastaların yakınması ön kolda ağrı, genelde 5. parmak ve 4. parmağın yarısında uyuşma ve elin intrinsek kaslarında güç kaybı hissetmesidir (Karakoyun ve Çalık, 2019; Şahin, Altun, ve Kafa, 2015). Ulnar sinir sıkışmasında fizik muayenede; 4. ve 5. parmaklar hafif abduksiyon halinde kaldığı, 5. parmakta pençeleşme ve abduksiyon (Wartenberg bulgusu) izlenir. Baş parmak ve 2. parmağın arasında bir şey tutmak istendiğinde adduktor pollicis kası paralizisi nedeniyle adductor kaslar çalışmadığından ön plana geçen fleksör pollicis longus aktivitesi nedeni ile başparmağın interfalangeal ekleminde fleksiyonu (Froment bulgusu) izlenir (Karakoyun ve Çalık, 2019; Kecik ve Sönmez, 2005; Şahin vd., 2015). Geç tanı almış hastalarda kas atrofilerine bağlı olarak pençe el deformitesi gözlenebilir. Provakasyon testleri en tanısız testlerdir. Ulnar sinir kompresyon testi; dirsek bölgesine 10 sn bastırıldığında ağrı ve uyuşma varsa pozitif olarak kabul edilir. Tinel testi; dirsekte ulnar sinir üzerine vurulduğunda ağrı hissediyorsa pozitif olarak kabul edilir. Bazı çalışmalarda semptomu olmayan hastaların 1/3'ünde testin pozitif olduğu görülmüştür. Provakasyon testlerinin duyarlılığının artırılması için testlerin birbirini desteklemesi gerekmektedir (Shah, Calfee, Gelberman, ve Goldfarb, 2013). Elektromyografi (EMG) tanıda yardımcıdır. EMG dirsek pozisyonu fleksiyonda iken yapılırsa yanlış sonuçlar verebilir (Kuschner, Ebramzadeh, ve Mitchell, 2006).

Hafif ulnar sinir basısı olan hastalarda konservatif tedavinin %50-60 arasında başarı oranı vardır. Konservatif tedaviye rağmen bulgularda azalma olmazsa cerrahi yapılması önerilmektedir (Andrews, Rowland, Pranjal, ve Ebraheim, 2018; Claudius, Loukia, ve Dean, 2017; Karahan, Arslan, ve Özen 2018). Çalışmamızda İnönü üniversitesi beyin ve sinir cerrahisi kliniğinde 2016-2020 tarihleri arasında ulnar sinir dekompresyonu yapılan 12 hasta literatür eşliğinde tartışılmış ve cerrahi sonuçları bildirilmiştir.

GEREKÇE VE YÖNTEM

01.06.2016-29.12.2019 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Beyin ve Sinir Cerrahisi kliniğinde dirsek düzeyinde ulnar sinir sıkışması olan toplam 45 hastadan, servikal disk patolojisi, torasik outlet sendromu (TOS), metabolik hastalıklara sekonder ve travma sonrası

ulnar sinir basısı olan 33 hasta çalışmaya dâhil edilmedi. Dâhil edilen 12 hastanın yaş, cinsiyet, taraf bulgusu, EMG sonuçları, fizik muayene bulguları, Wartenberg ve Froment bulgusu, tinel testi, ulnar sinir dekompresyon testi, eşlik eden ek hastalık, komplikasyonlar ve 6 ay sonra kontrol fizik muayene bulguları değerlendirildi. Nicel veriler ortanca (min-maks) veya ortalama (standart sapma) ve nitel veriler ise sayı (yüzde) ile, normal dağılıma uygunluk Shapiro-Wilk testi ile yapıldı. İstatistik analizlerde Mann-Whitney U, Fisher Kesin Ki-kare testleri kullanıldı. ($p<0.05$) değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Analizlerde IBM SPSS Statistics 26.0 programı kullanıldı.

Etik kurul onayı

İnönü Üniversitesi sağlık bilimleri girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulu tarafından 14.07.2020 tarihli ve 2020/938 sayılı onam alınmıştır. Çalışma, araştırma ve yayın etiğine uygun yapılmıştır. Katılımcılara çalışma ile ilgili bilgi verilmiş “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” imzalatılmıştır.

BULGULAR

01.06.2016 -29.12.2019 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Beyin ve Sinir Cerrahisi kliniğinde ulnar sinir tuzak nöropatisi olan 12 hastaya basit sinir dekompresyonu uygulandı. Çalışmadaki 12 hastanın 6’sı (%50.0) erkek, 6’sı (%50.0) kadındır ($p=0,545$). EMG’si orta ağır (EMG iletisi: $2,17\pm 1,12$ msn) olan 8 (%66,6), ağır (EMG iletisi: $3,25\pm 0,94$ msn) olan 4 (%33.3) hasta vardı. Kontrol EMG 9 (EMG iletisi: $0,40\pm 15$ msn) düzelme görüldü. Kas atrofisi olan 3 hastada kontrol EMG ($0,25<$ msn) iletisinde kısmi düzelme gözlemlendi. Ancak ağrı bulgusunda ciddi düzelme oldu (Tablo1). 10(%83,3) hastada sağ ve 2 (%16,7) hastada sol elde ulnar sinir sıkışması vardı ($p=0,10$). 4 (%33,3) ($p=0,67$) hastada Wartenberg, 5 (%41,7) ($p=1,0$) hastada Froment bulgusu pozitif. 10 hastalarda Tinel testi pozitif (%83,3) ($p=0,515$). Ulnar sinir kompresyon testi ise 7 (%58,3) ($p=0,576$) hastada pozitif. 3 (%37,5) ($p=0,236$) hastada diabetes mellitus (DM) vardı. Hastaların yaş ortalaması 57.58 ± 5.04 iken, EMG’si orta ağır olanların 55.38 ± 3.54 , ağır olanların 62.00 ± 4.97 ’dir. EMG’si orta ağır olanlarla, ağır olanlar arasında yaş açısından istatistiksel fark vardır (Mann Whitney Y Testi; $p=0.48$). EMG’si orta ağır olanlarla, ağır olanlar arasında cinsiyet, taraf bulgusu, Wartenberg, Froment, Tinel, Dekompresyon Testi ve DM değişkenleri açısından istatistiksel fark bulunmazken (Fisher Kesin Ki-kare Testi; $p>0.05$), kas atrofisi değişkeni açısından istatistiksel fark bulunmaktadır (Fisher Kesin Ki-kare Testi; $p=0.018$) (Tablo2). Hastalarda intra operatif komplikasyon gelişmedi. Post operatif 20. günden sonra kas atrofisi devam eden

3 (%25) ($p=0,018$) hasta fizik tedaviye yönlendirildi. Tüm hastaların 6. ay kontrollerinde şikâyetlerinin belirgin bir şekilde azaldığı gözlemlendi.

Tablo1: Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Kontrol EMG Değerleri

Cinsiyet	Orta Ağır EMG ($2,17\pm 1,12$ msn)	Ağır EMG ($3,25\pm 0,94$ msn)	Kontrol EMG ($0,40\pm 15$ msn)	Kontrol EMG Düzeltme ($0,25<msn$)	Kısmi
Kadın n=6	3	3	5	2	
Erkek N=6	5	1	4	1	

Tablo2: Yaş, Cinsiyet, Taraf Bulgusu, EMG, Provokatif Testler, DM, Kas Atrofisi

Değişkenler	Değişken Sınıfları	EMG				Toplam	P*
		Orta Ağır n=8 (66.7%)		Ağır n=4 (33.3%)			
		n	%	n	%		
Cinsiyet	Erkek	3	37.5	3	75.0	6	0.545
	Kadın	5	62.5	1	25.0	6	
Taraf Bulgusu	Sağ	7	87.5	3	75.0	10	1.0
	Sol	1	12.5	1	25.0	2	
Wartenberg	Negatif	7	87.5	1	25.0	8	0.67
	Pozitif	1	12.5	3	75.0	4	
Froment	Negatif	5	62.5	2	50.0	7	1.0
	Pozitif	3	37.5	2	50.0	5	
Tinel	Negatif	2	25.0	0	0.0	2	0.515
	Pozitif	6	75.0	4	100.0	10	
Kompresyon Testi	Negatif	4	50.0	1	25.0	5	0.576
	Pozitif	4	50.0	3	75.0	7	
DM	Yok	7	87.5	2	50.0	9	0.236
	Var	1	12.5	2	50.0	3	
Kas Atrofisi	Hayır	8	100.0	1	25.0	9	0.018
	Evet	0	0.0	3	75.0	3	

* Fisher Kesin Ki-kare Testi

TARTIŞMA

Üst ekstremitelerde tuzak nöropatileri ikinci sıklıkta ulnar sinirde görülür. Ön kolun fleksiyon ekstansiyonu, dirsek düzeyindeki sıkışmanın en önemli nedenidir. Yapılan çalışmalarda, bu hareketler sırasında yuvarlak olan kübital tünelin daraldığı bildirilmiştir (Tang, Barbour, Davidge, Yee, ve Mackinnon, 2015). Yaş ile birlikte dirsek bölgesinde ulnar sinir sıkışması artış göstermektedir 25-60 yaş arası sık görülmektedir. Erkeklerde kadınlara oranla 3 ila 8 kat fazla görülmektedir (Richardson, Gren, Jamieson, ve Valentin, 2001). Kadınlarda yağ oranının fazla olması ve erkeklerde coronoid tüberkül hacminin büyük olması, ulnar sinir basısının erkeklerde daha sık görülmesini açıklamaktadır (Şahin vd., 2015). Çalışmamızda kadın, erkek oranı eşit olup yaş ortalamamız 57.58 ± 5.04 'dir. Bunun sebebi; hasta sayısının az olması ve kadınların vücut kitle indeksinde azalma olarak açıklanabilir.

Hastaların % 18,6-38,8'inde bileteral etkilenme mevcuttur (Schuh, Handschu, Eibl, Janka, ve Hönle, 2017). Ulnar sinirin dirsek bölgesinde sıkışmasında tanı amaçlı provakasyon testleri yapılması önemlidir. Bu testler arasında tanılabilir değeri yüksek olan test ulnar sinir kompresyon testidir. Ulnar sinir kompresyon testi; dirsek bölgesine 10 sn bastırıldığında ağrı ve uyuşma varsa pozitif olarak kabul edilir. Provakasyon testlerinin duyarlılığının artırılması için testlerin birbirini desteklemesi gerekmektedir. Tinel testi, dirsekte ulnar sinir üzerine vurulduğunda ağrı hissediyorsa pozitif olarak kabul edilir. Bazı çalışmalarda semptomu olmayan hastaların 1/3'ünde testin pozitif olduğu görülmüştür (Shah vd., 2013). Çalışmamızda da provakasyon testlerinin hiç birinde %100 tanı konulamamış ve testlerin beraber yapılması tanı oranını arttırmıştır. Burada elde ettiğimiz sonuçlar literatür ile paralellik göstermektedir. Ulnar sinir tuzak nöropatisinde klinik bulgularla beraber yardımcı tanı testi olarak EMG'den yararlanılmaktadır. EMG'de motor ve duyu amplitüdüde azalma ve kaslarda denervasyon görülür. EMG değerlendirmesi ile ulnar sinirin hasar boyutu ve hasarlanma seviyesi belirlenebilmektedir. EMG dirsek pozisyonu fleksiyonda iken yapılırsa yanlış sonuçlar verebilir (Kuschner vd., 2006). Ayırıcı tanıda TOS , servikal diskopatiler, servikal nörolojik hastalıklar (ALS vb), Double Crush Sendromu gibi hastalıklar bulunmaktadır (Özçete ve On, 2010). Hafif ulnar sinir basısı olan hastalarda konservatif tedavinin %50-60 arasında başarı oranı vardır. Konservatif tedaviye cevap vermeyen hastalarda cerrahi planlanmalıdır (Karahana vd., 2018). Çalışmamızda orta ağır ve ağır EMG bulgusu olan hastalar da cerrahi uygulanmış, tüm hastalara servikal patolojiler ve diğer nedenler ekarte edilmiştir. Hastaların takiplerinde ameliyat öncesi şikâyetlerinde ve EMG bulgularında anlamlı düzelme olmuştur. Cerrahi yöntemden bağımsız olarak ulnar sinir sıkışması olan hastalarda dekompresyon yüz güldürücüdür (Burns, Kim, ve Gaston, 2014).

Cerrahi tedavi olarak basit dekompresyon endoskopik ve açık sinir transpozisyonu yapılır. Bu tedaviler arasından en sık kullanılan basit sinir dekompresyonudur (Buchanan, Chieng, Hubbard, Law, ve Chim, 2018; Burns vd., 2014; Nakashian, Ireland, ve Kane, 2020). Endoskopik cerrahi ve basit dekompresyon tekrarlama riski % 12,2'dir (Grandizio, Maschke, ve Evans, 2018; Schuh vd., 2017). Basit sinir dekompresyonlarının dezavantajları, ulnar sinir sıkışmasının tekrarlama ve yer değiştirmesidir. Buna rağmen tedavilerin üstünlüğü tartışmalıdır (Bacle, Marteau, ve Freslon, 2014; Spies vd., 2017). Çalışmamızda nüks oranı sıfırdır. Bunun nedeni hasta seçimin uygun olmasıdır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Ulnar sinir sıkışması diğer tuzak nöropatiler gibi tedavide gecikmeler irreversible hasara bağlı olarak fonksiyon kayıplarına neden olmaktadır. Altı aylık konservatif tedaviye rağmen semptomlarda azalma yoksa ve kas atrofileri (Fisher Kesin Ki-kare Testi; $p=0.018$) mevcutsa tanı konur konmaz cerrahi yapılmalıdır. Sinirin hangi seviyede kompresyona uğradığını anlamak, tanı ve cerrahi tedavide hayati önem arz etmektedir. Uygun tanı ve hasta seçimi ile ulnar sinir dirsek düzeyinde basit dekompresyon önermekteyiz. Çalışmamızda istatistiksel olarak; provakif testlerin (Fisher Kesin Ki-kare Testi; $p>0.05$) tanıda yardımcı olduğu fakat kesin cerrahi endikasyonu koymada yetersiz kaldığını göstermektedir. Bundan dolayı EMG fizik muayene ve birden fazla provakatif test ile desteklenmesini önermekteyiz. Ulnar sinir dekompresyon cerrahi tekniği hala bir konsensusa bağlanmamıştır. Dolayısıyla bu konuda çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.



KAYNAKLAR

- Andrews K., Rowland A., Pranjali A., Ebraheim N. (2018). Cubital tunnel syndrome: Anatomy, clinical presentation, and management. *J Orthop.* 15(3), 832-836.
- Buchanan J.P., Chieng O. L., Hubbard S. Z., Law Y. T., Chim H. (2018). Endoscopic versus open in situ cubital tunnel release: A systematic review of the literature and meta-analysis of 655 patients. *Plast Reconstr Surg.* 141(3), 679-684.
- Bacle G., Marteau E., Freslon M. (2014). Cubital tunnel syndrome: comparative results of a multicenter study of 4 surgical techniques with a mean follow-up of 92 months. *Orthop Traumatol Surg Res.* 100(4 Suppl), S205-208.
- Burns P. B., Kim H. M., Gaston R. G. (2014). Predictors of functional outcomes after simple decompression for ulnar neuropathy at the elbow: a multicenter study by the SUN study group. *Arch Phys Med Rehabil.* 95(4), 680-685.
- Claudius D. J., Loukia K. P., Dean G. S. (2017). Cubital tunnel syndrome. *Instr Course Lect.* 15(66), 91-101.
- Grandizio L. C., Maschke S., Evans P. J. (2018). The management of persistent and recurrent cubital tunnel Syndrome. *J Hand Surg Am.* 43(10), 933-940.
- Karakoyun A., Çalık Y. (2019). Peripheral nerve entrapment in the upper extremity. *Aegean J Med Sci.* 1, 42-47.
- Kecik A., Sönmez E. (2005). Elin Periferik sinir lezyonları. *Türk Nörosirürji Dergisi.* 15(3), 220-224.
- Kuschner S. H., Ebramzadeh E., Mitchell S. (2006). Evaluation of elbow flexion and lineal tests for cubital tunnel syndrome in asymptomatic individuals. *Orthopedics,* 29(4), 305-308.
- Karahan A. Y., Arslan S., Özen K. E. (2018). Türk toplumunda median ve ulnar sinirlerin ultrasonografik değerlendirilmesi ve antropometrik ölçümlerle ilişkisi. *Aegean J Med Sci.* 1, 13-18.
- Nakashian N. M., Ireland D., Kane M. P. (2020). Cubital tunnel syndrome: current concepts. *Curr Rev Musculoskelet Med.* 13(4), 520-524.
- Özçete A. Z., On Y.A. (2010). Ulnar nerve entrapment neuropathies. *Turk J Phys Med Rehab.* 56, 135-140.

-
- Richardson J. K., Gren D. F., Jamieson S. C., Valentin F. C. (2001). Gender, body mass and age as risk factors for ulnar mononeuropathy at the elbow. Muscle Nerve, 24(4), 551–554.*
- Shah C. M., Calfee R. P., Gelberman R. H., Goldfarb C. A. (2013). Outcomes of rigid night splinting and activity modification in the treatment of cubital tunnel syndrome. J Hand Surg Am. 38(6), 1125–1130.*
- Spies C. K., Löw S., Langer M. F., Hohendorff B., Müller L. P., Unglaub F. (2017). Cubital tunnel syndrome: Diagnostics and therapy. Orthopade. 46(8), 717-726.*
- Schuh A., Handschu R., Eibl T., Janka M., Wolfgang., H. (2017). Cubital tunnel syndrome. MMW Fortschr Med. 159(14), 56-60.*
- Şahin M. Ş, Altun S., Kafa B. (2015). Cubital tunnel syndrome and other ulnar nerve compression neuropathies. TOTBİD Dergisi, 14, 555–565.*
- Tang D. T., Barbour J. R., Davidge K. M., Yee A., Mackinnon S. E. (2015). Nerve entrapment: update. Plas Reconstr Surg. 135(1), 199e-215e.*

ERZURUM BÖLGESİNDE 0-18 YAŞ ARASI ÇOCUKLARDA SİTOMEGALOVİRÜS SEROPREVALANSININ ARAŞTIRILMASI

Investigation of Seroprevalence of Cytomegalovirus in 0-18 Age Children in Erzurum Region

Ahmet YILMAZ¹  Muhammet Akif GÜLER² 
¹Atatürk Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Erzurum
²Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Erzurum

Geliş Tarihi / Received: 30.05.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 29.09.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ÖZ

Bu çalışmadaki amacımız 0-18 yaş arası çocuklarda Sitomegalovirüs'e karşı oluşmuş IgM ve IgG tipi antikorların varlığını retrospektif olarak incelemek ve seroprevalans oranlarını belirlemektir. Bu çalışmada 2018-2019 yıllarında Erzurum merkezde aile hekimlerince farklı nedenlerle muayene edilen ve CMV IgM-IgG serolojisi araştırılan kişilere ait sonuçların retrospektif olarak değerlendirilmesi yapıldı. Hastalardan alınan kan serumları Halk Sağlığı Seroloji Laboratuvarında ELISA yöntemi kullanılarak Architect İ2000 cihazında firmanın çalışma prosedürüne uygun olarak çalışıldı. Kit üretici firmanın tavsiyeleri doğrultusunda test sonuçları, CMV IgM için; <0.85 index negatif, 0.85-0.99 index aradeğer, >0.99 index pozitif, CMV IgG için; <5.99 AU/ml negatif, >5.99 AU/ml pozitif olarak kabul edildi. Araştırma grubunda anti-CMV IgG seropozitifliği %95,7 (491/513), anti-CMV IgM seropozitifliği %2.4 (13/546) bulundu. CMV IgG ve IgM pozitifliği sırasıyla, kız çocuklarında %96.7 ve %2.4, erkek çocuklarda % 92.6 ve %2.4 idi. Kız çocukları arasında anti-CMV IgG pozitiflik oranları daha yüksek idi. Çalışmamızda 0-3, 4-6, 7-9, 10-12, 13-15 ve 16-18 yaş gruplarında anti-CMV IgG seropozitifliği sırasıyla %94.7; %69.6; %100; %97.5; %88.2 ve %99.3 idi. Anti-CMV IgM seropozitifliği ise aynı yaş gruplarında %10.5; 0; 0; %2.4; %4.4 ve %1.7 idi. Çalışma grubumuzdaki çocuklarda CMV seropozitiflik oranları yüksekti. Bu durum bölgemizdeki çocukların erken yaşlarda (konjenital veya edinsel) CMV etkenine maruz kaldığını göstermektedir.

Anahtar kelimeler: CMV IgM, CMV IgG, Çocuk, Prevalans, Sitomegalovirüs

ABSTRACT

Our aim in this study is to retrospectively investigate the presence of IgM and IgG type antibodies against Cytomegalovirus in children aged 0-18 years and to determine the seroprevalence rates. In this study, the results of people who were examined for different reasons and whose CMV IgM-IgG serology was investigated by family physicians in Erzurum center in 2018-2019 were evaluated retrospectively. Blood serums from the patients were studied in the Public Health Serology Laboratory with the ELISA method in the Architect I2000 device in accordance with the company's working procedure. According to the the kit manufacturer's recommendations, test results were considered as, for CMV IgM; <0.85 index negative, 0.85-0.99 index intermediate, > 0.99 index positive, for CMV IgG; <5.99 AU / ml negative, > 5.99 AU / ml positive. In the study group, anti-CMV IgG seropositivity was found as 95.7% (491/513) and anti-CMV IgM seropositivity was found as 2.4% (13/546). CMV IgG and IgM positivity were respectively 96.7% and 2.4% in girls, 92.6% and 2.4% in boys. Anti-CMV IgG positivity rates were higher among girls. In our study, anti-CMV IgG seropositivity in 0-3, 4-6, 7-9, 10-12, 13-15 and 16-18 age groups were 94.7%, 69.6%, 100%, 97.5%, 88.2% and 99.3%, respectively. Also, anti-CMV IgM seropositivity in same age groups were 10.5%, 0, 0, 2.4%, 4.4% and 1.7%. CMV seropositivity rates were high in children of our study group. This result shows that children in our region are exposed to CMV pathogen at an early age (congenital or acquired).

Keywords: Child, CMV IgM, CMV IgG, Cytomegalovirus, Prevalence

GİRİŞ

Sitomegalovirüs (CMV) enfeksiyonu sağlıklı çocuklarda ve yetişkinlerde yaygın olup genellikle asemptomatiktir. Bununla birlikte yenidoğanlarda ve immünsüpresif bireylerde bu virüs önemli bir patojen haline dönüşmektedir. Sitomegalovirüs, human immune deficiency virus (HIV) ile enfekte kişilerde fırsatçı enfeksiyonların, organ nakli alıcılarında ise ciddi komplikasyonların kaynağıdır. Doğuştan enfekte çocuklarda işitme kaybı, görme kaybı ve mental retardasyonunda önde gelen nedenidir (Arısoy, 2011; Colugnati, Staras, Dollard, ve Cannon, 2007; Plosa, Esbenshade, Fuller, ve Weitkamp, 2012).

İntrauterin dönemde, doğumda ve doğum sonrası dönemlerde CMV'nin bulaşmadığı çocuklar, virüsü küçük çocukluk döneminde, okul öncesi dönemde, yuva ve anaokulu ortamlarında edinmektedir (Arısoy, 2011). Anti-CMV IgG seroprevalansı ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre %40-100 arasında değişmektedir. Türkiye'nin farklı bölgelerinde 0-18 yaş arası çocuklarda yapılan birkaç çalışmada Anti-CMV IgG seroprevalansı %82.1-%97.8 arasında bildirilmiştir (Ataman vd., 2007; Hizel, Parker, ve Onde, 1999; Okur, 2012).

Bu çalışmanın amacı; Erzurum bölgesinde 0-18 yaş arası çocuklarda Sitomegalovirüs'e kaşı oluşmuş IgM ve IgG tipi antikorların varlığını retrospektif olarak incelemek ve seroprevalans oranlarını belirlemektir.

GEREKÇE VE YÖNTEM

Bu çalışmada 01.01.2018-31.12.2019 tarihleri arasında Erzurum merkezde (Yakutiye, Palandöken ve Aziziye ilçeleri) aile hekimlerine farklı nedenlerle başvuran ve anti-CMV IgG-IgM serolojisi araştırılan kişilerin sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalardan alınan kan örnekleri Halk Sağlığı Seroloji Laboratuvarında ELISA yöntemiyle Architect İ2000 cihazında (Abbott Laboratories, USA) Architect kiti kullanılarak ve firmanın çalışma prosedürüne uygun olarak çalışıldı. Verilere laboratuvar otomasyon sisteminden ulaşıldı. Test sonuçları kit üretici firmanın tavsiyeleri doğrultusunda negatif, ara değer ve pozitif olarak sınıflandırıldı. Anti-CMV IgM <0.85 index sonuç negatif; 0.85-0.99 index sonuç ara değer; >0.99 index sonuç pozitif; anti-CMV IgG için <5.99 AU/ml negatif; >5.99 AU/ml sonuç pozitif kabul edildi. Çalışma grubunda yer alan bireyler kıyaslama yapabilmek için; 0-3, 4-6, 7-9, 10-12, 13-15, 16-18 olarak farklı yaş gruplarına bölündü.

Araştırmanın Etik Yönü

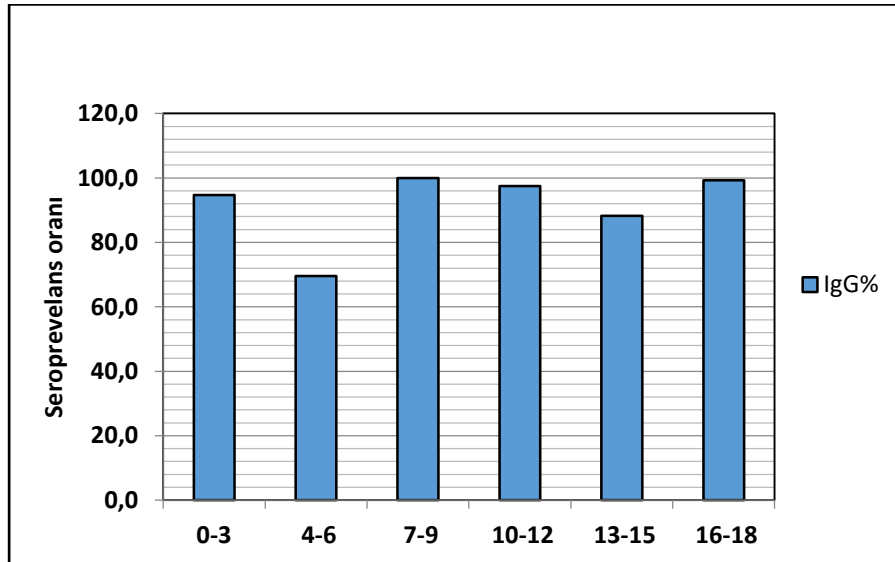
Bu çalışma "Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kuruldan (2019/20) alınan onay ile yürütüldü.

İstatistiksel Analiz

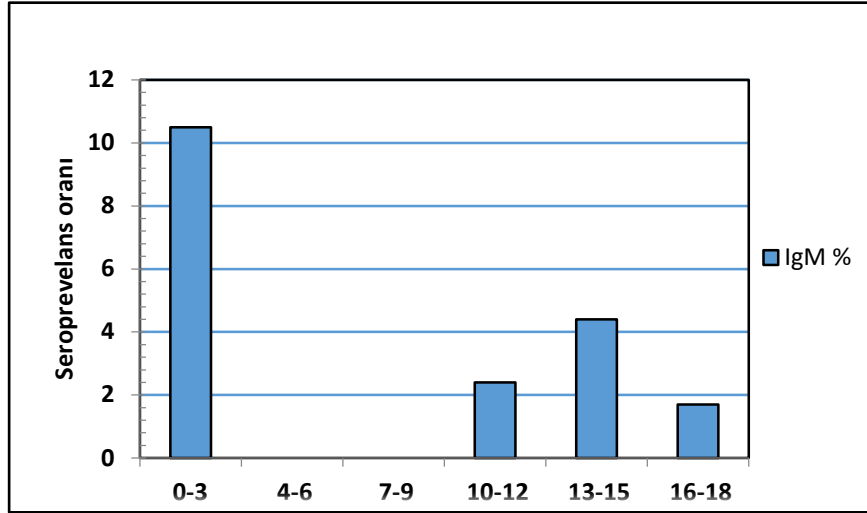
Çalışmamızda elde edilen verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde; SPSS 22,0 veri paket programı kullanıldı. Verilerin gösterilmesinde; standart sapma, ortalama, yüzde ve kategorik verilerin analizinde Fisher kesin olasılık testi ve ki-kare testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık sınırı $p < 0.05$ değeri kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmada 546 kişiye ait serum örneği sonuçları değerlendirildi. CMV serolojisi araştırılan grubun yaş ortalaması (14.2 ± 4.47) idi. Bu grupta 125 (%22.9) kişi erkek, 421 (%77.1) kişi kız idi. Grupta toplamda Anti-CMV IgG seropozitifliği %95.7 (491/513), anti-CMV IgM seropozitifliği %2.4 (13/546) bulundu. Kız çocuklarında anti-CMV IgG ve IGM pozitifliği sırasıyla %96.7, %2.4; erkek çocuklarda anti-CMV IgG ve CMV IgM seropozitifliği sırasıyla %92.6, %2.4 idi. Kız çocuklarında anti-CMV IgG seropozitiflik oranları daha yüksek olup bu oran istatistiki anlamda sınır değerlerde idi ($p=0,05$). Erkek ve kız çocukları arasında anti-CMV IgM seropozitiflik sonuçları arasında istatistiki anlamda fark yoktu ($p > 0,05$). Çalışmamızda elde toplu sonuçların dağılımı tablo 1’de ayrıntılı olarak gösterilmiştir. Anti-CMV IgG seropozitifliği 7-9, 16-18 yaş gruplarında daha yüksekti (Şekil 1). Anti-CMV IgM pozitifliği ise 0-3 yaş grubunda daha yüksekti (Şekil 2).



Şekil 1: Anti-CMV IgG Seropozitifliğinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı



Şekil 2: Anti-CMV IgM Seropozitifliğinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Tablo 1. Farklı Cinsiyet Ve Yaş Gruplarında Anti-CMV Igg-Igm Sonuçlarının Dağılımı

	Anti-CMV IgG			Anti-CMV IgM		Aradeğer	Toplam
	Pozitif	Negatif	Toplam	Pozitif	Negatif		
Cinsiyet							
Kız	379	13	392	10	6	405	421
Erkek	112	9	121	3	1	121	125
Yaş Grupları							
0-3	18	1	19	2	0	17	19
4-6	16	7	23	0	1	23	24
7-9	31	0	31	0	1	32	33
10-12	79	2	81	2	0	82	84
13-15	75	10	85	4	1	86	91
16-18	272	2	274	5	4	286	295

TARTIŞMA

Sitomegalovirüs (CMV) herpesvirüs ailesindedir. Herpesvirüsler gibi CMV'de enfeksiyondan sonra konakta gizli kalarak (*latensi*) yeniden etkinleşebilir (*re-aktivasyon*). Böylece CMV yineleyen enfeksiyona yol açmaktadır. Virüs ısıya, sabun, deterjan ve dezenfektanlara oldukça duyarlıdır (Stagno ve Britt, 2006). CMV immün sistemi sağlam çocuklar ve erişkinlerin %10'unda primer Epstein-Barr virüs enfeksiyonuna benzer mononükleoz sendromuna neden olurken, nadir olarak artrit, artralji, ülseratif kolit, pnömoni, hepatit, aseptik menenjit, miyokardit, Guillian-Barre sendromu, trombositopeni ve hemolitik anemi, gastroenterit, üveit ve transvers miyelite sebep olmaktadır (Ince, Celik Cengiz, Kanik, ve Sarioglu, 2016).

Sitomegalovirüs üst solunum yolundan ya da cinsel yol mukozasından alındıktan sonra viremi yapmaktadır. Enfeksiyonu geçiren insanlar tükürükleri, idrar ve cinsel yol salgıları ile

CMV'yi aylarca hatta yıllarca etrafa yayabilirler (Arısoy, 2011; Malm ve Engman, 2007). CMV geçişi bebeklerde doğumda annenin rahim ağzı ve vajen salgıları ile veya anne sütü aracılığıyla alabileceği gibi okul öncesi dönemde yuva ve anaokulu ortamlarında gerçekleşmektedir (Arısoy, 2011; Stagno ve Britt, 2006). CMV aşısı ve toksik olmayan antiviral ajanlar bulunana kadar, hijyenik önlemler korunmada çok önemlidir (Malm ve Engman, 2007). Bu nedenle hamile kadınlarda CMV'ye maruz kalma riskinin azaltılması arzu edilir. Gündüz bakım merkezlerinde veya kreşlerde bebeklerin tükürük veya idrarları ile temas ettikten sonra el yıkama gibi profilaktik hijyenik önlemler viral bulaşma riskini azaltmanın önemli yoludur (Malm ve Engman, 2007; Stagno ve Britt, 2006). Ülkeler arasında CMV seroprevalansındaki farklılığın bir sonucu olarak, konjenital CMV oranı % 0.15-2.0 arasında değişmektedir. İntrauterin enfekte bebeklerin %5-%15'inde semptom gözlenmektedir (Malm ve Engman, 2007). Hamilelik sırasında seronegatif kadınların %1-4'ünde primer CMV enfeksiyonları bildirilmiş olup fetüse virüs bulaşma riski % 30-40'tır. Bununla birlikte seropozitif kadınların %10-30'unda hamilelik sırasında CMV enfeksiyonunun yeniden aktivasyonu bildirilmiş olup bu durumda virüsün fetüse bulaşma riski yaklaşık % 1-3'dür (Malm ve Engman, 2007; Stagno vd., 1982).

Neokortikal nöronlar periventriküler çimlenme bölgesinden 12. ve 24. gebelik haftaları arasında kortikal plakaya doğru göç ederler (Gressens, 2006). Bu dönemde geçirilecek olan CMV enfeksiyonu beynin normal gelişimini bozarak çeşitli malformasyonlara sebep olabilir (Jones ve Care, 2003). Konjenital CMV enfeksiyonu sensörinöral işitme kaybının en önemli nedeni olup konjenital CMV'li tüm bebeklerin yaklaşık % 10-15'inde görülür (Stagno ve Britt, 2006).

CMV enfeksiyonu sıklığının yüksek olduğu toplumlarda doğuştan CMV enfeksiyonu da sıktır (Arısoy, 2011). Enfeksiyonun toplumlarda görülme sıklığı, yaş, yaşam koşulları ve toplumsal alışkanlıklara bağlı olarak değişir. Gelişmemiş ülkelerde çocukların çoğu virüsü ilk 3 yaşta edinir. ABD'de yapılan bir çalışmada CMV görülme sıklığı genel toplumda %59, kadınlarda %64, erkeklerde %54 olarak bulunmuştur (Arısoy, 2011; Staras vd., 2006).

Türkiye'nin Karadeniz bölgesinde hamile kadınlarda yapılan bir çalışmada anti-CMV IgG seropozitifliği %92.6-99.5 arasında saptanmıştır (Çeltek vd., 2014). Bununla birlikte çocuklarda CMV seroprevalansını araştıran çalışma çok azdır. Türkiye'de Ankara bölgesinde çocuklar üzerinde yapılan bir çalışmada anti-CMV seropozitifliği 6-11 ay arasında % 77, tüm çocuklarda % 90.6 olarak bildirilmiştir (Hizel vd., 1999). Antalya bölgesinde yapılan çalışmada anti-CMV seropozitifliği; 1-6, 7-14 ve 15-49 yaş gruplarında sırasıyla %82.1, %92 ve %97.8 olarak bulunmuştur (Ataman vd., 2007). Van bölgesinde 0-18 yaş arası çocuklarda

yapılan çalışmada anti-CMV IgG seropozitifliği toplamda %93,1 olarak rapor edilmiş (Okur, 2012).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak bu çalışma grubunda totalde anti-CMV IgG seropozitifliği %95.7 (491/513), anti-CMV IgM seropozitifliği %2.4 (13/546) bulunmuş olup, benzer çalışmalarla kıyaslandığında Erzurum bölgesindeki çocuklarda CMV seropozitiflik oranları daha yüksek bulunmuştur. Bu durum bölgemizdeki çocukların erken yaşlarda konjenital veya edinsel CMV etkenine maruz kaldığını göstermektedir.

Not: Çalışmamız Özet bildiri olarak INTERNATIONAL EUROASIA Congress on Scientific Researches & Recent Trends-VI Baku, Azerbaycan kongresinde 18-20 Mayıs 2020 tarihinde sunulmuştur.

KAYNAKLAR

- Arisoy, E. S. (2011). Sitomegalovirüs enfeksiyonları: Etken ve epidemiyoloji. *Journal of Pediatric Infection*, 5(1), 208-212.
- Ataman, S., Colak, D., Gunseren, F., Senol, Y., Colak, T., Aktekin, M. R., Gultekin, M. (2007). [Investigation of cytomegalovirus seroepidemiology in Antalya with a population-based cross-sectional study and review of related data in Turkey]. *Mikrobiyol Bul*, 41(4), 545-555.
- Colugnati, F. A. B., Staras, S. A. S., Dollard, S. C., Cannon, M. J. (2007). Incidence of cytomegalovirus infection among the general population and pregnant women in the United States. *BMC infectious diseases*, 7(1), 71.
- Çeltek, N. Y., Tetikçok, R., Günel, Ö., Demirtürk, F., Duygu, F., Barut, H. Ş., Erkorkmaz, Ü. (2014). Türkiye'nin Orta Karadeniz Bölgesi'nde Gebelerde Rubella, CMV ve Toksoplazmozis Seroprevalansı. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 6(1), 54-62.
- Gressens, P. (2006). Pathogenesis of migration disorders. *Current opinion in neurology*, 19(2), 135-140.
- Hizel, S., Parker, S., Onde, U. (1999). Seroprevalence of cytomegalovirus infection among children and females in Ankara, Turkey, 1995. *Pediatrics international*, 41(5), 506-509.
- Ince, T., Celik Cengiz, S., Kanik, A., Sarioglu, B. (2016). A case of severe thrombocytopenia developed due to cytomegalovirus and ganciclovir treatment in a healthy infant. *Izmir Dr Behcet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi*, 6(3), 231-233.
- Jones, C. A. (2003). Congenital cytomegalovirus infection. *Curr. Probl. Pediatr. Adolesc. Health. Care*, 33(3), 70-93.
- Malm, G., Engman, M. L. (2007). Congenital cytomegalovirus infections. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 12(3), 154-159.
- Okur, M. (2012). Van Gölü havzasında 0-18 yaş grubu çocuklarda Sitomegalovirus, Rubella ve Toksoplazma seroprevalansı. *Konuralp Tıp Dergisi*, 4(1), 13-16.
- Plosa, E. J., Esbenshade, J. C., Fuller, M. P., Weitkamp, J. H. (2012). Cytomegalovirus infection. *Pediatrics in Review*, 33(4), 156-163; quiz 163.

Stagno, S., Britt, B. (2006). Cytomegalovirus. In K. J. Remington JS, Wilson CB, Baker CJ (Ed.), Infectious diseases of the fetus and newborn infant (6th ed., pp. p. 740-781.). Philadelphia, PA: Elsevier Saunders.

Stagno, S., Pass, R. F., Dworsky, M. E., Henderson, R. E., Moore, E. G., Walton, P. D., ... Alford, C. A. (1982). Congenital cytomegalovirus infection: the relative importance of primary and recurrent maternal infection. New England Journal of Medicine, 306(16), 945-949.

Staras, S. A., Dollard, S. C., Radford, K. W., Flanders, W. D., Pass, R. F., Cannon, M. J. (2006). Seroprevalence of cytomegalovirus infection in the United States, 1988–1994. Clinical Infectious Diseases, 43(9), 1143-1151.

POSTPARTUM DEPRESYON DÜZEYİ İLE MATERNAL BAĞLANMA ARASINDAKİ İLİŞKİ

The Relationship between Postpartum Depression Level and Maternal Attachment

Zeliha ÖZŞAHİN¹  Emine AKÇA²  Nilay GÖKBULUT³ 
^{1,2}İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Malatya
³Çankırı Karatekin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çankırı

Geliş Tarihi / Received: 24.06.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 05.10.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ÖZ

Bu araştırma, postpartum depresyon (PPD) düzeyi ile maternal bağlanma arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı nitelikte yapılan bu araştırma Haziran-Eylül 2018 tarihleri arasında bir kamu hastanesinin lohusa servisinde yatan 371 anne üzerinde yürütülmüştür. Veriler, “Kişisel Tanıtım Formu”, “Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)” ve “Anne Bebek Bağlanması Ölçeği (ABBÖ)” ile toplanmıştır. İstatistiksel değerlendirmede; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Yaş ortalaması 28.0±5.7 olan annelerin %40.2’si ilköğretim ve altı mezunu olup, %6.3’ü gelirinin giderine eşit olduğu ve %11.3’ünün Suriyeli olduğu saptanmıştır. EPDS toplam puan ortalaması 5.61±4.51, ABBÖ toplam puan ortalaması 2.49±3.65’tir. EPDS ve ABBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (p<0.05). Ayrıca, PDD düzeyi arttıkça anne bebek bağlanmasının azaldığı görülmektedir.

Anahtar kelimeler: Ebe, Maternal Bağlanma, Postpartum Depresyon

ABSTRACT

This study has been conducted to determine the relationship between postpartum depression (PPD) level and maternal attachment. This cross-sectional study has been conducted with 371 mothers who were hospitalized in a public hospital's maternity service between June-September 2018. The data of the study have been collected with 'Personal Information Form', 'Edinburg Postpartum Depression Scale (EPDS)' and 'Mother to Infant Bonding Scale (MIBS)'. For the statistical analysis; number, percentage; mean, standard deviation and Pearson correlation analysis have been used. It has been determined that, of the mothers whose mean age was 28.0±5.7, 40.2% were primary school and below graduates, 69.3% had equal income and expense, and %11.3 were Syrian. The average total score of the EPDS is 5.61±4.51; the average total score of the MIBS is 2.49±3.65. A statistically significant relationship has been found between the EPDS and MIBS mean scores (p<0.05). In addition, it is observed that as the PPD level increases maternal attachment decreases.

Keywords: Maternal Attachment, Midwife, Postpartum Depression

GİRİŞ

Gebelik ve postpartum dönem genellikle anneler için mutluluk verici bir dönemdir. Fakat bazı anneler için bu durum stresli bir dönemde olabilir (Gao, Chan, You, ve Xiaomao Li, 2009). Doğum sonrası dönemde görülen ruhsal sorunlar, annelik hüznü, PPD ve doğum sonrası psikozdur (M.C. Aktaş, Şimşek, ve S. Aktaş, 2017). PPD doğumdan sonraki dört ile altı hafta içinde meydana gelen ve birbirini izleyen en az iki hafta süren majör depresif bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (American Psychiatric Association, 2000). Başka bir tanıma göre PPD, annelerin yeni doğan bebeklerine karşı hissetmelerini beledikleri sevgi ve mutluluğu çalan tehlikeli bir hırsızdır (Beck, 2002). Özellikleri arasında depresif ruh hali, anksiyete, kompulsif düşünceler, konsantre olma zorluğu, bebek uyurken bile yetersiz uyku, iştahsızlık, ajitasyon, sinirlilik, kontrol kaybı, yetersizlik hissi, baş edememe, irrasyonel korkular, yorgunluk, libido kaybı, suçluluk duygusu ve umutsuzluk sayılabilir. Bazı durumlarda anne intihar / veya bebeğini öldürme planları yapabilir (Goodman, 2004). PPD’de semptomlar, ‘annelik hüznü’ tablosuna göre daha şiddetli olup hastada intihar düşünceleri olabilmektedir (Erdem ve Bucaktepe, 2012). Postpartum depresyon annelerin %10-20’sini etkilemektedir (WHO, 2012; WHO 2015). Ülkemizde ise bu oran %12.5-%28.1 arasındadır (Arslantaş, Ergin, ve Balkaya, 2009; Kumcağız, 2018). Bazı anneler bu dönemi ölümü yakından hissetmek ve yaşamaktan korkmak olarak anlatmışlardır (Beck, 2002). Hindistanda yapılan bir çalışma PPD deneyimlerinin sosyal problemler, zayıf evlilik ilişkisi ve cinsiyete karşı kültürel tutumlarla ilişkili olduğunu göstermiştir (Rodrigues, Patel, Jaswal, ve Souza, 2003). PPD deneyimleyen Çinli kadınlar ise bu durumu, güçlü kanunların etkisi ve eşlerinin umursamaz tavırları arasında sıkıştıkları için bebeklerine karşı ambivalans duygular hissettiklerini dile getirmişlerdir (Chan, Levy, Chung, ve Lee, 2002). PPD annelik rolünü etkileyerek maternal bağlanmayı olumsuz etkiler (Delavari, Mohammad Alizadeh, ve Mirghafourvand, 2018). Maternal bağlanma, yaşamın ilk günlerinde başlar, anne ve bebek arasında özel bir bağ olarak tanımlanır (Soysal, Bodur, İşeri, ve Şenol 2005). Bowlby, çocuğun yaşamını sürdürmesi için anneye veya onu rahatlatan bir başka bireye bağlanmanın çocukların hayatı için önemli bir faktör olduğunu savunmaktadır (Bowlby, 1982). Yaşamın ilk anlarında başlayan, bebek ile anne arasında zamanla gelişen, muhteşem bir duygusal ilişki olan maternal bağlanma, doğum sonu süreçte annenin sosyal ve psikolojik durumundan etkilenebilmektedir (Çankaya, Yılmaz, Can, ve Kodaz, 2017). Maternal-fetal bağlanma davranışları, uygun doğum öncesi bakım, beslenme koşulları, fetüs hakkında bilgi sahibi olma ve annenin gebelik sonucundan memnun kalmasına bağlı olabilir (Zahrani, Rafie, Hajian, Majd, ve Izadi 2019). Bazı çalışmalar maternal

bağlanmanın; kişilik özellikleri, evlilik ilişkileri, bebeğin görüntüsü, annenin geçmişi, sosyo-ekonomik durum, planlanmamış gebelik, annenin yaşı, eğitim düzeyi gibi faktörlerden etkilendiğini belirtmektedir (Dekel, Thiel, Dishy, ve Ashenfarb, 2018; Zahrani vd., 2019). Anksiyetesi yüksek ve depresif belirtileri olan annelerin, maternal bağlanmaları ve bebeklerine karşı duyarlılıkları daha düşüktür (Dekel vd., 2018). Postpartum dönemde sosyal ve duygusal açıdan sorun yaşamayan anneler bebeklerini emzirmekten mutluluk duymakta, bebeklerini isteyerek kucaklamakta, bebek ağladığında bebeğiyle ilgilenerek onları sakinleştirmeye çalışmakta ve bebekleriyle güzel zaman geçirerek aralarındaki maternal bağlanmaları güçlenmektedir. Ruhsal problemleri olan anneler ise bebekleriyle ilgilenmek istememekte, bebeklerini yalnız bırakmakta, bebeğe sözlü veya sözsüz sevgi davranışlarında bulunmamaktadırlar. Sonuç olarak da anne ve bebek arasında olumsuz duygusal bir ilişki gelişmekte ve maternal bağlanma gerçekleşmemektedir. Bu durum bebeğin fiziksel, zihinsel, emosyonel, sosyal hatta dil gelişiminde problemler yaşanmasına yol açmaktadır (Çankaya vd., 2017). Yapılan bir çalışmada depresyonun maternal bağlanmayı etkilemediği (Fowles, 1996), farklı bir çalışmada anksiyetenin bağlanmayı arttırdığı ve kaygı düzeyi yüksek annelerin bebeklerine daha fazla özen gösterdiği belirtilmiştir (Khorrami Rad, Mousavi Lotfi, ve Sho'ori Bidgoli, 2010). Bazı çalışmalarda ise depresyonun maternal bağlanmayı olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (Delavari vd., 2018; McFarland vd., 2011). Bu çalışmada PPD düzeyi ile maternal bağlanma arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmaktadır.

GEREKÇE VE YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılan bu çalışma PPD düzeyi ile maternal bağlanma arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırmanın verileri bir kamu hastanesinin lohusa servisinde Haziran 2018-Eylül 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini bir kamu hastanesinin lohusa servisinde yatan anneler oluşturmuştur. Hastanenin bilgi işlem servisinden alınan kayıtlara göre 2017 yılında 7493 doğum olmuştur. Power analizi yaptığımızda örneklem büyüklüğü %95 güven aralığı ve %95 evreni temsil gücüyle 366 anne olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve

alınma kriterlerini sağlayan anneler olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile ilgili evrenden seçilmiş ve 371 anne ile çalışma tamamlanmıştır.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

- ✓ İlgili hastanede doğum yapmış olma,
- ✓ İletişime engel bir problemi olmama,
- ✓ Tanı almış psikiyatrik bir hastalık olmama.

Veri Toplama Araçları

Veriler, "Kişisel Tanıtım Formu", "Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği" "Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır.

Kişisel Tanıtım Formu

Literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulan kişisel tanıtım formunda, annelerin sosyo-demografik özelliklerini ve obstetrik özelliklerini sorgulayan 24 soru yer almaktadır.

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)

Türkçe uyarlaması Engindeniz ve ark. tarafından yapılmış olan EDSDÖ ölçeği tarama amaçlı olup postpartum dönemdeki annelerde depresyon riskinin olup olmadığını belirlemeye yönelik hazırlanmış bir ölçektir (Engindeniz, Küey, ve Kültür, 1997). Bu ölçek, 0-3 arasında puanlanan dördümlük likert tipinde ve 10 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten en az 0 ve en fazla 30 puan alınabilmektedir. Değerlendirmede 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanan maddeler 1., 2., ve 4. madde iken 3, 2, 1, 0 yani ters olarak puanlanan maddeler ise 3., 5., 6., 7., 8., 9., ve 10. maddedir (Bilgin ve Alpar 2018). Ölçeğin kesme puanı 12'dir. Engindeniz'in çalışmasında Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı 0.79 olarak hesaplanmıştır (Engindeniz vd., 1997). Bu çalışmada Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı 0.72'dir. Değerlendirme sonucunda ölçekten 12 ve daha fazla puan alan kadınlar risk grubu olarak kabul edilmektedir.

Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ)

Taylor ve ark. tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe uyarlaması Karakulak ve Alpar tarafından yapılmıştır (Karakulak ve Alpar, 2016). ABBÖ, annelere bebeğine karşı ne hissettiğini tek bir kelime ile ifade etmesine fırsat vermektedir. Dördümlük likert biçiminde hazırlanan ABBÖ 8 maddeden oluşmaktadır. Yanıtlar 0-3 arasında puanlanmakta, ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 iken, alınabilecek en yüksek puan 24'tür. Değerlendirme yapılırken olumlu duyguları ifade eden maddeler 1., 4., ve 6. olup 0, 1, 2, 3 şeklinde

puanlanırken; olumsuz duyguları ifade eden maddeler 2., 3., 5., 7. ve 8. olup 3, 2, 1, 0 şeklinde ters olarak puanlanmaktadır. Ölçeğin cronbach alpha güvenirlik katsayısının 0.66 olduğu bildirilmiştir (Karakulak ve Alparlan, 2016). Bu çalışmada ise Cronbach Alpha 0.74 olarak hesaplanmıştır.

Verilerin Toplanması

Veriler bir kamu hastanesinde lohusa servisinde yatan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan postpartum 1. günde olan annelerden hafta içi günlerde saat 08:00 ile 12.00 arasında araştırmacılar tarafından toplanmıştır. Yapılan görüşmeler yaklaşık olarak 10 dakika sürmüştür.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yürütülebilmesi için İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alındı (Karar No: 2018/15-16). Serviste yatan annelerden bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra anketler uygulanmaya başlanmıştır.

Araştırmanın Sınırlılığı

Bu araştırma, sadece bir kamu hastanesinde yatan anneler ile gerçekleştirilmiştir. Elde edilen sonuçların tüm annelere genellenememesi araştırmanın sınırlılıklarındandır.

Verilerin Analizi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 22.0 paket programını kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede; aritmetik ortalama, yüzdeler dağılımı, standart sapma, pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Tablo 1. Annelerin Bazı Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı (n=371)

Özellikler	Ort± SS	
Yaş (yıl)	28.0±5.7	
Yaş grubu	n	%
18-34 (yıl)	309	83.3
≥35(yıl)	62	16.7
Eğitim düzeyi		
Okur yazar/ İlkokul	150	40.8
İlköğretim	108	29.5
Ortaöğretim	74	20.2
Üniversite mezunu ve üstü	39	10.5
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	35	9.4
Çalışmıyor	336	90.6
Ekonomik Düzey		
Düşük	54	14.6

Orta	257	69.3
Yüksek	60	16.2
Aile tipi		
Geleneksel	107	28.8
Çekirdek	264	71.2
Gebelik sayısı		
1.gebelik	86	23.2
2.gebelik ve üstü	285	76.8
Gebeliğin planlı olması		
Hayır	85	22.9
Evet	286	77.1
Prenatal dönemde eğitim alma		
Hayır	254	68.5
Evet	117	31.5
Gebelikte yakınma yaşama		
Hayır	312	84.1
Evet	59	25.9
Doğum şekli		
Sezeryan	102	28.8
Vajinal	264	71.2
Doğumu gerçekleştiren sağlık profesyoneli		
Ebe	250	67.38
Doktor	25	6.7
Ebe ve doktor	96	25.8
Doğumda sorun yaşama		
Hayır	312	87.6
Evet	46	12.4
Bebeginizi ne zaman kucağınıza aldınız		
İlk yarım saatte	216	58.2
İlk bir saatte	97	26.2
1 saat ve daha uzun zaman sonra	58	15.6
Toplam	371	100

Tablo 2. Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) ve Anne Bebek Bağlanması (ABBÖ) Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamaları ve Alınabilecek Minimum Maximum Puanlar ve Alınan Minimum Maximum Puanlar (n =371)

Değişken	X ±SS	Alınabilecek min/max puanlar	Alınan min/max puanlar
Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (EPDS)	5.61±4.51	0-30	0-24
Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ)	2.49±3.65	0-24	0-22

Tablo 2’de EDSDÖ ve ABBÖ ölçeğinden alınan puan ortalamaları ve alınabilecek minimum maximum puanlar ve araştırmaya katılan annelerin aldıkları minimum maximum puanlar verilmiştir. EDSDÖ’den alınan puan ortalaması 5.61±4.51, ABBÖ alınan puan ortalaması 2.49±3.65’tir. Ölçeklerden alınabilecek minimum-maximum puanlar sırası ile 0.00-30, 0.00-24 (EDSDÖ, ABBÖ) alınan minimum-maximum puanlar sırası ile 0.00–24.00 ve 0.00–22.00’dir.

Tablo 3. Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) ve Anne Bebek Bağlanması Ölçeği (ABBÖ) Toplam Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Edinburgh Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)	r	p
Anne Bebek Bağlanması Ölçeği (ABBÖ)	-0.171	0.001

Tablo 3'te EDSDÖ ve ABBÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki verilmiştir. Buna göre EDSDÖ ile ABBÖ arasında negatif bir ilişki olduğu, annelerin PPD puanı arttıkça anne bebek bağlanmasının azaldığı saptanmıştır.

TARTIŞMA

PPD düzeyi ile maternal bağlanma arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırma ilgili literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

PPD, mümkün olan en kısa zamanda tespit edilip tedavisinin başlanması, annenin, yenidoğanın ve ailenin diğer üyelerinin olumsuz bir deneyim yaşamadan bu süreci başarılı bir şekilde atlatalmaları bakımından son derece önemlidir (Arslantaş vd., 2009). Postpartum dönemde, yenidoğan ile anne arasındaki bağın bir an önce kurulması ve annelik rolünün kazanılmasında bağlanmanın önemli olduğu, maternal bağlanmanın anne-bebek ilişki kalitesini ve ebeveynlik davranışını da etkilediği belirtilmektedir (Kurt, Küçükoglu, Özdemir, ve Özcan, 2020).

Araştırmaya katılan annelerin PPD düzeyinin düşük, maternal bağlanmalarının yüksek olduğu görülmektedir. PPD'nin nedeni tam olarak bilinmemektedir. Fakat bazı araştırmacılar, psikiyatrik hastalık olma durumu, sosyoekonomik düzey, sosyal destek varlığı, eş ilişkisi (Robertson, Grace, Wallington, ve Stewart, 2004; Stewart, Robertson, Dennis, Grace, ve Wallington, 2003), planlanmamış gebelikler, gebelikte sorun yaşama gibi durumların (Adama vd., 2015) postpartum depresyona neden olduğunu ileri sürmektedir. Araştırma bulgumuzun, katılımcıların büyük çoğunluğunun planlı olarak gebe kalması, gebeliklerinde ve doğumda sorun yaşamaması, bebeğini kısa zamanda kucağına alması ile ilişkili olduğu düşünülebilir. Karabulutun yapmış çalışmada EDSDÖ toplam puan ortalaması 6.017 (Karabulut, 2014), Kumcağızın yapmış olduğu çalışmada EDSDÖ toplam puan ortalaması 7.10 olduğu saptanmıştır (Kumcağız, 2018). Goodman'ın yapmış olduğu çalışmada doğum sonrası depresyonun başlangıcı tipik olarak doğumdan sonraki ilk birkaç hafta veya aylar içinde ortaya çıkabileceği hatta kadınların 1 yıl boyunca bu belirtileri gösterebileceği belirtilmektedir (Goodman, 2004). Bu çalışmalar araştırma bulgumuz ile benzerlik göstermektedir. Postpartum

ilk 24 saatte 1456 kadın ile yapılan bir çalışmada kadınların %27.5'inin ruhsal bir problem yaşadığı (Sefogah, Samba, Mumuni, ve Kudzi, 2020), farklı bir çalışmada kadınların %23.4'ünün PPD yaşadığı ve dünya genelinde PPD'de artan bir eğilim olduğu belirtilmektedir (Adama vd., 2015). Bu nedenle ülkemizde farklı örneklerde PPD'nin araştırılması önerilebilir.

Gebelik ve doğum sonrası dönemde maternal bağlanma düzeyinin artması anneyi PPD'ye karşı korumaktadır (Delavari vd., 2018). Bu çalışmada da PPD düzeyi ile anne bebek bağlanması arasında negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 3). PPD düzeyi arttıkça maternal bağlanma azalmaktadır. Yapılan bir çalışmada kaygılı bağlanma biçimine sahip annelerin, bebeklerine bağlanma puanlarının düştüğü sonucu bulunmuştur (Şen, 2007). Yapılan başka bir çalışmada prenatal bağlanması az olan kadınların PPD düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Delavari vd., 2018). Bilgin ve Alpar'ın yapmış olduğu çalışmada da postpartum depresyon düzeyi ile anne bebek bağlanması arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır (Bilgin ve Alpar, 2018). Araştırma bulgusu ilgili literatürle benzerlik göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma sonucumuz; maternal bağlanmanın PPD düzeyinden etkilendiğini göstermektedir. Hastane ve Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) annelerle yakın bir ilişki kurarak çalışan ebeler, annelerin kültürel ve bireysel farklılıklarını göz önünde bulundurmalıdır. Ebeler annelerin gerçekçi beklentilerini belirleyerek, anne yeterliliğini teşvik ederek ve problem çözme, başa çıkma ve kişilerarası becerileri geliştirerek kadınların yeni annelikle baş etmelerine yardımcı olup maternal bağlanmayı arttırabilirler. Ayrıca ASM'lerde çalışan ebelerin postpartum ziyaretler yaparak anneleri depresyon ve bağlanma belirtileri yönünden izlemeleri erken teşhis ve tedavi açısından önemlidir.

KAYNAKLAR

- Adama, N. D., Foumane, P., Olen, J. P. K., Dohbit, J. S., Meka, E. N. U., Mboudou, E. (2015). Prevalence and risk factors of postpartum depression in Yaounde, Cameroon. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 5(11), 608.
- Aktaş, M. C., Şimşek, Ç., Aktaş, S. (2017). Postpartum depresyonun etiyolojisi: Kültür etkisi. *JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 3(1), 10-13.
- American Psychiatric Association Diagnostic Criteria for DSM-IV-TR. APA, (2000). Washington DC.
- Arslantaş, H., Ergin., F, Balkaya N. A. (2009). Aydın il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenleri. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 10(3), 13- 22.
- Beck, C.T. (2002). Postpartum depression: A metasynthesis. *Qualitative Health Research*, 12(4), 453-472.

- Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss Volume I: Attachment*. 2nd ed. New York: Basic Books, Inc.
- Bilgin, Z., Alpar, Ş. E. (2018). Kadınların maternal bağlanma algısı ve anneliğe ilişkin görüşleri/The relationship between maternal attachment perception of women's maternal role. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(1), 6-15.
- Chan, S., Levy, V., Chung, T. K., Lee, D. (2002). A qualitative study of the experience of a group of Hong Kong Chinese women diagnosed with postnatal depression. *Journal of Advanced Nursing*, 39(6), 571-579.
- Çankaya, S., Yılmaz, S. D., Can, R., Kodaz, N. D. (2017). Postpartum depresyonun maternal bağlanma üzerine etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8, 232-40.
- Dekel, S., Thiel, F., Dishy, G., Ashenfarb, A. L. (2018). Is childbirth-induced PTSD associated with low maternal attachment?. *Archives of women's mental health*, 22, 119-122.
- Delavari, M., Charandabi, M. A., Mirghafourvand, M. (2018). The relationship of maternal-fetal attachment and postpartum depression: A Longitudinal Study. *Archives of psychiatric nursing*, 32(2), 263-267.
- Engindeniz, A. N., Küey, L., Kültür, S. (1997). Edinburg doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bahar Sempozyumları 1. Kitabı*. Ankara: Psikiyatri Derneği Yayınları, 51-52.
- Erdem, Ö., Bucaktepe, E. (2012). Postpartum depresyon görülme sıklığı ve tarama yöntemleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 39(3), 458-461.
- Fowles, E. R. (1996). Relationships among prenatal maternal attachment, presence of postnatal depressive symptoms, and maternal role attainment. *Journal of the Society of Pediatric Nurses: JSPN*, 1(2), 75-82.
- Gao, L. L., Chan, S. W. C., You, L., Li X. (2010). Experiences of postpartum depression among first-time mothers in mainland China. *Journal of Advanced Nursing*, 66(2), 303-312.
- Goodman, J. H. (2004). Postpartum depression beyond the early postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, ve Neonatal Nursing*, 33(4), 410-420.
- Karakulak, H. A., Alparslan, Ö. (2016). Anne-bebek bağlanma ölçeğinin Türk toplumuna uyarlanması: Aydın örneği. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(3), 188-199.
- Khorrami Rad A., Mousavi Lotfi, S. M., Sho'ori Bidgoli, A. (2011). The Study of postpartum depression ve its relevant factors in city of Qom. *Research Journal for Shahid Beheshti University of Medical Sciences*, 15(2), 62-66.
- Kumcağız, H. (2018). Yaşam doyumu, postpartum depresyon ve özkıyım olasılığı arasındaki ilişki. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(1), 1-9.
- Kurt, F. Y., Küçükoglu, S., Özdemir, A., Özcan, Z. (2020). The effect of kangaroo care on maternal attachment in preterm infants. *Niger J Clin Pract* 23, 26-32.
- Karabulut, G. (2014). Gebelikte doğum beklentisinin postpartum depresyon geliştirme üzerine etkisi. Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- McFarland, J., Salisbury, A. L., Battle, C. L., Hawes K., Halloran, K., Lester, B. M. (2011). Major depressive disorder during pregnancy and emotional attachment to the fetus. *Arch Womens Ment Health* 14, 425-434.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26, 289-95.
- Rodrigues, M., Patel, V., Jaswal, S., Souza, N. (2003). Listening to mothers: qualitative studies on motherhood and depression from Goa, India. *Social Science and Medicine*, 57(10), 1797-1806.

Sefogah, P. E., Samba, A., Mumuni, K., Kudzi, W. (2020). Prevalence and key predictors of perinatal depression among postpartum women in Ghana. *International Journal of Gynecology ve Obstetrics*, 149(2), 203-210.

Soysal, A. Ş, Bodur, Ş., İşeri, E., Şenol, S. (2005). Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış. *Klinik Psikiyatri*, 8(2), 88-99.

Stewart, D. E., Robertson, E., Dennis, C. L., Grace, S. L., Wallington, T. (2003) *Postpartum depression: literature review of risk factors and interventions. Toronto: University Health Network Women's Health Program for Toronto Public Health*, 1-289.

Şen, S. (2007). Anneane-anne-bebek bağlanmasının incelenmesi. Yüksek lisans tezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>. 224800.


Zahrani, S. T., Rafiei, E. H., Hajian, S., Majd, H. A., Izadi, A. (2020). The Correlation between spiritual health and maternal-fetal attachment behaviors in pregnant women referring to the health centers in Qazvin, Iran. *IJCBNM*, 8(1), 84-91.

World Health Organization, (2012). 20.09.2020 tarihinde http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/en/ adresinden erişildi.

World Health Organization, (2015). 20.09.2020 tarihinde http://www.who.int/mental_health/maternalchild/maternal_mental_health/en/ adresinden erişildi.

PREPARATION OF ALLANTOIN LOADED CHITOSAN NANOPARTICLES AND INFLUENCE OF MOLECULAR WEIGHT OF CHITOSAN ON DRUG RELEASE

Allantoin Yüklü Kitosan Nanopartiküllerinin Hazırlanması ve Kitosanın Moleküler Ağırlığının İlaç Salımı Üzerindeki Etkisi

Ahmet ULU¹ 

¹Inonu University, Faculty of Arts and Science, Malatya, Turkey

Geliş Tarihi / Received: 29.06.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 07.10.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ABSTRACT

In this study, allantoin-loaded chitosan nanoparticles were prepared and the effect of molecular weights (low, medium, and high) of chitosan was investigated on the release of allantoin. The allantoin-loaded chitosan nanoparticles were characterized by various methods. The morphology, size, zeta potential, and loading efficiency were affected by the molecular weight of chitosan. The results displayed that the average hydrodynamic diameter of chitosan nanoparticles was in the range of 427–768 nm and the zeta potential values from 5.97 to 5.12 mV was obtained. The allantoin release from chitosan nanoparticles reached the plateau level in 96 hours. Cumulative allantoin release values of low, medium, and high molecular mass chitosan nanoparticles were determined as 43%, 30%, and 27%, respectively. According to the results, the molecular weight of chitosan influenced on allantoin release.

Keywords: Allantoin, Chitosan Nanoparticles, Drug Release, Molecular Weights

ÖZ

Bu çalışmada, allantoin yüklü kitosan nanopartikülleri hazırlanmış ve kitosanın moleküler ağırlıklarının (düşük, orta ve yüksek) allantoin salınımı üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Allantoin yüklü kitosan nanopartikülleri çeşitli yöntemlerle karakterize edilmiştir. Morfoloji, boyut, zeta potansiyeli ve yükleme etkinliği, kitosanın moleküler ağırlığından etkilenmiştir. Sonuçlar, kitosan nanopartiküllerinin ortalama hidrodinamik çapının 427-768 nm aralığında olduğunu ve 5.97 ila 5.12 mV'lik zeta potansiyelinin elde edildiğini göstermiştir. Kitosan nanopartiküllerinden allantoin salınımı 96 saat içinde plato seviyesine ulaşmıştır. Kümülatif allantoin salım değerleri düşük, orta ve yüksek molekül ağırlıklı kitosan nanopartikülleri için sırasıyla %43, %30 ve % 27 olarak tespit edilmiştir. Sonuçlara göre kitosanın molekül ağırlığı allantoin salınımını etkilemiştir.

Anahtar kelimeler: Allantoin, İlaç Salınımı, Kitosan Nanopartiküller, Moleküler Ağırlığı

INTRODUCTION

In recent years, natural and synthetic polymeric materials have been extensively utilized as a drug carrier in drug delivery applications (Odeniyi, Omoteso, Adepoju, & Jaiyeoba, 2018; Severino et al., 2019). Among them, chitosan (CHS) has a promising carrier because it has many superior properties, such as nontoxicity, biocompatibility, and biodegradability (Meng, Zhang, Agrahari, Ezoulin, & Youan, 2014). It is a water-soluble, linear cationic polysaccharide, that is obtained by the deacetylation of chitin, which is one of the most abundant natural polysaccharides (Meng, Sturgis, & Youan, 2011). Moreover, CHS has functional groups, such as hydroxyl, amine, and amide groups (Senda, He, & Inoue, 2002). Therefore, it can be easily modified and interacted with other compounds for various applications. In particular, free amino groups of CHS can be positively charged in an acidic environment, which allows interaction with the negatively charged compound for drug delivery applications (Calvo, Remuñan-López, Vila-Jato, & Alonso, 1997; Meng et al., 2011). Sodium tripolyphosphate (STPP) is a polyvalent anion with three negatively charged phosphate groups. Therefore, it can be crosslinked with CHS. Chitosan nanoparticles (CHS NPs) occur spontaneously with intermolecular and molecular bonds formed between the amino groups of CHS and the phosphate of STPP (Calvo et al., 1997; Meng et al., 2011). CHS NPs have been commonly used because of favorable advantages such as biodegradability, ease of synthesis, biocompatibility, and low cost for drug delivery applications (Cetin et al., 2007; Naskar, Koutsu, & Sharma, 2019; Tiğli Aydın & Pulat, 2012).

The allantoin (5-ureide-hydantoin) is a natural active compound that helps to alleviate skin irritation and moisturize the skin by regulating the anti-inflammatory response, stimulating extracellular matrix synthesis and fibroblast proliferation (Yaşayan, Karaca, Akgüner, & Bal Öztürk, 2020). It is widely used in cosmetic and pharmaceutical preparations for different therapeutic purposes (Araújo, Grabe-Guimarães, Mosqueira, Carneiro, & Silva-Barcellos, 2010). However, there are very few studies reporting allantoin release in literature. For example, Ke et al. (Ke et al., 2016) prepared, characterized, and investigated the allantoin release properties of allantoin-loaded porous silica nanoparticles/polycaprolactone nanofiber composites. In another study, Yaşayan et al. (Yaşayan et al., 2020) fabricated chitosan/collagen composite films encapsulating allantoin and lidocaine hydrochloride as wound dressing material.

To the best of my knowledge, this is the first article to investigate the use of CHS NPs in allantoin release. For this purpose, we prepared chitosan nanoparticles (CHS NPs) from

CHS of different molecular weights via ionic gelation, and the effect of CHS molecular weight was investigated on the release of allantoin. The physicochemical characteristics of CHS NPs such as functional group, crystallinity, particle size, zeta potential, morphology, elemental analysis was evaluated by using Fourier transform infrared spectroscopy-attenuated total reflectance (FTIR-ATR), X-ray diffraction (XRD), dynamic light scattering (DLS), scanning electron microscopy (SEM), energy-dispersive X-ray spectroscopy (EDX). In addition, loading efficiency and the *in vitro* release profile of allantoin was evaluated at pH=5.

MATERIALS AND METHODS

Materials

Low-molecular weight CHS (75-85% deacetylated), medium-molecular weight CHS (75-85% deacetylated), high-molecular weight CHS (>75% deacetylated), glacial acetic acid, allantoin ($\geq 98\%$) were purchased from Sigma-Aldrich. Sodium triphosphate (STPP) was obtained from Merck. All other chemicals were reagent grade and used without further purifications. The ultrapure water was used in all experiments.

Preparation of CHS NPs

The CHS NPs were prepared by using the ionic interaction between positively charged CHS solution and negatively charged STPP solution (Figure 1) (Li, Wang, Peng, She, & Kong, 2011; Rampino, Borgogna, Blasi, Bellich, & Cesàro, 2013). Briefly, the CHS powders were firstly dissolved in 1% aqueous acetic acid solution at a concentration of 3 mg ml⁻¹. The CHS solutions were stirred overnight to obtain a homogeneous and clear solution. The pH value of the CHS solution was adjusted to 5.5 using NaOH aqueous solution (1 M). Meanwhile, STPP powder was dissolved in distilled water with a concentration of 2 mg ml⁻¹ and filtered through 0.45 μ m membrane filter. Afterward, 4 ml of the STPP solution was dropped into 10 ml of the CHS solutions under vigorous magnetic stirring at room temperature. The resulting mixture was kept stirring for 30 min to complete ionic gelling and to form CHS NPs. After 30 min, the formed CHS NPs were collected by centrifugation at 14.000 rpm for 30 min. To calculate loading efficiency, the supernatants were kept at room temperature. Finally, the collected CHS NPs were lyophilized for 24 h by using a freeze dryer under -80 °C and stored at +4 °C for next use.

Preparation of the allantoin-loaded CHS NPs

The allantoin-loaded CHS NPs were synthesized in the same way as described for CHS NPs. Allantoin (1.5 mg ml^{-1}) was dissolved directly in STPP solution before the preparation of CHS NPs and the above method was then applied.

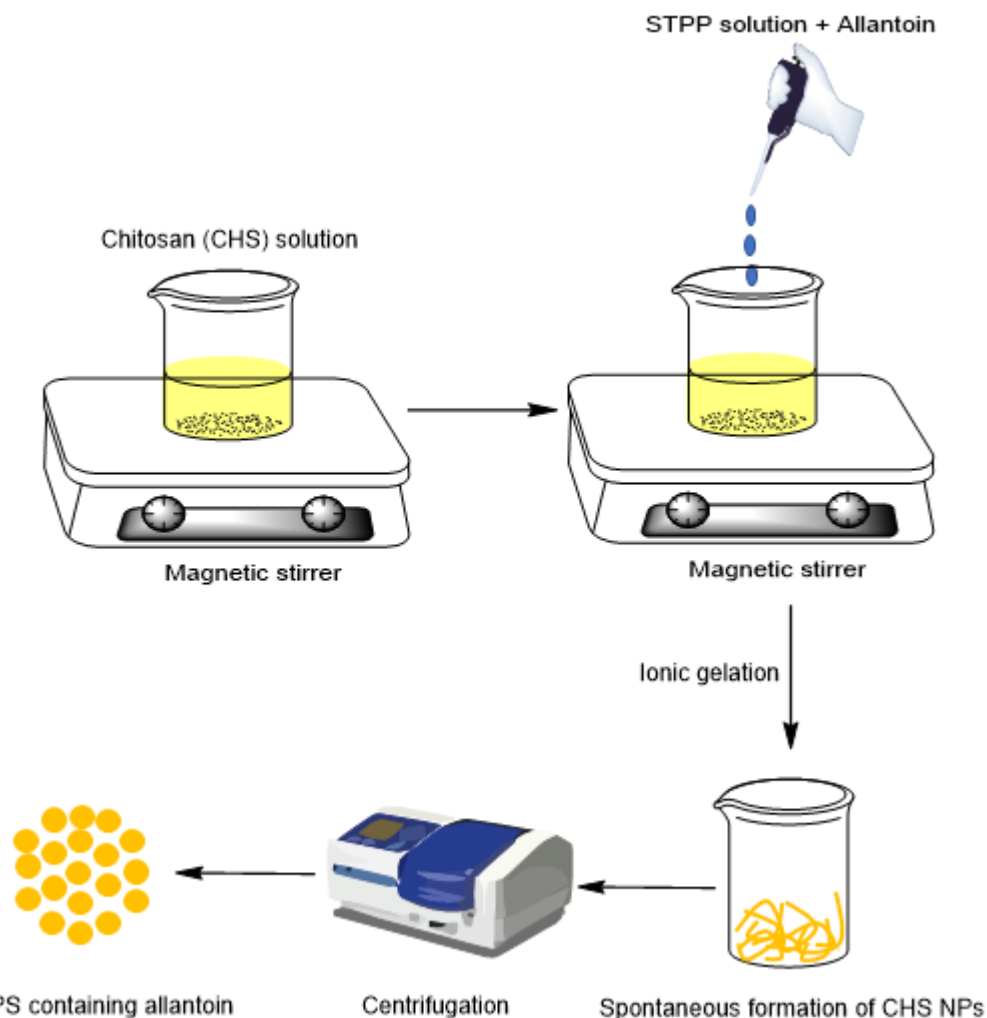


Figure 1. Schematic Diagram of Preparation of the Allantoin-Loaded and Pure CHS NPs.

Characterization methods

FTIR-ATR analysis

The FTIR-ATR spectra of samples were determined using an FTIR-ATR (PerkinElmer). The spectra were recorded in the region between 4000 and 400 cm^{-1} .

XRD analysis

XRD patterns of CHS NPs crosslinking with STPP were obtained by using powder XRD (Rigaku RadB). The CHS NPs were analyzed in 2θ angle range of $2\text{--}80^\circ$ at a scanning rate of $2^\circ 2\theta^{-1} \text{ min}^{-1}$.

Hydrodynamic diameter and zeta potential measurement

Average hydrodynamic diameter and zeta potential values of the prepared NPs were measured by using a Zetasizer Nano ZS (Malvern, UK). Size measurements were carried out at room temperature.

SEM and EDX analysis

The micrographs of all samples were analyzed by SEM (LEO Evo-40 VPX). EDX analysis was carried out via a Rontec Xflash detector analyzer equipped with SEM.

Loading efficiency (LE)

Allantoin-loaded CHS NPs were separated from the suspension by centrifugation at 10.000 rpm for 30 minutes. The supernatant was collected and was assayed by UV spectrophotometer (UV-1601 Shimadzu) at 230 nm. The LE value was calculated using the following formula:

$$LE (\%) = \frac{\text{Total allantoin} - \text{Free allantoin}}{\text{Total allantoin}} \times 100$$

***In vitro* release of allantoin**

The *in vitro* drug release of allantoin from CHS nanoparticles was investigated via the dialysis tubing membrane technique. Briefly, the freeze-dried CHS-allantoin nanoparticles (20 mg) were placed into dialysis tubes. The dialysis tubes were soaked into PBS solutions (pH: 5.0) and were incubated at 37 °C under gent magnetic stirring. At determined time intervals, 1 ml of the release media was taken and was replaced with an equivalent volume of fresh PBS solution to keep the volume of the system identical. The cumulative release of allantoin was determined by using a UV-Vis spectrophotometer (Shimadzu, 1601) at 230 nm (Becker et al., 2010). The released allantoin concentration was then calculated using the previously prepared standard allantoin calibration curve.

RESULTS AND DISCUSSION

FTIR-ATR analysis

FTIR spectra of the prepared CHS NPs are shown in Figure 2. As expected, similar peaks were observed in all spectra. For instance, the peak at 3200-3600 cm⁻¹ stem from H-bond stretching vibration of -NH₂ and -OH groups. The peaks at 1638 cm⁻¹, 1540 cm⁻¹, and 1317 cm⁻¹ are due to the C=O stretching (amide I), N-H bending (amide II) and C-N stretching (amide III), respectively. In addition, the absorption peaks at 1057 cm⁻¹ and 870 cm⁻¹ are the presence of the anti-symmetric stretching vibration of C-O-C bridges and

glucopyranose ring of CHS. Similar FTIR results for CHS NPs were reported in previous works (Lustriane, Dwivany, Suendo, & Reza, 2018; Mohammadpour Dounighi et al., 2012; OH, Chun, & Chandrasekaran, 2019).

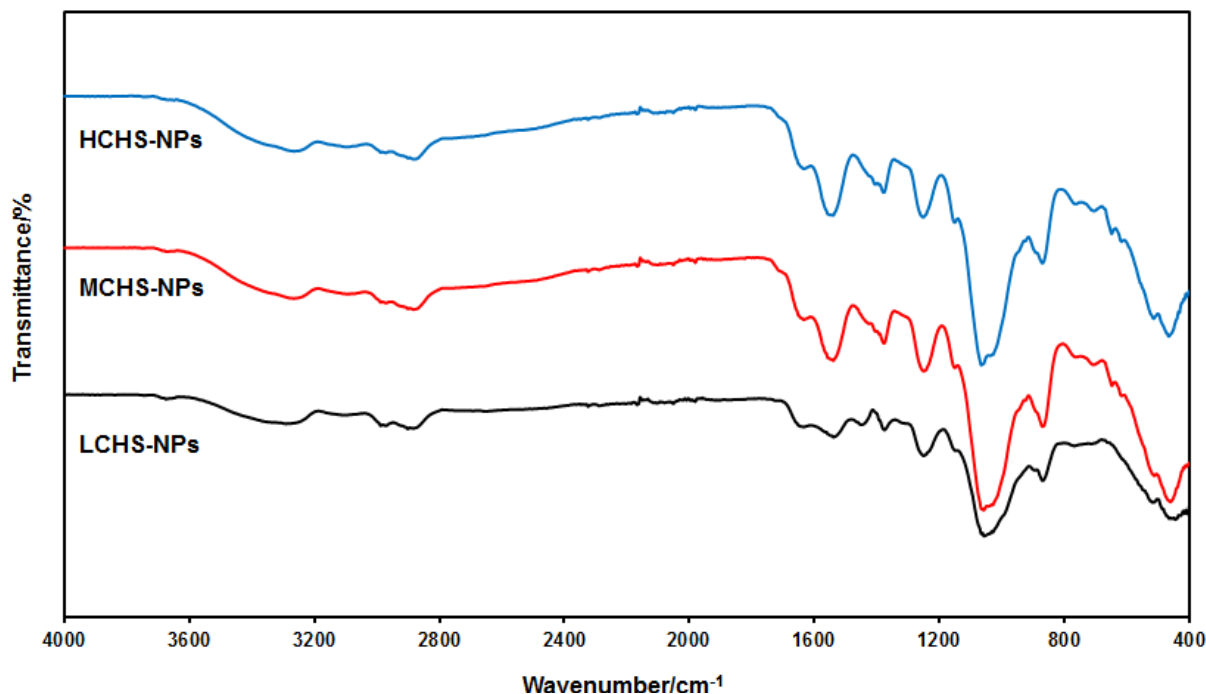


Figure 2. The FTIR Spectra of the Prepared LCHS-NPs, MCHS-NPs, and HCHS-NPs.

XRD analysis

Figure 3 presents XRD patterns of LCHS, MCHS, HCHS, LCHS-NPs, MCHS-NPs and HCHS-NPs. The XRD patterns of the samples are similar to each other. From the patterns, the two main peaks were appeared at $2\theta = 10^\circ$ and 20° . Even though CHS has a semi crystalline structure, this behavior reduces because of the breaking of hydrogen bonds when it is cross-linked with STPP (Fan, Yi, Zhang, & Yokoyama, 2017). These results correspond well with the XRD patterns reported by Villegas-Peralta et al. (Villegas-Peralta et al., 2020).

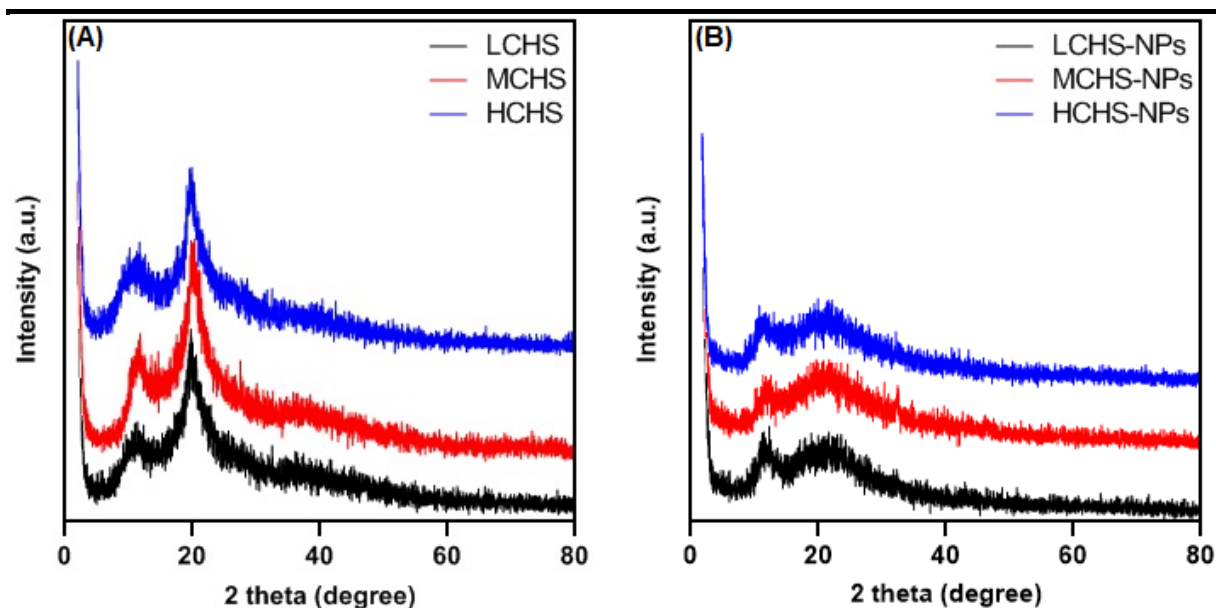


Figure 3. The XRD Patterns of (A) LCHS, MCHS, and HCHS, (B) the Prepared LCHS-NPs, MCHS-NPs, and HCHS-NPs.

Hydrodynamic diameter and zeta potential measurement

DLS was used to evaluate the average hydrodynamic diameter of CHS NPs and the measured results were demonstrated in Table 1. As the molecular weight of CHS increases, size of the CHS NPs increased. The average diameters for the prepared LCHS-NPs, MCHS-NPs and HCHS-NPs were found to be 427 ± 43.8 , 663 ± 68.5 , and 768 ± 79.1 nm, respectively. High hydrodynamic diameter values obtained from DLS are the result of the particle aggregation. A similar phenomenon was reported by Taghizadeh & Bahadori (Taghizadeh & Bahadori, 2013). They claimed that the hydrodynamic diameter depends on degree of substitution and deacetylation degree of CHS since CHS NPs are prepared by the ionic crosslinking between positive charged ammonium ions of CHS and negative ions of STPP. In addition, Desai et al. (Desai & Park, 2005; Desai, Liu, & Park, 2006) reported that the viscosity of the polymer solution increases with an increase in its molecular weight. Thus, droplets formed from a higher viscosity and molecular weight CHS solution become larger, resulting in larger-sized particles.

Additionally, the zeta potential values of the prepared LCHS-NPs, MCHS-NPs and HCHS-NPs were $+5.97\pm 0.96$ mV, $+5.30\pm 0.20$ mV, and $+5.12\pm 0.38$, respectively. The lowest zeta potential value was obtained for HCHS-NPs, which due to agglomerates. In a similar study, Villegas-Peralta et al. (Villegas-Peralta et al., 2020) reported that when molecular weight in CHS increases, a reduction in the zeta potential was observed.

Table 1. The Average Hydrodynamic Diameter and Zeta Potential Values of the Prepared LCHS-NPs, MCHS-NPs, and HCHS-NPs.

Sample code	Hydrodynamic diameter (nm)	Zeta potential (mV)
LCHS-NPs	427±43.8	+5.97±0.96
MCHS-NPs	663±68.5	+5.30±0.20
HCHS-NPs	768±79.1	+5.12±0.38

SEM and EDX analysis

The surface morphology of the CHS NPs was investigated by SEM. Figure 4 indicates the SEM micrographs at 20.00 KX magnification of the prepared CHS NPs. It can be observed that all SEM micrographs displayed rough and porous structure due to rapid agglomeration caused by hydrogen bonds (Uppal et al., 2018; Villegas-Peralta et al., 2020). Besides, the CHS NPs showed a bigger particle size. These results were in agreement with previous studies (Feyzioglu & Tornuk, 2016; Kahdestani, Shahriari, & Abdouss, 2020). Finally, the difference in surface morphology of the CHS NPs obtained from the SEM image almost negligible.

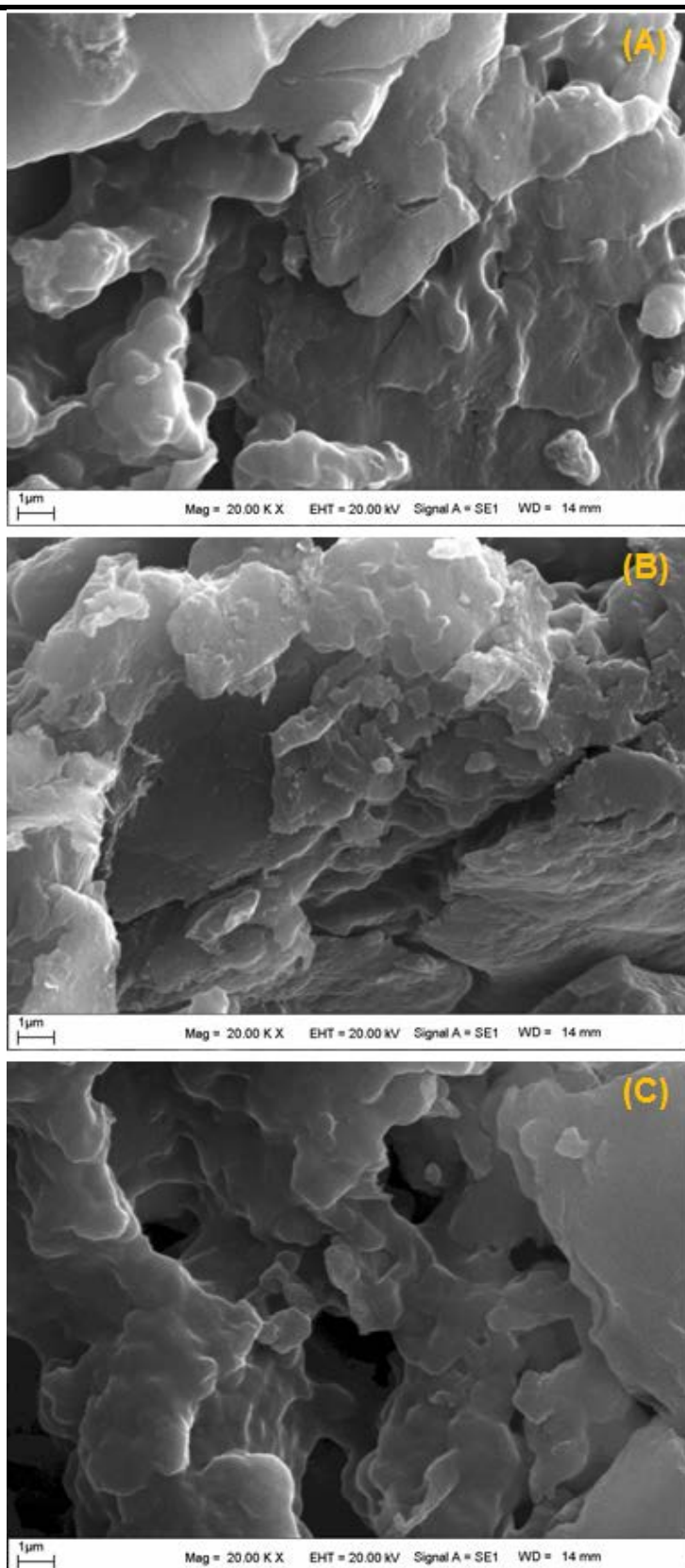


Figure 4. The SEM Micrographs at 20.00 KX Magnification of the Prepared LCHS-NPs (A), MCHS-NPs (B), and HCHS-NPs (C).

The elemental composition of the prepared CHS NPs was investigated by using the EDX analysis (Figure 5). As can be seen, while carbon (C), oxygen (O), and nitrogen (N)

peaks were seen in all EDX patterns due to chitosan, the presence of sodium (Na) and phosphorus (P) verified the formation of CHS nanoparticles cross-linked with STPP (Villegas-Peralta et al., 2020). As expected, as the molecular weight of chitosan increased, the peak intensity of the C, N, and O elements increased. Unlike, the amounts of phosphorus for CHS NPs were very similar. These findings paralleled with those reported by Villegas-Peralta et al. (Villegas-Peralta et al., 2020).

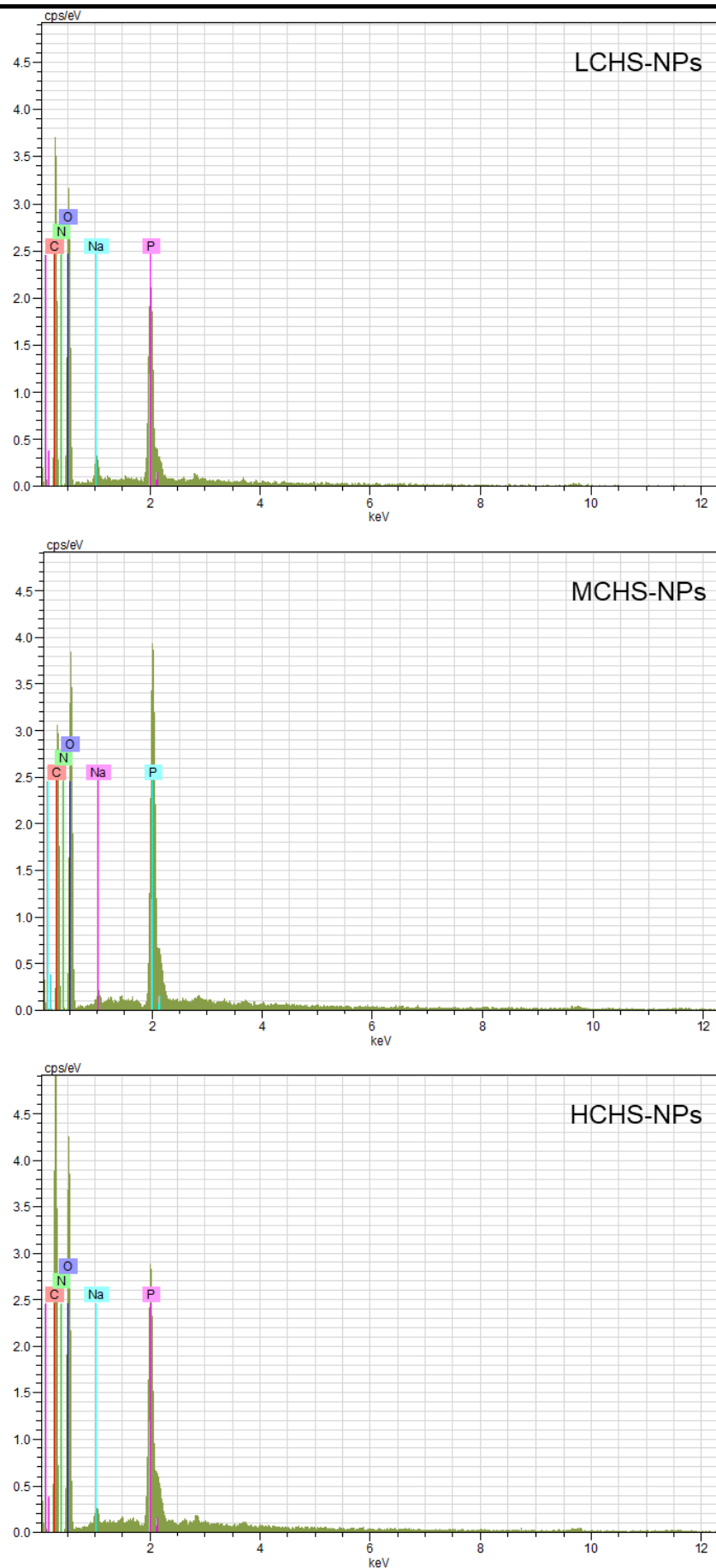


Figure 5. The EDX Patterns of the Prepared LCHS-NPs, MCHS-NPs, and HCHS-NPs.

The EDX-mapping images shown in Figure 6 also confirm previous characterization results.

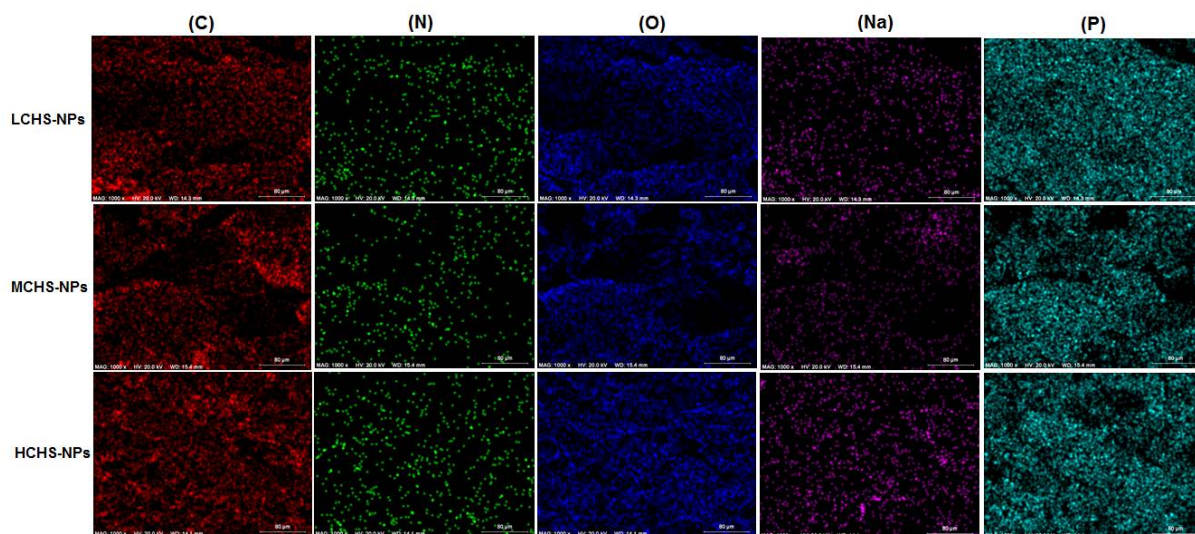


Figure 6. The EDX-Mapping Images of Elements in the Prepared LCHS-NPs, MCHS-NPs, and HCHS-NPs.

Loading efficiency

The LE values of allantoin into CHS NPs was 52.10%, 51.28%, and 41.80% for LCHS-NPs, MCHS-NPs, and HCHS-NPs, respectively. The loading efficiency did not change significantly for LCHS-NPs, MCHS-NPs, however, it decreased when allantoin was encapsulated into HCHS-NPs. Most probably, the low molecular weight of the CHS solution containing the shorter CHS chains made its free amino groups easier to protonate and, thus, led to higher encapsulation of allantoin via ionic interactions (Yang & Hon, 2009). Therefore, loading efficiency reduced with an increase in the molecular weight of CHS. These results are parallel with the previous reports. (Desai et al., 2006; Filipović-Grčić et al., 2003)

In vitro release of allantoin

Figure 7 presents the calibration graph used to determine the amounts of allantoin released from the CHS NPs.

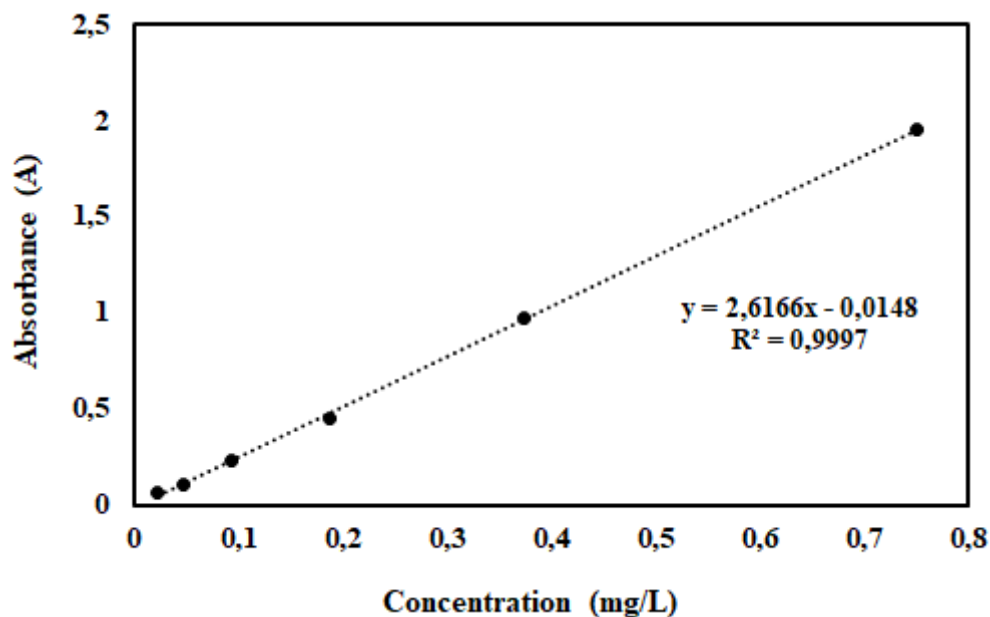


Figure 7. Calibration Curve of Allantoin.

The results of the effect of the molecular weight of CHS on the allantoin release from the CHS NPs are shown in Figure 8. The molecular weight of CHS remarkably influenced the allantoin release from CHS NPs. Interestingly, allantoin was quickly released from the CHS NPs in 12 hours, and then its release was slower. For instance, after 24 hours, the allantoin released reached 39.44%, 28.88%, and 21.38% for LCHS-NPs, MCHS-NPs, and HCHS-NPs, respectively. After 96 hours, these values reached the plateau level recorded as 43.11%, 30.66%, and 27.55, respectively. The reason allantoin releases from the LCHS-NPs more quickly than from the MCHS-NPs, and HCHS-NPs might be because of the smaller particle size. Because of the smaller particle size, the nanoparticles can dissolve and diffuse into the buffer solution more easily, releasing allantoin from CHS NPs faster (Thai et al., 2020).

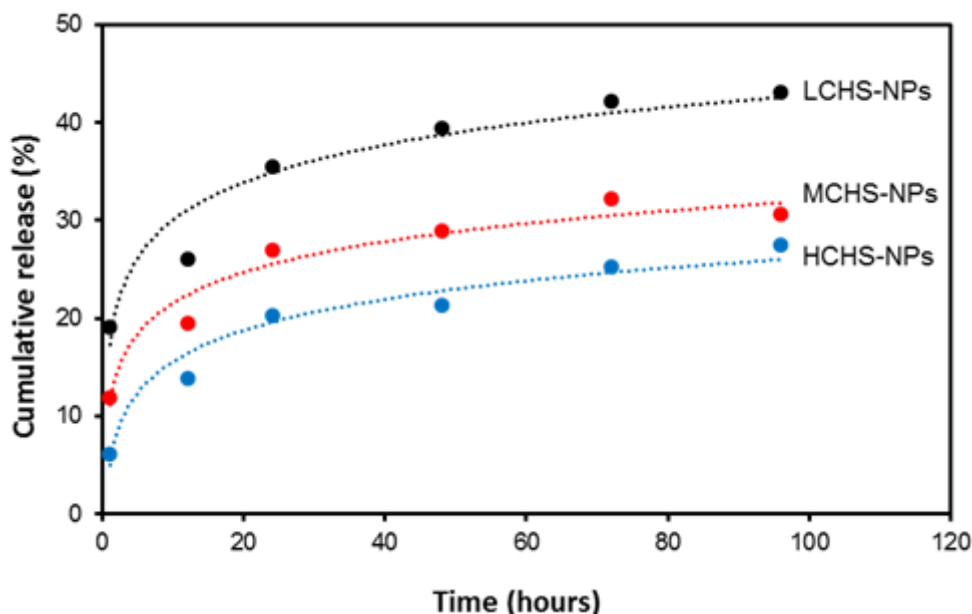


Figure 8. The Release Profile of Allantoin Loaded CHS NPs.

CONCLUSIONS

The scope of the current work was to encapsulate allantoin into CHS NPs and to examine the effect of the molecular weight of CHS on *in vitro* release of allantoin. Allantoin-loaded chitosan nanoparticles were successfully produced by using ionic gelation, as characterized by instrumental analytical techniques including FTIR, XRD, DLS, SEM, and EDX. According to DLS results, although the hydrodynamic diameter of chitosan nanoparticles increased with increasing the molecular weight of chitosan, zeta potential values decreased. In addition, by increasing the molecular weight of CHS, the LE value decreased. The *in vitro* release results revealed that the molecular weight of CHS influenced the release rate of allantoin from the CHS NPs. The results suggested that the CHS NPs might be used as a carrier for allantoin.

ACKNOWLEDGEMENTS

The author thanks Prof. Dr. Burhan Ateş.

Conflict of interests

The author declares that there is no conflict of interest with any person, institute, company, etc.

REFERENCES

Araújo, L. U., Grabe-Guimarães, A., Mosqueira, V. C. F., Carneiro, C. M., Silva-Barcellos, N. M. (2010). Profile of wound healing process induced by allantoin1. *Acta Cirurgica Brasileira*, 25(5), 460–466.

- Becker, L. C., Bergfeld, W. F., Belsito, D. V., Klaassen, C. D., Marks Jr, J. G., Shank, R. C., ... Andersen, F. A. (2010). *Final report of the safety assessment of allantoin and its related complexes. International Journal of Toxicology*, 29(2), 84-97.
- Calvo, P., Remuñan-López, C., Vila-Jato, J. L., Alonso, M. J. (1997). *Chitosan and chitosan/ethylene oxide-propylene oxide block copolymer nanoparticles as novel carriers for proteins and vaccines. Pharmaceutical Research*, 14(10), 1431-1436.
- Cetin, M., Aktas, Y., Vural, I., Capan, Y., Dogan, L. A., Duman, M., ... Dalkara, T. (2007). *Preparation and in vitro evaluation of bFGF-loaded chitosan nanoparticles. Drug Delivery*, 14(8), 525-529.
- Desai, K. G. H., Park, H. J. (2005). *Encapsulation of vitamin C in tripolyphosphate cross-linked chitosan microspheres by spray drying. Journal of Microencapsulation*, 22(2), 179-192.
- Desai, K. G., Liu, C., Park, H. J. (2006). *Characteristics of vitamin C encapsulated tripolyphosphate-chitosan microspheres as affected by chitosan molecular weight. Journal of Microencapsulation*, 23(1), 79-90.
- Fan, Y., Yi, J., Zhang, Y., Yokoyama, W. (2017). *Improved chemical stability and antiproliferative activities of curcumin-loaded nanoparticles with a chitosan chlorogenic acid conjugate. Journal of Agricultural and Food Chemistry*, 65(49), 10812-10819.
- Feyzioglu, G. C., Tornuk, F. (2016). *Development of chitosan nanoparticles loaded with summer savory (Satureja hortensis L.) essential oil for antimicrobial and antioxidant delivery applications. LWT - Food Science and Technology*, 70, 104-110.
- Filipović-Grčić, J., Perissutti, B., Moneghini, M., Voinovich, D., Martinac, A., Jalšenjak, I. (2003). *Spray-dried carbamazepine-loaded chitosan and HPMC microspheres: preparation and characterisation. Journal of Pharmacy and Pharmacology*, 55(7), 921-931.
- Kahdestani, S. A., Shahriari, M. H., Abdouss, M. (2020). *Synthesis and characterization of chitosan nanoparticles containing teicoplanin using sol-gel. Polymer Bulletin*, 1-16.
- Ke, M., Wahab, J. A., Hyunsik, B., Song, K. H., Lee, J. S., Gopiraman, M., ... Kim, I. S. (2016). *Allantoin-loaded porous silica nanoparticles/ polycaprolactone nanofiber composites: fabrication, characterization, and drug release properties. RSC Advances*, 6, 4593-4600.
- Li, P., Wang, Y., Peng, Z., She, F., Kong, L. (2011). *Development of chitosan nanoparticles as drug delivery systems for 5-fluorouracil and leucovorin blends. Carbohydrate Polymers*, 85(3), 698-704.
- Lustriane, C., Dwivany, F. M., Suendo, V., Reza, M. (2018). *Effect of chitosan and chitosan-nanoparticles on post harvest quality of banana fruits. Journal of Plant Biotechnology*, 45(1), 36-44.
- Odeniyi, M. A., Omotoso, O. A., Adepoju, A. O., Jaiyeoba, K. T. (2018). *Starch nanoparticles in drug delivery: a review. Polimery w Medycynie*, 48(1), 41-45.
- Meng, J., Sturgis, T. F., Youan, B. B. C. (2011). *Engineering tenofovir loaded chitosan nanoparticles to maximize microbicide mucoadhesion. European Journal of Pharmaceutical Sciences*. 44(1-2):57-67.
- Meng, J., Zhang, T., Agrahari, V., Ezoulin, M. J., Youan, B. B. C. (2014). *Comparative biophysical properties of tenofovir-loaded, thiolated and nonthiolated chitosan nanoparticles intended for HIV prevention. Nanomedicine*, 9(11), 1595-1612.
- Mohammadpour Dounighi, N., Eskandari, R., Avadi, M. R., Zolfagharian, H., Mir Mohammad Sadeghi, A., & Rezayat, M. (2012). *Preparation and in vitro characterization of chitosan nanoparticles containing Mesobuthus eupeus scorpion venom as an antigen delivery system. Journal of Venomous Animals and Toxins Including Tropical Diseases*. 18(1), 44-52.
- Naskar, S., Koutsu, K., Sharma, S. (2019, April 21). *Chitosan-based nanoparticles as drug delivery systems: a review on two decades of research. Journal of Drug Targeting*. 27, 379-393.

-
- OH, J.-W., Chun, S. C., Chandrasekaran, M. (2019). Preparation and in vitro characterization of chitosan nanoparticles and their broad-spectrum antifungal action compared to antibacterial activities against phytopathogens of tomato. *Agronomy*, 9(1), 21.
- Rampino, A., Borgogna, M., Blasi, P., Bellich, B., Cesàro, A. (2013). Chitosan nanoparticles: Preparation, size evolution and stability. *International Journal of Pharmaceutics*, 455(1–2), 219–228.
- Senda, T., He, Y., Inoue, Y. (2002). Biodegradable blends of poly(ϵ -caprolactone) with α -chitin and chitosan: specific interactions, thermal properties and crystallization behavior. *Polymer International*, 51(1), 33–39.
- Severino, P., da Silva, C. F., Andrade, L. N., de Lima Oliveira, D., Campos, J., Souto, E. B. (2019). Alginate nanoparticles for drug delivery and targeting. *Current Pharmaceutical Design*, 25(11), 1312–1334.
- Taghizadeh, M. T., Bahadori, A. (2013). Preparation, characterization and adhesive properties of di- and tri-hydroxy benzoyl chitosan nanoparticles. *Chinese Journal of Polymer Science*, 31(4), 649–659.
- Thai, H., Thuy Nguyen, C., Thi Thach, L., Thi Tran, M., Duc Mai, H., Thi Thu Nguyen, T., ... Van Le, Q. (2020). Characterization of chitosan/alginate/lovastatin nanoparticles and investigation of their toxic effects in vitro and in vivo. *Scientific Reports*, 10(1), 909.
- Tiğli Aydın, R. S., Pulat, M. (2012). 5-fluorouracil encapsulated chitosan nanoparticles for pH-stimulated drug delivery: Evaluation of controlled release kinetics. *Journal of Nanomaterials*, 313961.
- Uppal, S., Kaur, K., Kumar, R., Kaur, N. D., Shukla, G., Mehta, S. K. (2018). Chitosan nanoparticles as a biocompatible and efficient nanowagon for benzyl isothiocyanate. *International Journal of Biological Macromolecules*, 115, 18–28.
- Villegas-Peralta, Y., López-Cervantes, J., Madera Santana, T. J., Sánchez-Duarte, R. G., Sánchez-Machado, D. I., Martínez-Macías, M. del R., Correa-Murrieta, M. A. (2020). Impact of the molecular weight on the size of chitosan nanoparticles: characterization and its solid-state application. *Polymer Bulletin*, 1-20.
- Yang, H. C., Hon, M. H. (2009). The effect of the molecular weight of chitosan nanoparticles and its application on drug delivery. *Microchemical Journal*, 92(1), 87–91.
- Yaşayan, G., Karaca, G., Akgüner, Z. P., Bal Öztürk, A. (2020). Chitosan/collagen composite films as wound dressings encapsulating allantoin and lidocaine hydrochloride. *International Journal of Polymeric Materials and Polymeric Biomaterials*, 1-13.

**TÜRKİYE’DE MESLEK YÜKSEKOKULU FİZYOTERAPİ ÖNLİSANS
PROGRAMLARININ İNCELENMESİ VE MÜFREDAT ANALİZİ**
**Investigation and Curriculum Analysis of Physiotherapy Associate Programs in
Vocational High Schools in Turkey**

Mesut ARSLAN¹  Esra PEHLİVAN² 

¹Gümüşhane Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Gümüşhane

²Sağlık Bilimleri Üniversite, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

Geliş Tarihi / Received: 21.04.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 07.10.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ÖZ

Bu çalışmanın amacı Türkiye’deki Fizyoterapi önlisans programlarının incelenmesi ve müfredat analizinin yapılmasıdır. ‘TC Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM)’ ve ‘Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK)’ web sayfaları taranarak ülkemizde kurulmuş olan devlet ve vakıf üniversitelerindeki fizyoterapi önlisans programları irdelenmiştir. Fizyoterapi programlarına öğrenci aldıkları tarih, 2013 ve 2018 kontenjan sayıları, öğretim elemanı sayıları, ders müfredatları incelenmiş ve veriler yüzde ve oranlar şeklinde dökümanite edilmiştir. Yaptığımız veri taramasında, Fizyoterapi ön lisans programlarının 38’inin (%42,6) 2013 yılı ve öncesinde, 58’inin (57,4%) 2013 sonrasında açıldığı görülmektedir. Bu okullardaki kontenjan sayıları 2013 yılında 1605, 2018 yılında 5827’dir. 2018 yılı öğretim elemanı sayısı 26 (25,7%) okulda 2 ve altındayken, Fizyoterapist öğretim elemanı sayısı 51 (50,5%) okulda 2 ve altındadır. Ders müfredatları incelendiğinde ise ölçme değerlendirme derslerinin %64,4 okulda ve rehabilitasyon derslerinin %79,2 okulda olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlara göre Türkiye’de Fizyoterapi teknikerliği ön lisans programlarında yetersiz öğretim elemanı sayıları ve program müfredatlarında da standardizasyon eksikliği bulunmaktadır. Programın meslek tanımına uygun olarak düzenlenmesi ve öğretim elemanı sayılarının artırılması gerektiğini düşünüyoruz.

Anahtar kelimeler: Eğitim, Fizyoterapi, Müfredat, Önlisans

ABSTRACT

The aim of this study is to examine the Physiotherapy associate programs in Turkey and make curriculum analysis. By the scanning of ‘TR Center of Evaluation, Program Selection and Placement (ÖSYM)’ and ‘Higher Education Council (YOK)’ web pages, Physiotherapy associate degree programs in state and foundation universities established in our country were scrutinized. The dates that students were admitted to Physiotherapy programs, 2013 and 2018 quota numbers, number of lecturers, course curricula have been examined, and the data have been documented as percentages and rates. In our data scanning, it is seen that 38 (42.6%) of Physiotherapy associate degree programs were opened in 2013 and before, 58 (57.4%) were opened after 2013. The quota numbers in these schools are 1605 by the year 2013 and 5827 by the year 2018. While the number of lecturers in 2018 is 2 or below in 26 (25.7%) schools, the number of Physiotherapist lecturers is 2 and below in 51 (50.5%) schools. When the curriculums were examined, it has been determined that assessment and evaluation courses were in 64.4% of schools and rehabilitation courses were in 79.2% of schools. According to the obtained results of our study, there is an insufficient number of faculty members in Physiotherapy technician associate degree programs in Turkey and there is a lack of standardization in their curriculum. We think that the program should be organized in accordance with the profession definition and the number of faculty members should be increased.

Keywords: Associate Degree, Curriculum, Education, Physiotherapy

GİRİŞ

Fizyoterapi teknikerliği programları, son yıllarda açılan onlarca meslek yüksekokulunda yer alan programlardan biridir. ‘International Standard Classification of Occupations (ISCO)’ ın tanımına göre; Fizyoterapi teknisyenleri ve yardımcıları (ISCO kodu:3255); yaralanma, hastalık veya bozukluk ile fonksiyonel hareketin tehdit edildiği durumlarda hastalara fiziksel terapötik tedaviler sunar. Hastaları fiziksel destek cihazlarına uyarlar ve manuel tedavileri, elektriksel modalite tedavilerini, ultrason ve diğer fizik tedavileri uygular ve izlerler. Terapiler genellikle bir fizyoterapist veya başka bir sağlık profesyoneli tarafından belirlenen rehabilitasyon planlarına göre sağlanmaktadır (Office, 2012).

Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı tarafından Fizyoterapi teknikerinin meslek tanımında, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanı veya fizyoterapist gözetiminde fizik tedavi ve temel tıbbi egzersizlerinin uygulanmasında yardımcı olur, fizyoterapi sırasında, istenmeyen durumların oluşması halinde ilgili kayıtları tutup gerekli önlemlerin alınmasına yardımcı olur, fizyoterapi sürecinde hasta ve çalışan güvenliği açısından gerekli tedbirleri alır, fizyoterapi uygulamaları çerçevesinde, sağlığın geliştirilmesi programlarına katılır şeklinde ifade edilmiştir (Gazete, 2014).

Amerika’da 1960’larda yaşlı nüfusun artmasıyla fizyoterapistlere talep yükselmeye başlamıştır. Bunun sonucu olarak Amerika Fizik Tedavi Derneği (APTA) fizyoterapi asistanlığının oluşturulması için bir stratejik plan belirlemiştir. Bu plan dahilinde APTA’nın, fizyoterapi teknikerliğinin eğitim programlarının standartlarını oluşturması ve görev tanımlarının yapılması hedeflenmekte, fizyoterapist ve fizyoterapi teknikeri arasında denetleyici bir ilişki olmasının gerektiği bildirilmekteydi. Fizyoterapi Teknikeri, “Fizyoterapist Teknikeri” olarak 1969 yılında değiştirildi (Erhan, 2017). İlk 15 Fizyoterapist Teknikeri 1969 yılında önlisans olarak mezun oldu. Aynı zamanda APTA Fizyoterapist Teknikerlerine üyelik sundu. Fizyoterapist Teknikerleri, 1989 yılında kendi derneklerini kurdular (Özdiñler, 2018).

Türkiye’de de fizyoterapi ve rehabilitasyon mesleği giderek gelişmekte ve yaygınlaşmaktadır. Bu bağlamda fizyoterapi lisans programlarının yanında ön lisans program sayısı da her geçen yıl artmaktadır. Mesleğin artan bir hızla yaygınlaşması, eğitim programlarının gözden geçirilmesi ve başarısının sorgulanmasını gündeme getirmiştir. Fizyoterapi ve rehabilitasyon eğitiminin başarısı standart uygulanan, ölçülebilir ve geliştirilebilir gerçekçi bir eğitim müfredatının hazırlanması ile mümkündür (Gürses, Alemdaroğlu, ve Tanriverdi, 2014). Ülkemizdeki literatüre bakıldığında, Türkiye’de

fizyoterapi ön lisans programları için geliştirilmiş ortak bir müfredata yada eğitim programını kapsayan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ayrıca yurt dışındaki üniversitelerde de farklı ders müfredatları bulunmaktadır (College, 2020; College, 2020). Buna ek olarak ülkemizde Fizyoterapi Teknikerliği Derneği tarafından önerilen bir ders müfredatına rastlanmamıştır.

Çalışmamızın amacı Türkiye’deki Fizyoterapi önlisans programlarının incelenmesi, müfredat analizinin yapılması ve meslek yüksekokullarında standart ve ihtiyaçları karşılayabilecek müfredatların oluşturulmasına yardımcı olmaktır.

GEREKÇE VE YÖNTEM

Bu araştırma Türkiye’deki Fizyoterapi önlisans programlarının incelenmesi ve müfredat analizinin yapılması amacıyla planlanan kesitsel bir çalışmadır.

Çalışmamızda T.C. Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM) ve Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) web sayfası taranarak, ülkemizde kurulmuş olan devlet ve vakıf üniversitelerindeki fizyoterapi önlisans programları incelendi. Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi ve YÖK web sayfasından bu üniversitelerin 2013 ve 2018 kontenjanları ve boş kontenjan sayıları tespit edildi (ÖSYM, 2013; YÖK, 2018). Çalışmanın yapıldığı yıl (2018) ile 5 yıl öncesine (2013) ait verilerin karşılaştırılmasına olanak sağlandı. Üniversitelerin web sayfalarından fizyoterapi programlarına öğrenci aldığı tarih, ders müfredatları ve öğretim elemanı sayıları dökümanete edildi. Ders müfredatlarındaki dersler zorunlu ve seçmeli meslek dersleri olarak ikiye ayrıldı. Alan dışı ortak dersler (Türk dili, İnkılap tarihi, İngilizce vb.) çalışmaya dahil edilmedi. Akademik kadrolardaki toplam öğretim elemanı sayıları ve fizyoterapist kökenli öğretim elemanı sayıları belirlendi.

Çalışmanın Etik Yönü: Çalışmamıza Gümüşhane Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu tarafından 24.04.2019 tarih ve 2019/4 sayı ile etik kurul alınmıştır.

İstatistiksel Analiz: Çalışmamızda toplanan verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences Version IBM Statistic 22. Chicago, IL, USA) istatistiksel analiz programı kullanıldı. Ölçümle belirtilen değişkenlerden tanımlayıcı istatistikler yüzdelikler, ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum biçiminde ifade edildi.

BULGULAR

Türkiye’de Fizyoterapi ön lisans programı olarak aktif öğrenci alan 58 devlet ve 43 özel üniversitede olmak toplam 101 program bulunmaktadır. Bu üniversiteler Ek 1’de gösterilmektedir.

Türkiye’deki üniversitelerin fizyoterapi programına öğrenci aldığı yıla göre dağılımları incelendiğinde bu üniversitelerin 38’i (37.6%) 2013 yılı ve öncesinde, 58’i (57,4%) 2013 sonrasında açıldığı görülmektedir. Beş (5%) tane üniversitenin program bilgilerine web sayfalarından ulaşılamamıştır. Türkiye’deki üniversitelerin fizyoterapi programına öğrenci aldığı yıla göre dağılımı Tablo 1’de gösterilmektedir.

Tablo 1. Türkiye’deki Üniversitelerin Fizyoterapi Programına Öğrenci Aldığı Yıla Göre Dağılımı

	Frekans	Yüzde
2013 ve öncesi	38	37,6
2013 sonrası	58	57,4
Toplam	96	95,0

Fizyoterapi ön lisans programlarında 2013 yılında 1605 kontenjan bulunurken, 2018 yılında 5827 kontenjana çıkmıştır. Ayrıca 2013 yılında kontenjanların tamamı dolarken, 2018 yılında 751 boş kontenjan olduğunu bulunmuştur. Fizyoterapi ön lisans programındaki kontenjan sayısı Tablo 2’de gösterilmektedir.

Tablo 2. Fizyoterapi Ön Lisans Programı 2013 ve 2018 Yılı Kontenjan Sayısı Dağılımı

	2013 Kontenjan Sayısı	2013 Boş Kontenjan Sayısı	2018 Kontenjan Sayısı	2018 Boş Kontenjan Sayısı
Devlet	865	0	3533	316
Özel	740	0	2294	435
Toplam	1605	0	5827	751

Fizyoterapi ön lisans programlarındaki 2018 yılı öğretim elemanı sayıları incelendiğinde 26 (25,7%) okulda 2 ve altındayken, Fizyoterapist öğretim elemanı sayısı ise 51 (50,5%) okulda 2 ve altında olduğu tespit edilmiştir. Fizyoterapi ön lisans programlarındaki Fizyoterapist öğretim elemanı sayıları ise Tablo 3’te gösterilmektedir.

Tablo 3. 2018 Yılı Fizyoterapi Ön Lisans Programlarındaki Fizyoterapist Öğretim Elemanı Sayılarının Dağılımı

	Öğretim Elemanı Sayısı		Fizyoterapist Öğretim Elemanı Sayısı	
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
2 ve altı	26	25,7	51	50,5
2 üstü	71	70,3	46	45,5
Toplam	97	96,0	97	96

Türkiye’deki fizyoterapi ön lisans programlarının 91’inin ders müfredatlarına ulaşılırken, 10 programın verilerine üniversite web sayfalarından ulaşılamadı. Verilerine ulaşılabilen üniversitelerin temel ve rehabilitasyon derslerinin varlığı, frekans ve yüzdeleri Tablo 4’de gösterilmektedir.

Tablo 4. Fizyoterapi Ön Lisans Programlarında Bulunan Temel ve Rehabilitasyon Dersleri

Fizyoterapi Ön Lisans Programlarında Bulunan Temel Dersler			
Dersler		Frekans	Yüzde
Anatomi	Var	91	90,1
	Yok	0	0
Fizyoloji	Var	91	90,1
	Yok	0	0
Temel Dersler	Var	91	90,1
	Yok	0	0
Isı Işık Hidroterapi	Var	91	90,1
	Yok	0	0
Elektroterapi	Var	88	87,1
	Yok	3	3
Masaj Teknikleri	Var	88	87,1
	Yok	3	3
Kinezyoloji- Biyomekanik	Var	80	79,2
	Yok	11	10,9
Psikoloji-Sosyoloji	Var	79	78,2
	Yok	12	11,9
Tedavi Hareketleri	Var	41	40,6
	Yok	50	49,5
Temel Ölçme ve Değerlendirme	Var	65	64,4
	Yok	26	25,7
Staj	Var	56	55,4
	Yok	35	34,7
Klinik Uygulama	Var	70	69,3
	Yok	21	20,8
Tıp Dersleri	Var	71	70,3
	Yok	20	19,8
Beslenme İlkeleri	Var	43	42,6
	Yok	48	47,5
İlk Yardım	Var	83	82,2
	Yok	8	7,9
Engelli Bakım	Var	29	28,7
	Yok	62	61,4
Sosyal Dersler	Var	30	29,7
	Yok	61	60,4
Üst Düzey Dersler	Var	42	41,6
	Yok	49	48,5
Halk Sağlığı	Var	40	39,6
	Yok	51	50,5
Diğer Dersler	Var	71	70,3
	Yok	20	19,8
Fizyoterapi Ön Lisans Programlarında Bulunan Rehabilitasyon Dersleri			
Dersler		Frekans	Yüzde
Protez-Ortez Rehabilitasyonu	Var	63	62,4
	Yok	28	27,7
İş Uğraşı Terapisi	Var	36	35,6
	Yok	55	54,5
Nörolojik Rehabilitasyon	Var	47	46,5
	Yok	44	43,6
Ortopedik Rehabilitasyon	Var	48	47,5
	Yok	43	42,6
Romatolojik Rehabilitasyon	Var	45	44,6
	Yok	46	45,5
Pediyatrik Rehabilitasyon	Var	35	34,7

	Yok	56	55,4
Kardiyopulmoner	Var	27	26,7
Rehabilitasyon	Yok	64	63,4
Sporcu Rehabilitasyonu	Var	9	8,9
	Yok	82	81,2
Geriatrik Rehabilitasyon	Var	16	15,8
	Yok	75	74,3

TARTIŞMA

Çalışmamızdan elde edilen verilere göre 2013 yılından 2018 yılına değin Fizyoterapi önlisans programı bulunan üniversite sayısının aynı zamanda bu üniversitelerdeki kontenjan sayısının da yüksek oranda arttığı gözlenmektedir. Bu durum yeterli donanım ve öğretim elemanına sahip olmayan üniversitelerin çoğalmasına ve bu okullarda fizyoterapi teknikeri yetiştirmekle ilgili problemlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Ayrıca kontenjan sayısının bu kadar artmasının işsiz Fizyoterapi teknikeri sayısını her yıl yeni mezunlar ile arttıracığı aşikârdır. Diğer taraftan okul müfredatlarındaki çeşitlilik, standardizasyon eksikliğini ortaya koymaktadır. Ayrıca ülkemizdeki Fizyoterapi Teknikerliği Derneği tarafından önerilen bir ders müfredatına rastlanmamıştır. Bu konuda gerekli çalışmaların acilen yapılarak ortak çekirdek bir müfredatın oluşturulması ve meslek sınırlarının tam olarak ortaya konduğu bir eğitim içeriğinin öğrencilere verilmesi gerekmektedir.

Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK), bir fizyoterapi ön lisans programının açılması için 3 öğretim elemanı gerektiğini belirtmektedir. Fakat fizyoterapi ön lisans programlarındaki öğretim elemanı sayıları incelendiğinde birçok okulda yeterli olmadığı gözlenirken, fizyoterapist öğretim elemanı sayısının yetersiz olduğu okul sayısının daha fazla olduğu göze çarpmaktadır. Ayrıca bazı okullarda çok az ya da hiç fizyoterapist öğretim elemanının olmaması bu okullardaki aday fizyoterapi teknikerlerinin, mesleğin gerektirdiği temel bilgi ve becerileri edinmeden mezun olduğu düşündürmektedir. Bu durumun halk sağlığı açısından risk teşkil ettiğini düşünmekteyiz.

Türkiye’deki Fizyoterapi ön lisans programlarının müfredatına bakıldığında içerikleri aynı fakat isimleri farklı olan dersler bulunmaktadır. Bu isim kargaşası nedeniyle öğrencilerin öğrenim sırasında ve mezun olduktan sonra problem yaşamaları potansiyeli mevcuttur. Konu ile ilişkili dersler Ek 2’de gösterilmektedir. Yakın zamanda YÖK tarafından içerikleri aynı fakat isimleri farklı olan programlar ile ilgili bir çalışma yapılmıştır (YÖK, 2020). Benzer çalışmanın program müfredatlarına yönelik yapılması gerekmektedir.

Fizyoterapi teknikerliği meslek tanımında hasta değerlendirmesi yer almamaktadır. Ön lisans programlarının müfredatları incelendiğinde çoğu okulda Temel Ölçme ve

Değerlendirme derslerinin olduğu görülmektedir. Meslek tanımında olmadığı halde değerlendirme içerikli derslerin öğrencilere verilmesi, mesleğin klinik uygulamalarında farklı beklentiler yaratmakta ve kafa karışıklığı yaratmaktadır. Benzer durum rehabilitasyon dersleri için de geçerlidir. Özellikle Rehabilitasyon derslerinin programlarda yer alması tartışmalı bir konudur. Rehabilitasyon uygulamalarına yardımcı bir sağlık profesyoneli olması dolayısıyla rehabilitasyon içerikleri hakkında genel bilgiye sahip olunması makul bir durum olmakla birlikte, rehabilitasyon derslerinin ön lisans programı dahilinde verilmesi, ileride mesleki etik ihlallere yol açma potansiyelini akıllara gelmektedir. Bu problemlerin yaşanmaması adına belli standartlarda ders müfredatlarının oluşturulması ve Fizyoterapi Teknikerliği meslek tanımına uygun olarak düzenlenmesi gerektiğini düşünüyoruz.

SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Türkiye’deki Fizyoterapi Ön lisans programlarının kontenjanlarına sınırlandırma getirilmelidir.
2. Bu programlarda yeterli sayıda öğretim elemanı ve fizyoterapist öğretim elemanı bulundurulmalıdır.
3. Bu programlarda meslek tanımına uygun olarak standart ders müfredatlarının oluşturulması gerekmektedir.

Teşekkür

Çalışma sürecinde katkılarını esirgemeyen Prof. Dr. Tülin DÜGER ve Dr. Öğr. Üyesi Hatice Reyhan ÖZGÖBEK hocalarıma teşekkür ediyorum.

KAYNAKLAR

- Erhan, B. (2017). *Fizyoterapi Mesleğinin Gelişimi*. In B. Erhan (Ed.), *Fizyoterapi Teknikerleri için Fizyoterapiye Giriş* (pp. 13-14). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti.
- Gazete, R. (2014). *Sağlık meslek mensupları ile sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensuplarının iş ve görev tanımlarına dair yönetmelik*.
- Gürses, H. N., Alemdaroğlu, İ., Tanriverdi, M. (2014). *Türkiye’de Fizyoterapi ve rehabilitasyon fakülte bölümü/yüksekokullarının incelenmesi ve müfredat analizi*. *Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi/Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation*, 25(1), 3.
- Office, I. L. (2012). *International Standard Classification of Occupations 2008 (ISCO-08): Structure, group definitions and correspondence tables: International Labour Office*.
- ÖSYM. (2013). *ÖSYS: Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Sistemi*. 26 Haziran 2019 tarihinde <https://www.osym.gov.tr/TR,922/2013-osys-yerlestirme-sonuclarina-iliskin-sayisal-bilgiler.html> adresinden erişildi.

Özdingler, A. R. (2018). *Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Mesleğinin Tarihçesi*. In A. R. ÖZDİNÇLER (Ed.), *Fizyoterapi ve Rehabilitasyona Giriş* (pp. 8). İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti.

YÖK. (2018). *Fizyoterapi Programı Bulunan Tüm Üniversiteler*. 26 Haziran 2019
<https://yokatlas.yok.gov.tr/onlisans-program.php?b=30177> adresinden erişildi.

YÖK. (2020). 25.12.2019 tarihli Yükseköğretim Yürütme Kurulu toplantısı.
https://www.yok.gov.tr/Documents/Kurumsal/egitim_ogretim_dairesi/2020-2021-den-itibaren-onlisans-program-adlari/2020-2021-yilindan-itibaren-uygulanacak-yeni-onlisans-program-adlari.pdf

HEMŞİRELERİN İŞ YAŞAMINDA AYRIMCILIĞA İLİŞKİN ALGILARININ BELİRLENMESİ

Determination of Nurses Perceptions about Discrimination in Working Life

Gülşah ÜNSAL JAFAROV¹  Aytolan YILDIRIM² 

¹ İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul

² Atlas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

Geliş Tarihi / Received: 19.06.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 10.10.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ÖZ

Bu araştırmanın amacı, hemşirelerin çalışma ortamında ve hasta bakım uygulamalarında ayrımcılığa ilişkin algılarını belirlemektir. Tanımlayıcı tipte planlanan araştırmanın verileri İstanbul ili Avrupa bölgesinde yer alan bir özel ve bir kamu üniversite hastanesinde çalışan, ve kolayda örnekleme yöntemiyle seçilen 291 hemşireden elde edilmiştir. Veriler, araştırmacı tarafından oluşturulan 5'li likert tipte 39 ifadenin yer aldığı anket formu ile toplanmıştır. Kesme noktası 2,00 puan olarak alınmış ve kararsızlık noktasını temsil etmiştir. Bu puanın üzerinde olan ifadelerin yüksek düzeyde ayrımcılık olarak algılandığı, altındaki ifadelerin ise düşük düzeyde ayrımcılık olarak algılandığı yorumu yapılmıştır. Hasta bakımında ayrımcılık olarak algılanan en yüksek puan ortalamasına sahip ifadelerde ilk üç sırada, “Hemşirelerin; refakatçisi olmayan hastaların, hemşirelerin iş yükünü arttırdığını düşünmesi (ort=2,49), VIP olan hastalara daha fazla ilgi gösterilmesi (ort=2,42), yatağa bağımlı olan hastaların bakımını iş yükü artışı olarak görmesi (ort=2,36)” olduğu bulunmuştur. Çalışma ortamında ayrımcılık olarak algılanan en yüksek puan ortalamasına sahip ifadelerde ilk üç sırada, “Doktorların hemşirelere göre, çalışan personel üzerinde iş yaptırım gücünün daha fazla olması (ort=2,64), Yöneticilerin çalışanların performansını değerlendirirken objektif davranmaması (ort=2,50) ve Sigara kullanan hemşirelerin, mesai saatleri içerisinde daha fazla dinlenme süresi kullanması (ort=2,45)” olduğu bulunmuştur. Ayrıca ayrımcılık algısı ortalama değerlerinin hemşirelerin bazı demografik özelliklerine göre farklılık gösterdiği saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Ayrımcılık, Çalışma Ortamında Ayrımcılık, Hasta Bakımında Ayrımcılık, Hemşirelerde Ayrımcılık

ABSTRACT

The aim of this research is to determine the nurses' perceptions about discrimination in the work environment and patient care practices. The data of the descriptive study has been obtained from 291 nurses who were working in a private and a public university hospital located in the European region of Istanbul and were selected by convenience sampling method. The data have been collected with a questionnaire form consisting of 39 expressions in a 5-point Likert type, created by the researcher. The cut-point was taken as 2.00 points and represented the point of indecision. It has been interpreted that the expressions above this score are perceived as high level of discrimination and the statements below are perceived as low level of discrimination. Among the statements with the highest average score perceived as discrimination about patient care, the first three statements have been found as, “Nurses; think that non-companion patients increase nurses' workload (mean=2.49), pay more attention to VIP patients (mean=2.42), see the care of bedridden patients as an increase in workload (mean=2.36)”. Among the statements with the highest average score perceived as discrimination in working environment, the first three statements have been found as, “The fact that doctors have a higher level of work sanction power on working staff than nurses (mean=2.64), Managers not being objective while evaluating the performance of employees (mean=2.50) and Cigarette smoker nurses using more rest periods during working hours (mean=2.45)”. Besides, it has been determined that the average values of discrimination perception differ according to some demographic characteristics of the nurses.

Keywords: Discrimination, Discrimination in Nurses, Discrimination in Patient Care, Discrimination in Working Environment

GİRİŞ

Bireylerin birbirleri arasındaki ilişkilerin temelini oluşturan değerler, ahlak bakımından iyi ya da kötü, doğru ya da yanlış olan özellikler, kısaca bireylerin davranışlarına temel olan her türlü ahlaki ilkeler etik olarak tanımlanmaktadır (Baykal ve Türkmen, 2014). Ayrımcılık konusu da etik dışı davranışlar arasında incelenen bir olgudur.

Ayrımcı davranışlara günlük hayatta, iş yaşamında veya sosyal yaşantıda maruz kalınabildiği gibi; her cinsten, ırktan ya da etnik kökenden bireyleri bünyesinde barındıran sağlık kurumlarında da karşılaşılabilmektedir. Sağlık kurumları, matriks örgüt yapısı gereği birden fazla sağlık profesyonellerini bünyesinde barındırmaktadır ve bu durum sağlık bakım sisteminde yer alan meslek üyelerinin, ayrımcılıkla karşılaşma riskini beraberinde getirmektedir. Hemşirelik kategorisindeki sağlık çalışanları; sağlık alanında çalışan tüm gruplar içerisinde en büyük dilimi oluşturmaktadır. Hemşirelik hizmetlerinin verimliliği ve beklentiye yönelik tatmin edicilik düzeyi, sağlık birimlerinin etkinliği ve hasta memnuniyeti üzerinde önemli bir paya sahiptir. Hemşirelik profesyonellerinin meslek yaşamlarında ayrımcılıkla çeşitli düzeylerde karşılaştığı, yine sağlık çalışanları arasında ayrımcılık olarak nitelendirilebilecek davranışların en çok hemşireler tarafından ortaya konduğunu belgeleyen çalışmalar mevcuttur (Alkan, Erdem, ve Çelik, 2015).

Ekonomik, sosyal veya diğer etkenlerin baskısıyla oluşan ayrımcılık konusunun kişisel olduğu kadar, toplumsal sonuçlarının da önemli etkiler yaratması, çözülmesi gereken bir sorun olarak üzerinde önemle durulmasını zorunlu kılmaktadır (Demir, 2011). Türkiye'de ayrımcılık konularında yapılmış pek çok araştırma varken, sağlık bakım alanlarında ele alınan araştırmalar kısıtlıdır. Bu araştırmanın, sağlık bakım organizasyonlarının çalışanları tarafından ayrımcılığın nasıl görüldüğü ve algılandığının ortaya konması açısından örnek teşkil etmesi beklenmektedir. Ayrıca bu araştırmanın sonuçlarını, kurum yöneticileri kurumlarında çalışma ortamlarını iyileştirmede ve hemşirelerin bakımdaki uygulamalarını yeniden değerlendirmede kullanabilir. Bu çalışma ile hemşirelerin iş yaşamında ayrımcılığa ilişkin algılarını belirlemek amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Amacı ve Türü: Araştırma, hemşirelerin iş yaşamında ayrımcılığa ilişkin algılarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak tasarlanmıştır.

Araştırma Soruları:

- Hemşirelerin çalışma ortamında ayrımcılığa ilişkin algıları nelerdir?

- Hemşirelerin hasta bakımında ayrımcılığa ilişkin algıları nelerdir?
- Hemşirelerdeki ayrımcılık algı düzeylerinin kişisel ve mesleki özelliklerine göre dağılımı nasıldır?

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri: Araştırma, İstanbul ili Avrupa bölgesinde bir kamu üniversite hastanesi ve bir özel hastane olmak üzere toplam iki hastanede çalışan hemşirelerle, Kasım 2016- Ocak 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:

Araştırmanın evrenini; İstanbul ili Avrupa bölgesinde yer alan bir kamu üniversite hastanesi (N:834) ve bir özel hastanede görevli olan hemşireler (N:525) oluşturmuştur. Örneklemi ise araştırma kapsamına alınan hastanelerde çalışan kolayda örnekleme yöntemi ile belirlenen 300 hemşire oluşturmaktadır. Veri toplama aşamasında belirlenen 300 kişiden, araştırmaya katılımı kabul etmeme, doğum izninde ya da yıllık izinde olma gibi nedenlerden dolayı belirlenen örneklemin tamamına ulaşılamamış, araştırmaya 291 kişi alınmıştır (N:291). Araştırmaya alınan hemşirelerin, kurumda en az bir yıl çalışmış olmaları ile çalışmaya gönüllü katılımları temel alınmıştır. Araştırmaya yaklaşık %97 oranında geri dönüş sağlanmıştır.

Verilerin Toplanması:

Araştırmanın verileri, literatürden yararlanılarak araştırmacı tarafından oluşturulan ve iki bölümden oluşan anket formu ile toplanmıştır. Anketin ilk bölümünde hemşirelerin, ayrımcılık ile ilgili görüşlerini etkileyeceği düşünülen; yaş için açık uçlu soru, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışılan kurum, kurumdaki görev, çalışma süresi, mesleki deneyim, çalışma saatlerini belirlemeye yönelik çoktan seçmeli 8 sorudan oluşmaktadır. İkinci bölümünde ise çalışma ortamına ilişkin ayrımcılık algısını belirlemeye yönelik 21, hasta bakımına ilişkin ayrımcılık algısını belirlemeye yönelik 18 ifadeden oluşan ve 5'li likert tipte toplamda 39 ifadeye yer verilmiştir. Kesme noktası 2,00 puan olarak alınmış ve kararsızlık noktasını temsil etmiştir. 2,00 puanın üzerinde olan ifadelerin yüksek düzeyde ayrımcılık olarak algılandığı, 2,00 puanın altındaki ifadelerin ise düşük düzeyde ayrımcılık olarak algılandığı yorumu yapılmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi:

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından bilgisayar ortamına aktararak, İstanbul Üniversitesi lisanslı IBM SPSS Statistics 21 programında analiz edilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin tanıtıcı bilgileri ile hasta bakımına ve çalışma ortamına ilişkin ayrımcılık

algılarının belirlenmesi için betimleyici-tanımlayıcı analizler (sayı, yüzde, mod, ortalama ve standart sapma) kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü:

Araştırmanın uygulanabilmesi için, araştırma kapsamına alınan kurumlardan yazılı olarak kurum izni alınmıştır. Etik kurul izni için ise, ilgili prosedür sağlanarak başvurulmuş ve 16.11.2016 tarihinde 10840098-604.01.01-E24325 sayılı Etik uygunluk kararı alınmıştır. Araştırma verileri, izin alma süreci tamamlandıktan sonra bilgilendirilmiş onam formunu imzalayan hemşirelerden elde edilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları:

Araştırma, bu iki hastanede çalışan hemşirelerin görüşleriyle sınırlıdır, genellenmesi açısından daha büyük örneklerle çalışılmalıdır.

BULGULAR

Çalışma ortamına ilişkin sorulan soruların bulguları incelendiğinde, ortalama puanı 2,00'nin üzerinde olan; ayrımcılık algısının en yüksek olduğu ifadeler ilk dokuz sırada yer almaktadır. Bu ifadelerin sırasıyla; “Doktorların hemşirelere göre, çalışan personel üzerinde iş yaptırım gücü daha fazladır (ort=2,64)”, “Yöneticiler çalışanların performansını objektif olarak değerlendirmez (ort=2,50)”, “Sigara kullanan hemşireler, mesai saatleri içerisinde daha fazla dinlenme süresi kullanır (ort=2,45)”, “Hemşirelerin lisansüstü eğitimi yöneticiler tarafından desteklenmez (ort=2,18)”, “Yöneticiler her hemşirenin görüş ve önerilerini aynı önemde dikkate almaz (ort=2,18)”, “Hekimler kıdemli hemşirelere daha fazla güvenir (ort=2,18)”, “Herhangi bir problem yaşandığında kıdemli hemşireler genelde haklı bulunur (ort=2,16)”, “Hemşireler hasta bakıcıları temizlik personeline göre daha fazla gözetir (ort=2,12)”, “Sorumlu hemşire, nöbet sayısı konusunda yalnızca kıdemli hemşireye esneklik gösterir (ort=2,08)” olduğu bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelerin Çalışma Ortamına İlişkin Ayrımcılık Algısı İle İlgili İfadelere Verdikleri Yanıtların Ortalama Değerleri (N=291)

Hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin ayrımcılık algısını ölçmeye yönelik ifadeler	Ort
1. Doktorların hemşirelere göre, çalışan personel üzerinde iş yaptırım gücü daha fazladır.	2,64
2. Yöneticiler çalışanların performansını objektif olarak değerlendirmez.	2,50
3. Sigara kullanan hemşireler, mesai saatleri içerisinde daha fazla dinlenme süresi kullanır.	2,45
4. Hemşirelerin lisansüstü eğitimi yöneticiler tarafından desteklenmez.	2,18
5. Yöneticiler her hemşirenin görüş ve önerilerini aynı önemde dikkate almaz.	2,18
6. Hekimler, kıdemli hemşirelere daha fazla güvenir.	2,18
7. Herhangi bir problem yaşandığında kıdemli hemşireler genelde haklı bulunur.	2,16

8. Hemşireler,hasta bakıcıları temizlik personeline göre daha fazla gözetir.	2,12
9. Sorumlu hemşire, nöbet sayısı konusunda yalnızca kıdemli hemşireye esneklik gösterir.	2,08
10. Yönetici hemşireler, işe yeni başlayan hemşirelerin görüşlerini daha az dikkate alır.	1,68
11. Yakın arkadaşlık ilişkisi içinde olan hemşireler, birbirlerini kollarlar.	1,97
12. Kıdemli hemşireler mesai saatleri açısından diğerlerine göre daha ayrıcalıklıdır.	1,92
13. Yönetici hemşireler, kıdemli olan hemşirelerin yaptığı uygulamaları daha az sorgular.	1,91
14. Evli/çocuklu olan hemşirelere, çalışma ortamında daha ayrıcalıklı davranılır.	1,90
15. Hekimler yeni başlayan hemşirenin uygulamalarını daha fazla sorgular.	1,86
16. Hemşireler yaşanan sorunlarda genelde hekimi haklı görür.	1,76
17. Kıdemli hemşireler, diğer hemşirelere göre daha az sayıda hasta bakar.	1,59
18. Özellikli (bulaşıcı hastalık,yaşı,entübe,yatağa bağımlı vb) olan hastaların bakımı noktasında, görevlendirilecek hemşirelerin seçiminde kıdemli/kıdemsiz, öğrenci/çalışan, yaş olarak büyük/küçük erkek/kadın olmak dikkate alınır.	1,42
19. Hekimler, eğitim düzeyi yüksek olan hemşireye daha fazla güvenir.	1,25
20. Hemşireler,hemşire akademisyen ve eğitimcileri, klinisyen hemşirelerden daha saygın bulur.	1,03
21. Lisans ve Lisansüstü hemşirelerin iş yükü daha azdır.	0,99

Hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin en yüksek ayrımcılık olarak algıladıkları ifadelerle verdikleri yanıtların kişisel ve mesleki özelliklerine göre dağılımına bakıldığında, erkek hemşireler en çok “Yöneticiler çalışanların performansını objektif olarak değerlendirmez (ort=2,94)” ifadesini ayrımcılık olarak algılamışlardır. Kadın hemşireler ise en çok “Doktorların hemşirelere göre, çalışan personel üzerinde iş yaptırım gücü daha fazladır (ort=2,62)” ifadesini ayrımcılık olarak algıladıklarını belirtmişlerdir. Araştırma kapsamına alınan 29 yaş ve altı (ort=2,89) ile 30 yaş ve üstü (ort=2,29), eğitim düzeyi sağlık meslek lisesi ve ön lisans (ort=2,85) ile lisans ve lisans üstü olan (ort=2,57), mesleki deneyimleri 5 yıldan daha az (ort=2,82) ve daha fazla (ort=2,45), kurumda çalışma süresi 5 yıldan daha az (ort=2,81) ve daha fazla olan (ort=2,43), çalışma saati 8 saatten az (ort=2,49) ve fazla olan (ort=2,70), yatan hasta servislerinde çalışan (ort=2,76) hemşirelerin en çok ayrımcılık olarak algıladıkları ifade ortaktır ve her birisi “Doktorların hemşirelere göre, çalışan personel üzerinde iş yaptırım gücü daha fazladır ” ifadesini en fazla ayrımcılık olarak algıladıklarını belirtmişlerdir. Çalıştığı bölümü ‘Diğerleri’ olarak belirten çalışanların ise bunlardan farklı olarak “Hekimler kıdemli hemşirelere daha fazla güvenir (ort=2,64)” ifadesini en çok ayrımcılık olarak algıladıkları görülmüştür (Tablo 2).

Tablo 2. Hemşirelerin Çalışma Ortamına İlişkin Ayrımcılık Algısı İfadelerine Verdikleri Yanıtların Kişisel ve Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı*

Kişisel ve mesleki özellikler	N(%)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Cinsiyet	Erkek	49(16,8)	2,76	2,94	2,53	2,74	2,80	2,18	2,67	2,53	2,33
	Kadın	242(83,2)	2,62	2,41	2,43	2,07	2,06	2,17	2,05	2,03	2,03

Yaş grubu	<29	170(58,4)	2,89	2,75	2,68	2,44	2,47	2,25	2,54	2,31	2,36
	>30	121(41,6)	2,29	2,14	2,13	1,81	1,78	2,07	1,61	1,84	1,69
Eğitim düzeyi	SML ve Ön lisans	68(23,4)	2,85	2,72	2,18	2,12	2,53	2,28	2,03	2,09	2,03
	Lisans ve üstü	223(76,6)	2,57	2,43	2,53	2,20	2,08	2,14	2,19	2,13	2,09
Deneyim	<5 yıl	149(51,2)	2,82	2,78	2,72	2,46	2,54	2,20	2,50	2,28	2,39
	>6yıl	142(48,8)	2,45	2,20	2,17	1,88	1,80	2,16	1,80	1,94	1,75
Birim	Yatan hasta servisleri	199(68,4)	2,76	2,64	2,50	2,37	2,25	1,96	2,25	2,28	2,23
	Diğer	92(31,6)	2,38	2,19	2,34	1,76	2,03	2,64	1,95	1,77	1,75
Kurum	Özel hastane	133(45,7)	2,99	3,03	2,91	2,71	2,84	2,08	2,75	2,41	2,59
	Üniversite hastanesi	158(54,3)	2,35	2,05	2,06	1,73	1,63	2,26	1,65	1,87	1,65
Kurumda toplam çalışma süresi	<5 yıl	158(54,3)	2,81	2,75	2,71	2,43	2,45	2,10	2,48	2,32	2,35
	>6 yıl	133(45,7)	2,43	2,20	2,14	1,88	1,87	2,26	1,77	1,88	1,76
Çalışma saati	<8 saat	83(28,5)	2,49	2,29	2,35	1,96	1,84	2,40	1,80	1,90	1,93
	>9 saat	208(71,5)	2,70	2,58	2,49	2,26	2,32	2,09	2,30	2,20	2,14

*- Ortalama puanı 2'nin üzerinde olan ifadelere yer verilmiştir.

Hasta bakımına ilişkin sorulan soruların bulguları incelendiğinde, ortalama puanı 2,00'nin üzerinde olan; ayrımcılık algısının en yüksek olduğu ifadeler ilk sekiz sırada yer almaktadır. Bu ifadelerin sırasıyla; “Hemşireler; refakatçisi olmayan hastaların, hemşirelerin iş yükünü arttırdığını düşünür (ort=2,49)”, “Hemşireler, VIP olan hastalara daha fazla ilgi gösterir (ort=2,42)”, “Hemşireler, yatağa bağımlı olan hastaların bakımını iş yükü artışı olarak görür (ort=2,36)” “Hastaların eğitim düzeyine göre hemşirenin hastaya yaklaşımı farklılık gösterir (ort=2,18)”, “Erkek hemşireler, kadın hasta bakmaktan çekinir (ort=2,21)”, “Hemşirelerin uyguladığı bakımın kalitesi hastanın yaşına göre değişiklik gösterir (ort=2,04)”, “Kadın hemşireler, erkek hasta bakmaktan çekinir (ort=2,04)”, “Hemşireler, yanında refakatçisi/ziyaretçisi olan hastalara daha az zaman ayırır (ort=2,02)” olduğu bulunmuştur. “Hemşireler, yabancı uyruklu hastalara bakmaktan kaçınır (ort=2,00)” ifadesinin ise kararsızlık noktasını temsil eden ‘2,00 puan’ aldığı belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3: Hemşirelerin Hasta Bakımına İlişkin Ayrımcılık Algısı ile İlgili İfadelere Verdikleri Yanıtların Ortalama Değerleri (N=291).

Hemşirelerin hasta bakımına ilişkin ayrımcılık algısını ölçmeye yönelik ifadeler	Ort
1. Hemşireler; refakatçisi olmayan hastaların, hemşirelerin iş yükünü arttırdığını düşünür.	2,49
2. Hemşireler, VIP olan hastalara daha fazla ilgi gösterir.	2,42
3. Hemşireler, yatağa bağımlı olan hastaların bakımını iş yükü artışı olarak görür.	2,36
4. Hastaların eğitim düzeyine göre hemşirenin hastaya yaklaşımı farklılık gösterir.	2,18
5. Erkek hemşireler, kadın hasta bakmaktan çekinir.	2,21
6. Hemşirelerin uyguladığı bakımın kalitesi, hastanın yaşına göre değişiklik gösterir.	2,04
7. Kadın hemşireler, erkek hasta bakmaktan çekinir.	2,04
8. Hemşireler, yanında refakatçisi/ziyaretçisi olan hastalara daha az zaman ayırır.	2,02
9. Hemşireler, yabancı uyruklu hastalara bakmaktan kaçınır.	2,00
10. Hemşireler engelli olan hastalara bakmaktan çekinir.	1,91
11. Hemşireler, sosyokültürel ve eğitim düzeyi düşük olan hastaya daha az zaman ayırır.	1,86
12. Hemşireler, kimsesiz hastalara daha şefkatli yaklaşır.	1,83
13. Hemşireler, tanıdık/akraba olan hastalara daha fazla ilgi gösterir.	1,82
14. Hemşireler, uzun dönem takip edilen kronik hastaların şikayetlerini diğer hastalara göre daha az ciddiye alır.	1,81
15. Hemşireler engelli olan hastalara daha çok ilgi gösterir.	1,80
16. Yeni mezun olan hemşireler, genel durumu kötü olan hastalara bakmaktan çekinir.	1,79
17. Hemşireler, sürekli yakınması olan hastaları diğer hastalara göre daha az ciddiye alır.	1,44
18. Yaşı genç olan hemşireler, daha çok genç hastalara bakmak ister.	1,38

Hemşirelerin hasta bakımına ilişkin en yüksek ayrımcılık olarak algıladıkları ifadelere verdikleri yanıtların kişisel ve mesleki özelliklerine göre dağılımına bakıldığında, erkek hemşireler (ort=2,98), 29 yaş ve altında olan (ort=2,67), Sağlık Meslek Lisesi ile Önlisans mezunu (ort=2,47), deneyimi 5 yıldan daha az olan (ort=2,75), diğer birimlerde çalışan (ort=2,15), özel kurumda (ort=3,01), toplam çalışma süresi 5 yıldan daha az (ort=2,76), çalışma saati 9 saatin üzerinde olan hemşireler (ort=2,53) en çok “Hemşireler, VIP olan hastalara daha fazla ilgi gösterir” ifadesini ayrımcılık olarak algılamışlardır.

Kadın hemşireler (ort=2,54), 30 yaş ve üzerinde olan (ort=2,54), lisans ve lisans üstü mezunu (ort=2,59), deneyimi 5 yıldan daha fazla olan (ort=2,63), yatan hasta servislerinde çalışan (ort=2,77), üniversite hastanesinde (ort=2,47), kurumda toplam çalışma süresi 5 yıldan daha fazla (ort=2,57), çalışma saati 9 saatten az olan (ort=2,61) hemşireler ise en çok “Hemşireler; refakatçisi olmayan hastaların, hemşirelerin iş yükünü arttırdığını düşünür” ifadesini ayrımcılık olarak algılamışlardır (Tablo 4).

Tablo 4: Hemşirelerin Hasta Bakımına İlişkin Ayrımcılık Algısı İfadelerine Verdikleri Yanıtların Kişisel Ve Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı*

Kişisel ve mesleki özellikler	N(%)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Cinsiyet	Erkek	49(16,8)	2,25	2,98	2,29	2,06	1,88	2,18	2,28	1,92	1,94
	Kadın	242(83,2)	2,54	2,31	2,38	2,20	2,28	2,01	1,99	2,04	2,01

Yaş grubu	<29	170(58,4)	2,45	2,67	2,34	2,22	2,19	2,19	2,19	2,00	2,13
	>30	121(41,6)	2,54	2,07	2,40	2,11	1,84	1,83	1,84	2,04	1,81
Eğitim düzeyi	SML ve Ön lisans	68(23,4)	2,16	2,47	2,18	1,87	1,94	1,77	1,87	1,62	1,63
	Lisans ve üstü	223(76,6)	2,59	2,41	2,42	2,27	2,30	2,13	2,10	2,14	2,11
Deneyim	<5 yıl	149(51,2)	2,35	2,75	2,32	2,13	2,05	2,07	2,07	2,00	2,15
	>6yıl	142(48,8)	2,63	2,08	2,42	2,23	2,37	2,01	2,01	2,04	1,83
Birim	Yatan hasta servisleri	199(68,4)	2,77	2,55	2,59	2,38	2,42	2,18	2,20	2,17	2,19
	Diğer	92(31,6)	1,88	2,15	1,87	1,73	1,76	1,75	1,70	1,70	1,59
Kurum	Özel hastane	133(45,7)	2,50	3,01	2,56	2,30	2,13	2,26	2,29	2,16	2,44
	Üniversite hastanesi	158(54,3)	2,47	1,93	2,20	2,07	2,27	1,85	1,83	1,90	1,62
Kurumda toplam çalışma süresi	<5 yıl	158(54,3)	2,42	2,76	2,36	2,16	2,17	2,04	2,14	2,04	2,15
	>6 yıl	133(45,7)	2,57	2,02	2,37	2,20	2,26	2,04	1,93	1,99	1,82
Çalışma saati	<8 saat	83(28,5)	2,61	2,15	2,36	2,15	2,35	1,88	1,96	2,22	1,87
	>9 saat	208(71,5)	2,44	2,53	2,37	2,19	2,15	2,11	2,07	1,94	2,05

*- Ortalama puanı 2'nin üzerinde olan ifadelere yer verilmiştir.

TARTIŞMA

Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Hemşirelerin iş yaşamında ayrımcılığa ilişkin algılarını belirlemek amacıyla planlanan bu araştırmada, kişisel ve mesleki özelliklerine ait bulgulara bakıldığında katılımcıların çoğunluğunun 29 yaş alt, kadın, lisans ve üzeri eğitim almış; üniversite hastanesinde, yatan hasta servislerinde çalışan, mesleki deneyim ve kurumdaki çalışma süresi 5 yılın altında olan

hemşireler olduğu belirlenmiştir. 29 ve altı yaş aralığına sahip, lisans ve lisansüstü mezun hemşirelerin sayısının daha fazla olmasının nedeni olarak hemşirelik eğitimini tamamen lisans düzeyine standardize eden 2007 yılında güncellenen Hemşirelik Kanunu gösterilebilir. Ayrıca, bu çalışmada katılımcıların kadın ağırlıklı olmasının nedeni şüphesiz hastanelerdeki erkek hemşirelerin azlığına bağlıdır. Literatür, hemşirelik mesleğinde toplumsal cinsiyet konusu ilgili endişenin halen sürmekte olduğundan bahsetmektedir (Mooney, O'Brien ve Glacken, 2008). Bu endişenin, toplumun bilinçlenmesi, hemşireliği daha iyi tanınması ve lisans eğitimi almış profesyonel erkek hemşirelerin hemşirelikte daha fazla yer alması ile zamanla ortadan kalkacağı öngörülmektedir.

Bu araştırma hemşireliğin, literatürde bahsedilen şefkat verici rolüyle kalıplaştırılmış kadın mesleğinden çıkıp, erkeklerinde dahil olduğu bir meslek haline geldiğini ve onların da sahada şefkat verici rolüyle görüldüğünü ortaya koymaktadır. Erkek hemşireler araştırmamızda, hemşirelerin kimsesiz hastalara daha şefkatli yaklaşmasını, hemşirelerin engelli olan hastalara daha çok ilgi göstermesini kadın hemşirelere oranla daha az, hemşirelerin sosyokültürel ve eğitim düzeyi düşük olan hastaya daha az zaman ayırmasını ise kadın hemşirelere oranla daha fazla ayrımcılık olarak algılamış, kimsesiz hastalara diğer hastalara nazaran daha şefkatli davranılabileceğini, engelli olan hastalara daha çok ilgi gösterilebileceğini ve ayrıca, hastaların sosyokültürel ya da eğitim düzeyinden bağımsız olarak eşit zaman ayrılması gerektiğini göstermişlerdir.

Araştırmada, çalışma ortamındaki kıdem faktörünün erkek ve kadın hemşirelerdeki algı düzeyi de araştırılmıştır. Kıdemli hemşirelerin, diğer hemşirelere göre daha az sayıda hasta bakmasını, kıdemli hemşirelerin mesai saatleri açısından diğerlerine göre daha ayrıcalıklı olmasını, yaşanan problemlerde kıdemli hemşirelerin genelde haklı bulunmasını, yönetici hemşirelerin kıdemli olan hemşirenin uygulamalarını daha az sorgulamasını, erkek hemşirelerin kadın hemşirelere göre daha fazla ayrımcılık olarak değerlendirdikleri saptanmıştır. Bu kapsamda erkek hemşirelerin, kadın hemşirelere oranla eğitim düzeyini kıdemden daha fazla önemsediklerini söylemek mümkündür. Nitekim bu çalışmada erkek hemşireler, hemşire akademisyen ve eğitimcileri, klinisyen hemşirelerden daha saygın bulunmasını ayrımcılık olarak değerlendirmediklerini ifade etmişlerdir. Literatür bu çalışma bulgusunu destekler niteliktedir. Egeland ve Brown çalışmasında erkek hemşirelerin yönetim ve eğitim işlerinde diğer alanlara göre daha başarılı olacaklarını belirtirken (Egeland ve Brown, 1989), Özpancar, Aydın ve Akansel çalışmasında, İngiltere'de yapılmış olan bir araştırmanın sonucundan bahsetmiş ve erkeklerin %50,25'inin kadınların ise %49,75'inin hemşirelik yönetiminde söz sahibi olduğunu belirtmiştir (Özpancar, Aydın, ve Akansel,

2008). Bu araştırma bulgularına göre erkeklerin yönetime ve eğitime kıdemden daha fazla önem verdiğini, ayrıca bu alanlarda daha aktif rol aldıklarını söylemek doğru olacaktır.

Hemşirelerin Hasta Bakımında Ayrımcılık Algılarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Klinisyen hemşireler genelde, hasta bakımının zaman alması ve dikkatli takip gerektirmesi ya da hasta yoğunluğu gibi sebeplerden dolayı, hastanın refakatçisinin yanında olmasını istemektedirler. Ancak araştırmada hemşirelerin, refakatçisi olmayan hastaları iş yükü olarak görmedikleri görülmektedir ve bu tarz hastaları iş yükü olarak görmek ayrımcılık olarak algılanmıştır. Bu durum profesyonel bir sağlık ekip üyesi olan hemşirelik mesleği adına sevindiricidir.

İngilizcede ‘Very Important Person (VIP)’ olarak geçen Türkiye’de ise genelde maddi sorunu olmayan ve sağlık hizmetleri dışında otelcilik hizmetlerini de satın alabilen hastalar için kullanılan VIP hastalara hemşireler, daha yoğun hemşirelik bakımı vermeyi, daha fazla ilgi göstermeyi ayrımcılık olarak algıladıklarını belirtmişlerdir. Sağlık turizminin ve sağlık otelcilik hizmetlerinin etkin olduğu günümüzde, maddi sorunlar nedeniyle bu tür hizmetlerden faydalanamayan hastaların olduğu da bir gerçektir. Araştırmadaki bu bulguya bakılarak hemşirelerin, VIP hizmet satın alan hastalara ayrımcı davranışlar sergilemeyecekleri ve maddi durumu yetersiz olan hastaları ikinci plana atmayacakları yorumu yapılabilir.

Araştırmada hemşireler, yeni mezun olan hemşirelerin kronik ve ilerleyici hastalığı bulunan ve genel durumu bozuk olan hastalara bakmaktan kaçınmasını ayrımcılık davranışı olarak algılamadıklarını ifade etmişlerdir. Literatür bu ifadenin nedenlerini açıklar niteliktedir. Kılıç’ın (2014) araştırmasına göre; hemşire ve hasta arasında kurulan ilişkide hastanın hastalık derecesi iletişimi önemli derecede etkilemektedir (Kılıç, 20024). Parlayan ve Dökme’ye göre (2016) ise; kronik ve ilerleyici hastalığı olan kişilerin psikolojileri bozuk olabilmekte ve bu nedenle hasta veya hasta yakınının tutum ve davranışlarında beklenmedik durumlar söz konusu olabilmektedir (Parlayan ve Dökme, 2016). Bu araştırmalar, yeni mezun olan hemşirelerin kronik ve ilerleyici hastalığı bulunan, genel durumu bozuk olan hastalara bakmaktan çekinmelerinin nedeni olarak gösterilebilirken, hemşirelerin de yeni mezunların bu tarz hastalarla başa çıkma yetilerinin düşük olacağını düşündüklerinden ayrımcılık olarak nitelendirmemiş olabilecekleri düşünülmektedir.

Çalışmada erkek ve kadın hemşireler, hemşirelerin özellikle de genç olanların, daha çok genç hasta bakmak istemesini ayrımcılık olarak algılamadıklarını ortaya koymaktadır. Literatür, elde ettiğimiz verilerin nedenlerini açıklar niteliktedir. Bulut ve Çilingir’in (2016) yaptığı çalışmaya göre toplumun yaşlıları, hasta, bağımlı ve çirkin olarak görmesi olumsuz bir

tutumdur ve yaşlı ayrımcılığı, olumsuz tutumların tümünü içermektedir. Aynı çalışmada hemşirelerin yaşlılara karşı olumsuz tutumlarının, yaşlılara verilen bakım kalitesini daha da düşüreceği belirtilmiştir. Vefikuluçay ve Terzioğlu'nun çalışmasında ise, hemşirelerin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları, ICN tarafından belirlenmiş olan rol ve sorumlulukların gerçekleştirilmesini etkileyen faktörler arasındadır (Vefikuluçay ve Terzioğlu, 2010). Ayrıca, Higgins Der Riet, Slater ve Peek'in yaptığı çalışma, hemşirelerin yaşlı bireylere verdiği bakımı "zaman kaybı" olarak değerlendirdikleri ve bu bakımı yeterince önemsemediklerini ortaya koymuştur (Higgins Der Riet, Slater, ve Peek, 2007). Yine Moyle çalışmasında, hemşirelik öğrencilerinin yaşlı bireylere karşı olumsuz bir tutum sergilediklerini ve yaşlıları zayıf, kırılğan ve hasta bireyler olarak algıladıklarını ortaya koymuştur (Moyle, 2003). Bu sebeplerle hemşirelerin daha çok genç hasta bakmayı tercih ettikleri söylenebilir.

Araştırmada, hemşirelerin yabancı uyruklu hastalara karşı çekinceli davranışını ayrımcılık olarak algıladıkları konusunda kararsız kaldıkları sonucu saptanmıştır. Ancak Alkan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, sağlık sisteminin tüm hastalara hastalıklarını, etnik kökenlerini, dinini, ırklarını, dilini, veya diğer etnik özelliklerini dikkate almadan eşit davranma gerekliliğini belirtmiş ve sağlık hizmetlerinde yaşanacak her türlü ayrımcılığın hastanın sağlık sistemine olan güvenini sarsabileceğini ve bu nedenle hasta ile sağlık personeli arasındaki etkileşimin olumsuz etkilenebileceği vurgusunu yapmıştır (Alkan vd., 2015).

Çalışmamızda hemşireler, erkek hemşirelerin kadın hastaya bakmaktan çekinmesi ya da kadın hemşirelerin erkek hastaya bakmaktan çekinmesini büyük oranda ayrımcılık olarak algıladıklarını ifade etmişlerdir. Ancak Kahraman, Ozansoy Tunçdemir ve Özcan araştırmasını 17 erkek hemşirelik öğrencisi üzerinde yapmış, sonucunda ise erkek öğrencilerin kadın hastalara karşı çekinceyle yaklaştıklarını, kadın hastalarında erkek hemşirelerden çekindiğini ortaya koymuştur (Kahraman, Ozansoy Tunçdemir, ve Özcan, 2015). Yine aynı çalışma hemşirelerin, güç gerektiren zor koşullarda, problemleri bir hasta veya hasta yakını ile uğraşmak ya da hastanın taşınması, erkek hastaların banyo yaptırılması gibi uğraşlarda kadınlar yerine erkek hemşirelerin görevi olarak algıladıklarını belirtmiştir. Ayrıca, kadın hemşirelerin de erkek hastalarla ilgili bazı girişimlerde çekindiklerini, erkek hastalarla erkek hemşirelerin ilgilenmesinin, özellikle mahremiyet yerleriyle ilgili tedavilerde çekinceyi ortadan kaldırdığına inandıklarını ortaya koymuştur. Literatürde erkek hemşirelerin erkek hastalara bakması gerektiği görüşünü destekleyen çalışmalar da mevcuttur. Eksen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, araştırma kapsamına alınan kişilerin %48,4'ünün erkek hemşirelerin erkek hastalara bakması görüşünü savduklarını belirtmiştir (Eksen vd., 1999).

Buradan hareketle, çalışmamızın sonucu olarak belirttiğimiz gibi hemşirelerin cinsiyet konusunda hastalara yapılan her türlü çekinceli yaklaşımı ayrımcılık davranışı olarak algılasalar da, sahada uyguladıklarını söylemek doğru olacaktır.

Hemşirelerin Çalışma Ortamında Ayrımcılık Algularına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada, yöneticiler çalışanın performansını objektif olarak değerlendirmediklerinde hemşireler bu davranışı ayrımcılık olarak algıladıklarını belirtmektedirler. Literatürde de, performans değerlendirmesinin önemi ile ilişkili çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Yıldız, Dağdeviren ve Çetinyokuş yaptıkları çalışmada, işletmelerde performans değerlendirme sürecinde karşılaşılan en önemli sorunun çalışan performanslarının objektif şekilde değerlendirilmesinde yaşandığını belirtirken (Yıldız, Dağdeviren, ve Çetinyokuş, 2008), Top, Gider ve Ünalın araştırmasında, Türkiye’de hemşire iş performansının objektif olarak değerlendirilmesinin sağlık hizmetleri sunumunda performansı arttırmak için yönetsel faydalar sağlayacağını ortaya koymuştur koymuştur (Top, Gider, ve Ünalın, 2010).

Bu çalışmada hemşireler, sigara kullanan hemşirelerin mesai saatleri içerisinde daha fazla dinlenme süresi kullanmasını büyük ölçüde ayrımcılık olarak değerlendirmişlerdir ancak yasal düzenlemelerle bu bulgu ters düşmektedir. Literatürde hemşirelerin sigara içme sıklıklarını ve sigara molasını tartışan birçok araştırma bulunmaktadır. Sayan, Tekbaş, Göçgeldi, Paslı ve Babayiğit yaptıkları çalışmada, Türkiye’de sigara içme prevalansının yüksek olduğunu ortaya koymuş ve hemşireler arasında sigara içme sıklığının toplumun diğer kesimlerindeki kadınlara göre genellikle daha yüksek olduğunu, ayrıca yine hemşireler arasında içme sıklığının birçok meslek grubunda erkeklerden oranla daha fazla olduğunu savunmuştur (Sayan, Tekbaş, Göçgeldi, Paslı, ve Babayiğit, 2009). Tulukçu çalışmasında, Yargıtay’ın sigara molaları hakkındaki yasal düzenlemesine değinmiştir. Bu yasal düzenlemenin içeriğinde sigara içilmesi yasak olan yerlerde çalışan işçilere verilen sigara molasının, sigara içilmesinin serbest olduğu yerlerde çalışan işçilere tanınmamasının ayrımcılık olmadığı belirtilmektedir (Tulukçu, 2012). Ayrıca Yargıtay’ın bu düzenlemesinde, aynı kurumda sigara içenlere tanınan ara dinlenmelerinden, sigara içmeyen işçilerin yararlanamayacakları kanaatinde olduğu anlaşılmaktadır.

Çalışmada hemşirelerin ayrımcılık olarak algıladıkları bir diğer husus, doktorların hemşirelere göre personeller üzerindeki yaptırım gücünün fazla olduğudur. Sağlık sistemine bakıldığında, önceden hastane yöneticisi pozisyonunda yalnızca doktorlar görülmektedir. Ancak 2014 yılında Kamu Hastaneler Birliği, hastane yöneticisinin doktor olma

zorunluluğunu ortadan kaldırmakla kalmamış, hastane yöneticisine bağlı olan sağlık bakım hizmetleri müdürü ile tıp hizmetleri müdürlüğünü de birbirinden ayırmıştır. Hemşireler ve sağlık personelleri sağlık bakım hizmetleri müdürlüğüne bağlanmıştır. Sağlık bakım hizmetleri müdürünün ise doktorlardan oluşma zorunluluğu yoktur. Dolayısıyla artık hemşireler doktorları, kendilerinin bağlı olduğu üst yöneticisi olarak görmemektedir. Bu çıkarım sonucunda çalışmada saptanan ayrımcılık algısının nedeni, hemşirelerin ve personellerin üzerindeki yaptırım gücünün doktor olmakla ilişkisi olmadığına bağlanabilir.

Çalışmada, hekimlerin kıdemli hemşirelere daha fazla güvenmesini hemşireler büyük ölçüde ayrımcılık olarak algıarken, diğer yandan hekimlerin eğitim düzeyi yüksek olan hemşirelere daha fazla güvenmesini ise ayrımcılık olarak algılamamışlardır. Buradan hareketle hemşirelerin gözünde hekimlerin hemşirelere olan güveni, hemşirenin eğitim düzeyiyle yakından ilişkilidir denilebilir.

SONUÇ

Hastane ve hemşirelik hizmetleri yöneticileri bu bulgular doğrultusunda; çalışma ortamında uygun iş gücü planlaması yaparak yeterli sayıda ve nitelikte hemşireler bulundurabilir, çalışma ortamında yönetim ve ekip içi ilişkilerin adil ve eşitlikçi anlayış içerisinde sürdürülmesinin sağlanmasına yönelik önlemler alabilir, hasta bakımında özellikle yatağa bağımlı, kronik seyirli, engelli ya da refakatçisi olmayan hastaların bakım ve tedavisinde uygun sayıda hemşire görevlendirmesi yapabilir, buna göre yeterli sayıda hemşire ile iş yükünün eşit olarak paylaşımını sağlayabilirler. Hemşirelerin, algıladıkları ayrımcılık davranışlarını çekinmeden şeffaflıkla yöneticileriyle paylaşması sağlanmalı, ayrımcılık davranışlarına karşı çözümcül şekilde yaklaşılmalı, sadece iş yaşamında değil özel yaşamda da ‘ayrımcılık’ konusunda duyarlılık gösterilmesi gerekmektedir. Araştırmacıların ise, hemşirelerin iş yaşamında ayrımcılık algılarını ölçmeye yönelik ölçek geliştirme çalışmaları yapması, bu konunun daha ayrıntılı ele alınması açısından daha büyük örneklemeler ile daha fazla verinin elde edilmesi gerekmektedir.

Not 1: Bu çalışma, 5-8 Kasım tarihinde 5. Uluslararası 16. Ulusal Hemşirelik Kongresinde P-039 no’lu poster ile sunulmuştur.

Not 2: Bu çalışma, sorumlu yazarın Yüksek Lisans Tez çalışmasından üretilmiştir. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2017, Yüksek Lisans Tezi

KAYNAKLAR


- Alkan, A., Erdem, R., Çelik, R. (2015). Hastane çalışanlarının hastalara yönelik ayrımcı tutum ve davranışları üzerine bir araştırma . Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (22), 48.
- Ulusoy, H., Türkkkan, N. Ü., Baykal, Ü. T., Türkmen, E. E., Seren, A. K. H., Duygulu, S., ... İntepeler, Ş. S. (2014). Hemşirelik hizmetleri yönetimi. Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul, 735-742.
- Bulut, E., Çilingir, D. (2016). Yaşlı ayrımcılığı ve hemşirelik bakımına yansımaları. TAF Preventive Medicine Bulletin, 15(5), 447.
- Demir, M. (2011). İş yaşamında ayrımcılık: Turizm sektörü örneği. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 8(1), 761.
- Egeland, J. W., Brown, J. S. (1989). Men in nursing: their fields of employment, preferred fields of practice, and role strain. Health services research, 24(5), 693-707.
- Eksen, M., Birgili, F., Tümer, A., Bozyer, İ., Gezer, N., Karaefe, M. (1999). Hemşire, öğrenci hemşire, doktor ve vatandaşların hemşirelik üzerindeki görüşleri. IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Semp. Kitabı, Kıbrıs, 375-379.
- Higgins, I., Der Riet, P. V., Slater, L., Peek, C. (2007). The negative attitudes of nurses towards older patients in the acute hospital setting: A qualitative descriptive study. Contemporary Nurse, 26(2), 225-237.
- Kahraman, A. B., Ozansoy Tunçdemir, N., Özcan, A. (2015). Toplumsal cinsiyet bağlamında hemşirelik bölümünde öğrenim gören erkek öğrencilerin mesleğe yönelik algıları. Sosyoloji Araştırmaları Dergisi, 18(2), 138.
- Kılıç, M. (2014). Sağlık Kurumlarında iletişim: hasta-sağlık personeli iletişimi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- O'Brien, F., Mooney, M., Glacken, M. (2008). Impressions of nursing before exposure to the field. Journal of Clinical Nursing, 17(14), 1843-1850.
- Moyle, W. (2003). Nursing students' perceptions of older people: Continuing society's myths. Australian Journal of Advanced Nursing, The, 20(4), 15-21.
- Özpancar, N., Aydın, N., Akansel, N. (2008). Hemşirelik 1. sınıf öğrencilerinin hemşirelik mesleği ile ilgili görüşlerinin belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(3), 9-17.
- Parlayan, M. A., Dökme, S. (2016). Özel Hastanelerdeki Hemşire ve Hastaların İletişim Seviyelerinin Değerlendirilmesi: Bir Hastane Örneği. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 13(2).
- Sayan, İ., Tekbaş, Ö. F., Göçgeldi, E., Paslı, E., Babayiğit, M. (2009). Bir eğitim hastanesinde görev yapan hemşirelerin sigara içme profilinin belirlenmesi. Genel Tıp Dergisi, 19(1), 9-15.
- Top, M., Gider, Ö., Ünalın, D. (2010). Hastane sektöründe iş performansını etkileyen örgütsel değişkenlerin (faktörlerin) incelenmesi: kayseri ve kocaali illerindeki hemşireler üzerine bir alan araştırması. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme İktisadı Enstitüsü Yönetim Dergisi, 21(66), 71-96.
- Tulukçu, N. B. (2012). Ara Dinlenmesinde Yapılan Çalışmanın Ücretlendirilmesi., Sicil İş Hukuku Dergisi, (7):93.
- Vefikuluçay D, Terzioğlu F. (2010). Ageism and nursing: review. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi.; 2(2): 137-44.
- Yıldız, O., Dağdeviren, M., Çetinyokuş, T. (2008). İşgören performansının değerlendirilmesi için bir karar destek sistemi ve uygulaması. Journal of the Faculty of Engineering Architecture of Gazi University, 23(1):239.

COVID-19 HAKKINDA ECZACILARIN VE ECZACILIK ÖĞRENCİLERİNİN BİLGİ VE TUTUMLARI

Knowledge and Attitudes of Pharmacists and Pharmacy Students about COVID-19

Emre KARA¹ 

Kutay DEMİRKAN² 

Serhat ÜNAL³ 

^{1,2}Hacettepe Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Ankara

³Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ankara

Geliş Tarihi / Received: 03.06.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 22.10.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ÖZ


Mevcut COVID-19 pandemisi sırasında eczacılar, topluma doğru bilgilerin aktarılmasında önemli rol üstlenmektedir. Bu çalışmada, eczacıların ve eczacılık fakültesi öğrencilerinin COVID-19 konusunda bilgi ve tutumlarının ve eczacılara verilen hizmet içi eğitimin katkısının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışma için hazırlanan çoktan seçmeli ve açık uçlu 22 sorudan oluşan anket, 9 Mart 2020 tarihinde düzenlenen 'COVID-19'da Eczacıların Rolü' konulu 1 saatlik eğitime katılan eczacılara ve eczacılık fakültesi öğrencilerine, eğitimin öncesinde ve sonrasında uygulanmıştır. Bu çalışmaya 45 eczacı, 45 eczacılık fakültesi öğrencisi olmak üzere 90 katılımcı dâhil edilmiştir. Katılımcılar bilgi kaynağı olarak en sık klasik medya, sosyal medya ve interneti kullandıklarını belirtmişlerdir. Komorbiditesi olan kişilerin COVID-19'dan daha fazla etkilendiğini düşünen eczacıların sayısı öğrencilerden daha fazladır (%97,8 ve %58,0, p=0,019). COVID-19'un çocukları daha fazla etkilediğini düşünen (%15,6 ve %40,0, p=0,019) ve korunmak için N95 maske kullanılması gerektiğini düşünen (%31,1 ve %62,2, p=0,006) öğrenciler eczacılardan daha fazladır. Koruyucu önlemlerin uygulanması gerektiğine yönelik düşünceler birçok maddede (hasta insanlardan uzak durmak, cerrahi maske kullanmak, N95 maske kullanmak, eldiven kullanmak, koruyucu gözlük kullanmak, koruyucu kıyafetler giymek) eğitim sonrası artış göstermiştir. Hastalıktan koruyucu önlemlerin uygulanmasına yönelik eğilim, eğitim sonrası artış göstermektedir. Bu durum sağlık çalışanlarının koruyucu yöntemlere adaptasyonunun sağlanması için eğitimin önemli olduğunu göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Bilgi, COVID-19, Eczacı, Öğrenci, Tutum.

ABSTRACT

During the current COVID-19 pandemic, pharmacists play an important role in conveying accurate information to the community. In this study, it is aimed to evaluate; the knowledge and attitudes of pharmacists and pharmacy students on COVID-19 and the contribution of pharmacists' in-service education. The questionnaire consisting of 22 multiple-choice and open-ended questions prepared for the study has been applied to pharmacists and pharmacy students who attended the 1-hour training on 'Role of Pharmacists in COVID-19' held on 9 March 2020. 90 participants, including 45 pharmacists and 45 pharmacy faculty students, have been included in this study. Participants stated that they mostly use classical media, social media, and the internet as the source of information. The number of pharmacists who think that people with comorbidities are more affected by COVID-19 is higher than students (97.8% and 58.0%, p=0.019). Students who think that COVID-19 affects children more (15.6% and 40.0%, p=0.019) and think that N95 masks should be used for protection (31.1% and 62.2%, p=0.006) are more than pharmacists. Thoughts about the need to apply protective measures have increased in many items (avoiding sick people, using surgical masks, using N95 masks, wearing gloves, wearing protective glasses, wearing protective clothing) after training. The trend towards the implementation of preventive measures increases after education. This situation shows that education is important for the adaptation of healthcare workers to preventive methods.

Keywords: Attitude, COVID-19, Knowledge, Pharmacist, Student

Emre KARA , eczemrekara@outlook.com
Hacettepe Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Ankara

Bu makaleye atıf yapmak için (How to cite this article): Kara, E., Demirkan, K., Ünal, S. (2020). Covid-19 Hakkında Eczacıların ve Eczacılık Öğrencilerinin Bilgi ve Tutumları. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 8(3), 763-778. doi: 10.33715/inonusaglik.747766

GİRİŞ

Çin'in Wuhan eyaletinde Aralık 2019'da başlayan ve yeni bir koronavirüs salgını olan Koronavirüs Hastalığı 2019 (Coronavirus Disease 2019, COVID-19) 11 Mart 2020 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü tarafından pandemi olarak tanımlanmıştır (Zhu vd., 2020). COVID-19 pozitif vakalar ve hastalığa bağlı ölümler Türkiye de dâhil olmak üzere neredeyse dünyadaki tüm ülkelerde bu salgın raporlanmıştır (World Health Organization, 2020).

Koronavirüsler, soğuk algınlığı gibi hafif hastalıklarda Orta Doğu Solunum Sendromu (Middle East Respiratory Syndrome, MERS-CoV), Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu (Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS-CoV) gibi daha ciddi hastalıklara yol açabilmektedir. COVID-19 olarak adlandırılan hastalığa, SARS-CoV-2 olarak adlandırılan, koronavirüs ailesinin en yeni tanımlanan üyelerinden biri sebep olmaktadır. Mevcut kanıtlara göre COVID-19 kaynaklı ölüm oranı SARS-CoV ve MERS-CoV'dan daha az olup bulaştırıcılığı COVID-19'dan daha fazladır (Chan vd., 2020; Wang, Horby, Hayden, ve Gao, 2020). Koronavirüsler esas olarak hayvanlarda enfeksiyonlara yol açmakta ve hayvanlardan bulaş sonucu insanlarda da enfeksiyon oluşabilmektedir (Lu vd., 2020).

COVID-19'un en sık görülen semptomları ateş, öksürük ve nefes darlığıdır. Ciddi vakalarda, COVID-19 kaynaklı pnömoni, şiddetli solunum yetmezliği sendromu, böbrek yetmezliği ve ölüm görülebilmektedir (Huang vd., 2020). Mevcut verilere göre özellikle genç popülasyonda ölüm oranı düşüktür (Wu ve McGoogan, 2020). Ancak ileri yaştaki bireyler (>60 yaş) ve komorbiditeleri olan hastalar (diyabet ve kardiyak hastalıklar gibi) COVID-19'dan daha fazla etkilenmektedirler (Lu vd., 2020).

Günümüzde COVID-19'a özgü geliştirilmiş olan etkili ve kanıtlanmış bir tedavi, profilaksi veya aşı bulunmamaktadır. Tedavi için bir yandan bazı deneysel ilaçlar ve tecrübeye dayalı tedavi yöntemleri kullanılırken, bir yanda da klinik çalışmalara devam edilmektedir (Lim vd., 2020).

Eczacılar, bir sağlık çalışanı olarak, toplum için en yakın danışma kaynaklarından biridir. COVID-19, korunma yöntemleri ve tedaviler konusunda toplumdaki farkındalığın eczacılar tarafından artırılması önem taşımaktadır. Eczacılık öğrencileri ise yakın zamanda bu görevi üstlenecek olan, geleceğin sağlık çalışanlarıdır. Mevcut pandemi döneminde de eczacılar bu misyonu yerine getirmekte ve doğru bilgilerin halka aktarılmasını sağlamaktadırlar.

Bu çalışmada, Ankara'da düzenlenen bir hizmet içi eğitim programına katılan eczacıların ve eczacılık öğrencilerinin COVID-19 konusunda bilgi ve tutumlarının ve verilen eğitimin katkısının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

GEREKÇE VE YÖNTEM

Çalışma için çoktan seçmeli ve açık uçlu 22 soru içeren bir anket oluşturulmuştur. Bu anket 9 Mart 2020 tarihinde Ankara’da düzenlenen ve Türkiye COVID-19 Bilim Kurulu üyelerinden biri tarafından yapılan ‘COVID-19’da Eczacıların Rolü’ konulu eğitime katılan eczacılara ve eczacılık fakültesi öğrencilerine eğitim öncesinde ve sonrasında uygulanmıştır. Onam vererek çalışmada yer almayı kabul eden katılımcılardan, eğitim öncesi ve sonrası anket sorularını cevaplayanlar çalışmaya dahil edilmiştir. Ankette katılımcıların isimleri yer almamakta ve veriler anonim olarak elde edilmiştir. Çalışmanın yürütülmesi için etik izin Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan alınmıştır (GO 20/364).

Türkiye'deki ilk pozitif COVID-19 vakası 10 Mart 2020'de tespit edildiğinden, çalışma öncesinde Türkiye'de herhangi bir COVID-19 vakası görülmemiştir.

Bu ankette yer alan sorular ‘Türkiye Cumhuriyeti COVID-19 Bilimsel Komitesi - COVID-19 Kılavuzu’ ve Sağlık Bakanlığı web sitesinde paylaşılan COVID-19 konusundaki bilgiler (<https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/tr/>) kullanılarak oluşturulmuştur.

Yaş, cinsiyet, meslekte çalışma süresi (yıl) ve çalışma alanı demografik veriler olarak elde edilmiştir. COVID-19 ile ilgili bilgi kaynakları, bilgiler, düşünceler ve tutumlar hakkında çoktan seçmeli sorular sorulmuştur. Katılımcıların bazı sorular için sadece bir cevap ve diğerleri için ise birden fazla cevap seçebilmelerine izin verilmiştir. Ayrıca, 5 tane de doğru/yanlış seçeneklerinden birinin seçilebileceği soru sorulmuştur. Sorularda, bir seçenek olarak “diğer” seçeneği de sunulmuş ve bu seçenek işaretlendiyse açıklama yapılması beklenmiştir.

İstatistiksel analiz

Elde edilen bulgular, MacOS için IBM SPSS Statistics v23.0 programı (IBM Corp., Armonk, N.Y., ABD) kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı veriler için yüzde, ortalama ve standart sapma, ortanca ve minimum-maksimum kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi, dikotom bağımlı bir değişkendeki farklılıkları belirlemek için McNemar testi kullanılmıştır. Verilerdeki değişimi incelemek için %95 güven aralığı uygulanmış ve tüm testler için $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Bu çalışmaya, eğitim öncesi ve sonrası anket sorularını cevaplayan 45 eczacı ve 45 eczacılık fakültesi öğrencisi olmak üzere toplam 90 katılımcı dâhil edilmiştir. Katılımcıların çoğunluğu erkek (%84,6) ve 20-29 yaş aralığındadır (%57,8) (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri, n (%)

Özellikler		Eczacı	Öğrenci	Toplam
Cinsiyet	Kadın	8 (17,8)	5 (11,1)	13 (14,4)
	Erkek	37 (82,2)	40 (88,9)	77 (84,6)
Yaş	20-29 yıl	7 (15,6)	45 (100,0)	52 (57,8)
	30-39 yıl	5 (11,1)	0 (0,0)	5 (5,6)
	40-49 yıl	12 (26,7)	0 (0,0)	12 (13,3)
	50-59 yıl	14 (31,1)	0 (0,0)	14 (15,6)
	≥ 60 yıl	7 (15,6)	0 (0,0)	7 (7,8)
'Kaç yıldır çalışıyorsunuz?' veya 'Kaçınıcı sınıftasınız?'	<5 yıl / 1.sınıf	7 (15,6)	10 (22,2)	
	5-10 yıl / 2. sınıf	3 (6,7)	13 (28,9)	
	11-20 yıl / 3. sınıf	10 (22,2)	1 (2,2)	
	≥20 yıl / 4. sınıf	25 (55,6)	10 (22,2)	
	- / 5. sınıf	0 (0,0)	11 (24,4)	

Katılımcılar bilgi kaynağı olarak en sık olarak klasik medya (televizyon, gazete), sosyal medya (Instagram, Facebook, Twitter gibi) ve interneti (bilimsel veya bilimsel olmayan) kullandıklarını belirtmişlerdir. Sosyal medyadan bilgi edinme oranının öğrencilerde daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. COVID-19 Bilgi Kaynağı, n (%)

Soru	Yanıtlar	Toplam	Eczacı	Öğrenci	p değeri
COVID-19 (koronavirüs) hakkında hangi kaynaktan /kaynaklardan bilgi edindiniz?	Bilgi edinmedim	1 (1,1)	1 (2,2)	0 (0,0)	*
	Medya (televizyon, gazete)	57 (63,3)	27 (60,0)	30 (66,7)	0,662
	Sosyal medya	51 (56,7)	20 (44,4)	31 (68,9)	0,033
	İnternet (bilimsel kaynaklar)	45 (50,0)	21 (46,7)	24 (53,3)	0,673
	İnternet (genel kaynaklar)	61 (67,8)	27 (60,0)	34 (75,6)	0,176
	Arkadaşlardan/ailemden	26 (28,9)	7 (15,6)	19 (42,2)	0,011
	Dersten	24 (26,7)	0 (0,0)	24 (53,3)	*
Eğitimden/toplantıdan	13 (14,4)	7 (15,6)	6 (13,3)	1,000	

*p değeri hesaplanamamıştır.

Katılımcıların COVID-19'a ilişkin genel bilgi ve tutumlarını değerlendirmek amacıyla eğitim öncesi anket sorularına verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde, bazı sorulara verilen cevaplarda eczacılar ve öğrenciler arasında istatistiksel farklar olduğu görülmüştür. Burun akıntısı (%35,6 ve %13,3, p=0,027) ve böbrek yetmezliğinin (%15,6 ve %0, p=0,012) semptomlar veya komplikasyonlar arasında olduğunu düşünen öğrencilerin oranının eczacılardan daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Komorbiditesi olan kişilerin COVID-19'dan

daha fazla etkilendiğini düşünen eczacıların sayısının ise öğrencilerden daha fazla olduğu belirlenmiştir (%97,8 ve %58,0, p=0,019). 'Arkadaşlarımla olan toplu buluşma ve aktiviteleri iptal ediyorum' (%22,2 ve %2,2, p=0,010), 'alışveriş merkezlerine daha az sıklıkta gidiyorum' (%60,0 ve %35,6, p=0,035), 'tiyatro, sinema gibi kapalı alan etkinliklerine daha az katılıyorum' (%42,2 ve %15,6, p=0,011) ve 'öksüren insanlardan uzak durmaya çalışıyorum' (%82,2 ve %60,0, p=0,036) şeklinde bildirimde bulunan eczacıların oranının öğrencilerden daha fazla olduğu saptanmıştır. COVID-19'un çocukları daha fazla etkilediğini düşünen (15,6% ve 40,0%, p=0,019) ve korunmak için N95 maske kullanılması gerektiğini düşünen (%31,1 ve %62,2, p=0,006) öğrencilerin oranının eczacılardan daha fazla olduğu görülmüştür.

Eğitimin katkısını değerlendirmek amacıyla, eğitim öncesi ve sonrası anket sorularına verilen cevapların karşılaştırması yapılmıştır. Eğitim öncesi, katılımcıların çoğunluğu salgının 'hava sıcaklığı arttığında (%40,7) veya '6-12 ay içinde (%30,2) sona ereceğini düşünürken, eğitim sonrası '1-2 yıl' (%25,0) ve '6-12 ay' (%18,8) seçeneklerini daha çok tercih ettiği belirlenmiştir. Enfeksiyon kaynağı olarak, eğitim öncesi 'net olarak bilinmemektedir' ve 'yarasalar' seçenekleri seçilirken, eğitim sonrası yarasalar seçeneğinin en sık işaretlenen seçenek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3). Eğitim sonrası, COVID-19'un aşı ile önlenbilir olduğuna, antiretroviral ilaçlarla tedavi edilebileceğine ve ülkemizde COVID-19 tanısı koymak için gerekli imkanların olduğuna ilişkin görüşlerin oranında önemli bir artış olmuştur (Tablo 4).

Tablo 3. COVID-19 Hastalığı Hakkında Bilgiler ve Düşünceler, n/toplam n (%)

Sorular	Cevaplar	Eczacı		Öğrenci		Toplam	
		Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası
COVID-19 salgını sizce ne zaman sona erecek?	Hava sıcaklığı arttığında	19/42 (45,2)	6/41 (14,6)	16/44 (36,4)	8/39 (20,5)	35/86 (40,7)	14/80 (17,5)
	1 – 2 ay içerisinde	6/42 (14,3)	7/41 (17,1)	5/44 (11,4)	0 (0,0)	11/86 (12,8)	7/80 (8,8)
	6 ay – 12 ay içerisinde	11/42 (26,2)	6/41 (14,6)	15/44 (34,1)	9/39 (23,1)	26/86 (30,2)	15/80 (18,8)
	1 – 2 yıl içerisinde	3/42 (7,1)	10/41 (24,4)	7/44 (15,9)	10/39 (25,6)	10/86 (11,6)	20/80 (25,0)
	2 – 5 yıl içerisinde	0 (0,0)	7/41 (17,1)	1/44 (2,3)	5/39 (12,8)	1/86 (1,2)	12/80 (15,0)
	5 – 10 yıl içerisinde	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,6)	0 (0,0)	1/80 (1,3)
	10 yıldan daha sonra	1/42 (2,4)	2/41 (4,9)	0 (0,0)	3/39 (7,7)	1/86 (1,2)	1/80 (1,3)
	Diğer (veri yok, sona ermeyecek)	2/42 (4,8)	3/41 (7,3)	0 (0,0)	3/39 (7,7)	2/86 (2,3)	6/80 (7,5)
COVID-19'un ilk bulaş kaynağı nedir?	Net olarak bilinmemektedir.	14/44 (31,8)	8/44 (18,2)	22/44 (50,0)	13/44 (29,5)	36/88 (40,9)	21/88 (23,9)
	Yarasalar	27/44 (61,4)	34/44 (77,3)	16/44 (36,4)	30/44 (68,2)	43/88 (48,9)	64/88 (72,7)
	Develer	0 (0,0)	1/44 (2,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1/88 (1,1)
	İnsanlar	0 (0,0)	1/44 (2,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1/88 (1,1)
	Pangolinler	3/44 (6,8)	0 (0,0)	6/44 (13,6)	1/44 (2,3)	9/88 (10,2)	1/88 (1,1)
SARS-CoV-2'nin kuluçka süresi kaç gündür?	<2 gün	1/44 (2,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1/88 (1,1)	0 (0,0)
	2 – 14 gün	38/44 (86,4)	39/43 (90,7)	40/44 (90,9)	40/43 (93,0)	78/88 (88,6)	79/86 (91,9)
	15 – 28 gün	5/44 (11,4)	4/43 (9,3)	4/44 (9,1)	3/43 (7,0)	9/88 (10,2)	7/86 (8,1)
	>28 gün	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
COVID-19 kaynaklı ölüm oranı ne kadardır?	%0-1	1/43 (2,3)	0 (0,0)	6/42 (14,3)	3 (6,8)	7/85 (8,2)	3/84 (3,6)
	%1,1-5,0	33/43 (76,7)	27/40 (67,5)	27/42 (64,3)	33 (75,0)	60/85 (70,6)	60/84 (71,4)
	%5,1-10,0	4/43 (9,3)	5/40 (12,5)	9/42 (21,4)	5 (11,4)	13/85 (15,3)	10/84 (11,9)
	%10,1-25	4/43 (9,3)	8/40 (20,0)	0 (0,0)	3 (6,8)	4/85 (4,7)	11/84 (13,1)
	%>25	1/43 (2,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1/85 (1,2)	0 (0,0)

Tablo 4. Katılımcıların COVID-19 Konusunda Doğru-Yanlış Bilgi Sorularına Yaklaşımı ('Doğru' Seçeneğinin Seçilme Oranları), n/toplam n (%)

Önerme	Eczacı			Öğrenci			Toplam		
	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	p değeri	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	p değeri	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	p değeri
Koronavirüsler zoonotik virüslerdir, temel olarak hayvanlarda enfeksiyon oluştururlar.	36/43 (83,7)	38/42 (84,4)	0,688	35/44 (79,5)	36/43 (83,7)	0,688	71/87 (81,6)	74/85 (87,1)	0,388
COVID-19 aşı ile önlenabilir.	19/40 (47,5)	38/43 (88,4)	<0,001	22/43 (51,2)	36/42 (85,7)	<0,001	41/83 (49,4)	74/85 (87,1)	<0,001
COVID-19 antiretroviral ilaçlar ile tedavi edilebilir.	12/41 (29,3)	28/41 (68,3)	0,001	22/42 (52,4)	21/43 (72,1)	0,096	34/83 (41,0)	59/84 (70,2)	<0,001
Ülkemizde COVID-19 tanısı koymak için gerekli altyapı mevcuttur.	25/42 (59,5)	32/43 (74,4)	0,180	31/44 (70,5)	37/43 (86,0)	0,016	56/86 (65,1)	69/86 (80,2)	0,004
Çin'den gelen paket veya ürünlerden COVID-19 bulaşma ihtimali vardır.	10/42 (23,8)	13/42 (31,0)	0,688	19/45 (42,2)	19/43 (44,2)	1,000	29/87 (33,3)	32/85 (37,6)	0,804

COVID-19 semptomlarından veya komplikasyonlarından birinin pnömoni olduğunu belirtenlerin oranı eğitimden sonra artmıştır ($p<0,001$). Koruyucu önlemlerin uygulanması gerektiğine yönelik eğilim, eğitim sonrası hemen hemen tüm maddelere (hasta insanlarla temastan kaçınmak, cerrahi maske kullanmak, N95 maske kullanmak, eldiven kullanmak, koruyucu gözlük kullanmak, koruyucu kıyafet giymek) ilişkin cevaplarda artış görülmüştür.

Virüse karşı korunmak için “Arkadaşlarımla toplantılarımı ve etkinliklerimi iptal ederim” diyen tüm katılımcıların oranı ($p=0,006$) ve eczacıların oranı ($p=0,039$) eğitim sonrası anlamlı artış göstermiştir. Öğrenciler içinde, öksüren insanlardan uzak durmaya çalıştığını söyleyenlerin oranı eğitimden sonra artmış ($p=0,039$), maske kullanmadığını belirtenlerin oranı ise azalmıştır ($p=0,012$). Cinsel yolla ($p=0,039$), kan yoluyla ($p<0,001$) ve doğum sırasında anneden bebeğe bulaş olacağını ($p=0,006$) düşünenlerin oranı eğitim sonrası azalmıştır. Çocukların ($p<0,001$) ve gebelerin ($p=0,002$) hastalıktan daha fazla etkileneceğini düşünenlerin oranı da azalmıştır. Ayrıca, ekinezya ($p=0,039$) ve sirke ($p<0,001$) kullanımının ve burnun tuzlu suyla yıkanmasının ($p<0,001$) hastalıktan koruyucu olabileceğini düşünenlerin oranı azalmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. COVID-19 Hastalığı Hakkında Bilgi ve Tutum Soruları (Birden Fazla Seçenek Seçilebilmiştir.), n (%)

Sorular	Cevaplar	Eczacı			Öğrenci			Toplam		
		Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	p değeri	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	p değeri	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	p değeri
COVID-19'dan korunmak için maske kullanıyor musunuz? Evetse, hangi durumda?	Kullanmıyorum	35 (77,8)	28 (62,2)	0,039	42 (93,3)	40 (88,9)	0,500	77 (85,6)	68 (75,6)	0,012
	Sokakta gezerken	0 (0,0)	0 (0,0)	*	0 (0,0)	0 (0,0)	*	0 (0,0)	0 (0,0)	*
	Toplu taşımada	2 (4,4)	5 (11,1)	0,375	2 (4,4)	2 (4,4)	1,000	4 (4,4)	7 (7,8)	0,375
	Evden dışarı çıktığım her zaman	0 (0,0)	0 (0,0)	*	0 (0,0)	0 (0,0)	*	0 (0,0)	0 (0,0)	*
	İşyerinde	3 (6,7)	5 (11,1)	*	0 (0,0)	0 (0,0)	*	3 (3,3)	5 (5,6)	0,500
	Seyahatte	1 (2,2)	5 (11,1)	0,125	2 (4,4)	2 (4,4)	1,000	3 (3,3)	7 (7,8)	0,219
	Kalabalık ortamlarda	5 (11,1)	8 (17,8)	0,453	2 (4,4)	2 (4,4)	1,000	7 (7,8)	10 (11,1)	0,453
	Her zaman kullanıyorum	0 (0,0)	0 (0,0)	*	0 (0,0)	0 (0,0)	*	0 (0,0)	0 (0,0)	*
COVID-19 hangi yolla bulaşır?	Öpüşme ile	28 (62,2)	27 (60,0)	1,000	31 (68,9)	36 (80,0)	0,302	59 (65,6)	63 (70,0)	0,557
	El sıkışma ile	23 (51,1)	27 (60,0)	0,424	28 (62,2)	34 (75,6)	0,180	51 (56,7)	61 (67,8)	0,087
	Cinsel yol ile	3 (6,7)	1 (2,2)	0,500	10 (22,2)	5 (11,1)	0,125	13 (14,4)	6 (6,7)	0,039
	Solunum yolu ile	42 (93,3)	42 (93,3)	1,000	39 (86,7)	40 (88,9)	1,000	81 (90,0)	82 (91,1)	1,000
	Kan yolu ile	12 (26,7)	3 (6,7)	0,004	15 (33,3)	7 (15,6)	0,008	27 (30,0)	10 (11,1)	<0,001
	Doğum sırasında anneden bebeğe	5 (11,1)	0 (0,0)	*	9 (20,0)	4 (8,9)	*	14 (15,6)	4 (4,4)	0,006
Hangisi COVID-19 semptomu / komplikasyonudur?	Ateş	44 (97,8)	43 (95,6)	1,000	43 (95,6)	42 (93,3)	1,000	87 (96,7)	85 (94,4)	0,727
	Öksürük	38 (84,4)	41 (91,1)	0,375	38 (84,4)	41 (91,1)	0,453	76 (84,4)	82 (91,1)	0,146
	Burun akıntısı	6 (13,3)	8 (17,8)	0,688	16 (35,6)	22 (48,9)	0,146	22 (24,4)	30 (33,3)	0,096
	Nefes darlığı	33 (73,3)	31 (68,9)	0,744	33 (73,3)	33 (73,3)	1,000	66 (73,3)	64 (71,1)	0,839
	Pnömoni	16 (35,6)	34 (75,6)	<0,001	16 (35,6)	31 (68,9)	0,003	32 (35,6)	65 (72,2)	<0,001
	Böbrek yetmezliği	0 (0,0)	2 (4,4)	*	7 (15,6)	4 (8,9)	*	7 (7,8)	6 (6,7)	1,000
	Kanamalar	0 (0,0)	0 (0,0)	*	0 (0,0)	0 (0,0)	*	0 (0,0)	0 (0,0)	*
	İshal	9 (20,0)	3 (6,7)	0,031	7 (15,6)	3 (6,7)	0,219	16 (17,8)	6 (6,7)	0,006
Ani bilinç kaybı	1 (2,2)	0 (0,0)	*	4 (8,9)	3 (6,7)	*	5 (5,6)	3 (3,3)	0,625	
Kimler COVID-19 virüsünden daha fazla etkilenmektedir?	İleri yaştaki bireyler	39 (86,7)	42 (93,3)	0,453	41 (91,1)	43 (95,6)	0,625	80 (88,9)	85 (94,4)	0,227
	Astım, diyabet, kalp hastalığı gibi hastalıkları olanlar	44 (97,8)	42 (93,3)	0,625	36 (80,0)	(86,7)	0,508	80 (88,9)	81 (90,0)	1,000
	Çocuklar	7 (15,6)	0 (0,0)	*	18 (40,0)	4 (8,9)	*	25 (27,8)	4 (4,4)	<0,001

	Genç yetişkinler	0 (0,0)	3 (6,7)	*	0 (0,0)	2 (4,4)	*	0 (0,0)	5 (5,6)	*
	Gebeler	7 (15,6)	1 (2,2)	0,070	10 (22,2)	3 (6,7)	0,039	17 (18,9)	4 (4,4)	0,002
Hangisi COVID-19 virüsünden korunmak için uygulanmalıdır?	Elleri sabunla yıkamak	45 (100,0)	44 (97,8)	*	45 (100,0)	44 (97,8)	*	90 (100,0)	88 (97,8)	*
	El dezenfektanı kullanmak	38 (84,4)	42 (93,3)	0,289	42 (93,3)	44 (97,8)	0,500	80 (88,9)	86 (95,6)	0,109
	Hasta insanlarla temastan kaçınmak	41 (91,1)	44 (97,8)	*	40 (88,9)	45 (100,0)	*	81 (90,0)	89 (98,9)	0,021
	Burnu ve ağız kağıt mendil ile kapatmak	21 (46,7)	19 (42,2)	0,791	15 (33,3)	23 (51,1)	0,057	36 (40,0)	42 (46,7)	0,345
	Cerrahi maske kullanmak	21 (46,7)	38 (84,4)	<0,001	18 (40,0)	41 (91,1)	<0,001	39 (43,3)	79 (87,8)	<0,001
	Using a N95 mask	14 (31,1)	9 (20,0)	0,267	28 (62,2)	19 (42,2)	0,049	42 (46,7)	28 (31,1)	0,016
	N95 maske kullanmak	14 (31,1)	19 (42,2)	0,227	16 (35,6)	26 (57,8)	0,006	30 (33,3)	45 (50,0)	0,003
	Göz koruyucu gözlük kullanmak	12 (26,7)	23 (51,1)	0,013	6 (13,3)	28 (62,2)	<0,001	18 (20,0)	51 (56,7)	<0,001
	Koruyucu kıyafetler giymek	9 (20,0)	19 (42,2)	0,021	9 (20,0)	27 (60,0)	<0,001	18 (20,0)	46 (51,1)	<0,001
	Hangisi COVID-19 enfeksiyonunu önleyebilir?	Burnun tuzlu su ile yıkanması	20 (44,4)	7 (15,6)	0,002	12 (26,7)	1 (2,2)	0,003	32 (35,6)	8 (8,9)
Sirke kullanımı		12 (26,7)	2 (4,4)	*	6 (13,3)	0 (0,0)	*	18 (20,0)	2 (2,2)	<0,001
Dut pekmezi tüketimi		2 (4,4)	0 (0,0)	*	4 (8,9)	1 (2,2)	*	6 (6,7)	1 (1,1)	0,063
Ekinezya kullanımı		7 (15,6)	2 (4,4)	0,125	4 (8,9)	1 (2,2)	0,375	11 (12,2)	3 (3,3)	0,039
Nar kabuğu kullanımı		3 (6,7)	1 (2,2)	*	2 (4,4)	0 (0,0)	*	5 (5,6)	1 (1,1)	0,125
Zerdeçal kullanımı		3 (6,7)	2 (4,4)	*	0 (0,0)	1 (2,2)	*	3 (3,3)	3 (3,3)	1,000
Zencefil kullanımı		2 (4,4)	1 (2,2)	*	0 (0,0)	0 (0,0)	*	2 (2,2)	1 (1,1)	1,000
COVID-19'dan korunmak için davranışlardan hangisini uyguluyorsunuz / uygularsınız?	Arkadaşlarımla olan toplu buluşma ve aktiviteleri iptal ediyorum.	10 (22,2)	17 (37,8)	0,039	1 (2,2)	4 (8,9)	0,250	11 (12,2)	21 (23,3)	0,006
	Toplu taşıma kullanımımı azaltıyorum.	24 (53,3)	28 (62,2)	0,344	18 (40,0)	17 (37,8)	1,0000	42 (46,7)	45 (50,0)	0,581
	Alışveriş merkezlerine daha az sıklıkla gidiyorum.	27 (60,0)	29 (64,4)	0,727	16 (35,6)	18 (40,0)	0,625	43 (47,8)	47 (52,2)	0,388

Tiyatro, sinema gibi kapalı alan etkinliklerine daha az katılıyorum.	19 (42,2)	23 (51,1)	0,219	7 (15,6)	8 (17,8)	1,000	26 (28,9)	31 (34,4)	0,125
Öksüren insanlardan uzak durmaya çalışıyorum.	37 (82,2)	38 (84,4)	1,000	27 (60,0)	34 (75,6)	0,039	64 (71,1)	72 (80,0)	0,096
İnsanların sık dokundukları yerlere daha az temas etmeye çalışıyorum.	37 (82,2)	38 (84,4)	1,000	39 (86,7)	42 (93,3)	0,453	76 (84,4)	80 (89,9)	0,424
Ellerimi her zamankinden daha fazla yıkıyorum.	43 (95,6)	42 (93,3)	1,000	42 (93,3)	42 (93,3)	1,000	85 (94,4)	84 (93,3)	1,000

*p değeri hesaplanamamıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışma kapsamında, COVID-19 pandemisi konusunda eczacıların ve eczacılık öğrencilerinin bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi, eğitimin bilgi ve tutumlar üzerindeki etkisinin saptanması amaçlanmıştır. Özellikle sosyal medyanın bilgi kaynağı olarak sıklıkla kullanıldığı ve eğitimin hastalık yayılmasını önleyebilecek tutum değişikliklerini sağlayabileceği gösterilmiştir.

Çalışmamızda en sık kullanılan bilgi kaynakları klasik medya ve sosyal medya kaynaklarıdır. Nemati ve arkadaşları, hemşireler tarafından COVID-19 için kullanılan bilgi kaynaklarının, Dünya Sağlık Örgütü ve Sağlık Bakanlığı (%55), sosyal medya uygulamaları (%48) ve medya (%42) olduğunu saptamıştır (Nemati, Ebrahimi, ve Nemati, 2020). Alzoubi ve arkadaşları öğrencilerin COVID-19'a ilişkin ana bilgi kaynaklarının sosyal medya, internet ve televizyon olduğunu belirtmiştir (Alzoubi, Alnawaiseh, Asma'a Al-Mnayyis, Lubada, ve Al-Shagahin, 2020). Çalışmamızda ve diğer çalışmalarda görüldüğü gibi kullanılan bilgi kaynakları benzerdir. Bu kanallardan sağlık çalışanlarına ve topluma doğru bilgilerin aktarılması önem taşımaktadır.

Zhang ve arkadaşları, Çin'de sağlık çalışanlarının (hemşireler, doktorlar, sağlık görevlileri) COVID-19 ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirdikleri çalışmada, katılımcıların %89'unun yeterli bilgiye sahip olduğu ve %89,7'sinin doğru davranışlarda bulunduğu saptanmıştır (Zhang vd., 2020). Zhang ve arkadaşlarının çalışması sırasında Çin'de COVID-19 salgınının çok yaygın ve karantina uygulamaları gibi durumların yaşanmış olması insanların bilinç düzeyinin yüksek olmasında etkili olmuştur. Ancak çalışmamız gerçekleştiğinde ülkemizde vaka görülmemiş olmasına rağmen katılımcıların bilgi ve tutumlarının, birkaç sorun dışında genel olarak iyi olduğu belirlenmiştir.

Nemati ve arkadaşları hemşirelerin %47'sinin ateş ve öksürük gibi temel semptomları ve %13'ünün nefes darlığı gibi ileri semptomları bildiğini belirtmişlerdir (Nemati vd., 2020). Peng ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada ise, COVID-19 ana semptomları üniversite öğrencilerinden oluşan hemen hemen tüm katılımcılar tarafından (%99) ateş ve öksürük olarak tanımlanmıştır (Peng vd., 2020). Kuluçka süresi katılımcılar tarafından sırasıyla 1-14 gün (%66) ve 14 günden uzun (%30) olarak tanımlanmıştır. Khader ve arkadaşları, Ürdün'de diş hekimlerine yönelik COVID-19 ile ilgili uyguladıkları ankette, diş hekimlerinin yaklaşık %36'sı kuluçka döneminin 1-14 gün arasında olduğunu bildirmiştir (Khader vd., 2020). Diş hekimlerinin çoğunun COVID-19 semptomları, bulaşma yolları ve bulaşma önlemlerinin farkında olduğu saptanmıştır. Çoğu diş hekimi, ateş ve öksürüğün

semptomlar arasında yer aldığını belirtmiştir. Katılımcıların yaklaşık üçte biri ishal, kusma ve burun akıntısını semptomlar arasında saymıştır. Eklem ve kas ağrısı sadece birkaç dış hekimi tarafından semptom olarak belirtilmiştir. Dış hekimlerinin üçte birinden fazlası COVID-19 enfeksiyonu olan hastaların hiçbir belirti göstermeyebileceğini bildirmiştir (Khader vd., 2020). Wolf ve arkadaşları, ileri yaş ve komorbiditeler nedeniyle COVID-19 komplikasyonlarına karşı daha savunmasız olan yetişkinler arasında COVID-19 farkındalığını, bilgisini, tutumlarını ve ilgili davranışları belirlemek için Amerika Birleşik Devletleri'nde bir çalışma yürütmüştür. Bu çalışmada, katılımcıların yaklaşık üçte biri (%28,3) semptomları veya enfeksiyonu önlemenin yollarını (%30,2) doğru bir şekilde belirtememiştir (Wolf vd., 2020). Çalışmamızda ise, ülkemizde hiç vaka görülmemiş olsa da semptomlar katılımcıların çoğu tarafından ateş, öksürük ve nefes darlığı olarak cevaplanmıştır. Ek olarak, bazı katılımcılar tarafından burun akıntısı, ishal ve ani bilinç kaybı da semptomlar arasında sayılmıştır. Ayrıca, katılımcıların neredeyse tamamı kuluçka süresi için '2-14 gün' olarak cevap vermiştir.

Çalışmamızda, eğitimden sonrası katılımcıların, salgının ne zaman sona ereceği konusundaki görüşlerinde farklılıklar olduğu görülmüştür. Eğitimden önce 'Hava sıcaklığı arttığında' ve '6-12 ay içerisinde' cevapları verilirken, eğitimden sonra daha uzun sürebileceğine yönelik cevapların ve bu düşüncenin arttığı gözlenmiştir.

Peng ve arkadaşlarının çalışmasında hemen hemen tüm katılımcılar (%99) bulaş yolları olarak solunum yolu ve yakın temas cevabını vermiştir (Peng vd., 2020). 'Kim hastalığa daha duyarlıdır?' sorusuna ise tüm insanlar (%50), yaşlılar ve çocuklar (%34), ek hastalıkları olanlar (%13) cevapları verilmiştir. Çalışmamızda ise bulaş yolları ve hastalıktan daha fazla etkilenen popülasyon hakkındaki doğrulanmamış ve yanlış bilgilerin eğitimden sonra azaldığının görülmesi, eğitimin önemini ve gerekliliğini göstermiştir.

Çalışmamızda, katılımcıların yaklaşık %70'i COVID-19'a bağlı ölüm oranının %1-5 olduğunu belirtmiştir. Çin'de yapılan geniş kapsamlı bir değerlendirmede vaka-ölüm oranı %2,3 olarak bulunmuştur (The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team, 2020). Ortalama ölüm oranının %2-5 arasında olduğu düşünülmektedir. Koronavirüsler zoonotik virüslerdir, çalışmamızda ise katılımcıların %80'i bu konudaki soruyu eğitim öncesi ve sonrası doğru olarak cevaplamıştır (Wu, Chen, ve Chan, 2020). Henüz COVID-19'a karşı bir aşı bulunamamış ancak birçok aşı çalışması devam etmektedir (Ahmed, Quadeer, ve McKay, 2020; Li vd., 2020). Çalışmamızda, eğitimden önce

katılımcıların yaklaşık yarısı COVID-19'un aşı ile önlenebilir bir hastalık olduğunu belirtmiş ve bu oran eğitimden sonra önemli ölçüde artmıştır.

Nemati ve arkadaşları bulaşın önlenmesi için gerekli yöntemler konusunda katılımcıların %68'inin iyi bir bilince sahip olduğunu saptamıştır (Nemati vd., 2020). Alzoubi ve arkadaşlarının çalışmasında, katılımcıların %96,8'inin el sıkışmaktan kaçındığı, %98,8'inin ellerini yıkadığı, %93,3'ünün alkollü dezenfektan kullandığı, %95,8'inin öksürme veya hapşırma için kağıt peçete kullandığını ve bunu çöp kutusuna attığını saptamıştır (Alzoubi vd., 2020). Ayrıca, katılımcıların %51'i ballı zencefil içerek, %42,7'si ise sarımsak yiyerek enfeksiyonun önlenebileceğini belirtmiştir. Wolf ve arkadaşlarının çalışmasında, katılımcıların %71,7 COVID-19'un 3 semptomunu, %69,8'i ise hastalığı önlemenin 3 yöntemini doğru tanımlamıştır (Wolf vd., 2020). Diş hekimlerinin çoğu, alkol bazlı el dezenfektanı veya sabun ve su kullanmanın, ellerin sık sık temizlenmesinin, tanılı veya şüpheli hastaların temas ettiği yüzeylerin rutin olarak temizlenmesinin ve dezenfekte edilmesinin ve kişisel koruyucu ekipman giymenin bulaşmayı önleyebileceğini bildirmiştir (Khader vd., 2020). Çalışmamızda ise eğitim sonrası etkinliği kanıtlanmamış ilaç dışı ürün ve desteklerin COVID-19'a karşı koruyucu olabileceğine yönelik görüşlerde azalma görülmüştür.

Mevcut verilere göre, yakın temas, damlacık ve aerosol oluşumu COVID-19 için bulaş yolları olarak tanımlanmıştır (Adhikari vd., 2020). Zhong ve arkadaşlarının çalışmasında, katılımcıların neredeyse tamamının kalabalık yerlerden uzak durduğu (%96,4) ve dışarı çıktıklarında daima maske (%98,0) kullandıkları saptanmıştır (Zhong vd., 2020). Başka bir çalışmada, öğrencilerin %99,7'si el yıkamanın gerekli olduğunu kabul ederken, %68,4'ü maske takmanın enfeksiyonu önleyeceğine inandığını belirtmiştir. Ayrıca, öğrencilerin %20,6 ve %19,2'si sırasıyla antibiyotik kullanmanın ve sigara içmenin enfeksiyona karşı koruyabileceğine inandığını ifade etmiştir (Alzoubi vd., 2020). Wolf ve arkadaşlarının çalışmasında, katılımcıların %24,6'sı SARS-CoV-2 ile enfekte olma konusunda çok endişeli olduğunu, %21,9'u ise COVID-19'un günlük rutinleri üzerinde çok az etkisi olduğunu veya hiç etkisi olmadığını belirtmiştir (Wolf vd., 2020). Katılımcıların %78,1'i de koronavirüs nedeniyle planlarını değiştirdiklerini belirtmiştir.

'Arkadaşlarımla olan toplu buluşma ve aktiviteleri iptal ediyorum', 'Alışveriş merkezlerine daha az sıklıkla gidiyorum', 'Tiyatro, sinema gibi kapalı alan etkinliklerine daha az katılıyorum' ve 'Öksüren insanlardan uzak durmaya çalışıyorum' şeklinde bildirimde bulunan eczacıların oranının öğrencilerden daha fazla olması, durumun ciddiyetinin ve öneminin, çalışmamıza katılan eczacılık öğrencileri tarafından yeterince kavranmadığını

göstermiştir. Çalışma esnasında ülkemizde henüz COVID-19 vakası görülmediğinden sıkı önlemler getirilmemesi nedeniyle öğrencilerin genellikle yurtlarda, öğrenci evlerinde yaşıyor olmaları bu sosyal faaliyetlerini kısıtlamaları yönündeki yaklaşımlarının bir diğer nedeni olarak düşünülmektedir.

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Çalışmaya katılım eğitim katılımcılarından olduğundan katılımcı sayısı düşük kalmıştır. Bir diğer kısıtlama olarak, örneklem yapılamadığı için bu çalışma Türkiye'deki tüm eczacıları ve eczacılık öğrencilerini yansıtmamaktadır. Eğitim sonrası değerlendirme, eğitimden hemen sonra yapılmıştır. Eğitim sonrası daha uzun bir zaman diliminden sonra değerlendirme yapılması, eğitimin katkısının daha sağlıklı şekilde saptanması ve bu katkının kalıcı olduğunu görmek açısından önem taşımaktadır.

Klasik medya ve sosyal medya bilgi kaynağı olarak yaygın bir şekilde kullanılmakta, ancak yer alan bilgi kirliliğinin olumsuz sonuçları da görülmektedir. Bu nedenle güncel ve kesin doğru bilgiye ulaşılabilecek bilgi kaynaklarının ön plana çıkartılması önem taşımaktadır. Hastalıktan koruyucu önlemlerin uygulanmasına yönelik eğilim, eğitim sonrası artış göstermektedir. Özellikle sağlık çalışanlarına verilen eğitim, dolaylı olarak toplumun bilgilendirilmesine de fayda sağlayacaktır. Ayrıca eğitim, kişilerin bilgilerinde olduğu kadar tutumlarında da değişikliklere neden olabilmektedir.

KAYNAKLAR

- Adhikari, S. P., Meng, S., Wu, Y. J., Mao, Y. P., Ye, R. X., Wang, Q. Z., ... Zhou, H. (2020). *Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period: a scoping review. Infect Dis Poverty, 9(1), 29.*
- Ahmed, S. F., Quadeer, A. A., McKay, M. R. (2020). *Preliminary identification of potential vaccine targets for the COVID-19 coronavirus (SARS-CoV-2) based on SARS-CoV immunological studies. Viruses, Feb 25, 12(3), pii: E254.*
- Alzoubi, H., Alnawaiseh, N., Asma'a Al-Mnayyis, M. A., Lubada, A. A., Al-Shagahin, H. (2020). *COVID-19 knowledge, attitude and practice among medical and non-medical university students in Jordan. J Pure Appl Microbiol, 14(1), 17-24.*
- Chan, J. F., Yuan, S., Kok, K. H., To, K. K., Chu, H., Yang, J., ... Yuen, K. (2020). *A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. Lancet, 395(10223), 514-523.*
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., ... Cao, B. (2020). *Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet, 395(10223), 497-506.*
- Khader, Y., Al Nsour, M., Al-Batayneh, O. B., Saadeh, R., Bashier, H., Alfaqih, M., ... AlShurman, B. A. (2020). *Dentists' awareness, perception, and attitude regarding COVID-19 and infection control: cross-sectional study among Jordanian dentists. JMIR Public Health Surveill, 6(2), e18798.*
- Li, H., Zhou, Y., Zhang, M., Wang, H., Zhao, Q., Liu, J. (2020). *Updated approaches against SARS-CoV-2. Antimicrob Agents Chemother., May, 64 (6), e00483-20.*

- Lim, J., Jeon, S., Shin, H. Y., Kim, M. J., Seong, Y. M., Lee, W. J., Park, S. J. (2020). Case of the index patient who caused tertiary transmission of COVID-19 infection in Korea: the application of lopinavir/ritonavir for the treatment of COVID-19 infected pneumonia monitored by quantitative RT-PCR. *J Korean Med Sci*, 35(6), e79.
- Lu, R., Zhao, X., Li, J., Niu, P., Yang, B., Wu, H., ... Tan, W. (2020). Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *Lancet*, 395(10224), 565-574.
- Nemati, M., Ebrahimi, B., Nemati, F. (2020). Assessment of Iranian nurses' knowledge and anxiety toward COVID-19 during the current outbreak in Iran. *Arch Clin Infect Dis*, 15, e102848.
- Peng, Y., Pei, C., Zheng, Y., Wang, J., Zhang, K., Zheng, Z., Zhu, P. (2020). Knowledge, attitude and practice associated with COVID-19 among university students: a cross-sectional survey in China. 13 Nisan 2020 tarihinde <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-21185/v1> adresinden erişildi.
- The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) – China, 2020. *China CDC Wkly.* (2020) 2:113–22. Available online at: <http://weekly.chinacdc.cn/en/article/id/e53946e2-c6c4-41e9-9a9b-fea8db1a8f51>
- Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G., Gao, G. F. (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet*, 395(10223), 470-473.
- Wolf, M. S., Serper, M., Opsasnick, L., O'Connor, R. M., Curtis, L. M., Benavente, J. Y., ... Bailey, S. C. (2020). Awareness, attitudes, and actions related to COVID-19 among adults with chronic conditions at the onset of the U.S. outbreak: a cross-sectional survey. *Ann Intern Med.* Apr 9, M20-1239.
- World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-2019) situation reports. 25 Nisan 2020 tarihinde <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports> adresinden erişildi.
- Wu, Y. C., Chen, C. S., Chan, Y. J. (2020). The outbreak of COVID-19: An overview. *J Chin Med Assoc*, 83(3), 217-220.
- Wu, Z., McGoogan, J. M. (2020). Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a report of 72314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*, 323(13), 1239-1242
- Zhong, B. L., Luo, W., Li, H. M., Zhang, Q. Q., Liu, X. G., Li, W. T., ... Li, Y. (2020). Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey. *Int J Biol Sci*, 16(10), 1745-1752.
- Zhang, M., Zhou, M., Tang, F., Wang, Y., Nie, H., Zhang, L., ... You, G. (2020). Knowledge, attitude and practice regarding COVID-19 among health care workers in Henan, China. *Journal of Hospital Infection*, 105(2), 183-187.
- Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J., ... Tan, W. (2020). A novel coronavirus from patients with pneumonia in china. *N Engl J Med*, 382(8), 727-733.

Original Article / Araştırma Makalesi

HASTA HAKLARI ALGISININ, BAZI DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE GÖRE İNCELENMESİ

Investigation of Patient Rights Perception According To Some Demographic Variables

Ezgi MAHANOĞLU¹  Abdullah SOYSAL² 

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kahramanmaraş

²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Kahramanmaraş

Geliş Tarihi / Received: 23.06.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 25.10.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ÖZ

Bu çalışmada hasta hakları uygulama algılamalarının bazı demografik değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi ve Özel Antakya Akademi Hastanesi'nden hizmet alan 240 hasta ve yakınına hasta hakları uygulamaları ölçeği uygulanmıştır. Çalışmada SPSS 24 paket programı kullanılmıştır. Çalışmada frekans analizi, sayı-yüzdeler hesaplama, güvenirlik analizi, bağımsız örneklem t testi ve anova analiz (tek yönlü varyans analizi) yöntemleri kullanılmıştır. Çalışmanın sonucunda, katılımcıların hasta hakları uygulamalarına yönelik algılarının hastane türüne ve eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık gösterdiği belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Hasta Hakları, Hasta Hakları Uygulamaları, Demografik Değişkenler.

ABSTRACT

In this study, it has been aimed to determine whether patient rights practice perceptions differ or not, according to some demographic variables. For this purpose, a patient rights practices scale has been applied to 240 patients and their relatives who received service from Mustafa Kemal University Health Practice and Research Hospital and Private Antakya Academy Hospital. SPSS 24 package program has been used in the study. Frequency analysis, number-percentage calculation, reliability analysis, independent sample t test and ANOVA analysis (one-way analysis of variance) methods have been used in the study. As the result of the study, it has been determined that the perceptions of the participants towards patient rights practices differed in a statistically significant way according to the type of hospital and educational status.

Keywords: Patient Rights, Patient Rights Practices, Demographic Variables.

GİRİŞ

Sağlık hizmetleri bireylerin en fazla talep etme ihtimallerinin olduğu bir hizmettir. Bu hizmetlerin talep edilmesinde haklarının ve sorumluluklarının neler olduğunun bilinmesi olası bir problemin azalmasını sağlayacaktır (Cavlak ve Bostancıoğlu, 2015). Toplumda yaşayan bireylerin onurlarının korunmasına ve saygı gösterilmesine ihtiyaçları vardır. Sağlık kurumundaki her bölümden hizmet alan kişiler de belli haklara sahiptir ve bu haklara özellikle hizmet sağlayıcılarından saygı gördüklerinde daha güvende olacakları ve daha memnun kalacakları ifade edilebilir (Farzianpour, Foroushani, Sadeghi, Nosrati, 2016). Dolayısıyla hasta hakları, insan haklarının devamı niteliğinde olan ve insan haklarının sağlık sistemine uygulanması anlamına gelen en temel haklardan biridir (Sert, 2004). İlk örnekleri Hipokrat Yemini ile kürtaj ve ötenazi yasağı, sır saklama ve hastalara saygı gösterme yükümlülüğü olarak ortaya çıkmıştır ve günümüze kadar gelişme göstermiştir (Tanrıverdi, 2012). Dolayısıyla hasta hakları, insan haklarının ve değerlerinin sağlık hizmetine uygulanmasını içermektedir (Bostan ve Ünal Köse, 2013; Zaybak, Eşer, İsmailoğlu, 2012).

Hasta hakları, sağlık sistemi içerisinde bulunan tüm personellerin ve hastaların uyması ve dikkat etmesi gereken kurallar bütünü olarak tanımlanmaktadır. Kuralların uygulanması, hizmetin sunulması ve ihlallerin önlenmesinde; hekim, hemşire ve diğer sağlık personelleri hastalara saygılı, güleryüzlü, güvenilir bir sağlık hizmeti sunmalıdırlar (Soysal ve Mahanoğlu, 2018).

Hasta hakları yaşama hakkı ile doğrudan ilişkili olan ve devredilmesi mümkün olmayan temel haklar arasında yer almaktadır (Hatırnaz, 2007). Bu haklar hasta ve yakınlarını haksız, gereksiz ve yersiz yere yapılan uygulama ve tedaviden koruyan yasal, moral ve etik standartları içermektedir (Zengin, Erbaycu, Mertoğlu, Yazıcı ve Çetinalp, 2013).

Hasta haklarının temelinde insan olarak saygı görme, mümkün olan en yüksek düzeyde sağlık hizmeti alma, bilgilendirilme, tıbbi işlemler için onay alınması, mahremiyet ve özel hayata saygı, bakım ve tedavinin devamlılığının sağlanması gibi konular gelmektedir (Erbil, 2009). Bir diğer tanımlamada ise hasta hakları; hastaların ihtiyaçları olan hizmete kolayca ulaşabilmelerini; hastalık ve tedavileri konusunda bilgilendirilmelerini; kendileriyle ilgili özerk karar verebilmelerini; hakkaniyet, özen ve saygı görmelerini; mahremiyetlerinin korunmasını ve tıbbi uygulamalardan zarar görmemelerini amaçlar. (<https://www.toraks.org.tr> -08.02.2020).

Hasta hakları bireylerin hastalık ve bununla birlikte ortaya çıkan sebeplerden ötürü gündeme gelmiş ve bugünkü aşamasına ulaşmıştır (Er, 2008). Hipokrat Andı (M.Ö. 460-377)

hasta haklarının oluşmasında ilk temel metindir (Harorlı ve Akgül, 2002). Hasta haklarıyla ilgili ilk deklarasyon 1947 yılında Nuremberg Mahkemelerinde ortaya çıkan ve doktorun tıbbi girişim yapmadan önce hastanın bilgilendirilmiş onamının alınmasını içerir (Aydemir ve Özhan, 2011; Bilir, Şişmanlar, Ersunan ve Ayaz, 2015). Hasta haklarıyla ilgili ilk çalışmalar Amerika Birleşik Devletleri'nde başlamıştır (Sert, 2004). Bundan ötürü 1972 yılında yayınlanan ilk bildirme “Amerika Hastanesi Birliği'nin Hasta Hakları Bildirisi”dir (Özdemir, 2004). Bu bildirin amacı sağlık sisteminde yer alan hasta, hekim ve diğer sağlık personellerinin memnuniyet oranlarını yükseltmek ve hastalara daha etkin bir sağlık hizmeti vermektir (Tankoç, 2015). Hasta haklarına yönelik uluslararası ilk düzenleme ise 1981 yılında Dünya Tabipler Birliği'nin yayınladığı Lizbon Bildirgesidir (Günay ve ark., 2007). Lizbon Bildirgesi'nde hasta haklarıyla ilgili 6 ana madde yer almaktadır. Bunlar; hastanın hekimi serbestçe seçebilmesi, hastaların herhangi bir baskıya veya etkiye maruz kalmadan etik karar verebilen hekim tarafından bakılabilmesi, hastaya yeterli bilgilendirme yapıldıktan sonra tedavinin kabul edilmesi veya reddedilmesi, hastanın hekimden tıbbi ve özel hayatındaki bilgilerin gizliliğine saygı gösterilmesini istemesi, hastanın onurlu bir şekilde ölmesi hakkına sahip olması ve hastanın ruhi yönden teselli edilmeyi isteme veya reddetme hakkına sahip olmasıdır (<https://www.hayad.org.tr> -10.08.2018). Daha sonra 1994 yılında Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi (Amsterdam Bildirgesi) ve 1995 yılında Dünya Tabipler Birliği Bali'de kabul edilen Bali Bildirgesi (Lizbon Bildirgesi II) belgelerini yayınlamıştır (Bostan ve Ünal Köse, 2013). Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi (Amsterdam Bildirgesi) 6 ana başlıktan oluşup Lizbon Bildirgesi'nin geliştirilmiş halidir ve haklar daha detaylı ele alınmıştır. Bunlar; sağlık hizmetlerinde insan hakları ve değerleri, bilgilendirme, onay, mahremiyet ve özel hayat, bakım-tedavi ve başvuru haklarıdır (Hatun,1999).

Roma'da 2002 yılında Hasta Hakları'na İlişkin Avrupa Statüsü Ana Sözleşmesi “Active Citizenship Network Grubu” tarafından kabul edilmiştir. Bu sözleşmeye 4 ana bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm temel hakları, ikinci bölüm hastalara ait on dört hakkı, üçüncü bölüm aktif vatandaşlık haklarını ve dördüncü bölüm ana sözleşmenin uygulama ilkelerini oluşturmaktadır Hastalara ait 14 hak (koruyucu tedbirler alınması hakkı, yararlanma hakkı, bilgi hakkı, rıza (onay hakkı), özgür seçim hakkı, özel ve gizlilik hakkı, hastaların vaktine saygı, kalite standartları hakkı, güvenlik, yenilik hakkı, gereksiz ağrı/acı ve sıkıntıdan sakınma hakkı, kişisel tedavi hakkı, şikâyet hakkı ve tazminat hakkı) hasta haklarını ele almakta ve insan sağlığının en üst düzeyde korunarak bireye kaliteli hizmet vermeyi amaçlamıştır (<https://sbu.saglik.gov.tr> -10.08.2018). 2005 yılında ise Dünya Hekimler Birliği

tarafından Santiago’da en güncel ve son olan Hasta Hakları Bildirgesi yayınlanmıştır. Bu bildirgeyle özerklik ilkesi ile ilgili haklar oluşturulmuş ve sağlık eğitim hakkı yeni bir hak olarak tanımlanmıştır (<http://www.ttb.org.tr> -10.08.2018).

Hasta hakları kavramı öncelikle uluslararası bildirelerde yer almış daha sonra uzun bir süreç sonrasında Türkiye’de gündeme gelmiştir. Bundan sonraki süreçte, ülkemizde hasta haklarıyla ilgili çeşitli düzenlemeler yapılmıştır. Ülkemizde sağlık konusundaki mevzuat 1920 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın kurulduğu yasa ile başlamıştır (Güvercin, 2007). Hasta Haklarıyla ilgili süreç içerisinde yapılan ulusal düzenlemeler şu şekilde sıralanabilir (Aksakoğlu, 2008; Arslan, 2010; Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998; Kablay, 2013; Sağlık Bakanlığı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 1928). Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928); Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi (Tüzüğü) (1960); Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (1961); Hasta Hakları Yönetmeliği (1998); T.C Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönergesi (2003) ve Hasta Hakları Uygulama Yönergesi (2005).

Bu çalışmada hasta hakları uygulama algılamalarının bazı demografik değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amaçlanmıştır. Bu kapsamda öncelikle hasta hakları uygulamalarına yönelik literatür bilgileri verilmiştir. Yöntem kısmında ise araştırmanın amacı, kapsamı, veri toplama yöntemi, hipotezler ve analiz sonucunda araştırmaya ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Çalışma; bulguların değerlendirildiği tartışma, sonuç ve öneriler başlıkları ile tamamlanmıştır.

Literatür Bilgisi

Aydemir, Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde 740 hasta hakları birim sorumlularıyla bir çalışma yapmıştır (Aydemir, 2010). Bu çalışma sonucunda; hastanelerde yürütülen çalışmaların Joint Comission International (JCI) akreditasyon standartları doğrultusunda büyük oranda (%73) uygulandığı saptanmıştır. Hasta hakları birim sorumlularının çalışma alanlarıyla ilgili olarak, hasta hakları kurulu, birimin fiziksel yapısı, yasal mevzuat, hasta ve yakınlarıyla ilgili bazı sorunlarla karşılaştıkları ve karşılaşılan bu sorunları çözmek için bazı yöntemler geliştirildiği belirlenmiştir.

Ducinskiene ve arkadaşları, Litvanya sağlık kurumlarında hasta hakları kanunun farkındalığı ve uygulanmasını belirlemek üzere 255 sağlık personeli ve 451 hastanın katılımı ile bir çalışma yapmışlardır (Ducinskiene, Vladickiene, Kalediene ve Haapala, 2006). Çalışma sonucunda sağlık çalışanlarının çoğunluğunun (%85) ve hastaların yarıdan fazlasının (%56) Hasta Hakları Yasasını duydıklarını ve okuduklarını, hastaların % 69’una kıyasla

profesyonellerin yalnızca % 50'sinin hastalar için tanı, tedavi sonuçları ve alternatif tedaviler hakkında bilginin gerekli olduğunu düşündükleri, hastaları bilgilendiren hekimler (hekimlerin %80-%98'i) ile gerçekte hastalarının tedavi prognozunu, hastalığın komplikasyonlarını veya olası alternatif tedavi yöntemlerini bilenler(%37-%54) arasında belirgin bir fark olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Mira ve arkadaşları, İspanya'daki birinci basamak sağlık kuruluşuna gelen hastaların hasta haklarını belirlemeye yönelik 764 hasta ile bir çalışma yapmışlardır (Mira, Lorenzo, Guilabert ve Jover Perez, 2012). Çalışma sonucunda hastaların hasta hakları konusunda sahip oldukları bilgi düzeylerinin yaş faktörüne göre değiştiğini, genç hastaların hasta hakları konusundaki bilgilerinin daha fazla olduğunu ve bu hakların talep edilmesinde daha istekli oldukları sonucunu saptamışlardır.

Parsapoor ve arkadaşları, Tahran'da bulunan üç hastaneden (eğitim hastanesi, özel hastane ve devlet hastanesi) hasta haklarının çeşitli yönlerine uyulmasının gerekliliği ile ilgili olarak hastaların tutumlarını hemşire ve hekimlerin tutumlarıyla karşılaştırmak amacıyla 143 hasta, 143 hemşire ve 82 doktor ile bir çalışma yapmışlardır (Parsapoor, Mohammad, Melek Afzali, Ala'eddini ve Laricani, 2012). Çalışma sonucunda tüm çalışma gruplarının hasta haklarının hemen hemen tüm yönleriyle ilgili hemfikir olduklarını, gruplar arasındaki en yüksek anlaşmazlığın ise tedavi planıyla ilgili hastaların bilgiye erişim hakkı ve tedarik sağlayıcıların seçilmesi ve karar verilmesi hakkı ile ilgili olduğunu kabul ettiğini göstermiştir. Sağlık hizmeti sağlayıcılarının özellikle hekimlerin, hastaların bilgiye erişme, seçme ve karar verme haklarına daha iyi aşina olmaları gerektiği, hasta ve hekimlerin tutumları arasındaki uyumsuzluğa dayanarak hastaların haklarına ilişkin beklentilerin hekimlere göre daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür.

Zaybak ve arkadaşları, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi dâhiliye ve cerrahi kliniklerde yatarak tedavi gören 196 hastanın hasta haklarına ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla bir çalışma yapmışlardır (Zaybak ve ark., 2012). Araştırma sonucunda hastaların %55,1'inin hasta hakları konusunda bilgisi olduğunu, haklarından haberi olan hastaların %56,5'inin hasta haklarını sağlık çalışanlarından öğrendikleri, hasta haklarını kullanma tutumu ölçeği toplam puan ortalamasının 64.52 ± 22.69 olduğu, hastaların yaşları, yaşadıkları yerler, kronik bir hastalığın varlığı, hasta haklarıyla ilgili bilgi kaynakları gibi değişkenlerin hastaların haklarını kullanma tutumlarını olumlu yönde etkilediği görülmüştür.

Özcan, Kırıkkale Devlet Hastanesi'ndeki hastane yöneticisi, sağlık personeli ve hastaların hasta haklarına ilişkin uygulanma durumlarını belirlemek amacıyla 10 hastane yöneticisi, 148 hasta ve 61 sağlık personeli ile bir çalışma yapmışlardır (Özcan, 2010).

Çalışma sonucunda hastanede hizmet kalite standartlarının önemli ölçüde uygulandığını, hastaların görüşlerine dayanarak, hasta hak ve sorumlulukları, sağlık hizmetlerinden yararlanma ve hastane kurallarıyla ilgili yeterli ölçüde bilgilendirilmedikleri saptanmıştır. Hastaların ve sağlık personellerinin görüşleri sonucunda ise hastaların ¼'ünden fazlasının tıbbi, tedavi ve uygulamalar ile ilgili bilgilendirilmedikleri ve rızalarının alınmadığı belirlenmiştir.

Akdemir, ülkemizde gelişmekte olan hasta hakları ve hasta hakları uygulamaları içerisinde yer alan çocuk hastaların durumu ve sahip oldukları hakların ülkemizdeki genel durumunu belirlemek ve eksikliklerinin giderilmesini sağlamak amacıyla bir çalışma yapmıştır (Akdemir, 2015). Çalışma sonucunda çocuk hastaların durumu ve sahip oldukları haklar konusunda farkındalık ve duyarlılık gelişiminin sağlanması için eğitim programları oluşturulması, çocuk hastaların haklarının korunması ve geliştirilmesi için yasal düzenleme ve politikalara ihtiyaç olduğu, sağlık alanında çocuklara daha fazla pozitif ayrımcılık uygulaması yapılmasının gerekli olduğu ve çocuk hasta haklarının ayrıca tanımlanması gerektiği belirlenmiştir.

Aşkar, Kütahya Devlet Hastanesi'nde hasta, hasta yakınları ve hastane personellerinin (doktor, hemşire ve diğer personel) görüşlerine dayanarak hasta hakları uygulamalarının yansımalarını ve bu yansımaların hastaları nasıl etkilediğini araştırmak amacıyla 352 hasta ve yakını, 67 hastane personeli ile bir çalışma yapmıştır (Aşkar, 2006). Çalışma sonucunda genel olarak araştırmaya katılan hasta, hasta yakını, hastane personelleri görüşlerine göre hastanede hasta haklarına önemli ölçüde uyulduğunu, hastaneden sağlık hizmeti alan hasta ve hasta yakınlarının hastanedeki hasta haklarının uygulandığına inandıklarını ve hasta hakları uygulamalarına gereken özeninin gösterildiği sonucuna varılmıştır.

Toygar ve arkadaşları, Konya'da bulunan bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tedavi gören 178 hasta ve yakını ve 162 hastane personelin hasta hakları uygulamalarına ilişkin görüşlerini tespit etmek amacıyla bir araştırma yapmışlardır (Toygar, Akyürek ve Turaç, 2015). Araştırma sonucunda hasta ve yakınlarının cinsiyetleri ile hasta hakları, gizlilik-özel hayat ve bakım ve tedavi alt boyutları ile aralarında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Hasta ve yakınlarının yaşları ile hasta hakları alt boyutu, kaldıkları servis ile bilgilendirme alt boyutu ve eğitim durumlarıyla hasta hakları alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Sağlık personelinin ise cinsiyetleri ile bilgilendirme alt boyutu, yaşları ile onay alt boyutu, görevleri ile bakım ve tedavi alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Aydemir ve Özhan, Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi'nden hizmet alan 323 hasta ve yakınlarının hastanedeki hasta hakları uygulamaları ile ilgili görüşlerini saptamak amacıyla bir çalışma yapmışlardır (Aydemir ve Özhan, 2011). Çalışma sonucunda araştırmaya katılan kişilerin çoğunluğunun sırasıyla Hasta Hakları Yönetmeliği ve Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönergeyi okumadıklarını (%62,2- %67,5), hasta ve yakınlarının yarıdan fazlasının haklarını bildikleri (%54,8) fakat sorumluluklarını bilmedikleri (%57,9) saptanmıştır. %48,6'sının hak ihlali durumunda nereye başvurulacağını bilmediklerini, %64,4'ünün yürütülen hasta haklarıyla ilgili çalışmaları yeterli bulduklarını ve hasta ve yakınlarının %90,7'si sağlık kurumlarında hasta hakları birimleri gibi sağlık çalışanlarının haklarını koruyan birimlerin kurulmasını istemediklerini belirtmişlerdir.

Bilir ve arkadaşları, acil servis çalışanlarının hasta haklarına bakışı konulu 235 acil sağlık personeline yönelik bir çalışma yapmışlardır (Bilir ve ark., 2015). Çalışma sonucunda hasta hakkı denildiğinde çalışanların aklına ilk gelen hasta hakkının hizmete ulaşılabilme eşitliği %40,4 (n:95) olarak tespit edildiği bildirilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın amacı ve türü: Kamu ve özel hastanelerde tedavi gören hasta ve yakınlarının görüşlerine göre kurumdaki hasta hakları uygulamalarının bazı demografik değişkenlere göre bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemeyi amaçlayan bu çalışma, genel tarama türünden betimsel nitelikte bir çalışmadır.

Araştırmanın hipotezleri: Hasta hakları uygulamalarının demografik faktörlere göre incelemesi amaçlanmış olup hipotezler ona göre oluşturulmuştur.

H₁: Katılımcıların hasta hakları uygulamalarına ilişkin algıları cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H₂: Katılımcıların hasta hakları uygulamalarına ilişkin algıları medeni duruma göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H₃: Katılımcıların hasta hakları uygulamalarına ilişkin algıları hastane türüne göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H₄: Katılımcıların hasta hakları uygulamalarına ilişkin algıları yaşa göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H₅: Katılımcıların hasta hakları uygulamalarına ilişkin algıları eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H₆: Katılımcıların hasta hakları uygulamalarına ilişkin algıları sosyal güvence durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir.

Araştırmanın yapıldığı yer ve zaman: Çalışma, Hatay’da bulunan bir kamu ve bir özel hastanede tedavi gören hasta ve yakınlarından oluşmaktadır. Veriler 26.03.2018-25.05.2018 arasında toplanmıştır.

Araştırmanın evren ve örnekleme: Araştırmanın evreni bir kamu ve bir özel hastanede tedavi gören hasta ve yakınları olarak belirlenmiştir. Bu kapsamda anket soruları tesadüfi olarak seçilen hastalara araştırmacı tarafından dağıtılmış ve yine araştırmacı tarafından toplanmıştır. Seçilen kamu ve özel hastaneden toplanan anketlerden 120’şer tane kullanılabilir anket toplanmıştır. Toplamda 240 kullanılabilir anket formu elde edilmiştir. (26.03.2018-25.05.2018 tarihlerinde hastanedeki veriler dikkate alınarak örneklem belirlenmiştir).

Veri toplama araçları: Veriler birebir görüşme yöntemi yoluyla elde edilmiştir. Çalışmada kullanılan hasta ve yakınlarına uygulanan ölçek, katılımcıların hastanedeki hasta hakları uygulamalarına yönelik görüşlerinin belirlenmesi için Aşkar (2006)’ in çalışmasından alınmış, (Toygar vd., 2015) tarafından da ölçeğin güvenilirlik analizi yapılmış ve Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,91 olarak hesaplanmıştır. Hasta ve hasta yakınlarına uygulanan 40 madde ve 6 alt boyuttan oluşan ölçek beşli Likert tipinde hazırlanmıştır. Ölçek alt boyutları; sağlık hizmetlerinde hasta hakları (6 madde), bilgilendirme (9 madde), onay (3 madde), gizlilik-özel hayat (6 madde), bakım ve tedavi (12 madde) ve başvuru (4 madde) şeklindedir. Ölçekte her bir madde için yer alan Likert tipi beş ölçekli cevap skalası bulunmaktadır. Bu skala; “(1) Kesinlikle Katılmıyorum”, “(2) Kısmen Katılmıyorum”, “(3) Fikrim Yok”, “(4) Kısmen Katılıyorum”, “(5) Kesinlikle Katılıyorum” şeklindedir. Hasta hakları uygulamalarına yönelik görüşlerinin belirlenmesi için hasta ve yakınlarına uygulanan ölçeğin kullanıldığı bu çalışmada, iç tutarlılığı belirlemek için Cronbach-Alpha katsayıları hesaplanmış ve elde edilen verilere göre; “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları” boyutunda 0,74, “Bilgilendirme” boyutunda 0,78, “Onay” boyutunda 0,64, “Gizlilik-Özel Hayat” boyutunda 0,68, “Bakım ve Tedavi” boyutunda 0,77, “Başvuru” boyutunda 0,80 ve genel hasta hakları uygulamaları için toplam ortalama değer 0,91 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar kullanılan ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir.

Verilerin değerlendirilmesi: Elde edilen veriler SPSS programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin analizinde frekans analizi, sayı-yüzdeler hesaplama, güvenilirlik analizi,

bağımsız örneklem t testi, anova analiz (tek yönlü varyans analizi) ve gruplar arası farklılığı belirlemek için post hoc tukey testi kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan hasta hakları uygulama ölçeğinin faktör analizine uygun olup olmadığı ölçmek için KMO ve Bartlett küresellik testi uygulanmıştır. Bartlett küresellik testi korelasyon matrisinde yer alan tüm korelasyonların genel anlamlılıklarını gösteren bir istatistiksel testtir. Faktör analizi sonucunda hasta ve yakınlarına uygulanan ölçeğin KMO değeri ,876 olarak tespit edilmiştir. Bartlett's testi sonucu ise .000 düzeyinde anlamlıdır. KMO ve Bartlett's testi sonucunda elde edilen değerler, araştırma grubu ile önermelerin uyumlu olduğunu göstermektedir. Araştırmada kullanılan hasta ve yakınlarına uygulanan ölçeğin araştırmayı kapsama oranını incelemek için yapılan varyans analizi sonucunda; hasta ve yakınlarına uygulanan ölçeğin ilgili kısmın %52,62'sini temsil ettiği görülmüştür. Araştırma sonucunda verilerin SPSS 24.0 paket programına girişi yapıldıktan sonra parametrik ve non parametrik testlerin hangisinin uygulanacağına karar vermek amacıyla normal dağılım analizi yapılmıştır. Normallik testi sonucunda verilerin değerlerinin skewness ve kurtosis (çarpıklık ve basıklık) değişkenlerinin (-2) ile (+2) arasında değer aldıkları görülmüştür. Değişkenler (-2) ile (+2) arasında değer aldıklarından ötürü verilerin normal dağılım gösterdiği varsayılmıştır (George ve Mallery, 2010).

Araştırmanın etik boyutu: Çalışmanın gerçekleştirilebilmesi için Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan 14.03.2018 tarihli ve E.11427 sayılı etik kurul izni ve araştırmanın yapıldığı kurumlardan yazılı izinler alınmıştır.

Araştırmanın sınırlılıkları: Araştırma Hatay ilinde bulunan bir kamu hastanesi ve bir özel hastanede tedavi gören hasta ve yakınlarının verdikleri cevaplarla sınırlıdır. Hem Hatay ilindeki bütün hastaneleri kapsamaması hem de Türkiye genelindeki tüm hastaları içermemesi açısından sonuçlar tüm hastaneler ve hastaların tamamına genellenemez. Araştırmada elde edilen veriler kullanılan ölçekteki sorularla ve verilerin analizinde kullanılan istatistik yöntemler ile sınırlıdır.

BULGULAR

Tablo 1'de araştırma sonucuna ilişkin tanımlayıcı bilgilere yer verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

	N	%	
Cinsiyet	Kadın	150	62,5
	Erkek	90	37,5
	Toplam	240	100,0
Yaş	20-30	77	32,1
	31-40	71	29,6
	41-50	49	20,4
	51 ve üstü	43	17,9
	Toplam	240	100,0
Medeni Durum	Evli	191	79,6
	Bekâr	49	20,4
	Toplam	240	100,0
Eğitim Durumu	Okur-Yazar	15	6,3
	İlköğretim	102	42,5
	Lise	54	22,5
	Üniversite	63	26,3
	Lisansüstü	6	2,5
	Toplam	240	100,0
Sosyal Güvence Durumu	Yok	22	9,2
	Devlet (SGK)	205	85,4
	Özel	13	5,4
	Toplam	240	100,0

Tablo 1’de katılımcıların sosyo-demografik özellikleri gösterilmiştir. Araştırmaya dâhil olan katılımcıların (%62,5; n:150) kadın, (%37,5; n:90) erkektir. Katılımcıların yaş dağılımına bakıldığında; (%32,1; n:77) 20-30 yaş aralığında, (%29,6; n:71) 31-40 yaş aralığında, (%20,4; n:49) 41-50 yaş aralığında, (%17,9; n:43) 51 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların medeni durumları incelendiğinde; (%79,6; n:191) evli ve (%20,4; n:49) bekârdır. Araştırma kapsamında katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde; (%6,3; n:15) okur-yazar, (%42,5; n:102) ilköğretim mezunu, (%22,5; n:54) lise mezunu, (%26,3; n:63) üniversite mezunu, (%2,5; n:6) ise lisansüstü mezunudur. Katılımcıların (%9,2; n:22) sosyal güvenceye sahip olmadıkları, (%85,4; n:205) Devlet (SGK) kapsamında oldukları, (%5,4; n:13) ise özel sigortaya sahip oldukları saptanmıştır.

Tablo 2. Hasta hakları uygulamaları ve alt boyut puan ortalamaları

	N	Mean	Std. Deviation
Hasta Hakları Uygulamaları	240	4,12	0,49
Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları	240	4,20	0,68
Bilgilendirme	240	4,06	0,69
Onay	240	4,60	0,53
Gizlilik-Özel Hayat	240	4,27	0,55
Bakım ve Tedavi	240	4,20	0,51
Başvuru	240	3,32	0,93

Araştırmada kullanılan hasta hakları uygulamaları ve alt boyutları puan ortalamaları için Tablo 2 incelendiğinde; genel olarak hasta hakları uygulamaları puan ortalamasının

(4,12±0,49) olduğu belirlenmiştir. Hasta hakları uygulamaları alt boyutlarının puan ortalamaları ise sırasıyla; onay (4,60±0,53), gizlilik-özel hayat (4,27±0,55), sağlık hizmetlerinde hasta hakları (4,20±0,68), bakım ve tedavi (4,20±0,51), bilgilendirme (4,06±0,69) ve başvuru (3,32±0,93) alt boyutlar olduğu saptanmıştır. Bu duruma göre en yüksek puan ortalamasının onay alt boyutu, en düşük puan ortalamasının ise başvuru alt boyutu olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Cinsiyet İle Kurumdaki Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Algılarına Ait t Testi Analiz Sonuçları

	Erkek (N=90)		Kadın (N=150)		t değeri	p değeri
	Mean	Ss	Mean	Ss		
Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları	4,19	0,67	4,21	0,68	-0,211	0,833
Bilgilendirme	4,06	0,72	4,07	0,68	-0,048	0,962
Onay	4,61	0,52	4,59	0,54	0,319	0,750
Gizlilik-Özel Hayat	4,31	0,50	4,24	0,58	0,842	0,401
Bakım ve Tedavi	4,22	0,56	4,18	0,49	0,603	0,547
Başvuru	3,35	0,99	3,31	0,90	0,319	0,750

"Katılımcıların hasta hakları uygulamalarına ilişkin algıları cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gösterir" şeklindeki H1 hipotezi için Tablo 3 incelendiğinde; cinsiyet değişkenine göre araştırmaya katılan katılımcıların hasta hakları uygulamalarına ilişkin algılamalarının "Sağlık hizmetlerinde Hasta Hakları" boyutunda [t= -0,211, p>0,05], "Bilgilendirme" boyutunda [t= -0,048, p>0,05], "Onay" boyutunda [t= 0,319, p> 0,05], "Gizlilik-özel hayat" boyutunda [t= 0,842, p>0,05], "Bakım ve tedavi" boyutunda [t= 0,603, p>0,05] ve "Başvuru" boyutunda [t= 0,319, p> 0,05] istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar değerlendirildiğinde katılımcıların hasta hakları uygulamaları alt boyutlarının hiçbirinde cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir. Buna göre H1 hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların Medeni Durum İle Kurumdaki Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Algılarına Ait t Testi Analiz Sonuçları

	Evli(N=191)		Bekâr(N=49)		t değeri	p değeri
	Mean	Ss	Mean	Ss		
Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları	4,32	0,65	4,08	0,77	1,314	0,190
Bilgilendirme	4,05	0,68	4,11	0,73	-0,545	0,586
Onay	4,64	0,49	4,45	0,66	1,834	0,071
Gizlilik-Özel Hayat	4,29	0,52	4,20	0,64	1,014	0,312
Bakım ve Tedavi	4,21	0,51	4,14	0,54	0,873	0,383
Başvuru	3,30	0,94	3,40	0,91	-0,694	0,488

"Katılımcıların hasta hakları uygulamalarına ilişkin algıları medeni duruma göre anlamlı bir farklılık gösterir" şeklindeki H2 hipotezi için Tablo 4 incelendiğinde; medeni durum değişkenine göre araştırmaya katılan katılımcıların hasta hakları uygulamalarına ilişkin algılamalarının "Sağlık hizmetlerinde Hasta Hakları" boyutunda [t= 1,314, p>0,05],

"Bilgilendirme" boyutunda [$t = -0,545$, $p > 0,05$], "Onay" boyutunda [$t = 1,834$, $p > 0,05$], "Gizlilik-özel hayat" boyutunda [$t = 1,014$, $p > 0,05$], "Bakım ve tedavi" boyutunda [$t = 0,873$, $p > 0,05$] ve "Başvuru" boyutunda [$t = -0,694$, $p > 0,05$] istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar değerlendirildiğinde katılımcıların hasta hakları uygulamaları alt boyutlarının hiçbirinde medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir. Buna göre H2 hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Algılamalarının Hastane Türüne Göre Farklılığına Ait t Testi Analiz Sonuçları

	Kamu (N=120)		Özel(N=120)		t değeri	p değeri
	Mean	Ss	Mean	Ss		
Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları	4,23	0,76	4,17	0,59	0,692	0,490
Bilgilendirme	3,91	0,79	4,22	0,54	-3,517	0,001*
Onay	4,77	0,36	4,43	0,62	5,169	0,000*
Gizlilik-Özel Hayat	4,29	0,58	4,25	0,52	0,582	0,561
Bakım ve Tedavi	4,13	0,54	4,26	0,48	-2,064	0,040*
Başvuru	3,11	0,94	3,53	0,89	-3,555	0,000*

* $P < 0,05$

"Katılımcıların hasta hakları uygulamalarına yönelik algıları hastane türüne göre anlamlı bir farklılık gösterir" şeklindeki H3 hipotezi için Tablo 5 incelendiğinde; hastane türü değişkenine göre araştırmaya katılan katılımcıların hasta hakları uygulamalarına ilişkin algılamalarının "Sağlık hizmetlerinde Hasta Hakları" boyutunda [$t = 0,692$, $p > 0,05$] ve "Gizlilik-özel hayat" boyutunda [$t = 0,582$, $p > 0,05$] istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir.

Katılımcıların hasta hakları uygulama alt boyutlarından "Bilgilendirme" boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir [$t = -3,517$, $p < 0,05$]. Özel hastanedeki katılımcıların puan ortalamasının (Ö: $X = 4,22 \pm 0,54$) kamu hastanesindeki katılımcılara göre (K: $X = 3,91 \pm 0,79$) anlamlı düzeyde daha yüksek çıktığı saptanmıştır. Bu duruma göre özel hastane katılımcılarının sağlık hizmeti aldıkları hastanenin hasta hakları uygulaması olan bilgilendirmeden kamu hastanesindeki katılımcılarına göre daha memnun kaldıkları ifade edilebilir. "Onay" boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir [$t = 5,169$, $p < 0,05$]. Kamu hastanesindeki katılımcıların puan ortalaması (K: $X = 4,77 \pm 0,36$) özel hastanedeki katılımcıların puan ortalamasından (Ö: $X = 4,43 \pm 0,62$) anlamlı düzeyde daha yüksek çıktığı belirlenmiştir. Bu duruma göre kamu hastanesi katılımcılarının sağlık hizmeti aldıkları hastanenin hasta hakları uygulaması olan onay işlemlerinden özel hastane katılımcılarına göre daha memnun kaldıkları belirtilebilir.

Katılımcıların hasta hakları uygulama alt boyutlarından “Bakım ve tedavi” boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir [$t = -2,064$, $p < 0,05$]. Özel hastanedeki katılımcıların puan ortalamasının ($\bar{O}X = 4,26 \pm 0,48$) kamu hastanesindeki katılımcıların puan ortalamasına ($\bar{K}X = 4,13 \pm 0,54$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek çıktığı saptanmıştır. Bu duruma göre özel hastane katılımcılarının sağlık hizmeti aldıkları hastanenin hasta hakları uygulaması olan bakım ve tedavi işlemlerinden kamu hastanesi katılımcılarına göre daha memnun kaldıkları belirtilebilir. “Başvuru” boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir [$t = -3,555$, $p < 0,05$]. Özel hastanedeki katılımcıların puan ortalamasının ($\bar{O}X = 3,53 \pm 0,89$) kamu hastanesindeki katılımcıların puan ortalamasına ($\bar{K}X = 3,11 \pm 0,94$) göre anlamlı düzeyde daha yüksek çıktığı belirlenmiştir. Bu duruma göre özel hastane katılımcılarının sağlık hizmeti aldıkları hastanenin hasta hakları uygulaması olan başvuru işlemlerinden kamu hastanesi katılımcılarına göre daha memnun kaldıkları belirtilebilir. Bu sonuçlar değerlendirildiğinde katılımcıların hasta hakları uygulamaları altı alt boyutundan bilgilendirme, onay, bakım ve tedavi ve başvuru gibi dört boyutunda hastane türüne göre anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Buna göre H3 hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların Yaş İle Kurumdaki Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Algılamalarına Ait Anova Testi Analizi Sonuçları

	Yaş	N	Mean+ss	F değeri	P değeri	Gruplar arası fark
Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları	20-30 yaş ¹	77	4,07±0,77	1,771	0,153	
	31-40 yaş ²	71	4,21±0,68			
	41-50 yaş ³	49	4,24±0,59			
	51 ve üstü yaş ⁴	43	4,36±0,58			
Bilgilendirme	20-30 yaş ¹	77	4,14±0,66	2,566	0,055	
	31-40 yaş ²	71	4,14±0,69			
	41-50 yaş ³	49	4,06±0,71			
	51 ve üstü yaş ⁴	43	3,81±0,70			
Onay	20-30 yaş ¹	77	4,43±0,58	4,467	0,005*	1-2
	31-40 yaş ²	71	4,66±0,54			1-4
	41-50 yaş ³	49	4,65±0,51			
	51 ve üstü yaş ⁴	43	4,76±0,39			
Gizlilik-Özel Hayat	20-30 yaş ¹	77	4,22±0,54	0,951	0,417	
	31-40 yaş ²	71	4,29±0,59			
	41-50 yaş ³	49	4,37±0,50			
	51 ve üstü yaş ⁴	43	4,20±0,54			
Bakım ve Tedavi	20-30 yaş ¹	77	4,15±0,54	0,658	0,578	
	31-40 yaş ²	71	4,24±0,51			
	41-50 yaş ³	49	4,24±0,50			
	51 ve üstü yaş ⁴	43	4,15±0,50			
Başvuru	20-30 yaş ¹	77	3,48±0,88	3,555	0,015*	1-4
	31-40 yaş ²	71	3,40±0,94			2-4
	41-50 yaş ³	49	3,30±0,94			
	51 ve üstü yaş ⁴	43	2,93±0,93			

* $p < 0,05$

"Katılımcıların hasta hakları uygulamalarına yönelik algıları yaşa göre anlamlı bir farklılık gösterir" şeklindeki H4 hipotezi için Tablo 6 incelendiğinde; katılımcıların yaşları ile "Sağlık hizmetlerinde hasta hakları" boyutu [$f=1.771$, $p>0,05$], "Bilgilendirme" boyutu [$f=2,566$, $p>0,05$], "Gizlilik-özel hayat" boyutu [$f=0,951$, $p>0,05$] ve "Bakım ve tedavi" boyutu [$f=0,658$, $p>0,05$] arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Katılımcıların hasta hakları uygulamaları alt boyutlarından "Onay" boyutu ile katılımcıların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir [$f=2,566$, $p<0,05$]. Yaşları 51 ve üstü olan katılımcıların onay boyutuna ilişkin görüşleri anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arası farklılık Tukey testi sonucunda yaşın demografik değişkenlerinin alt gruplarında; 20-30 yaş arasındaki katılımcılar ile 31-40 yaş ve 51 ve üstü yaş grubundaki katılımcılar arasında bu grup lehine istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmuştur.

Katılımcıların hasta hakları uygulamaları alt boyutlarından "Başvuru" boyutu ile katılımcıların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir [$f=3,555$, $p<0,05$]. 20-30 yaş aralığındaki katılımcıların başvuru boyutuna ilişkin görüşleri anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arası farklılık Tukey testi sonucunda yaşın demografik değişkenlerinin alt gruplarında; 51 ve üstündeki yaş grubundaki katılımcılar ile 20-30 yaş ve 31-40 yaş grubundaki katılımcılar arasında bu grup lehine istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar değerlendirildiğinde katılımcıların hasta hakları uygulamaları altı alt boyutundan dört alt boyutunda (sağlık hizmetlerinde hasta hakları, bilgilendirme, gizlilik-özel hayat, bakım ve tedavi) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Buna göre H4 hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların Eğitim Durumu İle Kurumdaki Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Algılamalarına Ait Anova Testi Analizi Sonuçları

	Eğitim Durumu	N	Mean+ss	F değeri	P değeri	Gruplar arası fark
Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları	OkurYazar ¹	15	4,05±0,69	1,207	0,309	
	İlköğretim ²	102	4,27±0,62			
	Lise ³	54	4,27±0,69			
	Üniversite ⁴	63	4,07±0,74			
	Lisansüstü ⁵	6	4,02±0,78			
Bilgilendirme	Okur-Yazar ¹	15	3,93±0,61	2,615	0,036*	2-3
	İlköğretim ²	102	3,96±0,70			
	Lise ³	54	4,29±0,62			
	Üniversite ⁴	63	4,04±0,74			
	Lisansüstü ⁵	6	4,40±0,41			

Kategori	Eğitim Durumu	n	Ortalama ± SD	F	p	Gruplar
Onay	Okur-Yazar ¹	15	4,44±0,65	2,388	0,052	
	İlköğretim ²	102	4,70±0,45			
	Lise ³	54	4,62±0,60			
	Üniversite ⁴	63	4,46±0,56			
	Lisansüstü ⁵	6	4,61±0,44			
Gizlilik-Özel Hayat	Okur-Yazar ¹	15	4,00±0,55	2,756	0,029*	1-3
	İlköğretim ²	102	4,22±0,57			
	Lise ³	54	4,45±0,46			
	Üniversite ⁴	63	4,24±0,56			
	Lisansüstü ⁵	6	4,41±0,52			
Bakım ve Tedavi	Okur-Yazar ¹	15	4,12±0,45	1,769	0,136	
	İlköğretim ²	102	4,21±0,50			
	Lise ³	54	4,31±0,47			
	Üniversite ⁴	63	4,08±0,59			
	Lisansüstü ⁵	6	4,37±0,30			
Başvuru	Okur-Yazar ¹	15	2,98±0,77	5,253	0,000*	2-3
	İlköğretim ²	102	3,07±0,90			
	Lise ³	54	3,67±1,01			
	Üniversite ⁴	63	3,47±0,83			
	Lisansüstü ⁵	6	3,75±0,89			

*p<0,05

"Katılımcıların hasta hakları uygulamalarına ilişkin algıları eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir" şeklindeki H5 hipotezi için Tablo 7 incelendiğinde; "Sağlık hizmetlerinde hasta hakları" boyutu [f=1.207, p= 0,309], "Onay" boyutu [f=2,388, p=0,052] ve "Bakım ve tedavi" boyutu [f=1,769,p=0,136] ile katılımcıların eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Katılımcıların hasta hakları uygulamaları alt boyutlarından "Bilgilendirme" boyutu ile katılımcıların eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. [f=2,615, p=0,036]. Eğitim durumu lisansüstü olan katılımcıların bilgilendirme boyutuna ilişkin görüşleri anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arası farklılık Tukey testi sonucunda eğitim durumunun demografik değişkenlerinin alt gruplarında; eğitim durumu lise olan katılımcılar ile eğitim durumu ilköğretim olan katılımcılar arasında bu grup lehine istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. "Gizlilik-özel hayat" boyutu ile katılımcıların eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir [f=2,756, p=0,029]. Eğitim durumu lise olan katılımcıların gizlilik-özel hayat boyutuna ilişkin görüşleri anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arası farklılık Tukey testi sonucunda eğitim durumunun demografik değişkenlerinin alt gruplarında; eğitim durumu lise olan katılımcılar ile eğitim durumu okur-yazar olan katılımcılar arasında bu grup lehine istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

"Başvuru" boyutu ile katılımcıların eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir [f=5,253, p=0,000]. Eğitim durumu lisansüstü olan

katılımcıların başvuru boyutuna ilişkin görüşleri anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arası farklılık Tukey testi sonucunda eğitim durumunun demografik değişkenlerinin alt gruplarında; eğitim durumu lise olan katılımcılar ile eğitim durumu ilköğretim olan katılımcılar arasında bu grup lehine istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar değerlendirildiğinde katılımcıların hasta hakları uygulamaları altı alt boyutundan üç alt boyutunda (bilgilendirme, gizlilik-özel hayat, başvuru) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Buna göre H5 hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların Sosyal Güvence Durumu İle Kurumdaki Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Algılamalarına Ait Anova Testi Analizi Sonuçları

	Sosyal Güvence Durumu	N	Mean±ss	F değeri	P değeri	Gruplar arası fark
Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları	Yok ¹	22	4,35±0,70	0,740	0,478	
	Devlet(SGK) ²	205	4,18±0,68			
Bilgilendirme	Özel ³	13	4,28±0,60	2,699	0,069	
	Yok ¹	22	4,32±0,85			
	Devlet(SGK) ²	205	4,02±0,68			
Onay	Özel ³	13	4,31±0,57	0,397	0,673	
	Yok ¹	22	4,51±0,57			
	Devlet(SGK) ²	205	4,60±0,54			
Gizlilik-Özel Hayat	Özel ³	13	4,66±0,33	0,301	0,741	
	Yok ¹	22	4,28±0,64			
	Devlet(SGK) ²	205	4,26±0,54			
Bakım ve Tedavi	Özel ³	13	4,38±0,57	3,419	0,034*	2-3
	Yok ¹	22	4,34±0,59			
	Devlet(SGK) ²	205	4,16±0,50			
Başvuru	Özel ³	13	4,49±0,44	8,785	0,000*	1-2 2-3
	Yok ¹	22	3,84±0,96			
	Devlet(SGK) ²	205	3,22±0,91			
	Özel ³	13	4,03±0,78			

*p<0,05

"Katılımcıların hasta hakları uygulamalarına ilişkin algıları sosyal güvence durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir" şeklindeki H6 hipotezi için Tablo 8 incelendiğinde; "Sağlık hizmetlerinde hasta hakları" boyutu [f=0,740, p= 0,478], "Bilgilendirme" boyutu [f=2,699, p=0,069], "Onay" boyutu [f=0,397, p=0,673] ve "Gizlilik-özel hayat" boyutu [f=0,301,p=0,741] ile katılımcıların sosyal güvence durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Katılımcıların hasta hakları uygulamaları alt boyutlarından "Bakım ve tedavi" boyutu ile katılımcıların sosyal güvence durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir [f=3,419, p=0,034]. Özel sağlık sigortasına sahip olan katılımcıların bakım ve tedavi boyutuna ilişkin görüşleri anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Gruplar arası farklılık Tukey testi sonucunda sosyal güvence durumunun demografik değişkenlerinin alt gruplarında; özel sağlık sigortasına sahip katılımcılar ile devlet (SGK) güvencesine sahip katılımcılar arasında bu grup lehine anlamlı düzeyde bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların hasta hakları uygulamaları alt boyutlarından “Başvuru” boyutu ile katılımcıların sosyal güvence durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir [$f=8,785$, $p=0,000$]. Özel sağlık sigortasına sahip olan katılımcıların başvuru boyutuna ilişkin görüşleri anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arası farklılık Tukey testi sonucunda sosyal güvence durumunun demografik değişkenlerinin alt gruplarında; devlet (SGK) güvencesine sahip olan katılımcılar ile sosyal güvencesi olmayanlar, yine devlet (SGK) güvencesine sahip olan katılımcılar ile özel sağlık sigortasına sahip olan katılımcılar arasında bu grup lehine anlamlı düzeyde bir farklılık olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar değerlendirildiğinde katılımcıların hasta hakları uygulamaları altı alt boyutundan dört alt boyutunda (sağlık hizmetlerinde hasta hakları, bilgilendirme, onay, gizlilik-özel hayat) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Buna göre H6 hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

TARTIŞMA

Katılımcıların kurumdaki hasta hakları uygulamalarına ilişkin verdikleri yanıtların dağılımının sonuçlarına bakıldığında, en yüksek puan ortalamasının ($\bar{X}=4,69$) “Hastanede istediğim doktora muayene ve tedavi olabilmekteyim” ifadesi olduğu ve katılımcıların %79,6’sının bu ifadeye kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri tespit edilmiştir. Bu ifadeyi, "Doktorlar hasta ve hasta yakınının rızası alınmadan müdahalede bulunmamaktadır" ($\bar{X}=4,67$), "Hastanenin kendi kuralları çerçevesinde ve doktorumun izin vermesi halinde refakatçi bulundurabiliyorum" ($\bar{X}=4,63$) ve "Hastanede hastanın izni alınmadan tıbbi teşhis, tedavi ve bakım yapılmamaktadır" ($\bar{X}=4,63$) ifadelerinin takip ettiği belirlenmiştir.

En düşük puan ortalamasının ise “Hastanede, beklemem gerektiği durumlarda rahatlıkla dinlenebileceğim ve bekleyebileceğim dinlenme odaları mevcuttur” ($\bar{X}=2,70$) ifadesi olduğu tespit edilmiştir. Bu ifadeye katılımcıların %19,2’si “kesinlikle katılıyorum” yanıtını vermişlerdir. Tosun’un hasta yakınlarının (refakatçi) hasta haklarına ilişkin bilgi düzeyleri ve hastalarına yönelik hizmet memnuniyetini belirlemek üzere yapmış olduğu çalışmada refakatçilerin %44,8’i hastanede bekledikleri yerin rahat olduğunu ifade etmişlerdir (Tosun, 2015). Aşkar’ın Kütahya Devlet Hastanesi’nde hasta hakları uygulamaları ile ilgili yapmış olduğu çalışmada en düşük oranın “Hemşirelik hizmetlerinden memnun kalmadığım

hemşirenin değiştirilmesini talep ettiğimde tercihime saygı duyulmaktadır” ifadesi olduğu ve katılımcıların %22,9’unun “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri; en yüksek oranın ise “Hastanenin kendi kuralları çerçevesinde ve doktorumun izin vermesi halinde refakatçi bulundurabiliyorum” ifadesi olduğu ve katılımcıların %68,4’ünün “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri görülmüştür (Aşkar, 2006).

Araştırmada katılımcıların kurumdaki hasta hakları uygulamalarına ilişkin algılamalarının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan analiz neticesinde elde edilen bulgularda tüm boyutlarda anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Günay ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, hastaların hasta hakları konusundaki bilgi düzeyinin erkeklerde anlamlı derecede daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (Günay ve ark., 2007). Toygar ve arkadaşlarının bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hasta hakları uygulamalarına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapmış oldukları çalışmada, hasta ve yakınlarının cinsiyetleri ile sağlık hizmetlerinde hasta hakları, gizlilik-özel hayat, bakım ve tedavi alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık bulmuşlardır (Toygar ve ark., 2015). Özer ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, hasta hakları bilgi düzeyi ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (Özer, Karaman Özlü, Sarıtaş, 2009). Duran ve arkadaşlarının bir devlet hastanesinde sağlık çalışanlarının hasta haklarına ilişkin bilgilerini ölçmek için yaptıkları çalışmada, erkeklerin bilgi düzeyinin kadınlara göre anlamlı şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir (Duran, Yıldırım, Gerçek, Karaarslan ve Aydın, 2008).

Katılımcıların kurumdaki hasta hakları uygulamalarına ilişkin algılamalarının medeni duruma göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan bu araştırmada ise analiz neticesinde elde edilen bulgularda tüm boyutlarda anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Yılmaz’ın yapmış olduğu çalışmada, hastaların haklarını bilme durumları ile medeni durum arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Yılmaz, 2002). Teke ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma sonucunda, hemşirelerin hasta haklarına yönelik bilgi ve tutumları ile ilgili medeni durum arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (Teke, Uçar, Demir, Çelen ve Karaalp, 2007). Araştırmada katılımcıların kurumdaki hasta hakları uygulamalarına ilişkin algılamalarının hastane türüne göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan analiz neticesinde elde edilen bulgularda; bilgilendirme, onay, bakım ve tedavi ve başvuru alt boyutlarında anlamlı farklılık olduğu diğer boyutlarda ise anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür.

Araştırmada katılımcıların kurumdaki hasta hakları uygulamalarına ilişkin algılamalarının yaşa göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan analiz neticesinde; onay ve başvuru boyutlarında anlamlı bir farklılık olduğu, diğer boyutlarda ise

anlamli bir farklılık olmadığı görülmüştür. Anlamli farklılığın olduğu “onay” boyutunda, yaşları 51 ve üstü olan katılımcıların onay boyutuna ilişkin görüşleri anlamli düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Demografik değişkenlerin alt gruplarına yönelik farkın belirlenmesi için yapılan Tukey testine göre 20-30 yaş arasındaki katılımcılar ile 31-40 yaş ve 51 ve üstü yaş grubundaki katılımcılar arasında bu grup lehine istatistiksel olarak anlamli düzeyde bir farklılık bulunmuştur. Bu durum dikkate alındığında yaşı daha ileri durumda olan hastaların yaşları daha genç hastalara göre hastanelerin onay işlemlerini daha etkin yaptıklarını düşündükleri söylenebilir. “Başvuru” boyutunda, 20-30 yaş aralığındaki katılımcıların başvuru boyutuna ilişkin görüşleri anlamli düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Demografik değişkenlerin alt gruplarına yönelik farkın belirlenmesi için yapılan Tukey testine göre 51 ve üstündeki yaş grubundaki katılımcılar ile 20-30 yaş ve 31-40 yaş grubundaki katılımcılar arasında bu grup lehine istatistiksel olarak anlamli bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Toygar ve arkadaşlarının bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hasta hakları uygulamalarına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapmış oldukları çalışmada, hasta ve yakınlarının yaşları ile sağlık hizmetlerinde hasta hakları boyutu arasında anlamli bir farklılık olduğu diğer boyutlarda ise farklılık olmadığı bulunmuştur (Toygar ve ark., 2015). Bu çalışmada, farkın 26-30 yaş arasındaki hasta ve yakınlarından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Ergüden'in sağlık kurumlarında hasta hakları kapsamında hasta memnuniyetsizliğini etkileyen faktörlerin analizine yönelik yaptığı çalışmada, hastaların şikayet başvurusu ile yaşları arasında anlamli farklılık olduğu tespit edilmiştir ve yaşları 41 ve üzeri olan hastaların daha çok şikayette buldukları görülmüştür (Ergüden, 2015). Eksen ve arkadaşlarının hastaların hasta hakları konusundaki bilgi düzeylerinin belirlenmesine yönelik yapmış oldukları çalışmada, hastaların bilgi düzeyinin 20-29 yaş aralığında anlamli düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Eksen, Karadağ, Işııkay ve Karakuş, 2004). Kırılmaz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, hasta hakları farkındalık düzeyinin yaşa göre anlamli bir fark göstermediği saptanmıştır (Kırılmaz, Fııcı ve Şimşir, 2018).

Araştırmada katılımcıların kurumdaki hasta hakları uygulamalarına ilişkin algılamalarının eğitim durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan analiz neticesinde; bilgilendirme, gizlilik-özel hayat, başvuru boyutlarında anlamli bir farklılık olduğu, diğer boyutlarda ise anlamli bir farklılık olmadığı görülmüştür. Mangan'ın Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hasta hakları uygulamalarının incelenmesine yönelik yaptığı çalışmada, eğitim durumu ile hasta hakları uygulamaları arasında anlamli farklılık bulmuştur (Mangan, 2006). Erbay ve Şen yapmış oldukları çalışmada, hastaların bilgi düzeyleri ile eğitim durumu arasında anlamli bir fark bulmuşlardır ve hastaların hasta hakları

ile ilgili eğitim almadıkları halde bilgili olduğu sonucuna varılmıştır (Erbay ve Şen, 2012). Yüce'nin yapmış olduğu çalışmada, çalışanların hasta haklarına yönelik bilgi düzeyi ve tutumları eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermektedir (Yüce, 2018).

Araştırmada katılımcıların kurumdaki hasta hakları uygulamalarına ilişkin algılamalarının sosyal güvence durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan analiz neticesinde; bakım ve tedavi ve başvuru boyutlarında anlamlı bir farklılık olduğu, diğer boyutlarda ise anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Şenol'un yapmış olduğu çalışmada, katılımcıların hasta hakları bilinç seviyesinin sosyal güvenceye göre farklılık gösterdiği SGK'lı hastaların bilinç düzeyinin en yüksek olduğu, Bağ-Kur'lu hastaların bilinç düzeyinin ise en düşük olduğu saptanmıştır (Şenol, 2019). Kurtcebe'nin yapmış olduğu çalışmada, katılımcıların hasta hakları ile ilgili bilgi düzeyinin sosyal güvenceye göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir (Kurtcebe, 2009).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamızda katılımcıların hasta hakları uygulamalarına yönelik algılarının hastane türüne ve eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Diğer yandan hasta hakları uygulamalarına ilişkin verilen yanıtların sonuçları neticesinde hasta ve yakınlarının "Hastanede, beklemem gerektiği durumlarda rahatlıkla dinlenebileceğim ve bekleyebileceğim dinlenme odaları mevcuttur" ifadesi ortalamanın en düşük olduğu ifadedir. Bu bağlamda hastanede hastaların dinlenmesine yönelik tedbirlerin alınması ve gerekli ortamın sağlanması gerektiği söylenebilir. Hasta hakları uygulamalarının cinsiyet ve medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir. Araştırmada hasta hakları uygulaması alt boyutlarından en düşük ortalamaya sahip alt boyutların başvuru ve bilgilendirme olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda hasta ve hasta yakınlarının sağlık kuruluşlarına başvuru süreçlerinin kolaylaştırılması ve yalınlaştırılması sunulan hizmetin etkinliğini arttırabilecektir. Diğer taraftan sağlık hizmeti sunumunda gerek idarenin gerekse personellerin hasta ve hasta yakınlarına tüm teşhis, tedavi ve diğer süreçlerde tatmin edici bir bilgilendirme yapmaları önemli olarak değerlendirilmektedir. Araştırmada hasta hakları uygulaması alt boyutlarından en yüksek ortalamaya sahip alt boyutun onay olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda araştırmaya katılan hasta ve hasta yakınlarının hasta hakları uygulaması ile ilgili hastaneler açısından gördükleri en iyi uygulamanın onay işlemleri olduğu söylenebilir.

Not: Bu makale, Ezgi MAHANOĞLU'nun Prof. Dr. Abdullah SOYSAL'ın danışmanlığında hazırladığı “Hasta Hakları Uygulamalarının Hasta Memnuniyetine Etkisi: Kamu ve Özel Hastanelerde Bir Araştırma” başlıklı yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

KAYNAKLAR

- Akdemir, N. (2015). *Türkiye'deki hasta hakları uygulamaları çerçevesinde çocuk hastaların durumu. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.*
- Aksakoğlu, G.(2008). *Sağlıkta sosyalleştirmenin öyküsü, Memleket Siyaset Yönetim Dergisi, 8, 7-62.*
- Arslan, E.(2010). *Türkiye'de hasta hakları. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.*
- Aşkar, A.(2006). *Sağlık hizmetlerinde hasta hakları ve Kütahya devlet hastanesi örneği. Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya.*
- Aydemir, İ. (2010). *Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde hasta hakları uygulamalarının değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.*
- Aydemir, İ., Özhan, A.(2011). *Hasta hakları uygulamalarının hasta ve yakınları tarafından değerlendirilmesi, Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi, 22(1), 85-104.*
- Bilir, Ö., Şişmanlar, D., Ersunan, G., Ayaz, T.(2015). *Acil servis çalışanlarının hasta haklarına bakışı, Konuralp Tıp Dergisi, 7(1), 28-33.*
- Bostan, S., Ünal Köse, A. (2013). *Hastane çalışanları için hasta hakları uygulamaları ne ifade ediyor? Doğu Karadeniz örneği, Türkiye Klinikleri J Med Ethics, 21(2), 65-73.*
- Cavlak, H., Bostancıoğlu, D. (2015). *Avrupa Birliğine uyum sürecinde Türkiye'deki sağlık ve hasta hakları, IAAOJ Social Science, 2(2), 27-42.*
- Ducinskiene, D., Vladickiene, J., Kalediene, R., Haapala, I. (2006). *Awareness and practice of patient's rights law in lithuania, BMC International Health and Human Rights, 6(10), 1-6.*
- Duran, Ö., Yıldırım, G., Gerçek, S., Karaarslan, M., Aydın, G. (2008). *Devlet hastanesinde çalışan sağlık personelinin hasta haklarına ilişkin bilgi durumları, Sted Dergisi, 17(1), 1-6.*
- Eksen, M., Karadağ, N., Işıkkay, Ç., Karakuş, A. (2004). *Hastaların hasta hakları konusundaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 1(1), 1-12.*
- Er Ü. (2008). *Sağlık Hukuku, Savaş Yayıncılık, Ankara.*
- Erbay, E., Şen, C.B.(2012). *Ankara Üniversitesi İbn-i Sina hastanesinde yatan hastaların hasta hakları hakkında bilgi düzeylerinin belirlenmesi, Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi, 23(2), 7-20.*
- Erbil, N.(2009). *Hasta haklarını kullanma tutumu ölçeğinin geliştirilmesi, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 6(1), 826-838.*
- Ergüden, M.(2015). *Sağlık kurumlarında hasta hakları kapsamında hasta memnuniyetsizliğini etkileyen faktörlerin analizi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.*
- Farzianpour, F., Foroushani, A.R., Sadeghi, N.S., Nosrati, S.A.(2016). *“Relationship Between’ Patient’s Rights Charter’ and Patients’ Satisfaction in Gynecological Hospitals.” BMC Health Services Research, 16, 1-8.*
- George, D., Mallery, M. (2010). *SPSS for windows step by step: A simple guide and reference, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson.*



- Günay, O., Naçar, M., Horoz, D., Özdemir, M., Çıtıl, R., Mutlu Şarlı, Ş., ... Akpınar, F.(2007). Erciyes Üniversitesi Hastanesi'nde yatan hastaların hasta hakları konusundaki bilgi düzeyi, *Erciyes Tıp Dergisi*, 29(4), 303-311.
- Güvercin, C.H. (2007). *Türkiye'deki gelişimi açısından hasta hakları kavramı. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.*
- Harorlu, A., Akgül, H.M. (2002). *Hasta Hakları, Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 12(1), 71-78.
- Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete. Sayı: 23420, Tarih:01/08/1998. <https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=hasta%20haklar%C4%B1%20y%C3%B6netmeli%C4%9Fi> (Erişim Tarihi: 08.08.2018)
- Hatunaz, G. (2007). *Özel Hastanelerin Hukuki Sorumluluğu, Seçkin Yayıncılık, Ankara.*
- Hatun, Ş. (1999). *Hasta Hakları, İletişim Yayıncılık, İstanbul.*
- <https://www.toraks.org.tr/uploadFiles/2152011144754-Hastahaklari.pdf> (Erişim Tarihi:08.02.2020)
- <https://www.hayad.org.tr/lizbon-hasta-haklari-bildirgesi> (Erişim Tarihi: 10.08.2018)
- https://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/amsterdam.htm?fbclid=IwAR2he0B-uvW2VELHteBXh9SnhvdW8dtbWy_YEs4h88go4W4gXYDHMO8aG8(Erişim Tarihi: 10.08.2018).
- http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=984:hasta&catid=26:etik&Itemid=65 (Erişim Tarihi: 10.08.2018).
- Kablay, S. (2013). *Sağlık emekçilerinin gözünden hasta hakları uygulamaları, İnsan Kaynakları Yıllığı*, 31, 63-82.
- Kırılmaz, H., Fıçıcı, Y., Şimşir, İ. (2018). *Hasta hakları farkındalığına yönelik bir araştırma, Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 18(41), 233-258.
- Kurtcebe, Z.Ö. (2009). *Bir üniversite hastanesine başvuran hasta ve yakınları ile araştırma görevlilerinin hasta hakları konusundaki bilgi, tutum ve yararlanma durumlarının değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.*
- Mangan, S. (2006). *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hasta hakları uygulamalarının sosyolojik açıdan incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi, İstanbul.*
- Mira, J.J., Lorenzo, S., Guilabert, M., Jover Perez, V.(2012). *Do Spaniards Know Their Rights As Patients?, International Journal for Quality in Health Care*, 24(4), 365-370.
- Özcan, C. (2010). *Bir devlet hastanesi örneğinde hasta hakları uygulamalarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.*
- Özdemir, H. (2004). *Özel Hukukta Teşhis ve Tedavi Sözleşmesi, Yetkin Yayıncılık, Ankara.*
- Özer, N., Karaman Özlü, Z., Sarıtaş, S. (2009). *Cerrahi kliniklerde tedavi gören hastalar haklarını biliyorlar mı ? , Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*, 12(4), 19-28.
- Parsapoor, A., Mohammad, K., Melek Afzali, H., Ala'eddini, F., Laricani, B. (2012). *Necessity of observing patient's rights: A survey on the attitudes of patients, nurses and physicians, Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 5(2), 1-9.
- Sert, G. (2004). *Hasta Hakları: Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği Çerçevesinde, Babil Yayıncılık, İstanbul.*
- Soysal, A., Mahanoğlu, E. (2018). *Hastaların hasta haklarını kullanma tutumlarının belirlenmesi: Birinci basamak sağlık kuruluşunda bir araştırma: (Hatay ili örneği), Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal*

Bilimler Enstitüsü Dergisi, 30(1), 138-158.

- Şenol, N. (2019). *Sağlık personeli ve hastaların algulamalarına bağımlı olarak hasta hakları bilinç düzeyleri üzerine karşılaştırmalı bir inceleme. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.*
- Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928). 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1219.pdf> (Erişim Tarihi: 10.08.2018).
- Tankoç, S. (2015). *Hasta hakları birim faaliyetlerinin hastane yönetim süreçlerinin iyileştirilmesine olan katkısının çalışan algısı üzerinden ölçülmesi: Bir eğitim ve araştırma hastanesi uygulaması. Yüksek Lisans Tezi, Türk Hava Kurumu Üniversitesi, Ankara.*
- Tanrıverdi, H. (2012). *Hastaların, hasta hakları konusundaki farkındalık düzeylerinin incelenmesi, Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi, 16(3), 101- 122.*
- Teke, A., Uçar, M., Demir, C., Çelen, Ö., Karaalp, T. (2007). *Bir eğitim hastanesinde görev yapan hemşirelerin hasta hakları konusundaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(4), 259- 266.*
- Tosun, H. (2015). *Refakatçi hasta yakınlarının hasta haklarına ilişkin bilgi düzeyi ve hastalarına yönelik hizmetlerden memnuniyeti (Çal Devlet Hastanesi dâhiliye servisi hasta yakınları örneği). Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.*
- Toygar, Ş.A., Akyürek, Ç.E., Turaç, İ.S. (2015). *Hasta hakları uygulamalarına ilişkin tarafların görüşleri: Bir eğitim ve araştırma hastanesi örneği, Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Birimler Fakültesi Dergisi, 17(1), 136-159.*
- Yılmaz, H. (2002). *Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde yatan erişkin hastaların hasta haklarından yararlanma durumları ve hemşirelerin hasta haklarına ilişkin görüşleri. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.*
- Yüce, İ. N.(2018). *Özel hastane çalışanlarının hasta haklarına yönelik bilgi ve tutumlarının ölçülmesi. Yüksek Lisans Tezi, Biruni Üniversitesi, İstanbul.*
- Zaybak, A., Eşer, İ., İsmailoğlu Günay, E. (2012). *Bir üniversite hastanesinde hastaların hasta haklarını kullanma tutumunun incelenmesi, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 20(2), 104-111.*
- Zengin, A., Erbaycu, A.E., Mertoğlu, A., Yazıcı, E., Çetinalp, H. (2013). *Türkiye'de hasta hakları uygulaması: Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin beş yıllık deneyimi, İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi, 27(2), 105-117.*

BİR KAMU HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN DUYGUSAL BULAŞMA DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Determination of Emotional Contagion Levels of Nurses Working in a Public Hospital

Fatma DEMİRKAYA¹  Betül SÖNMEZ² 

¹İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul

Geliş Tarihi / Received: 28.05.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 25.10.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ÖZ

Bu çalışmada amaç bir kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin duygusal bulaşma düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemektir. Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tasarımda gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini İstanbul'da yer alan bir kamu hastanesinde çalışan hemşireler (N=750), örneklemini ise gelişigüzel örnekleme yöntemi ile belirlenen 508 hemşire oluşturdu (n=508). Veriler, Tanıtıcı Bilgi Formu ve Duygusal Bulaşma Ölçeği ile Temmuz-Ağustos 2019 tarihleri arasında toplandı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, t testi Mann Whitney U testi ve tek yönlü varyans analizi kullanıldı. Hemşirelerin duygusal bulaşma düzeylerinin orta düzeyde ($2,91\pm 0,335$) olduğu belirlendi. Ölçek maddeleri arasında en düşük ortalama, "Haberlerde sinirli yüzler gördüğümde, dişlerimi sıkırım ve bedenim kasılır." ($2,02\pm 0,879$) maddesine ait iken, en yüksek ortalamanın "Çevremde mutlu insanların bulunması, olumlu düşünmemi sağlar." ($3,38\pm 0,801$) maddesine ait olduğu belirlendi. Hemşirelerin duygusal bulaşma düzeylerinin demografik özelliklerinden medeni durum ve eğitim düzeyine göre ($p<0,05$), ve mesleki özelliklerinden ise meslekte çalışma süresi ve görevine göre ($p<0,01$) istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği bulundu. Duygusal bulaşma hemşirelerin özel hayatı ve çalışma hayatını etkileyebileceğinden, çalışma sonuçlarının hemşirelerin duygusal bulaşmaya maruz kaldıklarına ilişkin farkındalıklarının artırılması ve duygusal bulaşmaya karşı gerekli düzenlemelerin yapılması için yöneticilere ve karar alıcılara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Duygusal Bulaşma, Hastane, Hemşire

ABSTRACT

The aim of this study is to determine the emotional contagion levels and influencing factors of nurses working in a public hospital. The research was carried out in descriptive and cross-sectional design. The population of the study was composed of nurses working in a public hospital in Istanbul (N=750), and the sample consisted of 508 nurse determined by haphazard sampling method (n=508). The data were collected using the Introductory Information Form and the Emotional Contagion Scale between July-August 2019. Descriptive statistics, t test, Mann Whitney U test and one-way analysis of variance were used in data analysis. The nurses' emotional contagion levels were determined to be at moderate level (2.91 ± 0.335). While the lowest mean among the scale items belonged to "When I see angry faces on the news, I clench my teeth and my body contracts." item (2.02 ± 0.879), the highest mean was determined to belong "Having happy people around me makes me think positively." (3.38 ± 0.801) item. It was found that the levels of emotional contamination of the nurses showed statistically significant differences according to; marital status and education level among demographic characteristics ($p<0.05$), and working time in the profession and duty among occupational characteristics ($p<0.01$). Since emotional contagion can affect nurses' private and working lives, it is thought that the results of the study will contribute, the managers and decision makers, to increase nurses' awareness about their exposure to emotional contagion and to make necessary arrangements against emotional contagion.

Keywords: Emotional Contagion, Hospital, Nurse

GİRİŞ

Klasik yönetim teorisinin tamamlayıcısı niteliğinde ortaya çıkan davranışsal yönetim teorisinde insan faktörünün iş süreçlerine dâhil edilmesiyle birlikte insan duyguları örgütler için önem kazanmıştır. Her ne kadar insan duyguları iş süreçlerinden ayrı gibi düşünülse de insanlar işyerlerine duygularını da getirmektedirler. İnsan duygularını birbirine bağlayan bir mekanizma bulunmaktadır ve bu mekanizma duygusal durumların hastalıkların yayılması gibi bireyler arasında otomatik olarak aktarılmasına dayanmaktadır (Elfenbein, 2014).

Duygusal bulaşma, “bir insanın karşısındaki insanın ses tonu, duruş ve hareketlerini bilinç ve irade dışı olarak taklit etmeye çalışması ve onu yakınsaması” olarak tanımlanmaktadır (Hatfield, Bensmana, Thorntona, ve Rapson, 2014). Friedman ve Riggio iki dakika sessizce oturup yüzleşen iki insan arasında duygusal bulaşmanın olduğunu tespit etmişlerdir (Friedman ve Riggio, 1981). Duygusal bulaşma, duygusal taklit ve sosyal değerlendirme olmak üzere iki yol ile gerçekleşmektedir. Duygusal taklitte kişi karşısındakinin duygularını otomatik olarak farkında olmadan taklit yoluyla tekrar etmektedir. Bulaşma bilinçaltı süreçlerde gerçekleşmektedir (Park, Choi, Mun, ve Whang, 2019). Sosyal değerlendirmede ise kişi karşısındakinin duygularını alıp kendi bilişsel süreçlerinden geçirdikten sonra bilinçli olarak taklit etmektedir. Sonuç olarak ister duygusal taklit yoluyla ister sosyal değerlendirme yoluyla olsun mutlu ya da kızgın ifade ayırımı olmaksızın insan duyguları, etrafındaki insanların duygularına benzemekte veya bunlarla tutarlı olma eğiliminde olmaktadır (Deng ve Hu, 2018).

Duygusal bulaşma isminden de anlaşıldığı üzere psikolojinin bir konusu gibi düşünülse de, birçok çalışmada örgütsel ortamdaki duygusal bulaşma da incelenmiştir (Ahmadi ve Mirsepassi, 2010; Bakker, Blanc, ve Schaufel, 2005; Barsade, Coutifaris, ve Pillemer 2018; Chen vd., 2019; Hashim, Wok, ve Ghazali, 2008; Limon, 2019; Omdahl ve O’ Donnell, 1999; Tatarlar, Çangarlı, ve Atabay, 2019; Vijayalakshmi ve Bhattacharyya, 2012).

Yönetim alanında yapılan çalışmalarda, duygusal bulaşmanın bireysel ve örgütsel sonuçlarla ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Doğrudan satış temsilcileri örnekleminde yapılan çalışmada (Hashim vd., 2008); duygusal bulaşmanın kişisel başarı, benlik saygısı, dışa dönüklük, sosyal arzu edilebilirlik gibi olumlu bireysel sonuçlara neden olduğu saptanmıştır. Sağlık çalışanları (Omdahl ve O'Donnell, 1999) ve yoğun bakım hemşireleri (Bakker vd., 2005) örnekleminde yapılan çalışmalarda tükenmişlik, akademisyenler örnekleminde yapılan çalışmalarda ise işe ve çevreye yabancılaşma (Tatarlar vd., 2019), stres düzeyinde artma gibi olumsuz bireysel sonuçlara neden olduğu saptanmıştır. (Omdahl ve O'Donnell, 1999). İş

ortamında olumsuz duygularla bulaşma yaşayan çalışanlarda, duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın arttığı, mesleğe bağlılık ve iletişimde geri bildirim azaldığı belirtilmektedir (Omdahl ve O'Donnell, 1999). Örgütsel düzeyde ise duygusal bulaşma aracılığıyla örgütün kolektif ruh halinin çalışanların bireysel ruh hallerini etkileyebileceği ve zaman içerisinde çalışanların ruh hallerinin örgütün ruh haliyle benzerlikler gösterebileceği vurgulanmaktadır (Totterdel, Kellett, Teuchmann, ve Briner, 1998). Yapılan çalışmalarda, bulaşmanın örgütsel sonuçlar olarak; takım çalışması etkililiğinde önemli olduğu (Vijayalakshmi ve Bhattacharyya, 2012), örgütsel bağlılık ve örgüt kültürü gibi olumlu çıktılarla pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur (Hashim vd., 2008). Örgütsel yaşamda çalışanlar üzüntü, mutluluk, öfke gibi duygularını meslektaşlarıyla paylaşabilmekte ve bu duygular çalışanlar arasında kolaylıkla yayılabilmektedir (Chen vd., 2019). Özellikle örgüt içerisinde olumlu duyguların bulaşması, işbirliğini geliştirecek, görev performansını artıracak ve çatışmaları azaltacaktır (Barsade vd., 2018). Örgüt üyelerinden birinin başarısı, diğerlerini de etkileyecek ve iş performansının artırılması yönünde motivasyonu sağlayacaktır.

Duygusal bulaşma çalışma yaşamında grup duygularının yaratıldığı, kolektif bir ruh halinin oluşturulduğu, çatışmaların azaltılarak, işbirliği yoluyla ekip çalışmasının teşvik edildiği bir mekanizma olarak kullanılabilir (Barsade ve O'Neill, 2002). Ancak duygusal bulaşmanın olumlu sonuçlar ortaya çıkarabilmesi için çalışanların duygusal bulaşmaya yatkın ve duyarlı olmaları gerekmektedir. Bazı özelliklere sahip insanlar duygusal bulaşıcılığa karşı daha duyarlıdır. Başkalarının duygusal ifadelerini okuma becerisi, örgüt içinde etkin insanlara karşı kendini bağımlı olarak algılayan, başkalarının yüz, ses tonu ve duruş pozisyonlarını sık sık taklit eden ve örgüt içinde geri bildirimlerden kolayca etkilenen insanlar duygusal bulaşmaya daha yatkın olarak kabul edilebilmektedir (Hatfield, Cacioppo, ve Rapson, 1993; Hatfield vd., 2014). Duygusal bulaşmaya yatkın kişiler daha rahat empati kurabilir ancak başkalarının duygularıyla boğulma tehlikesiyle de karşı karşıyadırlar. Duyarlılık ise duygusal uyarıcılara bağlı olarak ortaya çıkan duygusal ifadelerin sıklığıdır. Duygusal bulaşma duyarlılığındaki farklılıklar bireylerin başkalarının duygularından etkilenme düzeyinde belirleyici olan anahtar faktörlerden biridir (Doherty, 1997).

Çok disiplinli sağlık ekibi içinde görev alan hemşireler aynı zamanda sağlıklı/hasta birey, aile ve toplumla birebir etkileşim içinde olduğundan dolayı duygusal bulaşma yaşama ihtimalinin yüksek olması beklenmektedir. Hastaların olumsuz duygularını sıklıkla hemşirelere aktardıkları ve hemşirelerin duygusal bulaşmanın alıcıları oldukları için yöneticilerinden, meslektaşlarından ve hastalardan neşe ve öfke duygularını aldıkları tespit edilmiştir (Petitta, Jiang, ve Hartel, 2017). Hemşirelerle yapılan araştırmalarda duygusal

bulaşmanın ilişkili olduğu faktörler değerlendirilmiş ancak düzeyleri incelenmemiştir (Bakker vd., 2005; Petitta vd., 2017; Totterdel vd., 1998). Literatür incelendiğinde, Türkiye’de duygusal bulaşmayı örgütsel ortamda inceleyen çok az sayıda çalışmaya rastlanılmıştır (Limon, 2019; Oral Kara, Vergili, ve Erdem, 2016; Tatarlar vd., 2019) ancak hemşire örnekleminde yapılmış herhangi bir çalışmaya ulaşılamamıştır.

Bu doğrultuda, duygusal bulaşmanın alıcıları oldukları düşünülen hemşirelerin duygusal bulaşmaya yatkınlık ve duyarlılıklarının ortaya çıkarılması amacıyla başkalarının duygularından etkilenme düzeyinin belirlenmesi önemli bir gereklilik olarak düşünülmektedir.

Bu bağlamda bu çalışmada amaç; bir kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin duygusal bulaşma düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemektir. Duygusal bulaşma hemşirelerin özel hayatı ve çalışma hayatını etkileyebileceğinden çalışma sonuçlarının duygusal bulaşmaya karşı gerekli düzenlemelerin yapılması için yöneticilere ve karar alıcılara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

GEREKÇE VE YÖNTEM

Araştırmanın Amacı ve Tipi: Bu araştırma bir kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin duygusal bulaşma düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tasarımda gerçekleştirildi.

Bu amaç doğrultusunda bu araştırmada aşağıdaki sorulara cevap arandı:

1. Hemşirelerin duygusal bulaşma düzeyi nedir?
2. Hemşirelerin demografik özelliklerine göre duygusal bulaşma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar var mıdır?
3. Hemşirelerin mesleki özelliklerine göre duygusal bulaşma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar var mıdır?

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri: Araştırma, Temmuz-Ağustos 2019 tarihlerinde İstanbul’da yer alan 820 yatak kapasiteli bir hastanede gerçekleştirildi. Hastane; kamuya bağlı olarak üçüncü basamak ve genel hastane statüsünde faaliyet göstermekte, fonksiyonel olarak tıbbi hizmetler, idari ve mali hizmetler, sağlık bakım hizmetleri ile destek ve kalite hizmetleri matriks organizasyon yapısında yürütülmektedir.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi: Araştırmanın evrenini bir kamu hastanesinde çalışmakta olan 750 hemşire oluşturdu. (N=750). Örneklemin belirlenmesi amacıyla evreni

bilinen örnekleme yöntemi ile örnekleme alınacak minimum hemşire sayısının 254 olması gerektiği belirlendi. Gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılarak araştırmaya katılmayı kabul eden 528 hemşireden geri dönüş alındı. 20 hemşirenin veri toplama araçları eksik yanıtlandığı için araştırmaya dâhil edilmedi. Son durumda araştırmanın örneklemini 508 hemşire oluşturdu (n=508, geri dönüş oranı %68).

Veri Toplama Araçları: Araştırmanın verileri, Tanıtıcı Bilgi Formu ve Duygusal Bulaşma Ölçeği ile toplandı.

Tanıtıcı Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından ilgili literatür doğrultusunda hazırlanan form, hemşirelerin bireysel (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi) ve mesleki özelliklerini (çalışılan birim, meslekte çalışma süresi, kurumdaki çalışma süresi, birimde çalışma süresi ve görevi) içermektedir. Form, toplamda dokuz sorudan oluşmaktadır.

Duygusal Bulaşma Ölçeği: Doherty (1997) tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği A. Akın, Uysal, Ü. Akın tarafından yapılmıştır (A. Akın, Uysal, ve Ü. Akın, 2015). Özgün ölçek; mutluluk, aşk, korku, öfke ve üzüntü olmak üzere beş alt boyut ve toplam 15 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında tüm faktörlerin tek boyutta iyi uyum gösterdiği belirtilmiştir (Akın vd., 2015). Ölçek beşli Likert tipte olup, 1=Hiçbir zaman'dan, 5=Her zaman'a doğru sıralanmıştır. Ortalamaların 1'e yaklaşması düşük, 5'e yaklaşması ise yüksek duygusal bulaşmayı işaret etmektedir. Ölçekte ters kodlanan soru bulunmamaktadır. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı orijinal çalışmada 0,90 (Doherty, 1997), Türkçe uyarlama çalışmasında 0,75 olarak bulunmuştur (Akın vd., 2015). Bu çalışmada, Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,675 olarak bulunmuştur. Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısının 0,70 üzeri olması tercih edilmesine karşın (Kılıç, 2016; Şencan, 2005), 0,60 üzerinde de güvenilir olarak kabul edilebileceği belirtilmektedir (Kılıç, 2016).

Verilerin Toplanması: Etik Kurul ve kurum izni alındıktan sonra, veriler Temmuz-Ağustos 2019 tarihlerinde toplanmıştır. Hemşirelere araştırma hakkında bilgi verilerek basılı veri toplama araçları kendilerine verildi ve doldurulan veri toplama araçları geri alındı.

Verilerin Değerlendirilmesi: Araştırma verilerinin analizinde IBM SPSS 21,0 programı kullanıldı. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğine Skewness ve Kurtosis testleri uygulanarak karar verildi. Skewness değeri -0,34 ve Kurtosis değeri 0,17 olarak -2 ve +2 arasında yer aldığı ve normal dağılım gösterdiği kabul edildi (George ve Mallery, 2010).

Verilerin analizinde, tanımlayıcı istatistik yöntemlerden sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum kullanıldı. Gruplar arası karşılaştırmalarda bağımsız gruplarda t testi, birimde çalışma süresi ile karşılaştırmada Mann Whitney U testi ($n < 30$), tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ileri analiz yöntemlerinden Tukey HSD kullanıldı. Anlamlılık düzeyi 0,05 olarak alındı.

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırma için İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü Kapsam Dışı Etik Kurulu'ndan (2019/13) izin alındı. Araştırmanın yapıldığı hastanenin bağlı bulunduğu İstanbul Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alındı. Araştırmaya katılan hemşireler, Bilgilendirilmiş Onam Formu ile bilgilendirilerek araştırmaya gönüllü olarak katılmaları sağlandı.

BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgulara ilişkin sonuçlar aşağıda sunulmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin demografik ve mesleki özelliklerinin frekans ve yüzde dağılımları Tablo 1 ve Tablo 2 'de verilmiştir.

Tablo 1. Hemşirelerin Demografik Özellikleri (N:508)

Değişkenler		N	%
Yaş	34 yaş ve altı	353	69,5
	35 yaş ve üzeri	155	30,5
Cinsiyet	Kadın	297	58,5
	Erkek	211	41,5
Medeni durum	Evli	252	49,6
	Bekâr	256	50,4
Eğitim düzeyi	Lise	58	11,4
	Önlisans	39	7,7
	Lisans	338	66,5
	Lisansüstü	73	14,4

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması $30,90 \pm 6,51$ (min:21 maks:48) olarak belirlendi. Hemşirelerin çoğunluğunun 34 yaş ve altında (%69,5), kadın (%58,5) ve lisans mezunu (%66,5) olduğu bulundu. Hemşirelerin medeni durum yüzdelerinin yaklaşık olarak eşit dağıldığı görüldü (Tablo 1).

Tablo 2. Hemşirelerin Mesleki Özellikleri (N: 508)

Değişkenler		n	%
Görevi	Hemşire	432	85,0
	Hemşire yönetici	76	15,0
Meslekte çalışma süresi	14 yıl ve altı	402	79,1
	15 yıl ve üzeri	106	20,9
Kurumda çalışma süresi	14 yıl ve altı	474	93,3
	15 yıl ve üzeri	34	6,7

Birimde çalışma süresi	10 yıl ve altı	479	94,3
	11 yıl ve üzeri	29	5,7

Hemşirelerin yalnızca %15'inin hemşire yönetici olup, %85,0'inin hemşire olarak çalıştığı bulundu. Hemşirelerin çoğunluğunun meslekte çalışma süresi (%79,1) ve kurumda çalışma süresinin (%93,3) 14 yıl ve altında olduğu; birimde çalışma süresinin (%94,3) ise 10 yıl ve altında olduğu belirlendi (Tablo 2). Hemşirelerin meslekte çalışma süresi ortalaması $8,46 \pm 6,52$ yıl (min:1, maks:26), kurumda çalışma süresi ortalaması $5,78 \pm 5,33$ yıl (min:1, maks:24) ve birimde çalışma süresi ortalaması ise $3,26 \pm 3,69$ yıl (min:1, max:20) olarak saptandı.

Tablo 3: Duygusal Bulaşma Ölçeği Puan Ortalamaları (N: 508)

	Ortalama (X)	Standart Sapma (Sd)
Eğer konuştuğum kişi ağlamaya başlarsa benim de gözlerim yaşarır.	2,56	0,766
Moralim bozukken mutlu biriyle beraber olursam rahatlarım.	2,78	0,781
Birisi bana içten gülümsediğinde ben de ona gülümserim ve ona kanım ısınır.	3,29	0,696
İnsanlar sevdikleri birinin ölümünden söz ettiğinde hüznle dolarım.	2,86	0,741
Haberlerde sınırlı yüzler gördüğümde, dişlerimi sıkırım ve bedenim kasılır.	2,02	0,879
Âşık olduğum kişinin gözlerine baktığımda, zihnim romantik düşünceler kaplar.	2,84	0,804
Öfkeli insanların çevremde bulunması sinirimi bozar.	3,27	0,804
Saldırıya uğramış insanların korku dolu yüzlerini haberlerde gördüğümde onların ne hissettiklerini hayal etmeye çalışırım.	2,72	0,621
Âşık olduğum kişi bana sarıldığında âdeta eriyip biterim.	2,71	0,988
Aşırı yüksek sesli ve hiddetli bir tartışmaya şahit olduğumda gerilirim.	3,23	0,775
Çevremde mutlu insanların bulunması, olumlu düşünmemi sağlar.	3,38	0,801
Âşık olduğum kişi bana dokunduğunda bedenim bu etkiyi hisseder.	3,03	0,733
Çevremde aşırı gergin insanlar olduğunda ben de gerildiğimi fark ederim.	3,09	0,680
Hüzünlü filmlerde ağlarım.	2,88	0,918
Dişçilerin bekleme odasında bir çocuğun korku dolu çığlıklarını dinlemek beni gerginleştirir.	3,13	0,813
Toplam ölçek ortalaması	2,91	0,335

Duygusal Bulaşma Ölçeği'nde yer alan her bir maddenin ve ölçek toplamının puan ortalamasına Tablo 3'te yer verilmiştir. Ortalamaların 1'e yaklaşması düşük, 5'e yaklaşması ise yüksek duygusal bulaşma olarak değerlendirilmektedir. Hemşirelerin ölçek maddelerine verdikleri yanıtların ortalaması hemşirelerin duygusal bulaşma düzeylerinin orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Ölçek maddeleri arasında en düşük ortalamanın "Haberlerde sınırlı yüzler gördüğümde, dişlerimi sıkırım ve bedenim kasılır." ($2,02 \pm 0,879$) iken en yüksek ortalamanın "Çevremde mutlu insanların bulunması, olumlu düşünmemi sağlar." ($3,09 \pm 0,680$) maddelerine ait olduğu belirlendi. Toplam ölçek ortalaması $2,91 \pm 0,335$ olarak bulundu.

Tablo 4. Hemşirelerin Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Duygusal Bulaşma Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:508)

Değişkenler	n	X±Sd	Test değeri	p	
Yaş	34 yaş ve altı	353	2,904±0,336	t: -1,548	0,122
	35 yaş ve üzeri	155	2,954±0,331		
Cinsiyet	Kadın	297	2,897±0,351	t:-1,772	0,077
	Erkek	211	2,951±0,310		
Medeni durum	Evli	252	2,967±0,314	t:-3,201	0,001*
	Bekar	256	2,873±0,349		
Eğitim düzeyi¶	Lise ^{ab}	58	2,894±0,379	F:2,638	0,049*
	Önlisans ^{ab}	39	2,953±0,260		
	Lisans ^a	338	2,900±0,329		
	Lisansüstü ^b	73	3,015±0,351		
Görevi	Hemşire	432	2,891±0,326	t:-4,610	0,000**
	Hemşire yönetici	76	3,080±0,347		
Meslekte çalışma süresi	14 yıl ve altı	402	2,882±0,333	t:-5,014	0,000**
	15 yıl ve üzeri	106	3,062±0,305		
Kurumda çalışma süresi	14 yıl ve altı	474	2,930±0,341	t:2,631	0,090
	15 yıl ve üzeri	34	2,774±0,194		
Birimde çalışma süresi	10 yıl ve altı	479	2,921±0,344	U:6544,500	0,600
	11 yıl ve üzeri	29	2,896±0,112		

t: Independent-samples t test, F: ANOVA test, U: Mann Whitney U test, ^{a,b,ab} Aynı harfler arasında anlamlı bir fark yoktur. *p<0,05 **p<0,001.

Hemşirelerin demografik özelliklerine göre duygusal bulaşma ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, hemşirelerin medeni durumları ve eğitim düzeylerine göre gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edildi. Eğitim düzeyine göre saptanan anlamlı farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde farklılığın lisans ve lisansüstü grupları arasında olduğu tespit edildi. Lisansüstü eğitim düzeyine sahip olan hemşirelerin puan ortalamasının lisans mezunu hemşirelerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi (p<0,05). Buna karşın, ölçek toplam puan ortalamaları ile yaş ve cinsiyet arasında anlamlı farklılık bulunmadı (p>0,05).

Hemşirelerin mesleki özelliklerine göre duygusal bulaşma ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, meslekte çalışma süresi ve görevine göre gruplar arasında ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu tespit edildi (p<0,01). Buna karşın, kurumda çalışma süresi ve birimde çalışma süresi arasında anlamlı farklılık bulunmadı (p>0,05).

TARTIŞMA

Bu araştırma, bir kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin duygusal bulaşma düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı. Literatürde hemşire örnekleminde duygusal bulaşma ile ilgili yapılmış az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu nedenle elde edilen sonuçlar, çoğunlukla hemşireler dışında tıbbi sekreterler, hekimler vb. sağlık çalışanları, öğrenciler ve evli çiftler ile yapılmış araştırma sonuçları ve ilgili literatür ile tartışılmıştır.

Bu araştırmada, hemşirelerin duygusal bulaşma düzeyleri orta düzeyde bulundu. Ölçek maddeleri arasında en düşük ortalamanın, “Haberlerde sinirli yüzler gördüğümde, dişlerimi sıkırım ve bedenim kasılır.” iken en yüksek ortalamanın “Çevremde mutlu insanların bulunması, olumlu düşünmemi sağlar.” maddelerine ait olduğu belirlendi. Aynı ölçek kullanılarak yapılan çalışmalarda, tıbbi sekreterler (Limon, 2019) ve genel olarak sağlık çalışanlarının (Oral Kara vd., 2016) duygusal bulaşma düzeyleri yüksek bulunmuştur. Oral Kara ve arkadaşlarının çalışmasında en yüksek ve en düşük ortalamaya sahip madde bu çalışma ile benzer olup (Oral Kara vd., 2016), Limon’un çalışmasında yalnızca en düşük ortalamaya sahip madde benzer olarak saptanmıştır (Limon, 2019). Literatürde hemşirelerin hasta ve ailelerinin neşe, üzüntü, korku ya da mutluluk vb. gibi duyguları ile meslektaşları, sağlık bakım ekibi ve yöneticileriyle yoğun olarak etkileşimde bulduklarını, buna bağlı olarak çalışma ortamında çok çeşitli duygularla karşı karşıya olmalarından dolayı hemşirelerin duygusal bulaşma düzeylerinin yüksek olabileceği öngörülmektedir (Missouridou, 2017; Petitta vd., 2017). Ancak araştırma sonucunda beklenenin aksine hemşirelerin duygusal bulaşma düzeylerinin orta düzeyde olduğu bulundu. Nitekim yapılan bir çalışmada, mutlu veya hüzünlü anlarını anlatan gönüllülerin video görüntüleri bir grup lisans öğrencisine izletilerek tepkileri video ile kaydedilmiştir. Öğrencilerin mimikleri incelenerek empati kuranlar ile kurmayanlar karşılaştırılmış, empati kuranların duygusal bulaşma düzeyleri beklenenin aksine daha düşük bulunmuştur (Rempala, 2013). Bu doğrultuda bu sonuç, araştırmaya katılan hemşirelerin etkili baş etme stratejileri kullanıyor olduklarını ve duygularını etkili yönetebildiklerini düşündürmektedir.

Hemşirelerin medeni durumlarına göre duygusal bulaşma düzeyleri karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ve evli olan hemşirelerin duygusal bulaşma düzeylerinin, bekâr hemşirelere göre daha yüksek olduğu belirlendi. Benzer şekilde, Oral Kara ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da, sağlık çalışanlarının duygusal bulaşma düzeylerinin medeni durumlarına göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır (Oral Kara vd., 2016). Aksine, evli çiftlerin duyguları bastırma yerine yeniden değerlendirme süreçlerini kullandıkları ve bu durumun duygusal bulaşma yatınlığını azalttığı bulunmuştur (Mazzuca, Kafetsios, Livi, ve Presaghi, 2019). Limon ise, tıbbi sekreterlerin duygusal bulaşma düzeylerinin medeni duruma göre anlamlı olarak farklılaşmadığını bulmuştur (Limon, 2019). Bu bulgunun nedeni ileri araştırmalar ile incelenebilir.

Hemşirelerin eğitim düzeyine göre duygusal bulaşma düzeylerinin anlamlı farklılık gösterdiği ve lisansüstü eğitim mezunu hemşirelerin duygusal bulaşma düzeylerinin lisans mezunu hemşirelerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu. Buna karşın, Oral Kara

ve arkadaşları duygusal bulaşma düzeylerinin eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermediğini saptamıştır (Oral Kara vd., 2016).

Hemşirelerin duygusal bulaşma düzeylerinin meslekte çalışma süresine göre de anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. 15 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip hemşirelerin duygusal bulaşma düzeylerinin, 14 yıl ve altı mesleki deneyime sahip hemşirelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin bir profesyonel olarak eğitim düzeylerinin ve hem mesleki hem de duygusal deneyimlerinin, onların duygularının farkında olmalarını ve duygularını kontrol etmelerini sağlayacağı düşünülmektedir. Bu doğrultuda, eğitim düzeyi ve meslekte çalışma süresine göre elde edilen bulguların beklenenden farklı olduğu söylenebilir. Bu bulguların nedeni ileri araştırmalar ile incelenmelidir.

Hemşirelerin duygusal bulaşma düzeylerinin hemşire yöneticilere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu. Benzer şekilde, literatürde duygusal bulaşmanın kişinin iş pozisyonuna bağlı olarak değişebileceği belirtilmiştir (Petitta vd., 2017). Duygusal bulaşma, kişiler arasında gerçekleşen duygu alışverişi esnasında oluşan sosyal etkileşimler ile gerçekleşmektedir (Hatfield vd, 2014). Bu doğrultuda, hemşirelerin duygusal bulaşma düzeylerinin hemşire yöneticilere göre daha fazla olması, hemşirelerin hasta ve ailesiyle daha yakın ilişkiler içinde olmasından kaynaklanabilir.

Sınırlılıklar

Duyguların bulaşmasının uzun vadeli bir süreç olabileceği düşünüldüğünde bu araştırmada verilerin kesitsel olarak toplanmış olması bir sınırlılık olarak değerlendirilebilir. Veri toplama aracı olarak duygusal bulaşmaya yatkınlık ve duyarlılığın belirlenmesi amacıyla geliştirilmiş bir ölçekte, duyguların sadece tek yönüyle bulaşması ele alınmaktadır. Kişiler arasında karşılıklı duygusal bulaşmanın da gerçekleşebileceği, bu durumun bulgular üzerinde etkili olabileceği söylenebilir. Araştırmanın bulguları bu doğrultuda değerlendirilmelidir.

SONUÇ

Bu araştırmada, hemşirelerin duygusal bulaşma düzeylerinin orta düzeyde olduğu belirlendi. Medeni durum, eğitim düzeyi, meslekte çalışma süresi ve görevine göre duygusal bulaşma düzeylerinin anlamlı farklılıklar gösterdiği saptandı. Hemşirelerin duygusal bulaşma düzeylerinin ve etkileyen demografik ve mesleki özelliklerinin, konuyla ilgili hemşireler dışında yapılan az sayıda araştırma sonuçları ile benzerlik ve farklılık gösterdiği belirlendi. Bu araştırma sonuçlarının, Türkiye’de hemşirelerin duygusal bulaşma düzeylerinin belirlendiği ilk çalışma olarak literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Hemşireler

çoğunlukla hasta birey ve ailesi ile etkileşimde olan, sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği içinde çalışan, çalışma ortamlarında iş yükü, vardiyalı çalışma vb. nedenlerle oluşan kümülatif stresle etkili baş etmesi gereken sağlık çalışanlarıdır. Bu doğrultuda, hemşirelerin çalışma ortamında duygusal bulaşma maruz kaldıklarına ilişkin farkındalıkların artırılması, baş etme stratejilerini ne kadar etkili kullandıklarının değerlendirilmesi ve duygusal bulaşmanın olumsuz sonuçlarının önlenmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda, bu araştırma bulgularının, hem hemşireler ve hem de hemşire yöneticilerde duygusal bulaşmaya ve bulaşmanın etkilerine ilişkin farkındalık oluşturacağı düşünülmektedir.

Gelecek çalışmalarda, farklı ölçüm araçları kullanarak farklı duyguların, tek yönlü veya karşılıklı bulaşmasına yönelik araştırmalar yapılması önerilmektedir. Duygusal bulaşma düzeyinin birden fazla ölçüm ile tekrarlanması, prospektif tasarımla duygusal bulaşmanın bireysel ve örgütsel sonuçlara etkisinin incelenmesi önerilmektedir. Araştırmanın veri toplaması sonrasında gelişen ve tüm dünyayı etkisi altına alan yeni tip koronavirüs (Covid-19) salgını sonrasında hemşirelerin duygusal bulaşma düzeylerinin ölçülmesi ve sonuçların karşılaştırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Ahmadi, F., Mirsepassi, N. (2010). *Performance contagion and human resource layout: New concepts in performance management. Performance Improvement*, 49, 25-33.
- Akın, A., Uysal, R., Akın, Ü. (2015). *Duygusal Bulaşma Ölçeği'nin Türkçe Formu'nun geçerlik ve güvenirliği. Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 3, 97-104.
- Bakker, A. B., Blanc, P. M. L., Schaufel, W. B. (2005). *Burnout contagion among intensive care nurses. Journal of Advanced Nursing*, 51, 276-287.
- Barsade, S. G., Coutifaris, G. V. C., Pillemer, J. (2018). *Emotional contagion in organizational life. Research in Organizational Behavior*, 38, 137-151.
- Barsade, S. G., O'Neill, A. O. (2002). *What's love got to do with it? A longitudinal study of the culture of companionate love and employee and client outcomes in a long-term care setting. Administrative Science Quarterly*, 59, 551-598.
- Chen, Q., Kong, Y., Niu, J., Gao, W., Li, Y., Li, M. (2019). *How leaders' psychological capital influence their followers' psychological capital: social exchange or emotional contagion. Frontiers in Psychology*, 10, 1-10.
- Deng, H., Hu, P. (2018). *Matching your face or appraising the situation: Two paths to emotional contagion. Frontiers in Psychology*, 8, 2278.
- Doherty, R. W. (1997). *The Emotional Contagion Scale: A measure of individual differences. Journal of Nonverbal Behavior*, 21, 131-154.
- Elfenbein, H. A. (2014). *The many faces of emotional contagion: An affective process theory of affective linkage. Organizational Psychology Review*, 4, 326-362.

- Friedman, H. S., Riggio, R. (1981). *Effect of individual differences in nonverbal expressiveness on transmission of emotion. Journal of Nonverbal Behavior*, 6, 96–104.
- George, D., Mallery, M. (2010). *SPSS for windows step by step: a simple guide and reference (10th ed.)*. Boston, MA: Pearson.
- Hashim, J., Wok, S., Ghazali, R. (2008). *Organizational behavior associated with emotional contagion among direct selling members. Direct Marketing*, 2, 144–158.
- Hatfield, E., Bensmana, L., Thornton, P. D., Rapson, R. L. (2014). *New perspectives on emotional contagion: A review of classic and recent research on facial mimicry and contagion. Interpersona*, 8, 159–179.
- Hatfield, E., Cacioppo, J. T., Rapson, R. L. (1993). *Emotional contagion. Current Directions in Psychological Science*, 2, 96-99.
- Kılıç, S. (2016). *Cronbach'ın alfa güvenirlilik katsayısı. Journal of Mood Disorders*, 6, 47-48.
- Limon, S. (2019). *Sağlık kuruluşlarında duygusal bulaşma ve iş motivasyonu: tıbbi sekreterler üzerinde bir uygulama. Bucak İşletme Fakültesi Dergisi*, 2, 224-241.
- Mazzuca, S., Kafetsios, K., Livi, S., Presaghi F. (2019). *Emotion regulation and satisfaction in long-term marital relationships: The role of emotional contagion. Journal of Social and Personal Relationships*, 36, 2880-2895.
- Missouridou, E. (2017). *Secondary posttraumatic stress and nurses' emotional responses to patient's trauma. Journal of Trauma Nursing*, 24, 110-115.
- Omdahl, B. L., O'Donnell, C. (1999). *Emotional contagion, empathic concern and communicative responsiveness as variables affecting nurses' stress and occupational commitment. Journal of Advanced Nursing*, 29, 1351-1359.
- Oral Kara, N., Vergili, A., Erdem, R. (2016). *Sağlık çalışanlarının proaktif kişilik yapıları ile duygusal bulaşma durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi üzerine bir araştırma. Balkan Sosyal Bilimler Dergisi, Özel Sayı*, 91-103.
- Park, S., Choi, S. J., Mun, S., Whang, M. (2019). *Measurement of emotional contagion using synchronization of heart rhythm pattern between two persons: Application to sales managers and sales force synchronization. Physiology and Behavior*, 200, 148-158.
- Petitta, L., Jiang, L., Hartel, E. J. C. (2017). *Emotional contagion and burnout among nurses and doctors: Do joy and anger from different sources of stakeholders matter? Stress and Health*, 33, 358-369.
- Rempala, D. M. (2013). *Cognitive strategies for controlling emotional contagion. Journal of Applied Social Psychology*, 43, 1528-1537.
- Şencan, H. (2005). *Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Tatarlar, C. D., Çangarlı, B. G., Atabay, R. G. (2019). *Bulaşma kavramının örgütsel bağlamda varlığının, türlerinin ve sonuçlarının incelenmesi. 19. Yönetim Bilimleri Kongresi Bildiri Kitabı, İstanbul*.
- Totterdel, P., Kellett, S., Teuchmann, K., Briner, R. B. (1998). *Evidence of mood linkage in work groups. Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1504– 1515.
- Vijayalakshmi, V., Bhattacharyya, S. (2012). *Emotional contagion and its relevance to individual behavior and organizational processes: A position paper. Journal of Business and Psychology*, 23, 363-374.

Original Article / Araştırma Makalesi

**DETERMINING THE EFFECT OF THE PUBLIC HEALTH NURSING PRACTICES
ON IMMIGRANT WOMEN'S QUALITY OF LIFE AND HEALTHY LIFESTYLE
BEHAVIORS**

**Halk Sağlığı Hemşireliği Uygulamalarının Göçmen Kadının Yaşam Kalitesi ve Sağlıklı
Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisinin Belirlenmesi**

Zeliha KAYA ERTEN¹  Funda TUNCER ŞAHİN²  Zübeyde KORKMAZ³  Merve YILMAZ⁴ 

^{1,3}Nuh Hacı Yazgan University, Department of Nursing, Kayseri, Turkey

²Aksaray University, Vocational School of Health Services, Aksaray, Turkey

⁴Gazi University, Medical Faculty Hospitals Emergency Services, Ankara, Turkey

Geliş Tarihi / Received: 18.06.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 27.10.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ABSTRACT

Immigrant health has been one of the most important health problems in recent years. Therefore, immigrant health should be supported by primary health care. The objective of this study is to be able to understand the power of the nurses working in primary health care services in protection and development of immigrant women's health. Research sample included 24 immigrant women. The practice lasted for 3 months. The research teams have visited the homes of the women once a week. Total score average of the women was found as 95.45±15.31 before performing the Healthy Lifestyle Behavior Scale (HLBS). After performing the HLBS the total score was found as 115.88±18.19. The score average after HLBS was found statistically significant and higher when compared to the before ($p<0.00$). Significant positive development was also observed in the mental and physical aspects, which are components of the quality of life of women. Consequently, the health training given and interventions performed by home visits affected to healthy lifestyle behavior and life quality in a positive way.

Keywords: Healthy Life Style, Home Visit, Immigrant Women, Public Health Nursing, Quality Of Life

ÖZ

Göçmen sağlığı, son yıllardaki en önemli sağlık sorunlarından biri olmuştur. Bu nedenle, göçmen sağlığı birinci basamak sağlık hizmetleri ile desteklenmelidir. Bu çalışmanın amacı, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin, göçmen kadınların sağlığının korunması ve geliştirilmesindeki gücünü anlamaktır. Araştırma örneklemini 24 göçmen kadını içerdi. Uygulama 3 ay sürdü. Araştırma ekibi, kadınların evlerini haftada bir kez ziyaret etmiştir. Kadınların, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) uygulaması öncesi toplam puan ortalamaları 95.45±15.31 olarak bulundu. Uygulama sonrası SYBDÖ toplam puanı 115.88±18.19 olarak bulundu. HLBS sonrası puan ortalaması, öncesi ile karşılaştırılınca, istatistiksel açıdan önemli ve daha yüksek bulundu ($p<0.00$). Kadınların yaşam kalitesinin bileşenleri olan zihinsel ve bedensel yönlerde de önemli olumlu gelişme gözlemlendi. Sonuç olarak, ev ziyaretleri ile verilen sağlık eğitimi ve yapılan müdahaleler, sağlıklı yaşam tarzı davranışını ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkiledi.

Anahtar kelimeler: Ev Ziyareti, Göçmen Kadın, Halk Sağlığı Hemşireliği, Sağlıklı Yaşam Biçimi, Yaşam Kalitesi

INTRODUCTION

Chronic diseases, which are accepted as the most important public health problem in the world, are the leading causes of deaths that have increased rapidly in Turkey day by day. The most important risk factor of chronic diseases is individuals' lifestyles. Individuals' lifestyles and life conditions affect both their quality of life and life expectancy at birth. According to the World Health Organization data, maximum 80% and minimum 40% of the deaths are caused by the diseases that emerge depending on lifestyle. Today, it is quite remarkable that contagious diseases have decreased and chronic diseases have increased depending on the changes in lifestyle. Despite the increase in chronic diseases, it is possible to be protected from many diseases. Changing lifestyle is adopted as the most important way to be protected from diseases and for health improvement (Esin, 1999; Karadeniz, Uçum, Dedeli, & Karaağaç, 2008).

Healthy lifestyle is defined as individuals'; controlling all behaviors affecting their health positively or negatively, choosing the healthy behaviors appropriate for themselves and also taking their own responsibility of their health. Health improving behaviors involve the behaviors increasing the well-being state of individuals. Healthy lifestyle behaviors include adequate and regular exercises, balanced nutrition, substance non-use, one's taking the responsibility of his own health, stress management and hygienic measures (Stanhope & Lancaster, 1996). In other words, healthy lifestyle involves the protection from the preventable diseases that are common in the society and that cause death and disability most, and avoidance of certain risk behaviors which are known to prolong healthy lifespan (Onat, 2004; Onat, 2012). When individuals adopt health improvement behaviors, they protect themselves from many diseases. There are many studies on lifestyles. For instance, in an extensive study conducted in the US, lifestyle has been found to decrease the risk of diabetes at the rate of 58% (Diabetes Prevention Program Research Group, 2002; Schwartz et al., 2018). According to the Framingham study, obesity increases the risk of cardiovascular disease development 1,5 times (Wilson, D'Agostino, Sullivan, Parise, & Kannel, 2002). Obesity is a state that can be prevented by adequate and balanced nutrition and regular exercises. In the study of Turkey Chronic Diseases and Risk Factors Frequency-2013, 22% of the male individuals between the ages of 15-24 and 19,9% of the women are evaluated as overweight. In the study by Vançelik et al. and Yıldız et al., obesity frequency of men was found higher when compared to women. Researchers, conducted by scanning large masses of people, report that lifestyle causes various chronic diseases (Vançelik, Önal, & Güraksın, 2006; Yıldız, Tarakçı, & Karantay Mutluay, 2015).

One of the most important outcomes of achieving a healthy lifestyle behavior is to improve the quality of life. However, poverty can be seen as the most important obstacle for both healthy lifestyle and quality of life. There may be many reasons for poverty. One of the reasons of poverty in cities is migration. It is a very important problem that the desire to find a job, which is thought to cause migration, is not adequately met in cities after migration. Among the reasons for this inadequacy, especially the lack of necessary information of immigrants can be counted first. Immigrant women who are increasingly impoverished and struggles with gender perception, is the most risky group in terms of healthy lifestyle and quality of life (Kaya Erten & Zincir, 2018; Yıldız & Alaeddinoğlu, 2011).

Nursing is one of the key occupational groups in gaining a healthy lifestyle. Especially nurses working for primary healthcare services work face to face with the individuals who are healthy but having risks. Poverty is the factor affecting lifestyle in the most negative way in terms of health. Nurses' working with poor individuals and families is an important factor for decreasing their risks. Nurses are defined by the International Council of Nurses as the healthcare professionals that can best define poverty and its effects, best defend the rights of poor people and find the best practical solutions to remove the poverty (Koçoğlu & Akın, 2009).

In the Project planned in this context, the public health nursing practices' effect on the low economic level immigrated women's development of a healthy lifestyle and their quality of life have been investigated.

METHODS

The purpose of the study is to determine the effect of the public health nursing practices, which aim health protection behaviors and are performed for the low economic level society, on the development of healthy lifestyle and quality of life.

At this point, it is objected;

- To perform the health screenings of the immigrant women
- To determine the health risks
- To perform the nursing interventions related to the determined health risks, and finally
- To gain the immigrant women healthy lifestyle
- As a result, it was aimed to improve the quality of life of immigrant women

The research has been conducted by Pretest-Posttest Design in one group (Erdoğan, Nahcivan, & Esin, 2015).

The Question of the Research

What is the level of the effect of public health nursing interventions, for the women living in a region with a low economic level, on the healthy lifestyle and quality of life?

The Place Where the Research is Conducted

The research has been conducted in Boztepe quarter of Kocasinan Municipality, Kayseri, which has a low social economic level. 3500 families live in Boztepe quarter. Most of the families have immigrated to Kayseri from Eastern and Southeastern Anatolia Region. They have been living here for 25 years averagely. They can understand and speak Turkish fluently. There is not a primary care clinic in the quarter within walking distance, and the residents get to the nearest primary care clinic by public transport. In the quarter, there is a facility of Kocasinan Municipality for common-public education and a vocational training unit of the Metropolitan Municipality. According to the information obtained from the Primary Care Clinic, residents go to the primary care clinic when they are sick, but they do not apply the clinic for the purpose of protection from diseases at all. This quarter has been determined as training research region under the protocol signed between Nuh Naci Yazgan University, Faculty of Health Sciences and the Municipality.

The Sample of the Study

The sample of the research included 34 women, but during the process some of them were excluded from the study for various reasons (1 woman moved, 5 women did not want to continue to participate, 4 women provided incompleted information) (moving, not accepting the nurse, missing form, etc.). The research was completed with 24 women. Home visits were performed within working hours. A senior student of nursing who had taken public health nursing class was assigned to each woman. The home visit performed by each student was at least once controlled by a lecturer who was an expert in the field of Public Health Nursing.

Inclusion Criteria

- Coming to Kayseri by domestic migration
- Speaking Turkish fluently
- Being voluntary to participate in the research
- Living in Kayseri at least for 10 years

Exclusion Criteria

- Moving during the research
- Being visited less than 6 times

-
- Providing incompleted information in the research forms
 - Quitting the study in the advanced phase

Data Collection Tools

To collect the data, Family Identification Form, “Healthy Lifestyle Behavior Scale”, which evaluates the health improvement activities of the women and Short Form-36 (SF 36), which evaluate the quality of life, were used.

Family Identification Form

The form has been prepared by the researchers to evaluate the health problems of the families. It includes questions that evaluate the environmental and individual characteristics of the family members and enable to identify the functional health patterns.

SF 36 Quality of Life Scale

SF 36 is one of the most common scales used to measure the quality of life. It was developed by Ware and Sherbourne, and its validity and reliability study was carried out by Koçyiğit et al. The scale is short and easy to perform, and also has a wide range of use. SF-36 evaluates both positive and negative aspects of health state. It is impossible to obtain a total score for SF-36 quality of life scale (Ware & Sherbourne, 1992; Koçyiğit, Aydemir, Ölmez, & Memiş, 1999). Instead, the SF-36 scale provides summary scores for the physical and mental components of health. The physical components are the sub-scales of physical functioning, physical role, pain and general health perception, and the mental health components are the sub-scales of vitality, social functioning, emotional role and mental health. “0” is the minimum and “100” is the maximum score in summary scores, and the highest score indicates the good health status. Cronbach alpha reliability values were found in the range of 0.73-0.76 for each sub-scale in Turkish validity and reliability study (Koçoğlu & Akin, 2009). In this study, Cronbach alpha value was found in the range of 0.70-0.89 in the pretest and 0.72-0.87 in the posttest.

Healthy Lifestyle Behaviors Scale

The scale was developed by Walker et al., in order to test the health improvement model (Walker, Sechrist, & Pender, 1987). The validity and reliability study of the scale in Turkey was carried out by Esin and the adopted scale includes 48 items. It measures individuals' behaviors related to healthy life style, and has 6 sub-scales (Esin, 1999). The sub-scales are; self-actualization, health responsibility, exercise, nutrition, interpersonal support and stress

management. Each subgroup can be used alone independently. The total score of the scale states the healthy lifestyle behaviors score.

The Sub-Group of Self-Actualization: It states the individuals' life purposes, the ability of self-improvement individualistically and how much they know and please themselves.

The Sub-Group of Health Responsibility: It states the level of taking the responsibility of individuals on their own health and how much they contribute their health.

The Sub-Group of Exercise: It reveals how much the individuals perform exercises that are the constant element of a healthy life.

The Sub-Group of Nutrition: It determines individuals' meal selection and arrangement and the changes in their food selection.

The Sub-Group of Interpersonal Support: It states individuals' communication with their immediate circle and its continuity level.

Stress Management: It determines individuals' level of recognizing stress sources and their stress control mechanisms (Esin, 1999). In the pretest of this study, Cronbach alpha value was found as 0,897 and in the posttest as 0,894.

At the Home Visit;

The woman was met and pretests were performed at the first home visit. In the later visits, the nursing student determined the health risks of the family and s/he established nursing diagnoses for these risks under the guidance of his/her advisor. Every week the family was given health training and health care related to the determined risk or existing problems. The advisor attended to a visit of each family. At the last visit, the posttest was performed.

The Variables of the Research

Independent Variables: Demographic characteristics, public health nursing practice via home visits.

Dependent Variable: Healthy Lifestyle Behavior Score and the Quality of Life Score

Evaluating the Data

The data obtained from the research were evaluated on SPSS statistical software by the researchers. Number-percentage calculations, t-test, one-way analysis of variance, Kruskal-Wallis and Mann-Whitney-U tests were used to evaluate the data.

Ethical Consideration

The authors declare that they have no conflict of interests. All procedures performed in studies involving human participants were in accordance with the ethical standards of the institutional and/or national research committee, and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards. Informed consent was obtained from all individual participants included in the study. Ethical permission was obtained from Nuh Naci Yazgan University Social Sciences Ethics Committee.

FINDINGS

Table 1. The Distribution of the Demographic Characteristics of the Women

Defining Characteristic	Number	Percentage
Age		
25-29	1	4,2
30-34	-	-
35-39	2	8,3
40-44	4	16,7
45-49	3	12,5
50-54	2	8,3
55-59	2	8,3
60 and above	10	41,7
Education Status		
Illiterate	14	58,3
Literate	3	12,5
Primary School Graduate	7	29,2
Occupation		
Housewife	24	100
Social Security		
Yes	24	100
Chronic Disease		
Yes	17	70,8
No	7	29,2
Family Type		
Nuclear	10	41,7
Extended	14	58,3

The average age of the women in the research is $52,6 \pm 1,81$. 58,3% of them are illiterate, all of them are housewives, and all have social security. 70,8% of the women have chronic diseases, and 58,3% live in an extended family (Table 1).

Table 2. The Distributions of the Total and Subscores of Healthy Lifestyle Behaviors of the Women in the Family Before and After the Intervention

	Healthy Lifestyle Behaviors Score							Total HLB Score
	Self-Actualization	Health Responsibility	Exercise	Nutrition	Interpersonal Support	Stress Management		
	$\bar{X} \pm (SS)$	$\bar{X} \pm (SS)$	$\bar{X} \pm (SS)$	$\bar{X} \pm (SS)$	$\bar{X} \pm (SS)$	$\bar{X} \pm (SS)$	$\bar{X} \pm (SS)$	
Pretest	27,33±5,73	17,87± 3,02	5,87±1,29	14,00±3,05	17,25±4,29	13,12±2,96	95,45±15,31	
Posttest	34,75±6,37	21,70± 5,25	7,29±3,01	15,66±3,63	20,29±3,19	16,16±4,16	115,88±18,19	

Test Statistics	-4,236	-3,097	-2,115	-1,722	-2,783	-2,913	-4,206
p	0,000	0,003	0,040	0,092	0,008	0,006	0,000

Before the performance, the Healthy Lifestyle Behaviors Scale (HLBS) total score average of the women was found as 95.45 ± 15.31 . After HLBS, total score was 115.88 ± 18.19 . The posttest score average was found higher and statistically significant when compared to the pretest score average ($p < 0.00$). When the subscale scores were examined, the scores were found as; self-actualization pretest score $27,33 \pm 5,73$ and posttest score $34,75 \pm 6,37$, health responsibility pretest score $17,87 \pm 3,02$ and posttest score $21,70 \pm 5,25$, exercise pretest score $5,87 \pm 1,29$ and posttest score $7,29 \pm 3,01$, interpersonal support pretest score $17,25 \pm 4,29$ and posttest score $20,29 \pm 3,19$, and stress management pretest score $13,12 \pm 2,96$ and posttest score $16,16 \pm 4,16$ ($p < 0,05$). Of the women who were provided care via home visits, nutrition subscale pretest score was found as $14,00 \pm 3,05$ while the posttest score was $15,66 \pm 3,63$, and no statistically significant difference was found ($p > 0,05$) (Table 2).

Table 3. The Distributions of the Pretest and Posttest Scores of Quality of Life of the Woman in the Family

Quality of Life Score	Physical Components			Mental Components		
	$\bar{X} \pm (SS)$	Min	Max	$\bar{X} \pm (SS)$	Min	Max
	Pretest	45,12±5,21	36,00	55,00	39,66±6,99	29,00
Posttest	49,25±4,19	42,00	60,00	45,87±5,92	31,00	56,00
Test Statistics	11,013			9,127		
P	0,002			0,004		

When the sub-scale scores of the quality of life of the women were compared, posttest scores were found significantly higher both in physical and mental aspects ($p < 0.05$), (Table 3).

DISCUSSION

Migration is a very important factor affecting the change and adaptation of individuals' and their families' to environment (Akan & Arlan, 2008; Lecaj, 2019; Yalçın, 2004). The education level and health status of women in migrating families can be affected more negatively, when compared to those that have not migrated. Since the surveyed region has received particularly internal migration, women's levels of education are found to be lower than throughout Turkey. The average age of the women is $52,16 \pm 1,81$. Advanced age is a risk for chronic diseases. In the study, 70% of the women have chronic diseases. The rate of the individuals having at least one chronic disease determined in the studies that have been conducted in Turkey (on chronic diseases) is similar to this study (Healthy aging and chronic illnesses project, 2012). The women in the study live in a very extended family. Being a part of

Turkish culture, this situation also results from the desire of the migrated families to live together with security and economic reasons (Kuruüzüm, 2002; Özkul, 2019).

Health improvement is defined as the process of individuals' increasing their controls on their own health and improving their health. It is necessary for individuals to change their life styles and adopt healthy lifestyle behaviors in order to improve their health (Güler G., Güler N., Kocataş, Yıldırım, & Akgül, 2008; Özkan & Yılmaz, 2008). Nurses working at primary care clinics are in the key position to develop a healthy lifestyle. Nurses handle individuals together with their circle to develop a healthy lifestyle. They struggle for removing negative factors in the physical, biological, social, cultural, economic and psychological environment that play role in arising diseases and for creating a positive environment. They explore patients at an early stage within the bounds of possibility and refer them to physicians. While doing this, it is quite important to pay home visits and evaluate individuals at their homes. Especially when the health belief model bases on, it is considered that the healthcare given by evaluating the attitudes or beliefs of individuals related to their problems is important to solve the problems (Demir, Biçer, Büyüksor, & Özen, 2016; Hjelm, Bard, Nyberg, & Apelqvist, 2003). Home visits are a significant way to know individuals better and to evaluate their beliefs and attitudes. In this study, senior students of nursing performing Public Health Nursing course practice visited the women at their homes, screened their general health, determined health risks, performed nursing interventions related to the determined health risks, and finally they tried to gain them healthy lifestyle behaviors. As a result of the study, the total score average of the women before HLBS was found as 95.45 ± 15.31 . Total score after HLBS was 115.88 ± 18.19 ($p < 0.00$). When the sub score fields were examined, self-actualization pretest score was found as $27,33 \pm 5,73$ and posttest score as $34,75 \pm 6,37$; health responsibility pretest score as $17,87 \pm 3,02$ and posttest score as $21,70 \pm 5,25$; exercise pretest score as $5,87 \pm 1,29$ and posttest score as $7,29 \pm 3,01$; interpersonal support pretest score as $17,25 \pm 4,29$ and posttest score as $20,29 \pm 3,19$, and stress management pretest score as $13,12 \pm 2,96$ and posttest score as $16,16 \pm 4,16$ ($p < 0,05$). Nutrition sub-scale pretest score of the women who were provided care via home visits was found as $14,00 \pm 3,05$ and the posttest score as $15,66 \pm 3,63$, and no statistically significant difference was found ($p > 0,05$).

When these results are examined, it can be considered that healthcare given by nurses working at primary care clinics via home visits positively affects women's healthy lifestyle behaviors. In addition, healthy lifestyle behavior scores of the women are lower both at total score and subscores when compared with the research results of different groups (Demir et al., 2016; Yalçınkaya, Özer & Yavuz Kahramanoğlu, 2007; Yılmazel & Büyükkayacı Duman,

2016). The reason of the result to be lower than the different groups' is that, both this group has migrated and the surveyed region has a low social-economic level. In a study conducted by Kaya, Erten and Seviğ the self-esteem levels of the immigrating and non-immigrating children living in a society having low social economic level were investigated, and the self-esteem level of the immigrating children was found lower (Kaya Erten & Seviğ, 2018). While immigration is one of the most important factors that put the health of individuals at risk, the addition of poverty to the phenomenon of immigration deepens the problems at the health level. In the study, the fact that the scale score is lower than the other studies can be explained by that the poverty and immigration phenomenon come together.

When Table III is examined, it is seen that women's subscores of the physical and mental components of the quality of life after home visits increase statistically significantly when compared to the pre-scores. In a study conducted by Koçoğlu and, the effect of the class inequality on the quality of life was investigated, and classes having low and high social economic levels were compared (Koçoğlu & Akın, 2009). The quality of life of the class having low social economic level was found lower. In this study, the women's physical and mental component scores were found much lower than the low social economic class' scores. It is considered that the reason of this situation is that both the region surveyed has a low social economic level and the women have settled in the region by immigration. Besides, it is quite remarkable that performed nursing interventions have increased the quality of life significantly. Similarly, it is stated that the interventional studies conducted by Altuğ and Ege-aiming at increasing the quality of life have positively affected the quality of life of individuals (Altuğ & Ege, 2013). Various methods or interventions can be used to improve individuals' healthy lifestyle behaviors and the quality of life. However, it is important that these methods are both low in cost and efficient. In addition, preventing diseases is also quite important for a healthy life, the quality of life and cost utility. In this process, nursing is one of the most important health professions to improve and protect the health of the society. Especially the theme that ICN emphasizes as "Nurses: A Force for Change, a Vital Resource for Health" both has been an inspiration for this study and the result of this study has been an evidence for this theme.

Author contributions: All authors provided substantial contributions to the acquisition, analysis, or interpretation of data for the study and participated in revising it critically for important intellectual content. All authors have approved the version to be published and agreed to be accountable for all aspects of the study in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the study are appropriately investigated and resolved.


REFERENCES


- Akan, Y., Arlan, İ. (2008). *Migration economics: A study on Turkey (1st ed.)*. Ekin Press and Publish: Bursa. 3-16.
- Altuğ, K., Ege, E. (2013). *Effects of health education on mothers' readiness for postpartum discharge from hospital, on postpartum complaints, and quality of life*. *Journal of Research and Development in Nursing*, 15(2), 45-56.
- Demir, G., Bicer, S., Büyüksor, G., Özen, B. (2016). *Attitudes of nursing students about ageism and the related factors*. *International Journal of Caring Sciences*, 9(3), 900-908.
- Erdoğan, S., Nahcivan, N., Esin, M. N. (2015). *Research in nursing: process, execution and critical*, Istanbul, Nobel Medical Printing, 119-120.
- Esin, N. (1999). *The adaptation of the healthy lifestyle behaviour scale for Turkey*. *Nurs Bull*, 12(45), 87-95.
- Güler, G., Güler, N., Kocataş, S., Yıldırım, F., Akgül, N. (2008). *Behaviors of healthy life style of academic personnell who work at a university*. *C.Ü. Journal of Nursing*, 12(3), 18-23.
- Healthy aging and chronic illnesses project (2012)*. Turkey meeting. 11.02.2019.
- Hjelm, K., Bard, K., Nyberg, P., Apelqvist, J. (2003). *Religious and cultural distance in beliefs about health and illness in women with diabetes mellitus of different origin living in Sweden*. *International Journal of Nursing Studies*, 40(6), 627-643.
- Karadeniz, G., Uçum, E. Y., Dedeli, Ö., Karaağaç, Ö. (2008). *Healthy lifestyle behaviors of university students*. *TAF Prev Med Bull*, 7(6), 497-502.
- Kaya Erten, Z., Zincir, H. (2018). *Migration with Social Gender*, Aydın Avcı İ, editor. *Migration and İmmigrant Health (Göç ve Göçmen Sağlığı)*. 1st. ed. Ankara. *Türkiye Klinikleri*, 6-9.
- Kaya Erten, Z., Seviğ Ü. (2018). *The efficacy of self-esteem promotion program on the adolescents migrated from east and southeastern anatolia regions*. *Hacettepe University Journal of Nursing Faculty*, 5(2), 85-101.
- Koçoğlu, D., Akın, B. (2009). *The relationship of socioeconomic inequalities to healthy lifestyle behaviors and quality of life*. *DEUHYO ED*, 2(4), 145-154.
- Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Ölmez, N., Memiş, A. (1999). *The validity and reliability of Turkish version of the Short Form 36 (SF-36)*. *Turkish J Drugs Therap*, 12, 102-106.
- Kuruüzüm, A. (2002). *A field research on the adaptation problem of returned emigrants' children*. *Akdeniz İ.İ.B.F. Magazine*, 3, 102-113.
- Lecaj, F. (2019). *Globalisation migration and woman*. *International Humanities and Social Science Review (IHSSR)*, 3(1), 49-58.
- Onat, A. (2004). *Strategies for cardiovascular prevention related to a national cardiac health policy*. *Türk Kardiyol Dern Ars*, 32(9), 596-602.
- Onat, A. (2012). *TARF Survey 2011: Mortality and performance in the long-term follow-up*. *Archives of the Turkish Society of Cardiology*. March, 40(2), 117-121.
- Özkan, S., Yılmaz, E. (2008). *The health-promoting lifestyles of nurses working at hospital*. *Firat Health Services Magazine*, 3(7), 90-104.
- Özkul, K. (2019). *Copper processing from tradition to future and Urfa*. *UBAK SYMPOSIUM (Social and Educational Sciences)*

-
- Schwartz, A. V., Pan, Q., Hazuda, H. P., Horton, E., Hoskin, M. A., Kalyani, R. R., DPP Research Group. (2018). Long-Term Effects of Lifestyle Intervention and Metformin during DPP on Appendicular Lean Mass.*
- Stanhope, M., Lancaster, J. (2016) Public Health Nursing. Promoting and Protecting the health of vulnerable Populations. 9. Ed. Elsevier, 750.*
- The DPP Research Group. (2002) NEJM, 346:393-403.*
- Vançelik, S., Önal, S. G., Güraksın, A. (2006). Body weight status and related factors in Atatürk University students. TSF Preventive Medicine Bulletin, 5 (2), 72-82.*
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., Pender, N. J. (1987). Sağlığı geliştiren yaşam tarzı profili: gelişim ve psikometrik özellikler. Hemşirelik araştırması .*
- Ware Jr, J. E., Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care, 30(6), 473-83.*
- Wilson, P. W., D'Agostino, R. B., Sullivan, L., Parise, H., Kannel, W. B. T. (2002), Overweight and obesity as determinants of cardiovascular risk: The Framingham experience. Arch Intern Med, 162(16), 1867-1872.*
- Yalçın, C. (2004). Göç Sosyolojisi (1^{ed.}). Anı Printing: Ankara, 11-22.*
- Yalçınkaya, M., Özer, F. G., Yavuz Karamanoğlu, A. (2007). Assessment of healthy lifestyle behaviors to health workers. TSK Preventive Medicine Bulletin, 6(6), 409-420.*
- Yıldız, A., Tarakcı D., Karantay Mutluay, F. (2015). The relationship between physical activity level and body composition in young adults: Pilot study. HSP, 2(3), 297-305.*
- Yıldız, M. Z., Alaeddinoğlu, F. (2011), Migration and poverty: Hakkari sample. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi,10(1), 437-462.*
- Yılmazel, G., Büyükkayacı Duman, N. (2016). Healthy lifestyle behaviors and preventive health applied to women ages 18-64: A sample from the Çorum province. TAF Prev Med Bull, 15(2), 92-98.*

HEMŞİRELERDE OTONOMİ DÜZEYİNİN MESLEKİ BENLİK SAYGISINA ETKİSİ

Impact of Autonomy Level on Professional Self-Esteem in Nurses

Birgül CERİT¹ 

Nevin ÇITAK-BİLGİN² 

Gülseren ÇITAK-TUNÇ³ 

^{1,2}Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Bolu

³Bursa Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Bursa

Geliş Tarihi / Received: 15.09.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 14.11.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ÖZ

Bu çalışmanın amacı, hemşirelerde otonomi düzeyinin mesleki benlik saygısına etkisinin incelenmesidir. Araştırma ilişkisel tarama modeli kullanılarak tanımlayıcı tipte yapılmıştır. Araştırma verileri bir il merkezinde yer alan dört kamu hastanesinde görev yapan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 265 hemşireden elde edilmiştir. Verilerin toplanmasında, "Kişisel Bilgi Formu", "Dempster Uygulama Davranışı Ölçeği (DUDÖ)" ve "Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği (MBSÖ)" kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi tanımlayıcı istatistikler, pearson korelasyon analizi ve regresyon analizi kullanılarak yapılmıştır. Çalışmada hemşirelerin otonomisine ilişkin toplam puan ortalaması 45.91±8.234 ve mesleki benlik saygısı toplam puan ortalaması 97.00±20.097 olarak hesaplanmıştır. Hemşirelerde otonomiye ilişkin bağımsız davranış (t= 2.718, p= .007) alt boyutunun mesleki benlik saygısını anlamlı şekilde yordadığı, profesyonel davranış (t= 1.292, p= .198) ve karar verme (t= -.045, p= .964) alt boyutlarının ise yordamadığı belirlenmiştir. Araştırma sonucunda, hemşirelerin otonomisi ve mesleki benlik saygısı orta düzeyde belirlenmiştir. Hemşirelerde bağımsız davranışın mesleki benlik saygısını anlamlı şekilde yordadığı ortaya çıkmıştır. Bu sonuca göre, hemşirelerin mesleki benlik saygısını artırmak için mesleki otonomilerinin desteklenmesi ve uygulamalarında yeterli özerkliğin tanınması önemlidir.

Anahtar kelimeler: Hemşire, Mesleki Benlik Saygısı, Otonomi

ABSTRACT

The aim of this study is to examine the effect of autonomy level on professional self-esteem in nurses. The research has been conducted in descriptive type by using relational screening model. The research data have been obtained from 265 nurses working in four public hospitals in a city center and volunteered to participate in the study. In the collection of the data, "Personal Information Form", "Dempster Practice Behaviors Scale (DPBS)", and "Professional Self-Esteem Scale (PSES)" have been used. The evaluation of data have been made by using descriptive statistics, pearson correlation analysis and regression analysis. In the study, the total score average of the nurses' autonomy level has been calculated as 45.91 ± 8.234 and the total score average of professional self-esteem has been calculated as 97.00 ± 20.097. It was determined that the independent behavior (t= 2.718, p= .007) sub-dimension related to autonomy in nurses significantly predicted professional self-esteem, and the sub-dimensions of professional behavior (t= 1.292, p= .198) and decision-making (t= -.045, p= .964) did not. As the result of the research, the autonomy and professional self-esteem of the nurses were determined at medium level. It was revealed that independent behavior in nurses significantly predicted professional self-esteem. According to this result, it is important to support nurses professional autonomy and to recognize adequate autonomy in their practice in order to increase the professional self-esteem of nurses.

Keywords: Autonomy, Nurse, Professional Self-Esteem

GİRİŞ

Meslek, bireyin kimliğini oluşturan ve onu tanımlayan önemli bir unsurdur. Bireyler meslekleri aracılığı ile yaşamdaki farklı rollerini ve toplumsal statüsünü kazanır. Dolayısıyla bireyin kişiliğine, özelliklerine, yeteneklerine uygun olduğuna inandığı mesleği icra etmesi ve mesleğine karşı olumlu tutum ve algıya sahip olması; yaşamdan ve mesleki uygulamalarından doyum sağlamasına, (Çetinkaya Uslusoy, Paslı Gürdoğan, ve Kurt, 2016; İnce ve Khorshid, 2015) ve mesleki benlik saygısına olumlu katkıda bulunabilir. Mesleki benlik kavramı, hemşirelerin icra ettikleri mesleklerine ilişkin rolleri, değerleri ve davranışları hakkında sahip oldukları bilgi ve inançları içerir (Sarıkoc ve Kaplan, 2017). Mesleki benlik saygısı ise, kişinin mesleğini ne kadar değerli ve önemli gördüğü ile ilgilidir (Çetinkaya Uslusoy vd., 2016). Bireyin kişilik ve mesleki kimlik gelişimi için mesleki benlik saygısı en önemli parametredir. Kişinin mesleki uygulamalarını gerçekleştirirken, kendisinden beklenen eylemleri yerine getirebilme becerisi, o kişinin mesleki benlik saygısını şekillendirmektedir (Fırat Kılıç, 2018). Bu nedenle hemşirelerin rol ve sorumluluklarını etkin şekilde gerçekleştirebilmelerinde ve güçlü bir mesleki benliğe sahip olabilmelerinde; hemşirelerin otonomi düzeylerinin önemli olduğu söylenebilir.

Otonomi diğer bir deyişle özerklik, bireyin kendi kararlarını verebilme, bu kararlara uygun eylemde bulunabilme yetkisine ve mesleki bilgi yüküne uygun hareket edebilme özgürlüğüne sahip olması anlamına gelir (Erikmen ve Vatan, 2019; Skar, 2009). Profesyonelliğin temel ölçütlerinden biri olan otonomi, insan yaşamına ve insan ilişkilerine odaklı, değer sorunlarının söz konusu olduğu uğraşlar için önemlidir. Çünkü bu alanlarda meslek üyelerinin uygulamalarının ahlaki boyutu hakkında eleştirel düşünebilmesi, bağımsız ve etik karar verebilmesi gerekir (Cerit, 2010). Dolayısıyla sunduğu hizmetin odağında insan olan hemşirelik mesleği açısından da otonomi önem arz etmektedir. Hemşirenin mesleki otonomiye sahip olması, mesleki uygulamalarında kendi kararlarını alabilmesini, bu kararları uygulamaya aktarabilmesini, denetimini yapabilmesini ve kendi kendini yönetebilmesini sağlar (Cerit, 2010; Skar, 2009).

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde önemli bir güç olan hemşirelerin rol ve işlevlerini gerçekleştirirken sahip oldukları yetkinliklerin yanı sıra, olumlu mesleki benlik saygısı ve mesleki otonomi düzeyi verilen hizmetin niteliğini artırabilir. Bu bağlamda hemşirelerin işlerini yaparken ekip içi iletişim ve kişiler arası iletişimdeki yetkinliği, kendisinden beklenen rolleri gerçekleştirebilme becerisi mesleki benlik saygısını şekillendirebilmektedir (Dilmaç ve Ekşi, 2012). Hemşirelerin ekip çalışmasında etkin olabilmesi ve mesleki rollerini

gerçekleştirirken kendi kararlarını verebilmesi ve uygulamalarına yansıtabilmesi ise otonomi düzeyleri ile ilişkilidir. Bu açıdan hemşirelerin mesleki benlik saygısının gelişmesinde otonomi düzeyinin etkili bir unsur olduğu düşünülmektedir.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, hemşirelerde otonomi düzeyinin mesleki benlik saygısına etkisini incelemektir.

Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

- Hemşirelerin otonomi düzeyi nedir?
- Hemşirelerin mesleki benlik saygısı düzeyi nedir?
- Hemşirelerin otonomi düzeyi ile mesleki benlik saygısı arasında ilişki var mıdır?
- Hemşirelerin otonomi düzeyi mesleki benlik saygısını yordamakta mıdır?

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma ilişkisel tarama modeli kullanılarak tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Karadeniz Bölgesi'nde bir il merkezinde bulunan dört hastanede gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini bir il merkezindeki dört kamu hastanesinde (A, B, C ve D hastanesi olarak ifade edilecektir) görev yapan toplam 818 hemşire oluşturmuştur. Alanyazındaki kaynaklarda, evrenin bilindiği durumlarda evren büyüklüğüne karşılık örneklem hacmi hesaplanmıştır. Buna göre evrenin 850 kişi olduğu durumlarda örneklem hacminin 265 kişi olacağı belirtilmektedir (Büyüköztürk, Kılıç Çakmak, Akgün, Karadeniz, ve Demirel, 2020; Ural ve Kılıç, 2013). Buna dayalı olarak çalışmada örneklem 265 hemşire olarak belirlenmiştir. Örneklem seçimi, oranlı eleman örnekleme yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Bu bağlamda her bir hastanede görev yapan hemşire sayıları belirlenmiş ve her hastanedeki hemşire sayısının örneklem hacmi içerisinde temsil edilme oranı hesaplanmıştır. Hesaplamalar sonucunda evreni oluşturan hemşirelerin %54'ü (n= 143) A hastanesinden, %31'i (n= 82) B hastanesinden, %8'i (n= 21) C hastanesinden ve %7'si (n=19) D hastanesinden oluşmuştur. Böylece evrende yer alan hemşirelerin hastanelere göre dağılımı

ile örnekleme bulunan hemşirelerin hastanelere göre dağılımı eşleştirilmiştir. Örnekleme alınan katılımcılar basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile belirlenmiş olup gönüllülük ilkesi çerçevesinde araştırma gerçekleştirilmiştir. Araştırmada A hastanesinden 20 hemşirenin çalışmaya katılmamak istememesi, 19 hemşirenin veri toplama formalarının eksik olması, C hastanesinden 9 hemşirenin çalışmaya katılmak istememesi ve 5 veri toplama formunun eksik olması, D hastanesinden de 4 hemşirenin veri toplama formlarının eksik olması nedeniyle çalışma 208 hemşire ile tamamlanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri 1-31 Mayıs 2019 tarihleri arasında kişisel bilgi formu, Dempster Uygulama Davranışı Ölçeği ve Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu

Form hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma yılı, çalıştığı birim ve bu birimdeki pozisyonuna ilişkin yedi soru içermektedir.

Dempster Uygulama Davranışı Ölçeği (DUDÖ)

Hemşirelerin otonomi düzeyini ölçmek için kullanılan bu ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması 2016 yılında Sönmez ve ark. tarafından yapılmıştır (Sönmez, Eşkin Bacaksız, ve Yıldırım, 2016). Likert tipi ölçme aracının Türkçe versiyonu 15 madde ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek alt boyutları profesyonel davranış alt boyutu (7 madde), bağımsız davranış alt boyutu (5 madde) ve karar verme alt boyutu (3 madde)'dur. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 15-75 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça otonomi düzeyi de artmaktadır. Sönmez ve ark. (2016)'nın çalışmasında ölçek toplamında Cronbach's alpha iç tutarlık katsayısının 0.86 olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada ise ölçek toplamında Cronbach's α değeri 0.91 bulunmuştur.

Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği (MBSÖ)

Arıcak (1999) tarafından geliştirilen ölçek, bir mesleği tercih etmiş, bir alanda mesleki eğitim gören ya da bir mesleği icra eden bireylerin ilgili mesleğe olan saygı tutumlarını ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçek 30 madde olup ölçekteki maddeler 1-5 arasında (1= kesinlikle katılmıyorum, 5= Tamamen katılıyorum), 5'li likert tipi puanlama esasına göre değerlendirilmektedir. Ölçekte ters kodlanan 16 madde bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 30-150 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanının yüksek olması mesleki benlik saygısının yüksek olduğunu göstermektedir (Arıcak, 1999). Arıcak (1999)'ın

çalışmasında ölçeğin Cronbach's α değeri .93 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's α değeri 0.91 belirlenmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, otonomi ve mesleki benlik saygısı düzeyinin belirlenmesinde ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır. Çalışmada kullanılacak olan istatistiksel analize karar verebilmek için verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile sınanmıştır. Analiz sonuçları verilerin normal dağıldığını ortaya koymaktadır (DUDÖ için K-S= 0.873, p= 0.430; MBSÖ için K-S= 0.891, p= 0.405). Bu sonuca dayalı olarak hemşirelerin otonomi düzeyi ile mesleki benlik saygısı arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Pearson korelasyon analizi, otonomi düzeyinin hemşirelerin mesleki benlik saygısını yordamasına ilişkin ise regresyon analizi kullanılmıştır. Alanyazında korelasyon katsayısının gücü ile ilgili tanımlar, 0.00-0.25 çok zayıf, 0.26-0.49 zayıf, 0.50-0.69 orta, 0.70-0.89 kuvvetli, 0.90-1.00 arası ise çok kuvvetli olarak belirtilmiştir (Akgül, 2005).

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için hastanelerin yönetimlerinden gerekli izinler, klinik araştırmalar etik kurulundan etik onay (2019/107), örnekleme alınan hemşirelerden onam ve araştırmada kullanılan ölçekler için yazarlardan e-posta aracılığı ile kullanım izni alınmıştır.

BULGULAR

Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin veriler Tablo 1'de yer almaktadır. Buna göre hemşirelerin yaş ortalamasının 33.12 ± 7.778 olduğu, çoğunluğunun (%89.4) kadın, lisans mezunu (%81.7) ve evli (%69.2) olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %40.4'ünün 10 yıldan fazla mesleki kıdeme sahip olduğu, %75.0'nin klinikte çalıştığı ve %92.8'inin klinik hemşiresi olarak görev yaptığı saptanmıştır.

Tablo 1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri (n= 208)

Özellikler	Sayı	%
Yaş Ortalaması: 33.12 ± 7.778 (range 19-57)		
Cinsiyet		
Kadın	186	89.4
Erkek	22	10.6
Eğitim Düzeyi		
Lise	21	10.1
Lisans	170	81.7
Lisansüstü	17	8.2
Medeni Durum		
Evli	144	69.2

Bekar	64	30.8
Mesleki Kıdem		
1 yıldan az	10	4.8
1-5 yıl	56	26.9
6-10 yıl	58	27.9
10 yıl üzeri	84	40.4
Çalıştığı Birim		
Klinik	156	75.0
Acil	22	10.6
Yoğun Bakım	14	6.7
Poliklinik	16	7.7
Birimdeki Görevi		
Klinik Sorumlu Hemşiresi	15	7.2
Klinik Hemşiresi	193	92.8
TOPLAM	208	100

Tablo 2’de hemşirelerin DUDÖ ve MBSÖ puan ortalamaları verilmiştir. Tablo incelendiğinde hemşirelerin otonomi düzeyini yansıtan DUDÖ puan ortalamasının 45.91 ± 8.234 olduğu, DUDÖ alt boyutlarına ilişkin profesyonel davranıştan 28.79 ± 4.758 , bağımsız davranıştan 17.12 ± 4.694 ve karar vermeden 9.50 ± 3.517 ortalama puan aldıkları görülmektedir. Hemşirelerin mesleki benlik saygısı düzeyini gösteren MBSÖ puan ortalaması 97.00 ± 20.097 belirlenmiştir.

Tablo 2. Hemşirelerin DUDÖ ve MBSÖ Puan Ortalamaları (n= 208)

Ölçekler	Ort±SS	Ölçekten Alınan Min-Max Puan	Ölçek Toplam Puanı
DUDÖ	45.91±8.234	24-60	15-75
Profesyonel Davranış	28.79±4.758	13-35	7-35
Bağımsız Davranış	17.12±4.694	6-25	5-25
Karar Verme	9.50±3.517	3-15	3-15
MBSÖ	97.00±20.097	48-147	30-150

DUDÖ: Dempster Uygulama Davranışı Ölçeği, MBSÖ: Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği

Hemşirelerin otonomi düzeyi ile mesleki benlik saygısı arasında ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan korelasyon analizi sonuçları Tablo 3’te sunulmuştur. Analiz sonuçları, hemşirelerin mesleki benlik saygısı ile profesyonel davranış ($r = .245$, $p = .000$) ve karar verme ($r = .245$, $p = .000$) alt boyutları arasında pozitif, anlamlı ve çok zayıf ilişki ve bağımsız davranış ($r = .333$, $p = .000$) alt boyutu arasında pozitif, anlamlı ve zayıf bir ilişki olduğunu göstermektedir. Hemşirelerin toplam otonomi düzeyi ile mesleki benlik saygısı arasında olumlu, anlamlı ve zayıf bir ilişki saptanmıştır ($r = .331$, $p = .000$).

Tablo 3. Hemşirelerin Otonomi Düzeyi ile Mesleki Benlik Saygısı Arasındaki İlişki

Otonomi Düzeyi	r	p
Profesyonel Davranış	.245	.000**
Bağımsız Davranış	.333	.000**
Karar Verme	.245	.000**
Toplam DUDÖ	.331	.000**

$p < .01$, DUDÖ: Dempster Uygulama Davranışı Ölçeği

Tablo 4'te hemşirelerin mesleki benlik saygısını profesyonel davranış, bağımsız davranış ve karar verme değişkenlerinin yordayıp yordamadığını belirlemek için yapılan regresyon analizi sonuçları yer almaktadır. Analiz sonuçları, mesleki benlik saygısındaki toplam varyansın %11.8'inin bu değişkenlerce açıklandığını göstermektedir. Ancak, profesyonel davranış ($t= 1.292$, $p= .198$) ve karar verme ($t= -.045$, $p= .964$) faktörlerinin mesleki benlik saygısının anlamlı bir yordayıcısı olmadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 4. Mesleki Benlik Saygısı İçin Regresyon Sonuçları

Bağımsız Değişken	B	SH	β	t	P
Profesyonel Davranış	.419	.325	.099	1.292	.198
Bağımsız Davranış	1.220	.449	.285	2.718	.007
Karar Verme	-.025	.557	-.004	-.045	.964
<i>F= 9.107 p= .001 R= .344 R²= .118</i>					

TARTIŞMA

Araştırmada hemşirelerin otonomisi orta düzeyde belirlenmiştir (Tablo 2). Alanyazında farklı ölçekler kullanılarak yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (Akçay Didişen, Özalp Gerçeker, Bolışık, Başbakkal, ve Gürkan, 2015; Dikmen, Kara Yılmaz, ve Yıldırım Usta, 2016; Erikmen ve Vatan, 2019; Göçmen Baykara ve Şahinoğlu, 2014; Iliopoulou ve While, 2010; Karagözoğlu ve Kangallı, 2009; Labrague, McEnroe-Petitte, ve Tsaras, 2019; Lee ve Yang, 2015; Yetim ve Beydağ, 2015). Bu çalışmadaki ile aynı otonomi ölçeğinin kullanıldığı çalışmaların çoğunda ise, araştırma bulgumuzdan farklı olarak hemşirelerin otonomisi yüksek belirlenmiştir (D. Aghamohammadi, Dadkhah, ve M. Aghamohammadi, 2019; Bahadori ve Fitzpatrick, 2009; Cajulis ve Fitzpatrick, 2007; Lelli, Hickman, Savrin, ve Peterson, 2015; Maylone, Ranieri, Griffin, McNulty, ve Fitzpatrick, 2011; Petersen, Keller, Way, ve Borges, 2015; Petersen ve Way, 2017). Bununla birlikte Amini ve ark. (2015)'nin çalışmasında hemşirelerin otonomisi bu çalışmadakine benzer olarak orta düzeyde tespit edilmiştir (Amini, Negarandeh, Ramezani-Badr, Moosaeifard, ve Fallah, 2015). Sağlık sistemi içerisinde hemşirelerin rol ve sorumluluklarını etkin şekilde gerçekleştirebilmeleri için mesleki otonomiye gereksinimleri vardır (Shohani, Rasouli, ve Sahebi, 2018). Mesleki özerklik hemşirelerin uygulamalarını gerçekleştirirken bağımsız karar verebilmeleri, bu kararlarına göre eylemde bulunabilmeleri, sağlık ekibinin diğer üyeleri ile etkin iş birliği içinde çalışabilmeleri, iş doyumunu ve olumlu hasta bakım sonuçları açısından önemlidir (Göçmen Baykara ve Şahinoğlu, 2014; Karagözoğlu, Türk, ve Özden, 2015; Shohani vd., 2018). Ancak hemşirelik mesleğinde mesleki özerklik konusunun dünya çapında bir sorun olduğu ve hemşirelerin sahip oldukları mesleki otonomi düzeyine ilişkin

memnuniyetsizlik yaşadıkları alanyazında yer almaktadır (Göçmen Baykara ve Şahinoğlu, 2014; Korkmaz 2011; Shohani vd., 2018). Oysaki hemşireler uzun yıllardır profesyonel bir mesleğe sahip olma yolunda uğraş vermekte ve profesyonellik için en öncelikli ölçüt olan mesleki otonomi (Ulusoy ve Görgülü, 2000; Seren, 2001; Wade, 2004) elde etmek için çaba göstermektedir. Bu bağlamda bu çalışmada hemşirelerin otonomisinin orta düzeyde olması; bakım uygulamalarına ilişkin karar verme, denetim ve yönetim konularında özerkliğinin sınırlı olduğunu düşündürebilir.

Araştırmada hemşirelerin mesleki benlik saygısının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Alanyazında hemşirelerin mesleki benlik saygısına ilişkin sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (Çetinkaya Ulusoy vd., 2016; Özen Bekar, Konuk Şener, Yılmaz, ve Cangür, 2017). Çetinkaya Ulusoy ve ark. (2016)'nın çalışmasında hemşirelerin mesleki benlik saygısı bu çalışmadakinden yüksek (Çetinkaya Ulusoy vd., 2016), Özen Bekar ve ark. (2017)'nin çalışmasında ise daha düşük bulunmuştur (Özen Bekar vd., 2017). Yüksek mesleki benlik saygısı güvenilir hasta bakımı ve hemşirenin mesleki doyum sağlaması açısından gereklidir (Çetinkaya Ulusoy vd., 2016; Konuk Şener, Karaca, Açıkgöz, ve Süzer, 2011). Hemşirelerin mesleki başarısında, hemşirelik uygulamalarına ilişkin yeterliliklerini ve mesleki özerkliğini sürdürmede, sağlık ekibi ve hasta ile iletişimini etkin şekilde yürütebilmesinde olumlu mesleki benlik saygısının önemli olduğu düşünülmektedir. Ancak bu çalışmada hemşirelerin mesleki benlik saygısının istendik düzeyde olmaması hemşirelerin hasta bakımını gerçekleştirirken sahip olduğu motivasyona, mesleki doyuma ve bakım hizmetinin niteliğine olumsuz şekilde yansiyabilir.

Araştırmada otonomi alt boyutlarından bağımsız davranışın, hemşirelerin mesleki benlik saygısı üzerinde önemli bir açıklayıcı olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Bağımsız davranış alt boyutu, hemşirelerin yaptığı işten doyum alması, iş çevresi ve karşılaştığı durumları kontrol edebilmesi, bağımsız uygulamalarına değer verilmesi, bağımsız rollerine ilişkin yasal yetkiye sahip olması ve diğer meslek üyelerinin kendisine saygı duyması konusundaki algılarını yansıtmaktadır (Sönmez vd., 2016). Sağlık hizmetlerinin sunumunda hemşirelerin gücü yadsınamaz. Bu gücün sunulan hizmetin niteliğine yansıtılabilmesinde hemşirelerin bağımsız davranış düzeyi önemlidir. Bu bağlamda hemşirelerin mesleki uygulamalarını gerçekleştirirken yetki ve sorumluluklarını bağımsızca kullanabilmesi, uygulamalarına değer verilmesi ve desteklenmesi, ekip çalışmasında ekip üyelerinin birbirlerinin görev, yetki ve sorumluluklarına saygı göstermesi iş doyumuna olumlu yansımakla birlikte mesleki otonomiye de güçlendirmektedir. Güçlü bir mesleki otonomi ve bu bağlamda, hemşirelerin mesleki uygulamalarına ilişkin bağımsız davranışlarının

desteklenmesi benlik saygısı için önemlidir (Schwalbe, 1985). Benlik saygısının, mesleki benlik saygısının bir uzantısı olduğu ve yapılan çalışmalarda da benlik saygısı ile mesleki benlik saygısı arasındaki anlamlı ve olumlu ilişki dikkate alındığında (Demir, Gürsoy, ve Ada, 2011; Kutlu ve Soğukpınar, 2015; Schwalbe, 1985), hemşirelerde mesleki benlik saygısının gelişimi için, bağımsız davranış düzeyinin önemli bir faktör olduğu söylenebilir. Nitekim yapılan bir çalışmada da hemşirelerin mesleki benlik kavramı ile mesleki özerklik, benlik saygısı ve iş doyumunu arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Mi-Hae, Yoon-Ah, ve Myung-Jin, 2011). Sonuç olarak, hemşirelerin mesleki benlik kavramının ve bağımsız davranışlarının geliştirilmesi hemşirelik uygulamalarına ilişkin motivasyonu da artıracaktır (Lee ve Yang, 2015). Dolayısıyla bu durum hemşirenin görev yaptığı kurumun imajına olumlu yansımakla birlikte, hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetini de artırabilir. Hemşirelerin mesleki benlik saygısının artırılması için, hemşirenin karar verme yetkisine ve mesleki bilgi tabanına uygun hareket etme özgürlüğüne sahip olabilmesi (Skar, 2009), bağımsız rollerine değer verilmesi ve bu rollere ilişkin yasal yetki ve sorumluluklarını kullanabilmesi, diğer bir deyişle bağımsız davranışlarının desteklenmesinin önemli olduğu söylenebilir.

Araştırmada profesyonel davranış ve karar verme faktörlerinin mesleki benlik saygısını anlamlı düzeyde yordamadığı belirlenmiştir (Tablo 4). Oysa alanyazında mesleki benlik saygısının, kişinin mesleğini ne kadar değerli ve önemli gördüğü (Çetinkaya Uslusoy vd., 2016) ve mesleki başarı ile ilişkili olduğu (Kahraman, 2017) ifade edilmekte, mesleki uygulamalara ilişkin beklenen sorumlulukları yerine getirebilme becerisi tarafından şekillenebildiği vurgulanmaktadır (Fırat Kılıç, 2018; Camadan, Baştopçu, Tosun, Yangın, ve Kılıç, 2018). Dolayısıyla mesleki benlik saygısının gelişiminde profesyonel davranış ve karar verme özerkliğinin önemli olduğu görülmektedir. Bu bakımdan araştırmada elde edilen bu sonuç beklenmediktir. Meslekleşme sürecinde en öncelikli ölçüt mesleki otonomi olarak kabul edilmektedir (Seren, 2001). Bu bağlamda profesyonel bir mesleğin üyesi olarak hemşirenin, uygulamalarını gerçekleştirirken karar verme, denetim ve yönetim konularında özerkliğe sahip olabilmesi gereklidir. Hemşirelik bakım hizmetlerinin yürütülmesinde profesyonel davranış sergileyebilme ve özerk karar verebilme bakımının niteliği ve istendik hasta sonuçları açısından önemlidir (Göçmen Baykara ve Şahinoğlu, 2014; Karagözoğlu vd., 2015; Shohani vd., 2018). Ancak hemşirenin profesyonel davranış sergileyebilme ve özerk karar verebilme yetisini sınırlayan pek çok faktör bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda bu faktörler; hemşirenin mesleki bilgi ve becerisi, deneyimi, sağlık ekibi ile olan iletişiminin niteliği, farklı eğitim düzeyine sahip meslek üyelerinin varlığı, hekimlerin karar alma

süreçlerinde daha baskın olduğu hastanelerde hiyerarşik yapıyı şekillendirmesi, görev yapılan kurumun mesleki sorumluluk kapsamında yer almayan işleri yapmaları konusunda beklentisi, yasal haklar ve yetkilerle ilgili sınırlamalar, kurumlarının olumsuz çalışma koşulları olarak gösterilmiştir (Cerit, 2010, Cerit ve Dinç, 2012; Göçmen Baykara ve Şahinoğlu, 2014). Bu bağlamda hemşirelik hizmetlerinin uzun yıllardır bu sınırlılıkların gölgesinde yürütülmesi, hemşirelerin tükenmişlik yaşamasına ve durumu kabullenmesine yol açmış ve mesleki benlik saygısına yansımamış olabilir. Bu nedenle, çalışmada profesyonel davranış ve karar verme faktörlerinin mesleki benlik saygısını anlamlı olarak yordamadığı ifade edilebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda hemşirelerin otonomisinin ve mesleki benlik saygısının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Otonomi alt boyutlarından bağımsız davranışın mesleki benlik saygısı üzerinde önemli bir açıklayıcı olduğu, profesyonel davranış ve karar vermenin ise mesleki benlik saygısını anlamlı şekilde yordamadığı tespit edilmiştir.

Bu sonuçlara dayalı olarak; hemşirelerin mesleki benlik saygısının gelişimi için mesleki otonomisini artıracak uygulamaların desteklenmesi; hemşirelerin görev yaptığı kurumların yöneticileri ve hemşire yöneticiler tarafından mesleki özerkliği iyileştirici kurumsal politikaların geliştirilmesi, iş doyumunu arttıracak motivasyonlar sağlanması, hemşirelerin özerk uygulamalarına değer verilmesi, mesleki gelişimi, araştırma ve kanıta dayalı uygulamaları kullanabilmesi için desteklenmesi, yasal yetki ve sorumluluklarını etkin şekilde kullanabilmesi için kurum çalışanları arasında oluşabilecek güç dengesizliğinin önlenmesi önerilebilir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma araştırmaya katılan hemşireler ve bu hemşirelerin araştırmada kullanılan ölçeklere verdiği yanıtlarla sınırlıdır. Araştırma sonuçları tüm hemşirelere genellenemez.

KAYNAKLAR

- Aghamohammadi, D., Dadkhah, B., Aghamohammadi, M. (2019). Nurse-physician collaboration and the professional autonomy of Intensive Care Units Nurses, *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 23(4), 178-181.
- Akçay Didişen, N., Özalp Gerçeker, Ö., Bolışık, Z. B., Başbakkal D. Z., Gürkan, A. (2015). Pediatri hemşirelerinin sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi*, 5(1), 14-21.
- Akgül, A. (2005). *Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri "SPSS uygulamaları"*. Ankara: Emek Ofset Ltd.

- Amini, K., Negarandeh, R., Ramezani-Badr, F., Moosaeifard, M., Fallah, R. (2015). Nurses' autonomy level in teaching hospitals and its relationship with the underlying factors. *International Journal of Nursing Practice*, 21, 52–59.
- Arıcak, T. (1999). *Grupla psikolojik danışma yoluyla benlik ve mesleki benlik saygısının geliştirilmesi. Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.*
- Bahadori, A., Fitzpatrick, J. J. (2009). Level of autonomy of primary care nurse practitioners. *Journal of The American Academy of Nurse Practitioners*, 21, 513-19.
- Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş., Demirel, F. (2020). *Eğitimde bilimsel araştırma yöntemleri. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.*
- Cajulis, C. B., Fitzpatrick, J. J. (2007). Levels of autonomy of nurse practitioners in an acute care setting. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19, 1-8.
- Camadan, F., Baştopçu, S., Tosun, G., Yangın, N., Kılıç, Z. (2018). Öğretmenlerin mesleki benlik saygıları ile psikolojik danışma ve rehberlik hizmetlerine yönelik tutumları arasındaki ilişki. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 14(1), 115-136.
- Cerit, B. (2010). *Hemşirelerin profesyonellik davranışları ile etik karar verebilme düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.*
- Cerit, B., Dinç, L. (2012). Ethical decision-making and professional behaviour among nurses: A correlational study. *Nursing Ethics*. 20(2), 200–212.
- Çetinkaya Uslusoy, E., Paşlı Gürdoğan, E., Kurt, D. (2016). Hemşirelerde mesleki benlik saygısı ve meslektaş dayanışması. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 29-35.
- Demir, V., Gürsoy, F., Ada, Ş. (2011). Okulöncesi Öğretmen adaylarının mesleki benlik saygılarının incelenmesi. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(1), 597-614.
- Dikmen, Y., Kara Yılmaz, D. K., Yıldırım Usta, Y. (2016). Hemşirelerin otonomi düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 8, 72-87.
- Dilmaç, B., Ekşi, H. (2012). Öğretmenlerin sahip oldukları değerlerin ve özgeci davranışların mesleki benlik saygısı açısından incelenmesi. *Değerler Eğitimi Dergisi*, 10(23), 65-82.
- Erikmen, E., Vatan, F. (2019). Hemşirelerin bireysel ve mesleki otonomilerinin incelenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2(6), 141-152.
- Fırat Kılıç, H. (2018). Hemşirelik öğrencilerinin eğitim stresi ve mesleki benlik saygısı arasındaki ilişki. *HUHEMFAD-JOHUFON*, 5(1), 49-59.
- Göçmen Baykara, Z., Şahinoğlu, S. (2014). An evaluation of nurses' professional autonomy in Turkey. *Nursing Ethics*. 21(4), 447–460.
- Iliopoulou, K. K., While, A. E. (2010). Professional autonomy and job satisfaction: survey of critical care nurses in mainland Greece. *JAN*, 66(11), 2520-31.
- İnce, S., Khorshid, L. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçimini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(3), 163-171.
- Kahraman, İ. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin mesleki benlik saygısı ve etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. *Yüksek lisans tezi. Doğu Akdeniz Üniversitesi, Gazimağusa.*
- Karagözoğlu, Ş., Kangalli, P. (2009). Autonomy levels among nurses: professional-institutional factors that affect autonomy. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 29(5), 1085-1097.

- Karagözoğlu, Ş., Türk, G., Özden, D. (2015). *Autonomy levels of final year baccalaureate nursing students attending different curricula: Cross-sectional survey. Cumhuriyet Medical Journal, 37(2), 87-101.*
- Konuk Şener, D., Karaca, A., Açıkgöz, F., Süzer, F. (2011). *Hemşirelik eğitimi mesleki benlik saygısını değiştirir mi? Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 1(3), 12-16.*
- Korkmaz, F. (2011). *Meslekleşme ve ülkemizde hemşirelik. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 18(2), 59-67.*
- Kutlu, M., Soğukpınar, E. (2015). *Rehber öğretmenlerin benlik saygısı ile mesleki benlik saygısı düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. e-International Journal of Educational Research, 6(1), 84-101.*
- Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D. M., Tsaras, K. (2019). *Predictors and outcomes of nurse professional autonomy: a cross-sectional study. Int J Nurs Pract, 25, e12711.*
- Lee, H. K., Yang, H. J. (2015). *Effect of professional self-concept and professional autonomy on nursing performance. Advanced Science and Technology Letters, 88, 141-144.*
- Lelli, V., Hickman, R., Savrin, C., Peterson, R. (2015). *Retail clinics versus traditional primary care: Employee satisfaction guaranteed? Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 27, 514-520.*
- Maylone, M. M., Ranieri, L. A., Griffin, M. T. Q., McNulty, R., Fitzpatrick, J. J. (2011). *Collaboration and autonomy: Perceptions among nurse practitioners. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 23, 51-57.*
- Mi-Hae, S., Yoon-Ah, K., Myung-Jin, H. (2011). *The relationships of professional self-concept, professional autonomy and self-esteem to job satisfaction of clinical nurses. Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing, 18(4), 547-555.*
- Özen Bekar, E., Konuk Şener, D., Yılmaz, Ç., Cangür, Ş. (2017). *Hemşire ve sosyal çalışmacıların mezuniyet öncesi ve sonrası mesleki benlik saygılarının değerlendirilmesi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 2(4), 50-55.*
- Petersen, P. A., Keller, T., Way, S. M., Borges, W. J. (2015). *Autonomy and empowerment in advanced practice registered nurses: Lessons from New Mexico. Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 27, 363-370.*
- Petersen, P. A., Way, S. M. (2017). *The role of physician oversight on advanced practice nurses' professional autonomy and empowerment. J Am Assoc Nurse Pract, 29(5), 1-10.*
- Sarıkoç, G., Kaplan, M. (2017). *Examining the relationship between the social and emotional learning skills, professional self-esteem and academic major satisfactions of the nursing students. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 25(3), 201-208.*
- Schwalbe, M. L. (1985). *Autonomy in work and self-esteem. The Sociological Quarterly, 26(4), 519-535.*
- Seren, Ş. (2001). *Hemşirelikte otonomi. Hemşirelik Forumu, 4(2-3), 21-23.*
- Shohani, M., Rasouli, M., Sahebi, A. (2018). *The level of professional autonomy in Iranian Nurses. Journal of Clinical and Diagnostic Research, 12(5), LC01-LC04.*
- Skar, R. (2009). *The meaning of autonomy in nursing practice. Journal of Clinical Nursing, 19, 2226-2234.*
- Sönmez, B., Eşkin Bacaksız, F., Yıldırım, A. (2016). *Otonomiyle ilişkili davranışları ölçen Dempster Uygulama Davranışı Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. F.N. Hem. Derg, 24(2), 80-89.*
- Ulusoy, M.F., Görgülü, R.S. (2000). *Hemşirelik esasları-temel kuram, kavram, ilke ve yöntemler. Ankara: 72 TDFO Ltd. Şti.*




Ural, A., Kılıç, İ. (2013). Bilimsel araştırma süreci ve spss ile veri analizi. Ankara: Detay Yayıncılık.

Yetim, S., Beydağ., K. D. (2015). Nazilli devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin mesleki otonomileri ve etkileyen faktörler. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 2(2), 63-69.

Wade, G. H. (2004). A Model of the Attitudinal Component of Professional Nurse Autonomy. Journal of Nursing Education, 43(3), 116-124.

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN ÖZ-ETKİLİLİK-YETERLİK DÜZEYLERİ İLE AKADEMİK BAŞARILARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Investigation of the Relationship between Self-Efficacy-Competence Levels and Academic Achievements of Nursing Students

Seyhan ÇITLIK SARITAŞ¹  Zeliha BÜYÜKBAYRAM²  Esra ANUŞ TOPDEMİR³ 
¹Inönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya
²Siirt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Siirt
³Dicle Üniversitesi, Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Diyarbakır

Geliş Tarihi / Received: 18.06.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 04.11.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ÖZ

Bu tanımlayıcı nitelikte araştırmada, hemşirelik öğrencilerinin öz-etkililik-yeterlik düzeyleri ile akademik başarıları arasındaki ilişki incelendi. Araştırmanın evrenini, Siirt Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü öğrencileri (N=550) oluşturdu. Araştırma örneklemini, katılmayı kabul eden 342 öğrenci ile tamamlandı. Verilerin toplanmasında, birey tanıtıcı formu ve Öz-etkililik-yeterlik Ölçeği kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistik, t testi, ANOVA ve Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Araştırmada, öğrencilerin yaş ortalaması 21.20±2.46 olduğu, %50'si kız olduğu, %36'sı I. sınıfta öğrenim gördüğü, %61.7'si hemşirelik mesleğini isteyerek seçtiği, %36'sı teorik derslerini yeterli bulmadığı, %74.6'sı uygulamalı dersleri yeterli bulmadığı, %45.9'u not ortalamasının 71-80 aralığında olduğu, %40.6'sı kendini kısmen başarılı bulduğu, %34.5'i çevresinin başarılarını etkilediğini, %58.8'i rahat, sakin disiplinli ve sorumluluk almayı sevmeyen kişilik yapısına sahip olduğu tespit edildi. Öz-etkililik-yeterlik toplam puan ortalaması 84.64±11.95 olarak tespit edilirken, Öz-etkililik-yeterlik ölçeği alt boyutlarında puan ortalamaları; davranışa başlamada 30.47±5.55, davranışı sürdürmede 26.07±4.58, davranışı tamamlamada 18.80±3.94, engellerle mücadelede 9.29±2.41 olarak saptandı. 2. sınıf öğrencilerinin Öz-etkililik-yeterlik toplam puan ortalamaları, diğer sınıftaki öğrencilerden daha yüksekti. Araştırmada öğrencilerin öz-etkililik-yeterlik düzeylerinin (Öz-etkililik-yeterlik toplam ve Engellerle Mücadele dışında) puan ortalaması, ortalamanın üzerinde olduğu tespit edildi. Öz-Etkililik-Yeterlik toplamı ve davranışı tamamlama alt boyut puanı ile derslerin not ortalaması arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptandı.

Anahtar kelimeler: Akademik Başarı, Hemşirelik Öğrencileri, Öz-Etkililik-Yeterlik

ABSTRACT

In this descriptive research, the relationship between self-efficacy-competence levels and academic achievement of nursing students was investigated. The universe of the study was composed of the students of Siirt University School of Health Nursing Department (N=550). The research sample was completed with 342 students who agreed to participate. An individual identification form and the Self-Efficacy-Competence Scale (SECS) were used for collecting data. Descriptive statistics, t test, ANOVA and Pearson correlation analysis were used for the evaluation of data. In the research, it has been found that; the mean age of students was 21.20 ±2.46, 50% were female, 36% were studying in the first grade, 61.7% chose nursing profession willingly, 36% did not find theoretical courses adequate, 74.6% did not find applied courses adequate, 45.9% had grade averages between 71-80, 40.6% felt partially successful, 34.5% thought environment affected their achievement, 58.8% had relaxed, calm, disciplined and non-responsible personality characteristics. While the SECS total mean score was detected 84.64±11.95, the mean scores in SECS sub-dimensions were determined as; 30.47±5.55 in starting behavior, 26.07±4.58 in maintaining behavior, 18.80±3.94 in completing behavior, and 9.29±2.41 in struggling with obstacles. 2nd grade students' SECS total mean scores were higher than other class students. In the research, it was determined that average score of students' SECS levels (except for the total SECS and struggling with obstacles) were above the average. A positive correlation was found between the scores of the SECS total and completing behavior sub-dimension, and the average grade of the courses.

Keywords: Academic Achievement, Nursing Students, Self-Efficacy-Competence

Seyhan ÇITLIK SARITAŞ  seyhancitlik@hotmail.com
Inönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya

GİRİŞ

Öz-etkililik-yeterlik, bireyin herhangi bir durumdaki performans düzeyini planlayabilme ve başarıyı kazanabilme durumu konusunda kendi öz yargısı veya farkındalığına olan inancını olarak tanımlanır (Albayrak Okçin, 2013; Zengin, 2010). Bireyin kişisel özellikleri öz-etkililik-yeterlikte önemli rol oynamaktadır. Bireyin nasıl düşüneceği ve davranacağını belirlenmesinde rol oynayan bir durumdur (Dikmen, Denat, Basaran, ve Filiz, 2016; Karadağ, Aksoy, ve Ucuzal, 2011). Birey eyleme geçtiğinde öz-etkililik-yeterlik algısı yüksek olan bireyler düşük olan bireylere göre hedefine varmak için daha fazla çaba gösterirler. Güçlü bir öz-etkililik-yeterlik durumu daha çok sağlıklı olma ve yüksek başarı ile ilişkilidir (Albayrak Okçin, 2013; Zhang vd., 2015). Öz-etkililik-yeterlik okul başarısı, mental durum, fiziksel sağlık ve kariyer seçimi gibi pek çok alanda kullanılmaktadır (Britner, 2008; Kızılcı, Mert, Küçükgüçlü, ve Yardımcı, 2015).

Öz etkililik, bireyin davranışlarında etkili olan bilişsel algılama faktörlerinden biridir. Aynı zamanda, ileride karşılaşılabileceği zorlukların üstesinden gelmede nasıl başarılı olabileceğiyle ilişkilidir (Saeid ve Eslaminejad, 2017; Zengin, 2010). Britner'in yaptığı bir çalışmada, öğrencilerin öz etkililik ve akademik performans durumlarının paralel arttığını saptamıştır (Britner, 2008). Öz-yeterliğe yüksek düzeyde sahip olan bireyler, zor durumlarla karşı karşıya kaldıklarında daha fazla verimli ve başarılı olabilmektedirler (Amanak, Demirkol, ve Kuru, 2019; Albayrak Okçin, 2013). Düşük öz-yeterlik inancına sahip olan bireyler ise yapacaklarının gerçekten daha zor olduğuna inanmaktadır. Bu tür bir düşünce bireylerde kaygının daha fazla artmasına ve sorunları daha iyi şekilde çözebilmesi için gerekli olan bakış açısını daha fazla daraltmaktadır (Soudagar, Rambod, ve Beheshtipour, 2015; Yorulmaz, 2019). Bu durumda bireysel başarı ve gelişim açısından kötümser düşüncelerin oluşmasına yol açmaktadır. Bu sebeple öz-yeterlik inancı, bireylerdeki başarı oranını etkilemektedir (Dağlar, Bilgic, Evcili, ve Polat, 2019; Khan, 2013; Saeid ve Eslaminejad, 2017). Sorunları etkileyen faktörlerin iyi tanımlanabilmesi, sorunlarla mücadele gücünü artırır (Khan, 2013; Soudagar vd., 2015). Her birey olayları kontrol etme, var olan sorunla baş etme ve düşündüklerini uygulamaya geçirme gibi yetilere sahiptir. Yapılan çalışmalarda, öz-etkililik-yeterlik, fiziksel performans, akademik başarı, duygusal bozukluklar, sosyal beceriler gibi birçok alanda da etkili olduğu görülmüştür (Karadağ vd., 2011; Saeid ve Eslaminejad, 2017; Safarzadeh, 2016; Ünal Keskin ve Orgun, 2006).

Hemşirelik eğitimi, temel hemşirelik kavramları, beceriler ve teknikleri gibi ana öğelerden oluşmaktadır (Açıksöz, Uzun, ve Arslan, 2016; Karadağ vd., 2011). Eğitim

sisteminde teorik bilgiyi alan öğrenciler klinik uygulamalarıyla beceriye dönüştürürken, kazandıkları bilgi ve beceri ile birlikte iletişim deneyimlerini de geliştirmeye çalışırlar (Karadağ vd., 2011; Albayrak Okçin, 2013; Zengin, 2010). Hemşirelik lisans eğitiminin hedefi; öğrencilerin öğretim sürecinde başarıyı artırmak amacıyla öz-etkililik-yeterlik düzeylerinin belirlenmesi, öğrenmeyi kolaylaştıracak stratejilerin geliştirilmesi ve ayrıca öğrencilere bilişsel ve duyuşsal boyutta temel olan bilgi, tutum ve becerileri kazandırmaktır (Dikmen vd., 2016; Karadağ vd., 2011). Bu çalışmanın amacı, hemşirelik öğrencilerinin öz-etkililik-yeterlik düzeyleri ile akademik başarıları arasındaki ilişkiyi incelemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, hemşirelik öğrencilerinin öz-etkililik-yeterlik düzeyleri ile akademik başarıları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Siirt Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu (SYO) Hemşirelik Bölümünde öğrenim gören 550 öğrenci oluşturdu. Araştırmada örneklem seçimi yapılmadan öğrencilerin tümü araştırmaya dahil edildi. Ancak çalışmaya katılmayı gönüllü olmayan ve veri toplama aşamasında devamsızlık yapan öğrenciler bulunduğu için araştırma 342 öğrenci ile tamamlandı. 2014-2015 eğitim öğretim yılında okula öğrenci alımı yapılmadığından, okulda 3. sınıf öğrencisi bulunmamaktadır. Bu nedenle 3. Sınıf öğrencileri araştırma kapsamına alınamadı.

Veri toplama araçları: Veriler, Birey Tanıtıcı Formu ve Öz Etkililik-Yeterlik Ölçeği kullanılarak toplandı.

Birey Tanıtıcı Formu: Araştırmacılar tarafından; öğrencilerin yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, gibi demografik bilgileri ile öz etkililik- yeterliğe ilişkin sorular içeren form oluşturuldu.

Öz Etkililik-Yeterlik Ölçeği (ÖEYÖ); Sherer ve Maddux tarafından 1982 yılında geliştirilmiştir (Sherer vd., 1982). 1999 yılında Gözüm ve Aksayan tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçek, 5'li likert tipte olup 23 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte, Beni hiç tanımlamıyorum (1), Beni biraz tanımlıyorum (2), Kararsızım (3), Beni iyi tanımlıyorum (4), ve Beni çok iyi tanımlıyorum (5) seçeneklerinden oluşmaktadır. Ölçekte ters maddeler bulunmaktadır ve puanlanırken ters çevrilerek puanlanır. Ölçekten en düşük 23 puan en yüksek 115 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan toplam puandaki yükselme, bireyin öz-etkililik-yeterlik

algısının iyi düzeyde olduğu anlamına gelmektedir. Ölçek 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; “Davranışa Başlama (DB)”, “Davranışı Sürdürme (DS)”, “Davranışı Tamamlama (DT)” ve “Engellerle Mücadele (EM)”’dir. Ölçeğin Türkçe formunun Cronbach alfa değeri 0.81 olarak bulunmuştur (Gözüm ve Aksayan 1999). Bu çalışmanın Cronbach alfa değeri 0.75 olarak bulundu.

Veri Toplama

Veriler, Siirt Üniversitesi SYO Hemşirelik Bölümü öğrencileri ile Mayıs-Haziran 2017 tarihleri arasında toplandı. Veriler araştırmacılar tarafından öğrencilerin ders aralarında olduğu zamanda yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Her bir anket veri toplama formunu doldurma süresi ortalama 10-15 dk sürdü.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veri analizinde SPSS 20.0 istatistik paket programı kullanıldı. Veriler, tanımlayıcı istatistik, bağımsız gruplarda t-testi, ANOVA ve Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Sonuçlarda $p < 0.05$ değeri anlamlı olarak kabul edildi.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce, Siirt Üniversitesi SYO Müdürlüğü’nden (onay no:5653) izin ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan (Karar No:12.06.2017/51) etik onay alındı.

BULGULAR

Tablo 1. Öğrencileri Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	S	%
Cinsiyet		
Kadın	171	50.0
Erkek	171	50.0
Okuduğunuz sınıf		
1.sınıf	123	36.0
2. sınıf	122	35.7
4. sınıf	97	28.4
Bölümü isteyerek seçme		
Evet	211	61.7
Hayır	131	38.3
Teorik derslerinizi yeterli bulma		
Evet	118	34.5
Hayır	123	36.0
Kısmen	101	29.5
Uygulamalı derslerinizi yeterli bulma		
Evet	37	10.8
Hayır	255	74.6
Kısmen	50	14.6

Kişilik yapınız		
1. Rahat, sakin, disiplinli ve sorumluluk almayı sevmeyen biriyimdir.	201	58.8
2. Katı, disiplinli ve mükemmeliyetçi biriyimdir.	119	34.8
3. Diğer	22	6.4
Derslerin not ortalaması		
45-60	19	5.6
61-70	140	40.9
71-80	157	45.9
81-90	26	7.6
Kendinizi başarılı bulma		
Evet	135	39.5
Hayır	68	19.9
Kısmen	139	40.6
Başarınızı etkileyen etmenler		
Eğitmen		
Aile	86	25.1
Çevre	76	22.2
Diğerleri	118	34.5
	62	18.1
Yaş		$\bar{X} \pm SS$ 21.20 ± 2.46

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 21.20 ± 2.46 olduğu belirlendi. Öğrencilerin %36'sı I. sınıfta öğrenim gördüğü, %61.7'si mesleği isteyerek seçtiği, %36'sı teorik derslerin yeterli olmadığı, %74.6'sı uygulamalı derslerin yeterli olmadığı, %45.9'unun not ortalaması 71-80 puan aralığında olduğu, %40.6'sı kendisini kısmen başarılı bulduğu, %34.5'ibaşarısındaçevresinin etkili olduğunu, %58.8'i rahat, sakin disiplinli ve sorumluluk almayı sevmeyen kişilik yapısına sahip olduğu saptandı (Tablo 1).

Tablo 2. ÖEYÖ Toplam ve Alt Grup Puan Ortalamaları

ÖEYÖ ve Alt Gruplar	Madde sayısı	Puan Aralığı	Min. - Maks.	X±SS
Davranışa başlama (DB)	8	8-40	8 -40	30.47±5.55
Davranışı sürdürme (DS)	7	7-35	11-35	26.07±4.58
Davranışı tamamlama (DT)	5	5-25	5-25	18.80±3.94
Engellerle mücadele (EM)	3	3-15	3-15	9.29±2.41
Toplam (ÖEYÖ)	23	23-115	48-111	84.64±11.95

ÖEYÖ toplam puan ortalaması 84.64 ± 11.95 , ÖEYÖ alt boyut davranışa başlama puan ortalaması 30.47 ± 5.55 , davranışı sürdürme 26.07 ± 4.58 , davranışı tamamlama 18.80 ± 3.94 ve engellerle mücadele puan ortalamalarının 9.29 ± 2.41 olduğu saptandı (Tablo 2).

Tablo 3. Öğrencilere Ait Özelliklere Göre ÖEYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	ÖEYÖ ve alt boyutları				
	Davranışa Başlama	Davranışı Sürdürme	Davranışı Tamamlama	Engellerle Mücadele	Toplam (ÖEYÖ)
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	a $\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$

Cinsiyet					
Kadın	30.72±5.58	26.23±4.31	18.46±3.94	9.06±2.18	84.49±11.1
Erkek	30.22±5.53	25.90±4.84	19.14±3.93	9.52±2.61	84.79±12.7
İstatistik test ve Anlamlılık	t:0.83 p:0.40	t:0.67 p:0.50	t:-1.59 p:0.11	t:-1.74 p:0.08	t:-0.23 p:0.81
Sınıf					
1. sınıf	30.75±5.06	26.35±4.50	18.26±4.08	9.02 ±2.28	84.14±11.6
2. sınıf	30.72±6.06	26.35±4.56	19.42±3.60	9.44 ± 2.49	84.14±11.6
4. sınıf	29.79±5.48	25.69±4.73	18.71±4.11	9.44 ±2.47	85.95±11.8
İstatistik test ve Anlamlılık	F: 1.01 p:0.36	F:0.56 p:0.57	F:2.70 p:0.06	F:1.18 p:0.30	F:1.18 p:0.30
Bölümü isteyerek seçme					
Evet	30.67±5.59	26.27±4.79	19.28±3.83	9.38±2.47	85.62±12.0
Hayır	30.14±5.49	25.74±4.21	18.03±4.02	9.14±2.32	83.07±11.6
İstatistik test ve Anlamlılık	t:0.86 p:0.39	t:1.03 p:0.30	t:2.86 p:0.04	t:0.88 p:0.37	t:1.92 p:0.06
Teorik dersleri yeterli bulma					
Evet	30.62±5.90	26.13±5.09	18.72±3.72	9.09±2.62	84.58±12.9
Hayır	30.17±5.53	25.88±4.46	18.81±4.17	9.56±2.36	84.43±11.9
Kısmen	30.66±5.18	26.22±4.12	18.89±3.95	9.19±2.22	84.43±11.9
İstatistik test ve Anlamlılık	F:0.28 p:0.75	F:0.17 p:0.84	F:0.46 p:0.95	F:1.23 p:0.29	F:0.61 p:0.94
Uygulamalı dersleri yeterli bulma					
Evet	27.67±5.21	24.51±6.14	17.86±4.21	8.81±2.85	78.86±13.5
Hayır	30.89±5.44	26.23±4.31	19.09±3.92	9.45±2.40	85.68±11.4
Kısmen	30.47±5.55	26.40±4.46	18.04±3.73	8.80±2.03	85.68±11.4
İstatistik test ve Anlamlılık	F:5.57 p:0.00	F:2.44 p:0.08	F:2.69 p:0.06	F:2.39 p:0.09	F:5.61 p:0.00
Kişilik yapımız					
1.Rahat, sakin, ve sorumluluk almayı sevmeyen	30.29±5.52	25.62±4.68	18.65±4.03	9.11±2.39	83.70±11.9
2. Katı, disiplinli ve mükemmeliyetçi	30.60±5.73	26.47±4.43	18.72±3.82	9.45±2.51	85.26±11.9
3. Diğer	31.36±4.93	27.95±3.89	20.63±3.44	10.00±1.95	89.95±11.0
İstatistik test ve Anlamlılık	KW _x ² :0.95 p:0.61	KW _x ² :6.63 p:0.03	KW _x ² :5.40 p:0.06	KW _x ² :3.31 p:0.19	KW _x ² :7.55 p:0.02

Not ortalaması					
45-60	29.26±5.83	25.47±6.02	17.31±3.57	8.57±2.98	80.63±13.2
61-70	29.76±5.66	25.62±4.66	18.27±3.73	9.18±2.05	1
71-80	31.12±5.40	26.54±4.42	19.46±4.15	9.45±2.69	82.84±11.2
81-90	31.23±5.39	26.11±3.87	18.80±3.47	9.38±2.00	9
İstatistik test ve Anlamlılık	KW _x ² :6.78 p:0.07	KW _x ² :3.60 p:0.30	KW _x ² :12.3 6 p:0.00	KW _x ² :3.18 p:0.36	86.59±12.2 5 85.53±11.0 0 KW _x ² :12.17 p:0.00
Kendini başarılı bulma					
Evet	31.16±5.47	26.49±4.73	19.32±3.88	9.68±2.45	86.67±12.6
Hayır	28.54±6.33	25.14±4.77	18.13±4.35	9.29±2.58	4
Kısmen	30.74±5.02	26.11±4.30	18.63±3.73	8.90±2.25	81.11±12.2
İstatistik test ve Anlamlılık	F:5.44 p:0.00	F:1.97 p:0.14	F:2.31 p:0.10	F:3.63 p:0.02	0 84.40±10.7 3 F:5.05 p:0.00
Başarınızı etkileyen etmenler					
Eğitmen	30.23±5.59	25.90±4.92	18.91±4.11	9.15±2.38	84.20±12.7
Aile	30.55±5.67	26.18±4.04	18.65±3.68	9.59±2.32	4
Çevre	30.22±5.10	25.48±4.44	18.49±3.98	9.18±2.53	84.98±11.0
Diğerleri	31.19±6.21	27.29±4.42	19.43±3.97	9.32±2.36	7
İstatistik test ve Anlamlılık	F:0.78 p:0.69	F:2.18 p:0.09	F:0.83 p:0.47	F:0.56 p:0.64	83.38±11.7 5 87.24±12.0 8 F:1.48 p:0.22
Yaş			$\bar{X} \pm SS$		
			21.20 ± 2.46		

Araştırmada, öğrencilerin bölümünü isteyerek seçmesine göre ÖEYÖ davranışı tamamlama alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p < 0.05$). Çalışmada, uygulamalı dersleri yeterli bulmasına göre ÖEYÖ toplam ve davranışa başlama alt boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı ($p < 0.05$). Çalışmada kişilik yapılarına göre ÖEYÖ toplam ve davranışı sürdürme alt boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulundu ($p < 0.05$). Çalışmada not ortalamasına göre ÖEYÖ toplam ve davranışı tamamlama alt boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görüldü ($p < 0.05$). Çalışmada kendisini başarılı bulmasına göre ÖEYÖ toplam, davranışa başlama ve engellerle mücadele alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel anlamda önemli olduğu saptandı ($p < 0.05$). Öğrencilerin cinsiyete, sınıflara, teorik dersleri yeterli bulmasına ve başarıyı etkileyen etmenlere göre ÖEYÖ toplam ve alt boyutları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel anlamda önemli olmadığı bulundu ($p > 0.05$) (Tablo 3).

Tablo 4. ÖEYÖ ve Ders Not Ortalaması Arasındaki İlişkisi

ÖEYÖ ve Alt Gruplar	Derslerin not ortalaması	
	r	p
Davranışa başlama	0.122	0.24
Davranışı sürdürme	0.78	0.151
Davranışı tamamlama	0.137	0.011
Engellerle mücadele	0.75	0.164
Toplam ÖEYÖ	0.147	0.006

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin, toplam ÖEYÖ ve davranışı tamamlama ile ders not ortalaması arasında pozitif ilişki olduğu saptandı (Tablo 4).

TARTIŞMA

Hemşirelik öğrencilerinin öz-etkililik-yeterlilik düzeyleri ile akademik başarıları arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışmada; ÖEYÖ toplam puan ortalamasının (84.64), ortalamanın üstünde olduğu görülmektedir (Tablo 2). Çalışmamıza benzer olarak farklı gruplarda yapılan çalışmalarda da toplam puan ortalamasının yüksek olduğu görülmüştür (Gül ve Adigüzel, 2015; Karadağ vd., 2011; Kızılcı vd., 2015; Ünal Keskin ve Orgun, 2006; Yiğitbaş ve Yetkin, 2003; Zengin, 2010). Çalışmamızın aksine Albayrak Okçin'in (82.40), Sevindik'in (82.66), Dağlar ve arkadaşlarının (77.79) yaptıkları çalışmalarda ise; ÖEYÖ toplam puan ortalaması düşük olduğu bulunmuştur (Albayrak Okçin, 2013; Dağlar vd., 2018; Sevindik, 2007). Bu farklılığın çalışmalara katılan öğrencilerin sosyodemografik özelliklerinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmamızda cinsiyete göre ÖEYÖ toplam ve alt boyut puanları arasında anlamlı fark bulunmadığı tespit edildi (Tablo 3). Çalışmamıza benzer Karadağ ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, cinsiyete göre ÖEYÖ alt boyut puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır (Karadağ vd., 2011). Gül ve arkadaşının yaptığı çalışmada öz yeterlik puan ortalamasının cinsiyete göre farklılık göstermediği görülmüştür (Gül ve Adigüzel, 2015). Cinsiyete göre öz-etkililik-yeterlilik etkisinin bulunmadığı bazı çalışmalar da araştırma sonucumuzla benzerlik göstermektedir (Albayrak Okçin, 2013; Britner, 2008; Kızılcı vd., 2015; Ünal Keskin ve Orgun, 2006; Yiğitbaş ve Yetkin, 2003). Çalışma sonuçlarımızdan yola çıkarak, hemşirelik bölümünde öğrenim gören kız ve erkek öğrencilerin mesleğe ait olma duyguları benzer şekilde yaşadıkları düşünülebilir.

Çalışmamızda sınıflara göre öğrencilerin ÖEYÖ toplam puan ortalamaları istatistiksel bir fark bulunmadı (Tablo 3). Karadağ ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, 1. sınıf öğrencilerinin ÖEYÖ puan ortalaması 4. sınıf öğrencilere göre yüksek olduğu, ancak davranışa başlama alt grubu dışında diğer puan ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak

anlamli bulunmamıştır (Karadağ vd., 2011). Sevindik ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, 4. sınıf öğrencilerinin ÖEYÖ puan ortalaması, 1. sınıf öğrencilerine göre yüksek olduğunu, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (Sevindik, 2007). Farklı öğrenci gruplarında yapılan çalışmalarda da sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Albayrak Okçin, 2013; Amanak vd., 2019; Yiğitbaş ve Yetkin, 2017). Çalışmamızda, öğrencilerin sınıf seviyesi artıka eğitimin etkisi ile bilgi ve becerilerin artmasıyla ÖEYÖ puan ortalamasının yükselmesi beklenirken ancak 2. sınıf öğrencilerinin ÖEYÖ puan ortalaması 1. ve 4. sınıf öğrencilerine göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Eğitimin ilk aşamasında olan 1. sınıf öğrencilerin uygulamalarında öğrendiği yeni bilgilerden dolayı yaşayabileceği kaygının; 4. sınıf öğrencilerinde ise, mezuniyet sonrası atanma kaygısı ve toplumun beklentilerine uygun davranış çabası gibi etkilerin mevcut sonuçları etkileyebildiğini söylenebilir.

Çalışmamızda bölümü isteyerek seçtiğini belirten öğrencilerin puan ortalamaları yüksek olup; ÖEYÖ davranışı tamamlama alt boyutu hariç, ÖEYÖ toplam puanı ile diğer alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 3). Gül ve arkadaşının farklı öğrenci gruplarında yaptıkları çalışmada, bölümünü isteyerek tercih eden öğrencilerin, genel öz yeterlik ortalamasının daha fazla olduğu görülmüştür (Gül ve Adigüzel, 2015). Okçin ve arkadaşının yaptıkları çalışmada da bölümünü isteyerek tercih eden öğrencilerin karşılaştıkları sorunlarla baş etmede daha kararlı davrandıkları belirtilmiştir (Albayrak Okçin, 2013). Bu sonuçlara göre, bölümü isteyerek seçen öğrencilerin genel öz yeterlilik düzeyi ile bölümü isteyerek seçmeyen öğrencilere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Öğrencilerin isteyerek yaptığı eylemlerin öz yeterliliği etkilediği söylenebilir.

Çalışmamızda teorik derslerin yeterli bulunması ile ilgili ÖEYÖ toplam puanı ile tüm alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Uygulamalı derslerin yeterli bulunması ile ilgili soruda ÖEYÖ toplam ve davranışa başlama alt boyutu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 3). Çalışmamızda, öğrencilerin görsel algılarının öz-etkililik ve yeterlik düzeylerini artırmada daha etkili olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda kişilik yapısı ile ilgili ÖEYÖ toplam ve davranış sürdürme alt boyutu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 3). Buna göre kişilik yapısı katı disiplin ve aşırı rahatlıktan uzak olan öğrencilerin öz etkililik ve yeterlik düzeylerinin de buna bağlı olarak olumlu yönde etkilendiği düşünülebilir.

Çalışmamızda derslerin not ortalaması ile ilgili ÖEYÖ toplam ve davranış tamamlama alt boyutu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Kendini başarılı bulanların ÖEYÖ toplam ve davranışa başlama ve engellerle mücadele alt boyutu arasındaki fark

istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 3). Bu doğrultuda çalışmamızdaki öğrencilerin ağırlıklı not ortalamalarının geçme notundan yüksek olmasının, kendini başarılı görmede etkili olabileceğini düşünülebilir.

Çalışmamızda, başarıyı etkileyen etmenlerle ilgili ÖEYÖ toplam ile alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 3). Çalışmamızda, öğrencilerin başarılarının ailesel ve çevresel etmenlerden etkilenmemesinde öz güvenlerinin etkili olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda, ÖEYÖ toplam ve davranışı tamamlama alt boyut puanları ile derslerin not ortalaması arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu bulundu (Tablo 4). Saeid ve arkadaşının üniversite öğrencilerine yönelik yaptıkları çalışmada, öz-yeterlik ve başarı motivasyonu arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bulunmuştur (Saeid ve Eslaminejad, 2017). Bulgularımıza benzer yapılan çalışmalarda akademik başarıları ile öz-yeterlik arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir (Safarzadeh, 2016; Zhang vd., 2015).

SONUÇ

Araştırma sonucunda öğrencilerin ÖEYÖ toplam puanlarının ortalamasının üzerinde; toplam ÖEYÖ ve davranışı tamamlama ile derslerinin not ortalaması arasında pozitif yönde ilişki olduğu görüldü. Öğrencilerin yetersizliklerini gidermeye yönelik eğitim çalışmalarının düzenlenmesi ve öğrenmeyi kolaylaştıracak stratejilerin geliştirilmesi açısından yeni çalışmalar yapılabilir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılığı sadece bir üniversitenin sağlık yüksekokulu öğrencileri ile yapılmış olmasıdır. Diğer bir sınırlılık ise bölümde üçüncü sınıf öğrencilerinin olmamasıdır.




KAYNAKLAR

- Açıksöz, S., Uzun, Ş., Arslan, F. (2016). Hemşirelik öğrencilerinde öz yeterlilik algısı ile klinik uygulamaya ilişkin kaygı ve stres durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Assessment of Relationship between Nursing Students' Self-Efficacy and Levels of Their Anxiety and Stress about Clinical Practice*, 58(2), 129–35.
- Albayrak Okçin, F. (2013). Öğrencilerin öz-etkililik-yeterlilik algıları ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 40–51.
- Amanak, K., Demirkol, İ., Kuru, Z. (2019). Ebelik öğrencilerinin problem çözme becerileri ile öz etkililik yeterlik düzeyleri arasındaki ilişki. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9(2), 71–75.
- Britner, S. L. (2008). *Motivation in high school science students: a comparison of gender differences in life, Physical, and Earth Science Classes. Journal of Research in Science Teaching*, 45(8), 955–70.
- Dağlar, G., Dilek Bilgic, D., Evcili, F., Polat, Ö. (2018). *The relationship between self-efficacy-sufficiency and professional motivation of the midwifery students. International Journal of Caring Sciences*, 11(2), 239-246.

- Dikmen, Y., Denat, .Y, Basaran, H., Filiz, N. Y. (2016). *Investigation of self-effectiveness and self-efficacy levels of nursing students. Directory of Open Access Journals*, 6(3), 206-213.
- Gözüm, S., Aksayan, S. (1999). *Öz-etkililik-yeterlik ölçeği'nin türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. Atatürk Üniversitesi. Hemşirelik Yükseköğretim Dergisi*, 2(14), 21-34.
- Gül, İ., Adigüzel, O. (2015). *Sağlık kurumları yöneticiliği lisans bölümü öğrencilerinin öz yeterlilik düzeylerinin incelenmesi. Examination of Self-Efficacy Levels of Undergraduate Students Studying In The Department of Health Institutions Management*, 8(36), 864-76.
- Karadağ, E., Aksoy Derya, Y., Ucuza, M. (2011). *Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin öz etkililik-yeterlik düzeyleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1), 14-20.
- Khan, M. (2013). *Academic self-efficacy, coping, and academic performance in college. International Journal of Undergraduate Research and Creative Activities*, 5(1),4-11.
- Kızılcı, S., Mert, H., Küçükgüçlü, Ö., Yardımcı, T. (2015). *Hemşirelik fakültesi öğrencilerinin öz etkililik düzeyinin cinsiyet açısından incelenmesi. deuhfed*, 8(2), 95-100.
- Saeid, N. (2017). *Eslaminejad T. Relationship between student's self-directed-learning readiness and academic self-efficacy and achievement motivation in students. International Education Studie*, 10(1), 225-32.
- Safarzadeh, S. (2016). *The relationship of family affective climate, self-effectiveness, Personal-Social Adjustment With Academic Achievement Of University Students: A Study In Islamic Azad University, Ahvaz*, 4(3), 167-72.
- Sevindik, T. (2007). *Üniversite öğrencilerinde benlik saygısı ile öz-etkililik yeterlik arasındaki ilişki. Education Sciences*, 2(2), 13-21.
- Sherer, M., Maddux, J. Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., Rogers, R. (1982). *The self-efficacy scale: construction and validation. Psychological Reports*, 51, 663-71.
- Soudagar, S., Rambod, M., Beheshtipour, N. (2015). *Factors associated with nurses' self-efficacy in clinical setting in Iran, 2013. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(2), 226-31.
- Ünal Keskin, G., Orgun, F. (2006). *Öğrencilerin öz etkililik-yeterlilik düzeyleri ile başa çıkma stratejilerinin incelenmesi. [Studying the Strategies of Students' Coping with the Levels of Self-Efficacy-Sufficiency]. Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7(2), 92-99.
- Yiğitbaş, Ç., Yetkin, A. (2003). *Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin öz-etkililik-yeterlik düzeyinin değerlendirilmesi. C.Ü Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(1), 6-13.
- Yorulmaz, M. (2019). *Sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinde akademik öz-yeterlik araştırması. Business & Management Studies: An International Journal*, 7(1), 172-89.
- Zengin, N. (2010). *Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde öz-etkililik-yeterlilik algısı ve klinik uygulamada yaşanan stresle ilişkisinin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 49-57.
- Zhang, Z-J., Zhang, C. L., Zhang, X. G., Liu, X. M., Zhang, H., Jing Wang, J., ... Liu, S. (2015). *Relationship between self-efficacy beliefs and achievement motivation in student nurses. Chinese Nursing Research* Chinese Nursing Research, 2, 67-70.

İLKOKUL ÇAĞI ÇOCUKLARINDA EFÜZYONLU OTİTİS MEDIA PREVALANSININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Evaluation of the Prevalence of Otitis Media with Effusion in Primary School Age Children

Tuğba ŞAHİN¹  Selim ÜNSAL²  Hanifi KURTARAN³ 
¹Yozgat İl Sağlık Müdürlüğü, Yozgat
²İstanbul Atlas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul
³Özel Veni Vidi Göz Sağlığı Merkezi, İstanbul

Geliş Tarihi / Received: 23.04.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 04.11.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ÖZ

Bu çalışmanın amacı, Güneydoğu Anadolu Bölgesinde yer alan bir şehirdeki devlet okullarına devam eden ilköğretim çağındaki çocuklarda Efüzyonlu Otitis Media (EOM) prevalansını tespit etmektir. Çalışmaya 7-10 yaş arasındaki 204'ü kız (%48.6) ve 216'sı erkek (%51.4) olmak üzere toplam 420 çocuk dâhil edildi. Tüm katılımcılara otoskopik muayeneden sonra timpanometrik inceleme, ipsilateral akustik refleks ve Distortion Product Otoakustik Emisyon (DPOAE) testleri yapıldı. EOM prevalansı timpanometrik inceleme, ipsilateral akustik refleks ve DPOAE sonuçlarına göre %9.2 olarak bulundu. Çalışmaya katılan 41 çocukta Tip B timpanogram, 38 çocukta ise Tip C timpanogram elde edildi. Yaşla birlikte EOM prevalansında azalma gözlenmektedir. Elde edilen bulgulara göre EOM prevalansı literatür ile uyumlu bulundu. EOM prevalansının yüksek olması, yanında bir dizi problemi de yanında getirmektedir. Bundan dolayı ailelerin ve öğretmenlerin bu konuda dikkatli olması ve erken müdahale ile EOM'nin neden olabileceği problemlerin en aza indirgenmesi gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Akustik Refleksler, Efüzyonlu Otitis Media, Otoakustik Emisyon, Timpanometrik İnceleme

ABSTRACT

The aim of this study is to determine the prevalence of Otitis Media with Effusion (OME) in primary school children attending public schools in a province located in the Southeastern Anatolia Region. A total of 420 children, including 204 girls (48.6%) and 216 boys (51.4%) between 7-10 years were included in the study. All participants underwent tympanometric examination, ipsilateral acoustic reflex and Distortion Product Otoacoustic Emission (DPOAE) tests after otoscopic examination. OME prevalence was found as 9.2% according to tympanometric examination, ipsilateral acoustic reflex and DPOAE results. Among the children who participated in the study, Type B tympanograms were obtained in 41 children, and Type C tympanograms in 38 children. A decrease in OME prevalence is observed with age. According to the findings, EOM prevalence was found to be compatible with the literature. Besides the high prevalence of EOM, it also brings a series of problems. For this reason, parents and teachers should be careful about this issue and the problems caused by OME should be minimized by early intervention.

Keywords: Acoustic Reflexes, Otoacoustic Emission, Otitis Media with Effusion, Tympanometric Examination

GİRİŞ

Efüzyonlu Otitis Media (EOM), akut kulak enfeksiyonunun semptom ve belirtileri olmadan orta kulakta sıvı varlığını ifade etmektedir (Emmett, Kokesh, ve Kaylie, 2018; Vanneste ve Page, 2019; Sezgin, 2016). Genellikle kulak zarının arkasında efüzyon veya hava kabarcıkları görüldüğünde otoskopik muayene ile teşhis edilir. Ayrıca timpanometrik incelemede elde edilen düz bir eğri (Tip B) ve saf ses hava ve kemik yolu işitme eşikleri arasındaki fark tanılamada fayda sağlamaktadır. Orta kulaktaki sıvı orta kulak, östaki tüpü ve kulak zarının işlevini azaltarak iletim tipi işitme kaybı, kulak ağrısı ve konuşma anormalliklerine neden olmaktadır (Roditi, Caradonna, ve Shin, 2019; Sezgin, 2016; Vanneste ve Page, 2019). Efüzyonlu Otitis Media oldukça yaygın bir durumdur ve hem çocukların hem de yetişkinlerin ayaktan tıbbi tedavi için başvurmalarına neden olmaktadır. Tüm çocuk grupları ve yetişkinler göz önüne alındığında Acil Servise başvurmada altıncı, 15 yaş altı çocuklarda ise ikinci sırada yer almaktadır. Okul çağına kadar çocukların yaklaşık %90'ı en az bir kez EOM yaşamaktadır (Goodrich, Rubio, ve Cutler, 2009; Roditi vd, 2019). EOM için pasif sigara içimi, biberonla beslenme ve kreş ortamı risk faktörü olarak sayılabilir (Zernotti vd., 2017). Hem çocuklar hem de yetişkinlerde EOM görülmektedir. Çocuklar ve yetişkinler için etyoloji farklıdır. Östaki borusu küçük çocuklarda daha yatay yerleşimlidir. Yetişkinlerde ise östaki tüpü daha uzun ve kaudal olarak açı yapmaktadır. Bu nedenle, EOM çocuklarda daha yaygın olarak görülmektedir (Nemade, Shinde, Rangankar, ve Bhole, 2018). Ayrıca yumuşak damak kasları ile ilgili gelişim anomalileri, azalmış kas tonusu ve kemik gelişim varyasyonları da EOM oluşumuna zemin hazırlamaktadır (Ghadersohi, Ida, Bhushan, ve Billings, 2017). Özellikle ev, okul ya da kreşte işitmede zorlanma (televizyonu yakından izleme, yönergeleri alamama), konuşma gecikmesi, davranış ve uyku bozuklukları gözlenen çocukların EOM yönünden değerlendirilmesi gerekmektedir (Sezgin, 2016; Vanneste ve Page, 2019). EOM'nin dil edinimi döneminde sık sık görülmesi nedeniyle çocuğun işitme üzerindeki etkisini değerlendirmek önemlidir. 500, 1000, 2000 ve 4000Hz frekanslarında, EOM'li çocukların yaklaşık % 50'si 20dB'den fazla, % 20'si 35dB'den fazla ve % 5-10'u da 50dB'den fazla işitmelerini kaybeder. 50 dB'den daha fazla işitme kaybında olası bir iç kulak hasarı da düşünülmeli ve gerekli testler yapılmalıdır (Roberts, Hunter, ve Gravel, 2004). Tedavide her ne kadar antibiyotik önerilmese de (Vanneste ve Page, 2019) Kulak Burun Boğaz kliniklerinden daha fazla acil servislerde antibiyotiklerin reçete edildiği bildirilmiştir (Roditi, Liu, Bellmunt, Rosenfeld, ve Shin, 2016). Efüzyonlu Otitis Media 1-6 yaş arası çocukları en fazla etkilemektedir (Coleman ve Cervin, 2019). Yaklaşık 2 yaşındaki

çocuklarda ise yüksek bir prevalansa sahipken (%60) 5 yaşından sonra ise giderek azalmaktadır (Coleman ve Cervin, 2019; Vanneste ve Page, 2019). Çocuklarda işitme kaybı değerlendirilirken komple odyolojik ekipmanların kullanılması gerekmektedir ve elde edilen test sonuçlarının birbiri ile uyumlu (cross-check ilkesi) (Hall JW 3rd, 2016) olması gerekmektedir. Timpanometrik ölçümler ile orta kulak fonksiyonları (Khanna, Dhaimade, ve Raghunathrao, 2018) otoakustik emisyon (OAE) ile iç kulaktaki dış tüylü hücrelerin fonksiyonları (Bayat, Saki, ve Mirmomeni, 2019), akustik refleks testleri ile de işitme siniri ve santral işitsel yollar (süperior oliveri komplekse kadar), fasiyal sinir (stapedial dal) ve stapes kemikçiğinin fonksiyonelliği (Rawool ve Parrill, 2018) test edilebilmektedir. Çocukların orta kulakta enfeksiyon varlığı durumunda hem OAE sonuçları hem akustik refleks sonuçları olumsuz etkilenmektedir. OAE testinde dış kulak kanalına yerleştirilen bir prob ile iç kulağa ses gönderilip yansıyan enerji yine aynı prob içerisinde bulunan hassas bir mikrofona vasıtasıyla ölçülmektedir. Orta kulakta enfeksiyon varlığında ise yansıyan bu enerji ölçülememektedir. Aynı şekilde orta kulaktaki herhangi bir enfeksiyon varlığı akustik refleks ölçümlerini de engellemektedir. Akustik refleks arkında herhangi bir problem olmasa dahi akustik refleksler orta kulaktaki enfeksiyona bağlı olarak alınamamaktadır. Dolayısıyla elde edilen sonuçların birbirini desteklemesi gerekmektedir. Hem rutin uygulamalarda hem de yaptığımız bu çalışmada EOM'nin durumuna göre OAE' de ve akustik refleks sonuçlarında farklı algoritmik sonuçlar elde edilebilmektedir. Bu çalışmanın amacı ilkokul çağı çocuklarında (7-10 yaş arası) EOM' nın görülme sıklığını odyolojik testleri kullanarak ortaya koymaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma Ekim-Aralık 2015 tarihlerinde Güneydoğu Anadolu Bölgesinde yer alan bir şehirde yapıldı. Turgut Özal Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 26.09.2014 tarih ve 99950669/277 sayılı kararı ile etik onay alındı. Çocuklar devlet ilköğretim okullarından rastgele seçildi. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayandığı için katılımcıların ailelerinden "Hasta Bilgilendirme ve Hasta Onay Formu" alındı. Çalışmaya 7-10 yaş arasındaki erkek ve kız çocuklar dâhil edilmiştir. Tüm katılımcıların otoskopik muayenesi Kulak Burun Boğaz hekimi tarafından yapıldı.

Çalışmaya dâhil edilmeme kriterleri

Çalışmaya 7 yaşından küçükler, 10 yaşından büyükler,
Dış, orta ve iç kulak problemi olanlar,

Zihinsel engeli olanlar,

Testlerin yapılmasında adaptasyon problemi yaşayanlar,

Kulak zarı perforasyonu olanlar,

Buşon, ventilasyon tüpü ve aktif kulak akıntısı olanlar çalışmaya dâhil edilmedi. Ayrıca katılımcıların fiziksel ve nörolojik problemlerinin olmamasına dikkat edildi.

Katılımcılar

Çalışmamızda 7-10 yaş arası toplam 500 çocuğun otoskopik muayenesi yapıldı ve şartları uygun olan 420 çocuk değerlendirilmeye alındı. Çalışmaya dâhil edilmeyen 75 çocukta buşon/serümen, 2 çocukta ventilasyon tüpü ve 3 çocukta kulak zarı perforasyonu tespit edildi.

Timpanometrik ve Akustik Refleks Ölçümleri

Elektroakustik impedans testleri için Interacoustics AZ26 (Assens, Denmark) klinik timpanometre kullanıldı ve 226 Hz probe tone ve 80 ± 3 dB SPL ile (sağ/sol kulak) orta kulak basınçları ölçüldü. Akustik refleks eşikleri TDH 39 kulaklık kullanılarak 500, 1000, 2000, 4000 Hz'de (sağ/sol kulak) ipsilateral akustik refleksleri saptandı. Cihaz kalibrasyonları her sene cihazların dağıtımçı şirketi tarafından periyodik olarak yapılmaktadır.

Otoakustik Emisyon Değerlendirmeleri

Otometrics marka MADSEN Capella² taşınabilir Distortion Product Otoakustik Emisyon (DPOAE) cihazı OTOSuite yazılımı kullanılarak binaural olarak yapıldı. DPOAE testi 1000- 1500- 2000- 3000- 4000- 6000- 8000 Hz frekanslarında uygulandı. Her frekans için sinyal gürültü oranı (SNR) değerleri çalışma parametresi olarak kullanıldı. Sinyal gürültü oranı sinyal şiddet seviyesi ile gürültü şiddet seviyesi arasındaki farktır. Bu farkın +6 dB ve üzerinde olması o frekansta emisyon cevabının varlığını gösterdi. Test parametresi olarak $L1=65$ dB, $L2=55$ dB ve $f2/f1=1,22$ kullanıldı.

İstatistiksel Analiz

Çalışma öncesinde güç analizi PASS 11 programı 11.0.2 versiyonu ile yapıldı. Literatürde belirtilen kaynaklara göre prevalans değerinin 0.11 ± 0.03 aralığında (0.08-0.14 aralığında) olduğu beklentisi ile %95 güven düzeyinde popülasyon prevalansını belirlemek için güç analizi sonucuna göre örneklem büyüklüğü 418 olarak hesaplandı (Fleiss, Levin, ve Paik, 2003; Newcombe, 1998) ve istatistiksel analizler SPSS 15.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) paket programı ile yapıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile kontrol edildi ve normal dağıldığı izlendi ve anlamlılık seviyesi 0.05 olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışma grubu Ekim–Aralık 2015 tarihleri arasında devlet okullarından rastgele seçilmiş 7-10 yaş aralığındaki 420 çocuk dâhil edilerek oluşturuldu. Çalışmaya dâhil edilen toplam 420 çocuğun 204 (%48.6)'ü kız ve 216 (%51.4)'sı erkekti. 7 yaş grubunu oluşturan toplam 107 çocuğun %45.7 (49)'si kız, %54.2 (58)'i erkek, 8 yaş grubunu oluşturan toplam 107 çocuğun %40.9 (52)'si kız, %41.4 (55)'ü erkek, 9 yaş grubunu oluşturan 95 çocuğun %55.7 (53)'si kız, %44.2 (42)'si erkek, 10 yaş grubunu oluşturan 111 çocuğun %45 (50)'i kız ve %55 (61)'i ise erkektir (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcı Yaş Grupları, Sayıları ve Yüzdeler (%)

Yaş Grupları	Katılımcı Sayıları	Yüzdeler (%)
7	107	25.4
8	107	25.4
9	95	22.6
10	111	26.4
Toplam	420	100.0

Otoskopik muayene sonucunda 377 (%89.7) çocuğun kulak zarı normal, 36 çocuğun (%8.5) kulak zarı mat, 7 çocuğun (%1.8) kulak zarında hyalen plak ve 1 çocuğun (%0.23) adeziv kulak zarı olduğu tespit edildi. Timpanometrik inceleme sonucunda 341 çocukta (%81.1) Tip A timpanogram, 41 çocukta (%9.7) Tip B timpanogram ve 38 çocukta (%9.04) Tip C timpanogram elde edildi. 7 yaş grubunda 81 çocukta (%75.7) Tip A timpanogram, 17 çocukta (%15.8) Tip B timpanogram ve 9 çocukta (%8.4) Tip C timpanogram elde edildi. 8 yaş grubunda 84 çocukta (%78.5) Tip A timpanogram, 11 çocukta (%10.2) Tip B timpanogram ve 12 çocukta (%11.2) Tip C timpanogram elde edildi. 9 yaş grubunda 79 çocukta (%83.1) Tip A timpanogram, 6 çocukta (%6.3) Tip B timpanogram ve 10 çocukta (%10.5) Tip C timpanogram elde edildi. 10 yaş grubunda ise 97 çocukta (%87.3) Tip A timpanogram, 7 çocukta (%6.3) Tip B timpanogram ve 7 çocukta (%10.5) Tip C timpanogram elde edildi ve sonuçlar Tablo 2' de gösterildi.

Tablo 2. Timpanometrik İnceleme Sonuçları

Yaş	Tip A timpanogram	Tip B timpanogram	Tip C timpanogram
7	81 %75.7	17 %15.8	9 %8.4
8	84 %78.5	11 %10.2	12 %11.2
9	79 %83.1	6 %6.3	10 %10.5
10	97 %87.3	7 %6.3	7 %6.3
Toplam	341 %81.1	41 %9.7	38 %9.4

Akustik Refleks ölçümleri sonucunda 413 çocukta (%98.3) akustik refleksler elde edilirken 7 çocukta (%1.7) akustik refleksler elde edilemedi. 7 yaş grubunda 104 çocukta

(%97.1), 8 yaş grubunda 106 çocukta (%99), 9 yaş grubunda 94 çocukta (98.9) ve 10 yaş grubunda 109 çocukta (%98.1) ipsilateral akustik refleksler elde edildi ve sonuçlar Tablo 3' te gösterildi.

Tablo 3. Akustik Refleks Sonuçları

Yaş	Akustik Refleks (+)		Akustik Refleks (-)	
7	104	%97.1	3	%2.8
8	106	%99.0	1	%0.9
9	94	%98.9	1	%1.05
10	109	%98.1	2	%1.8
Toplam	413	%98.3	7	%1.6

Otoakustik Emisyon (OAE) ölçümleri sonucunda toplam 412 çocuk testi geçti. 7 yaş grubundan 102 çocuk testi geçerken, 5 çocuk testten kaldı. 8 yaş grubunda 105 çocuk testi geçerken, 2 çocuk testten kaldı. 9 yaş grubunda tüm çocuklar testi geçti ve 10 yaş grubundan 110 çocuk testi geçerken 1 çocuk testten kaldı ve sonuçlar Tablo 4' te gösterildi.

Tablo 4. Otoakustik Emisyon (OAE) Sonuçları

Yaş	OAE (+)		OAE (-)	
7	102	%95.3	5	%4.7
8	105	%98.1	2	%1.8
9	95	%100	1	%1.05
10	110	%99.0	0	%0.0
Toplam	412	%98.1	8	%1.9

Timpanometrik inceleme, akustik refleks ve OAE ölçüm sonuçlarının birlikte değerlendirilmesi ile EOM tanısı en doğru bir şekilde koyulabilmektedir. Her ne kadar otoskopik muayene, timpanometrik inceleme, akustik refleks ve OAE ile tanı koyulmaya çalışılsa da orta kulaktaki enfeksiyonun durumu (iyileşmeye başlaması) ve çocukların yapısal özellikleri test sonuçlarını etkileyebilmektedir. Çalışmamızda EOM tanısı için tüm test sonuçları ve Tip B timpanograma göre karar verildi ve tanı koyma kriterleri Tablo 5' te gösterildi.

Tablo 5. Tanı Koyma Kriterleri

Kulak zarı muayene sonucu	Odyolojik Test Sonuçları			Hasta sayısı
	OAE	Akustik Refleks	Timpanometrik inceleme	
Normal	+	+	Tip B	3
Mat	+	+	Tip B	30
Mat	-	+	Tip B	1
Mat	-	-	Tip B	5
			Toplam	39

TARTIŞMA

Efüzyonlu Otitis Media (EOM) akut otitis media bulguları (kulak zarında hiperemi, pozitif orta kulak basıncı vb.) olmaksızın sağlam kulak zarı arkasında enflamatuvar efüzyon toplanma durumudur. Çalışmamızda otoskopik muayeneye ek olarak yaptığımız timpanometrik inceleme, otoakustik emisyon ve akustik refleks testleri ile EOM prevalansı ortaya koyulmaya çalışılmıştır. Çalışmaya katılan tüm çocukların 41 tanesinde Tip B timpanogram, 38 tanesinde ise Tip C timpanogram edilmiş olup EOM prevalansı %9.2 olarak bulunmuştur. Burada dikkatlerden kaçmaması gereken bir durum da Tip C timpanogramı olan çocuklardır. Çünkü Tip C timpanogramı olan çocuklar EOM için risk grubundadırlar ve östaki tüp disfonksiyonunu göstermektedir (Cayır, Hizli, Kayabasi, ve Yildirim, 2020).

EOM prevalansı ile ilgili değişik ülkelerde yapılmış birçok çalışma mevcuttur (Alaraifi, Alosfoor, ve Alsaab, 2020; Çuhruk vd., 1979; Palandöken vd., 1986; Parmar vd., 2019). Ülkemizde (Kahramanmaraş) Mart 2002 ve Nisan 2002 tarihleri arasında yapılan çalışmaya 6-16 yaş arası toplam 2930 çocuk katılmıştır. Çocuklar kent merkezindeki okullarda, kent merkezinin çevresindeki okullarda ve bir yatılı okulda okuyan çocuklardan seçilmiştir. Bu çalışmada 80 çocukta tek taraflı, 109 çocukta çift taraflı EOM tespit edilmiş, genel EOM prevalansı %6.5 olarak bulunmuş ve yaşla birlikte prevalansta azalma bildirilmiştir. Bizim çalışmamıza katılan çocukların yaş grubu ile uyumlu olan 6-8 yaşındaki çocuklarda ise EOM prevalansı %10.4 olarak bildirmişlerdir (Okur, Yıldırım, Kılıç, ve Güzelsoy, 2004). Çalışmamızda ise 7-10 yaş grubundaki çocukların EOM prevalansı %9.2 olarak bulunmuştur. Okur ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonuçları bizim çalışma sonuçlarımız ile uyumludur (Okur vd., 2004). EOM'de mevsimsel koşullarında göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Yaptığımız çalışma kış mevsimine başlarken, diğer çalışma ise kış mevsiminin bitiminde yapılmıştır. Dolayısıyla her iki zaman diliminde de benzer prevalansın olması dikkat çekicidir.

Meriç vd. (1993)'i Diyarbakır ilinde 1988-1992 yılları arasında Kulak Burun Boğaz polikliniğe başvuran, 2-11 yaşları arasında, 80.713 hastaya otoskopik muayene, timpanometri ve saf ses odyometri ile EOM tanısı koymuşlardır. Bu çalışmada polikliniğe başvuran hastalardan %3.36 (270 hasta)'sının EOM'li olduğu belirtilmiştir. Yine EOM tanısı alan erkek çocukların oranı %61.20, kız çocuklarının oranı ise %38.80 olarak bildirilmiştir. En fazla EOM prevalansı %25.18 ile 7 yaşındaki çocuklarda tespit edilmiştir. Bu çalışmada 7 yaş grubundaki yüksek prevalans çalışmamızın sonuçları ile benzerlik göstermemektedir. Çalışma sonuçlarının benzerlik göstermemesi bölgesel şartlara bağlanmıştır (Meriç, Çetin, ve Demirel,

1993). Diyarbakır il ve ilçe merkezlerinde 2012 yılında yapılan başka bir çalışmada ise 4-10 yaş arası 1763 çocuktan 256'sına EOM tanısı konulmuş olup, ilköğretim okulundaki öğrencilerde EOM prevalansının il merkezinde %12.6, ilçelerde %16.3, anaokullarında ise %15.2 olduğu saptanmıştır (Güzel, Meriç, Toprak, Yorgancılar, ve Gün, 2012). Diyarbakır'ın il ve ilçeleri arasındaki fark bile bölgesel şartların etkili olduğunu düşündürmektedir. Bu çalışmadaki prevalans çalışmamızdan elde edilen prevalanstan yüksek çıkmıştır. Yıllar geçtikçe yaşam koşullarının çocukların lehine işlemesi EOM prevalansının azaldığını göstermektedir. Önümüzdeki yıllarda yapılacak çalışmalar ile bu düşüş gösterilebilir. Ayrıca çalışmamızda %9.4 olarak gözlenen Tip C timpanograma sahip çocukların risk grubunda olması da EOM prevalansını etkileyebilir.

Batman vd. (2000)'i İstanbul ili Üsküdar ilçesinde 539 çocuk üzerinde yaptıkları taramada EOM prevalansını %9 olarak bildirmişlerdir (Batman vd., 2000). İstanbul deniz kenarında ve ılıman bir iklime sahip olduğu için prevalans Diyarbakır'da yapılan çalışma sonuçlarından düşük çıkmıştır. Bu çalışma sonuçları çalışmamızın sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Caylan vd. (2006) Trabzon'da 5-12 yaş arası 1077 çocuk ile yaptıkları çalışmada EOM prevalansını %11.14 (120/1.077) olarak bildirmişlerdir. Bu çalışmada 5-6 yaş grubunda %15.2, 7-9 yaş grubunda %13.0, 10-12 yaş grubunda ise %6.7 olarak tespit edilmiştir (Caylan, Bektas, Atalay, ve Korkmaz, 2006). Çalışmamıza katılan 7-10 yaş grubunda %9.2 bulunmasına rağmen, bu çalışmada %13.0 bulunması ve iklimin de bu şehirde EOM oluşmaması lehine düşünüldüğünde prevalansın yüksek olduğu görülmektedir. Yaşla birlikte EOM prevalansı bu çalışmada gösterilmiştir. Elâzığ'da Eylül ve Kasım ayları arasında 3675 ilkokul ve ortaokul öğrencisinin bakıldığı bir tarama çalışmasında EOM prevalansı %2.42 (89/3675) olarak bulunmuştur. İlkokul öğrencileri arasında ise EOM prevalansı %3.1 (64/2042) olarak bildirilmiştir. Bu sonuçlara göre yaşa bağlı EOM'de azalma görülmektedir. (Keleş vd., 2004). Bu çalışma sonuçları ile çalışma sonuçlarımız uyumlu değildir. Bizim çalışmamızda %9.2 ile EOM prevalansı daha yüksek bulunmuştur. Keleş vd. (2004)'nin yaptığı çalışma Eylül-Kasım aylarını, bizim çalışmamız ise Ekim-Aralık aylarını kapsamaktadır (Keleş vd., 2004). Bu sonuçlar Eylül ayında EOM görülme sıklığının daha az, Aralık ayı ile EOM prevalansında ciddi bir artış olabileceğini düşündürmektedir. Denizli merkez anaokullarında yapılan bir çalışmada da EOM prevalansı %16.9 olarak bulunmuştur (Topuz, Bayramoğlu, Özüer, ve Kara, 1999). Denizli' de yapılan çalışmada bulunan bu oranın muhtemelen yaşla birlikte azalma göstermesi beklenir.

Midgley vd. (2000)'i İngiltere'de, 6-61 aylık çocuklar arasında olan okul öncesi 1400

çocuk üzerinde yaptıkları çalışmaya göre cinsiyetin EOM prevalansı ile anlamlı ilişkisinin olmadığını, artan yaşla EOM prevalansının azaldığını bildirmişlerdir (Midgley, Dewey, Pryce, ve Maw, 2000). Çalışmamıza katılan çocukların 204'ü kız 216'sı erkektir. EOM tespit edilen kız çocukların sayısı 18 (%8.8), erkek çocukların sayısı ise 21 (%9.7)'dir. Çalışmada EOM prevalansı kızlarda %8.8 iken, erkeklerde %9.7 olarak bulunmuştur. İstatistik olarak yapılan kız/erkek EOM görülme prevalansında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Cinsiyet ve EOM ilişkisi için tam bir görüş birliği henüz yoktur. Erkek çocuklarının daha çok ÜSYE geçirdiği teorik olarak düşünüldüğünde erkek çocuklarında yaygın olması beklenmektedir. Literatürde EOM'nin erkeklerde daha yaygın olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Meriç vd., 1993). Aksine EOM prevalansı ile cinsiyet arasında bir ilişki olmadığını ifade eden çalışmalar da mevcuttur (Caylan vd., 2006; Gultekin, Develioğlu, Yener, Ozdemir, ve Külekçi, 2010; Midgley vd., 2000) ve bulduğumuz sonuç bu çalışmalarla uyumludur.

Efüzyonlu Otitis Media nedenleri arasında alerjik rinit de yer almaktadır. Alerji, tuba üstaki etrafında ödeme ya da orta kulakta primer mukoza hastalığına neden olarak EOM'ye zemin hazırlayabilir. Dolayısıyla mevsimsel, bölgesel ve iklimsel özelliklerin yanında çalışmaların yapıldığı bölgelerin alerjik rinit açısından da değerlendirilmesi gerekmektedir. Alerjik rinit sonrası orta kulağa mukus salgınımı söz konusu olabilmektedir (Roditi vd., 2019). Bu durum EOM olarak kendini gösterebilir ve çalışma yapılan bölgelerde prevalansı yükseltebilir.

Çocuklarda EOM'ye bağlı olarak gelişen işitme azlığı, lisan gelişiminde bozulmaya, öğrenme güçlüğüne yol açabileceğini belirten çalışmalar mevcuttur (Crapko, Kerschner, Syring, ve Johnston, 2007; White, Heavner, Hardy, ve Prazma, 2002). Ayrıca öğretmenler ve aileler EOM'ye bağlı olarak çocuklarda dikkatsiz ve hiperaktif davranışlar, sözel IQ düşüklüğü, okuma problemlerini bildirmişlerdir (Bennett, Haggard, Silva, ve Stewart, 2001).

Sonuç olarak yapılan çalışmamızda EOM sıklığı %9.2 olarak bulunmuştur. Sonuçlarımız literatür bilgilerini destekler niteliktedir. EOM çocukları işitme, konuşma gelişimi ve davranış problemleri açısından olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle okul öncesi ve okul çağı dönemlerinde ailelerin EOM açısından dikkat etmeleri ve şüphelendikleri durumlarda hekime başvurmaları gerekmektedir. Uzun süren (3 ayı geçen durumlarda) EOM'ler kulak zarı perforasyonlarına neden olabilmekte ve kronik otitlere neden olabilmektedir. Bu durum kalıcı işitme kayıplarına neden olabilmekte ve cerrahi operasyonları gerektirebilmektedir. Özellikle uzun süren EOM ve ventilasyon tüpü operasyonu sonrası çocuklar işitme kayıpları yaşamaktadırlar. Bu yüzden dil gelişimi döneminde olan çocuklar için geçici de olsa amplifikasyon sistemleri düşünülmelidir ve iyi

bir seçenektir. Ek problem de (yarık damak dudak, Down sendrom vb.) eşlik ediyorsa problemin uzun süreceği düşünülmeli ve işitme cihazı kullanmaları sağlanmalıdır (Atkinson, Wallis, ve Coatesworth, 2015).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda EOM prevalansı %9.2 olarak bulundu. Çalışmamızda odyolojik testler bir bütün olarak kullanıldığı için doğru sonuç ve tanımlara ulaşıldı. EOM özellikle kış aylarında çocukları daha fazla etkileyebilmektedir. Bundan dolayı kış aylarında tedbir alınması prevalansta azalmaya neden olacaktır. Ayrıca EOM'nin gözden kaçtığı durumlarda Kronik Otitis Media (KOM) oluşabilmekte ve bu durum da bir ömür çocukların hayatlarını olumsuz etkileyebilir. Uzun süren EOM durumunda çocukların dil gelişimi için kritik dönemler olduğu için işitme cihazları düşünülmelidir.

Çalışmanın Kısıtlılığı: EOM tanısında saf ses odyometri testinin önemli bir yeri vardır. Bu çalışmada saf ses işitme testi yapılmadan EOM tanısı koyulmuştur.

KAYNAKLAR

- Alaraifi, A. K., Alosfoor, M. A., Alsaab, F. (2020). *Impact of pediatric obesity on the prevalence and outcome of otitis media with effusion. Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 133, 110005.
- Atkinson, H., Wallis, S., Coatesworth, A. P. (2015). *Otitis media with effusion. Postgrad Med*, 127(4), 381-5.
- Batman, Ç., Üneri, C., Tutkun, A., Şehitoğlu, M. A., İnanlı, S., Özer, E., ... Bekiroğlu, N. (2000). *İstanbul'da Okul Öncesi ve Okul Çağındaki Çocuklarda Sekretuar Otitis Media Prevalansı ve Risk Faktörleri. Türk Otolarengoloji Arşivi*, 38(1), 9-16.
- Bayat, A., Saki, N., Mirmomeni, G., Yadollahpour, A3. (2019). *Early Diagnosis of Hearing Loss in Patients Under Methadone Maintenance Treatment. Front Neurol*, 10, 749.
- Bennett, K. E., Haggard, M. P., Silva, P. A., Stewart, I. A. (2001). *Behaviour and developmental effects of otitis media with effusion into the teens. Arch Dis Child*, 85(2), 91-5.
- Cayir, S., Hizli, O., Kayabasi, S., Yildirim, G. (2020). *Eustachian tube dysfunction in sleep apnea patients and improvements afforded by continuous positive airway pressure therapy. Braz J Otorhinolaryngol. pii: S1808-8694(20)30028-8.*
- Caylan, R., Bektas, D., Atalay, C., Korkmaz, O. (2006). *Prevalence and risk factors of otitis media with effusion in Trabzon, a city in northeastern Turkey, with an emphasis on the recommendation of OME screening. Eur Arch Otorhinolaryngol*, 263(5), 404-8.
- Coleman, A., Cervin, A. (2019). *Probiotics in the treatment of otitis media. The past, the present and the future. Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol*, 116, 135-140.
- Crapko, M., Kerschner, J. E., Syring, M., Johnston, N. (2007). *Role of extra-esophageal reflux in chronic otitis media with effusion. Laryngoscope*, 117(8), 1419-23.
- Çuhruk, Ç., Beder, E., Kandilci, S., Aktürk, T., Uzun, H., Gürsel, D., Özgirgin, N. (1979). *TED Koleji İlkokulu öğrencileri arasında Kulak Burun Boğaz Hastalıkları prevalansı, Turk. ORL Bulteni*, 4 (3), 250-57.

- Emmett, S. D., Kokesh, J., Kaylie, D. (2018). *Chronic Ear Disease. Med. Clin. North Am.* 102(6), 1063-1079.
- Fleiss, J. L., Levin, B., Paik, M. C. (2003). *Statistical Methods for Rates and Proportions. Third Edition. New York: John Wiley ve Sons.*
- Ghadersohi, S., Ida, J. B., Bhushan, B., Billings, K. R. (2017). *Outcomes of tympanoplasty in children with down syndrome. Int J Pediatr Otorhinolaryngol.*, 103, 36-40.
- Goodrich, T., Rubio, F., Cutler, J. L. (2009). *Otitis media and antihistamines. Curr Allergy Asthma Rep.*, 9, 456–9.
- Gultekin, E., Develioğlu, O. N., Yener, M., Özdemir, I., Külekçi, M. (2010). *Prevalence and risk factors for persistent otitis media with effusion in primary school children in Istanbul, Turkey. Auris Nasus Larynx.*, 37(2), 145-9.
- Güzel, R., Meriç, F., Toprak, S., Yorgancılar, A. E., Gün, R. (2012). *Diyarbakır il ve ilçe merkezlerinde ilköğretim ve anaokulu çocuklarında efüzyonlu otitis media prevalansı ve risk faktörleri. Journal of Medical Updates.*, 2(1), 8-1.
- Hall, J. W 3rd. (2016). *Crosscheck Principle in Pediatric Audiology Today: A 40-Year Perspective. J Audiol Otol.*, 20(2), 59-67.
- Keleş, E., Kaygusuz, I., Karlıdag, T., Yalçın, S., Açık, Y., Alpay, H. C., Sakallıoğlu, O. (2004). *Prevalence of otitis media with effusion in first and second grade primary school students and its correlation with BCG vaccination. Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 68(8), 1069-74.
- Khanna, S., Dhaimade, P. A., Raghunathrao, R. (2018). *Comparative Assessment of Cephalometric and Tympanometric Readings in Down Syndrome. Cureus.* 10(9), e3301.
- Meriç, F., Çetin, Y., Demirel, M. (20 - 25 June 1993). *Effusion otitis media incidence in the Southastern Anatolia [Abstract]. XV World Congress of Otorhino-laryngology Head and Neck Surgery, Istanbul, Turkey.*
- Midgley, E. J., Dewey, C., Pryce, K., Maw, A. R. (2000). *The frequency of otitis media with effusion in British pre-school children: a guide for treatment. ALSPAC Study Team. Clin Otolaryngol Allied Sci.* 25(6), 485-91.
- Nemade, S. V., Shinde, K. J., Rangankar, V. P., Bhole, P. (2018). *Evaluation and significance of Eustachian tube angles and pretympnic diameter in HRCT temporal bone of patients with chronic otitis media. World J Otorhinolaryngol Head Neck Surg.*, 4(4), 240-245.
- Newcombe, R. G. (1998). *Two-Sided Confidence Intervals for the Single Proportion: Comparison of Seven Methods. Statistics in Medicine*, 17, 857-872.
- Okur, E., Yildirim, I., Akif Kilic, M., Guzelsoy, S. (2004). *Prevalence of otitis media with effusion among primary school children in Kahramanmaraş, in Turkey. Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 68(5), 557-62.
- Palandöken, M., Matkarı, M., Toprak, M., Çallı, H., Koru, N., Şerbetçioğlu, B., Akın, A., Günbay, U. (1986). *İzmir'in Gecekondu Bölgesinde Bulunan İlkokullarda Yapılan Rutin KBB ve Odiometrik Tarama Sonuçlarının Sunulması, İzmir Devlet Hast Mec.* 2, 325-335.
- Parmar, S., Davessar, J. L., Singh, G., Arora, N., Kansal, L., Singh, J. (2019). *Prevalence of Otitis Media with Effusion in Children with Hearing Loss. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 71(Suppl 2), 1276-1281.
- Rawool, V. W., Parrill, M. (2018). *Objective evaluation of binaural summation through acoustic reflex measures. Int J Audiol.* 57(7), 493-501.
- Roberts, J., Hunter, L., Gravel, J. (2004). *Otitis media, hearing loss, and language learning: controversies and current research. J. Dev. Behav. Pediatr.*, 25, 110–122.

-
- Roditi, R. E., Caradonna, D. S., Shin, J. J. (2019). *The Proposed Usage of Intranasal Steroids and Antihistamines for Otitis Media with Effusion. Curr Allergy Asthma Rep., 19(10), 47.*
- Roditi, R. E., Liu, C. C., Bellmunt, A. M., Rosenfeld, R. M., Shin, J. J. (2016). *Oral antibiotic use for otitis media with effusion: ongoing opportunities for quality improvement. Otolaryngol. Head Neck Surg., 154, 797–803.*
- Sezgin, Z. (2016). *Otitis Media with Effusion: Overview of Diagnosis and Treatment Approaches. Pediatric Practice and Research., 4(1), 1-11.*
- Topuz, B., Bayramoğlu, İ., Özüer, M. Z., Kara, C. O. (1999). *The Prevalence of Secretory Otitis Media in Nursery School Children in Denizli. KBB İhtisas Dergisi, 6(1), 63-65.*
- Vanneste, P., Page, C. (2019). *Otitis media with effusion in children: Pathophysiology, diagnosis, and treatment. A review. J Otol., 14(2), 33-39.*
- White, D. R., Heavner, S. B., Hardy, S. M., Prazma, J. (2002). *Gastroesophageal reflux and eustachian tube dysfunction in an animal model. Laryngoscope., 112(6), 955-61.*
- Zernotti, M. E., Pawankar, R., Ansotegui, I., Badellino, H., Croce, J. S., Hossny, E., ...Zhang, L. (2017). *Otitis media with effusion and atopy: is there a causal relationship? World Allergy Organ J., 10(1), 37.*

ÖĞRENCİLERİN SINAV KAYGI DÜZEYİNİN KARDİYOPULMONER RESÜSİTASYON UYGULAMA SINAVI BAŞARILARI İLE İLİŞKİSİ: PARAMEDİK ÖRNEĞİ

The Relationship of Students' Exam Anxiety with the Success of the Cardiopulmonary Resuscitation Application Exam: Paramedic Example

Leyla DELİBAŞ¹  İbrahim BİLİR²  Göksel DÜRMÜŞ³ 
Aynur EKREN⁴  Semra ÇELİKLİ⁵ 
^{1,2,3,4,5}Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Meslek Yüksekokulu, Gaziantep

Geliş Tarihi / Received: 19.03.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 07.11.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ÖZ

Çalışma paramedik öğrencilerindeki sınav kaygı düzeylerinin KPR uygulama sınavı başarılarıyla ilişkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı olarak yapılan araştırmanın evrenini, bir vakıf üniversitesi meslek yüksekokulunda öğrenim gören paramedik 2. sınıf öğrencileri oluşturmuş, katılmayı kabul eden 67 öğrenci örneklemini oluşturmuştur. Veriler Şubat 2020'de sosyo-demografik bilgi formu, KPR Uygulama Rehberi (KPRUR) ve Sınav Kaygısı Ölçeği (SKÖ) kullanılarak toplanmıştır. SPSS-24 paket programı kullanılmış ve, sayı, yüzde, ortalama, bağımsız gruplarda T testi, ANOVA, Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Katılanların yaş ortalamasının 19.93±1.8, %70.1'inin kadın, %50.7'sinin sağlık meslek lisesi mezunu olduğu belirlenmiştir. Kadınların SKÖ (104.3±25.3) ve KPRUR (84.6±13.1) puan ortalamalarının erkeklerin SKÖ (97.8±19.9) ve KPRUR (82.5±14.1) puan ortalamalarından yüksek olduğu, fakat aralarında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (p>0.05). SKÖ puanı 102.4±23.9 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin KPRUR puanının 84.01±13.3 olduğu, öğrencilerin en yüksek puan aldıkları işlem basamaklarının; hastanın bilinç durumu değerlendirmek (9.4±2.2), beş siklusta bir yeniden değerlendirme yapmak (9.37±2.2) ve bir siklusta 30 Göğüs Kompresyonu- 2 Solunum yapmak (9.21±2.2) olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılanların sınav kaygı düzeyi ortalamasının orta ve KPRUR puan ortalamalarının iyi düzeyde olduğu belirlenmiş olup, KPRUR toplam puanı ile sınav kaygısı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir.

Anahtar kelimeler: İlk ve Acil Yardım, KPR, Öğrenci, Paramedik, Sınav Kaygısı

ABSTRACT

The study has been conducted to examine the relationship between exam anxiety levels of paramedic students and their success in CPR practice exam. The universe of the descriptive study consisted paramedic 2nd grade students studying at a foundation university vocational school and the sample has been formed with 67 students who agreed to participate. The data have been collected in February 2020 by using the socio-demographic information form, CPR Implementation Guide (CPRIG) and Exam Anxiety Scale (EAS). SPSS-24 package program was used, and number, percentage, average, T test in independent groups, ANOVA, and Pearson correlation analysis have been performed. It has been determined that the average age of the participants was 19.93±1.8, 70.1% were women, 50.7% were health vocational high school graduates. It has been detected that the mean scores of SCI (104.3 ± 25.3) and CPRIG (84.6 ± 13.1) of women were higher than the mean scores of SCI (97.8 ± 19.9) and CPRIG (82.5 ± 14.1) of men, but there was no significant difference between them (p> 0.05). EAS score has been found as 102.4±23.9. It has been determined that, CPRIG score of the students was 84.01±13.3 and the process steps where the students got the highest score were; to evaluate the patient's consciousness (9.4±2.2), to make reassessment in five cycles (9.37±2.2) and to perform 30 Chest Compressions- 2 breaths in one cycle (9.21±2.2). It has been detected that exam anxiety level average of the participants in the study was medium and CPRIG average score was at good level, and significant relationship has not been determined between the total score of CPRIG and exam anxiety level.

Keywords: CPR, Exam Anxiety, First and Emergency Aid, Paramedic, Student

Leyla DELİBAŞ ✉, leyla.delibas@hku.edu.tr
Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Meslek Yüksekokulu, Gaziantep

Bu makaleye atıf yapmak için(How to cite this article): Delibaş, L., Bilir, İ., Dürmüş, G., Ekren, A., Çelikli, S.(2020). Öğrencilerin Sınav Kaygı Düzeyinin Kardiyopulmoner Resüsitasyon Uygulama Sınavı Başarıları İle İlişkisi: Paramedik Örneği. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 8(3), 862-873. doi: 10.33715/inonusaglik.706588

GİRİŞ

Kaygı, strese uzun süre maruz kalan, uyaran ile karşılaştığında bireyin zihinsel, fiziksel ya da duygusal olarak kendini uyarılmış hissetmesiyle bireyin olumsuz düşüncelere kapılmasından dolayı tedirgin davranışlar ve panik hali gelişmesi sonucu yoğun endişelerin görüldüğü duygu durumu olarak tanımlanabilir (Ayan, 2015). Farklı türlerde görülebilen kaygı türlerinden; okullarda en sık görülen kaygı tipi sınavlar öncesinde veya sınav esnasında en üst seviyede gözlemlenen sınav kaygısı olarak belirtilmektedir. Sınav kaygısı, farklı yönleriyle (psikolojik, fizyolojik vb.) sınav esnasında veya öncesinde öğrencilerin bilgi ve becerilerinin değerlendirilme süreci boyunca hissedilen tedirginlik duygusuyla çalışmayı engelleyen, öğrenmeyi güçleştiren duygu durumu olarak tanımlanmaktadır (Midilli, Çevik, ve Baysal, 2017; Öner Koruklu, Öner, ve Oktaylar, 2006). Sınavların kaygı oluşturmaları ise öğrencilerin sınavları nasıl algıladığı (stres kaynağı olarak görmesi, bilinmeyen sınav formatı vb.) ve kendi iç dünyasında nasıl değerlendirdiğine bağlı olarak başa çıkabilme becerilerine bağlıdır (Ayrancı ve Öge, 2011).

Sınav kaygı düzeyleri yüksek olan kişiler sınav anında istenen cevapları vermek için, kısa/uzun süreli belleklerinde yer alan bilgi ve beceriler doğrultusunda anahtar-kilit uyumu sağlamakta zorlanmaktadırlar. Bu durum ise öğrencinin uzun süre strese maruz kalmak durumunda olması sebebiyle öğrenmeyi olumsuz yönde etkileyerek akademik başarı düzeyini düşüren faktörler arasında sayılmaktadır. Yapılan çalışmalarda kaygısı fazla olanlar ile hiç kaygı etmeyen öğrencilerde akademik başarının düşük olduğu görülürken normal düzeyde kaygı bulunduran öğrencilerde akademik başarının yüksek olduğu söylenmektedir (Midilli vd., 2017; Eser ve Burdur, 2017).

Sağlık alanında eğitim gören öğrencilerin kliniğe hazırlanmalarında, dönem boyunca gördükleri dersler kapsamında laboratuvarlarda verilen uygulamalı eğitimler oldukça önem kazanmaktadır. Sağlık alanında eğitim gören öğrenciler eğitim hayatları boyunca hasta ve yaralıya müdahale gerektiren durumlarda neler yapmaları gerektiğini uygulama laboratuvarlarında gerçeğe yakın maketler üzerinde görerek ve öğrenerek mesleki becerilerine katkı sağlamaktadır. Ayrıca uygulamalı eğitimler doğrultusunda klinik öncesi kaygı düzeylerinin de azaltılması, klinikte çalışırken uyum sürecini, ekip çalışmalarını ve iletişim becerilerini olumlu yönden etkilemektedir (Demirağ vd., 2018; Midilli vd., 2017).

İlk ve Acil Yardım (Paramedik) Programı, sağlık alanında eğitim alan gruplar içerisinde çalışma ortamlarının kaygı düzeylerinin fazla olduğu bölümlerden bir tanesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışma alanlarının bu şekilde kaygı barındıran alanda eğitim gören öğrencilerin

klirik öncesi kaygılarının en aza indirilmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda sadece teorik dersler ile yetinmeyip, teorik dersler kapsamındaki uygulamalı eğitimler ile teorik ve uygulama arasındaki kalan boşlukların doldurulması sağlanmaktadır. Uygulamalı eğitimlerin uygulanmasında ise standardize edilmiş rehberlerin kullanılması yüksek öneme sahiptir. Kardiyopulmoner arrest vakaları paramedikler tarafından hastane öncesinde tanımlaması önemli olan bir durumdur. Öğrencilerin ise bu önemli vakaya yaklaşım doğrultusunda, okul döneminde bu tür vakaları tanımlama ve gereken müdahaleleri hızlı-etkin bir biçimde uygulama için eğitilmelidir. Kardiyopulmoner arrest vakaları için öğrenilmesi gereken en önemli uygulamalardan biri kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) uygulamasıdır. KPR’da önemli olan uygulamaların doğru zamanda, gerektiği şekilde, doğru sırada, eksiksiz ve tam olarak uygulanmasıdır. Doğru ve etkili bir şekilde yapılan kardiyopulmoner resüsitasyon hastane öncesi sağ kalımları önemli oranda etkilemektedir (Karaveli Çakır, Özel, ve Demirarslan, 2019; Oktay vd., 2019). KPR hakkında laboratuvarlarda maketler üzerinde uygulamalı olarak eğitimler verilmekte ve bu konuda öğrencinin yeterliliğini ölçmek adına dönem sonlarında uygulamalı sınavlar yapılmaktadır (Oktay vd., 2019; Tuna vd., 2017).

Çalışmamızda Avrupa Resüsitasyon Komitesi (ERC, 2015)’nin uygulamaları esas alınarak hazırlanan uygulama rehberleri üzerinden eğitim alan paramedik öğrencilerinin, Sınav Kaygı Düzeyinin KPR Uygulama Sınavı başarıları ile ilişkisini belirlemek amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırma olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini bir vakıf üniversitesinin Meslek Yüksekokulu’nda öğrenim gören paramedik 2. sınıf öğrencileri oluşturmuştur. Örneklem yöntemine gidilmeden evrenin tamamı araştırmaya dâhil edilmiş olup çalışmaya katılmayı kabul eden 67 öğrenci ile araştırma tamamlanmıştır.

Araştırma Planı

Paramedik öğrencilerine KPR uygulama becerilerinin kazandırılması için her katılımcıya öncelikle KPR hakkında teorik bilgi verilmiş olup, sonrasında ERC (ERC, 2015) tarafından standardizasyonu yapılmış kardiyopulmoner resüsitasyon uygulama rehberi (KPRUR) kullanılarak uygulama maketleri ile birden fazla uygulama yapılması sağlanmıştır.

Yapılan teorik ve uygulamalı eğitimler sonrasında yine KPRUR kullanılarak yapılan uygulama sınavında kaygı düzeylerinin başarıya etkisi değerlendirilmiştir.

Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri Şubat 2020’de araştırmanın yapıldığı Meslek Yüksekokulu’nda yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, KPR Uygulama Rehberi ve Sınav Kaygısı Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Yaş, cinsiyet, medeni durum vb. bireye ait bilgileri içeren 6 soruluk bir formdur.

KPR Uygulama Rehberi: Avrupa Resüsitasyon Komitesi (ERC, 2015)’nin uygulamaları esas alınarak yetişkinler için hazırlanan rehber 10 maddeden oluşan, toplam 100 puan üzerinden değerlendirilen bir formdur. Etkin bir KPR uygulaması yapılabilmesi için alınması gereken minimum puanın 75 olması gerekmektedir (ERC, 2015; Greif vd., 2015).

Sınav Kaygısı Ölçeği: Bahçeci (2006) tarafından geliştirilmiş 34 maddelik 5’li likert tipindeki ölçeğin, Başkalarının Görüşü (7, 8, 11, 12, 13, 17, 18, 21, 26, 27, 29, 30, 31, 34. maddeler), Kendi Görüşünüz (9, 10, 16, 20, 25, 28, 32, 33. maddeler), Gelecek ile İlgili Endişeler (1, 5, 6, 14, 15, 19. maddeler), Hazırlanmak ile ilgili Endişeler ve Genel Sınav Kaygısı (2, 3, 24. maddeler), Zihinsel ve Bedensel Tepkiler (4, 22, 23. maddeler) olmak üzere toplam 5 alt ölçeği bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük toplam puan 34, en yüksek puan 170’dir. Ölçek puanlamasında, 34-78 puan düşük düzeyde kaygıyı, 79-125 puan orta düzeyde kaygıyı, 126-170 puan yüksek düzeyde kaygıyı göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0.87’dir (Bahçeci, 2006). Bizim çalışmamızda Cronbach α değeri 0.93 olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yapıldığı üniversitede bulunan Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan (Karar no: 2020/005) etik kurul izni alınmıştır. Etik kurul izni alındıktan sonra çalışmanın uygulanması için üniversitenin Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü’nden gerekli izin alınmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi:

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 21 paket programı kullanılmış olup, sayı, yüzde, ortalama, bağımsız gruplarda T testi, ANOVA, Pearson korelasyon analizi yapılmıştır.

BULGULAR

Öğrencilerin sınav kaygı düzeyinin KPR uygulama sınavı başarıları ile ilişkisinin incelenmesi amacı ile yaptığımız araştırmamızda katılanların yaş ortalamasının 19.93 ± 1.8 olduğu, %70.1'inin kadın, %50.7'sinin sağlık meslek lisesi mezunu, %83.6'sının gelirinin giderine denk olduğu ve %91'inin çalışmadığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özellikleri (n=67)

	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	47	70.1
Erkek	20	29.9
Mezun Olunan Okul		
Sağlık Meslek Lisesi	34	50.7
Anadolu/Fen/Temel/Düz Lise	30	44.8
Meslek Lisesi (Sağlık Dışı)	3	4.5
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	6	9.0
Çalışmıyor	61	91.0
Gelir Durumu		
Gelir Giderden Düşük	8	11.9
Gelir Gidere Denk	56	83.6
Gelir Giderden Fazla	3	4.5
	Min-Max	X±SD
Yaş	18-29	19.93±1.8

Tablo 2. Öğrencilerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre SKÖ ve KPRUR Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=67)

	SKÖ		KPRUR	
	X±SD	Önemlilik	X±SD	Önemlilik
Cinsiyet				
Kadın	104.3±25.3	t=-1.030	84.6±13.1	t=-0.582
Erkek	97.8±19.9	p=0.307	82.5±14.1	p=0.563
Yaş				
20 yaş altı	105.6±24.1	t=1.140	84.2±14.4	t=0.136
20 yaş üstü	98.9±23.6	p=0.259	83.7±12.3	p=0.892
Mezun olunan okul				
Sağlık meslek lisesi	104.9±27.1	f=0.563	84.7±14.7	f=0.232
Anadolu/Fen/Temel/Düz Lise	99.0±19.8	p=0.572	83.7±10.5	p=0.794
Meslek lisesi (sağlık dışı)	107.6±26.7		79.3±25.7	

Bağımsız Gruplarda T Testi, ANOVA. SKÖ=Sınav Kaygısı Ölçeği, KPRUR=KPR Uygulama Rehberi

Kadınların SKÖ puan ortalamasının (104.3 ± 25.3) erkeklerden (97.8 ± 19.9) yüksek olduğu; kadınların KPRUR puan ortalamasının (84.6 ± 13.1), erkeklerden (82.5 ± 14.1) yüksek

olduğu fakat aralarında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). 20 yaş altındaki bireylerde SKÖ puan ortalamasının (105.6 ± 24.1) 20 yaş üstündeki bireylerden (98.9 ± 23.6) yüksek olmasına rağmen, aralarındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Sağlık meslek lisesinden mezun olan öğrencilerin SKÖ puan ortalamasının (104.9 ± 27.1) ve KPRUR puan ortalamalarının (84.7 ± 14.7) diğer liselerden mezun olanlardan yüksek olduğu, ancak aralarındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 2).

Tablo 3. Öğrencilerin SKÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları

	Min-Max	X±SD
SKÖ Başkalarının Görüşü	14-70	43.3±13.1
SKÖ Kendi Görüşünüz	8-35	19.5±6.7
SKÖ Gelecek ile İlgili Endişeler	11-30	19.0±4.6
SKÖ Hazırlanmak ile ilgili Endişeler ve Genel Sınav Kaygısı	7-15	10.4±1.8
SKÖ Zihinsel ve Bedensel Tepkiler	4-15	9.8±2.3
SKÖ Toplam	51-158	102.4±23.9

SKÖ=Sınav Kaygısı Ölçeği

SKÖ toplam ölçek puanına bakıldığında 102.4 ± 23.9 'dur. Alt boyut puanları; Başkalarının Görüşü 43.3 ± 13.1 , Kendi Görüşünüz 19.5 ± 6.7 , Gelecek ile İlgili Endişeler 19.0 ± 4.6 , Hazırlanmak ile ilgili Endişeler ve Genel Sınav Kaygısı 10.4 ± 1.8 , Zihinsel ve Bedensel Tepkiler 9.8 ± 2.3 olarak bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 4. Öğrencilerin KPRUR Toplam ve İşlem Basamakları Puan Ortalamaları

	Min-Max	X±SD
Bilinç durumu değerlendirmek için hasta omuzlarından tutularak hafifçe sarsılır.	0-10	9.4±2.2
Yüksek sesle "Nasılsınız?" diye sorulur.	0-10	8.43±3.2
Yanıt yoksa yardım çağırılır. (112)	0-10	7.84±4.1
Ağız içi kontrol edilir. Yabancı cisim görülüyorsa çıkarılır. Solunum yollarını açmak için travma yok ise baş geri-çene yukarı manevrası yapılır. Travma var ise çene itme manevrası yapılmalıdır.	0-10	7.61±3.2
" <i>Bak, Dinle, Hisset</i> " yöntemi ile solunumu olup olmadığını değerlendirilir.	0-10	7.97±2.7
Nabız Kontrolü – Karotis arterden yapılır. Bu basamaklar için 10 saniyeden fazla zaman harcanmaz. (2 kurtarıcı soluk verilebilir.)	0-10	9.21±2.2
30 Göğüs Kompresyonu / 2 Solunum (1 Siklus)	0-10	9.21±2.2
Kompresyon 100-120 / dk	0-10	7.04±3.0
Bası yaparken el ayası doğru yerleştirilir, her iki elin parmakları kenetlenir ve kollar dirsekten bükülmeden omuzdan itibaren desteklenerek göğüs basısı yapılır.	0-10	8.28±2.69
Sternum göğüs kafesinin 1/3 ü kadar (5-6 cm) çöktürülür.	0-10	9.37±2.2
5 siklusta bir yeniden nabız ve solunum değerlendirmesi yapılır.	0-10	9.37±2.2
Karotis arterten 5 sn. süreyle nabız yeniden kontrol edilir.	0-10	8.85±2.4
Nabız yoksa; KPR'a devam edilir. (30 Göğüs Kompresyonu / 2 Solunum)	0-10	8.85±2.4
Nabız varsa; solunum kontrol edilir.	0-10	8.85±2.4
Solunum yoksa; 12 kez /dk solutulur (5 sn. de bir soluk).	0-10	8.85±2.4
Solunum varsa; havayolu açıklığı sürdürülür.	0-10	8.85±2.4
TOPLAM PUAN	37-100	84.01±13.3

KPRUR=KPR Uygulama Rehberi

Öğrencilerin KPRUR toplam puanının 84.01 ± 13.3 olduğu, öğrencilerin en yüksek puan aldıkları işlem basamaklarının; hastanın *bilinç durumu değerlendirmek* (9.4 ± 2.2), *beş siklusta bir yeniden değerlendirme yapmak* (9.37 ± 2.2) ve *bir siklusta 30 Göğüs Kompresyonu- 2 Solunum yapmak* (9.21 ± 2.2) olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin en düşük puan aldıkları işlem basamaklarının da; *kompresyon yapış şekli* (7.04 ± 3.0), *solunum yolu açıklığı kontrolü yapılması* (7.61 ± 3.2) ve “*Bak, Dinle, Hisset*” yöntemi ile *solunum kontrolü* (7.97 ± 2.7) yapmak olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 5. SKÖ Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının KPRUR Toplam Puanı ile Korelasyonu

	1	2	3	4	5	6
SKÖ Başkalarının Görüşü (1)	r					
	p					
SKÖ Kendi Görüşünüz (2)	r 0.614					
	p 0.000					
SKÖ Gelecek ile İlgili Endişeler (3)	r 0.587	0.397				
	p 0.000	0.001				
SKÖ Hazırlanmak ile ilgili Endişeler ve Genel Sınav Kaygısı (4)	r 0.678	0.364	0.498			
	p 0.000	0.002	0.000			
SKÖ Zihinsel ve Bedensel Tepkiler (5)	r 0.654	0.302	0.388	0.648		
	p 0.000	0.013	0.001	0.000		
SKÖ Toplam (6)	r 0.956	0.756	0.708	0.715	0.671	
	p 0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	
KPRUR Toplam (7)	r 0.134	0.108	0.55	-0.049	0.072	0.118
	p 0.279	0.384	0.657	0.693	0.563	0.340

SKÖ=Sınav Kaygısı Ölçeği, KPRUR=KPR Uygulama Rehberi

SKÖ toplam puanı ile ölçeğin tüm alt boyutları arasında pozitif yönde ilişki belirlenmiştir ($p < 0.01$). KPRUR toplam puanı ile sınav kaygısı ölçeği toplam ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p > 0.05$) (Tablo 5).

TARTIŞMA

Kardiyopulmoner arrest vakalarında erken sürede ve uygun şekilde yapılan KPR uygulamaları mortalitenin azaltılması için önemli bir faktördür. Önceki çalışmalar incelendiğinde KPR eğitimleri standardizasyonu yapılmış formlar üzerinden verilse de bilgi eksikliği, zaman baskısı, ekipman eksikliği veya olağan dışı ekipman, alışılmadık çevre, ekip içinde sorumluluk, rol karmaşası ve stres gibi durumlardan dolayı başarı oranlarında değişiklikler görülmektedir (Kandıç, 2014; Tuna vd., 2017; Holmboe ve Durning, 2014; Oktay vd., 2019). Sağlık bilimleri eğitiminde maketler üzerinden uygulama yapılmasının; klinik hazır oluş, problem çözümü becerisinde artış ve öğrencilerin hem duyuşsal hem de bilişsel olarak gelişim yönünden olumlu katkı sağladığı birçok çalışmada vurgulanmaktadır. (Terzioğlu vd., 2012; Mete ve Uysal, 2010; Erol, Tanrikulu, Dikmen, ve Akduran, 2016).

Literatürde kız öğrencilerin, zaman yönetimi ve stresle başa çıkma tekniklerinde erkeklerden daha iyi oldukları görülürken, aynı zamanda Sınav Kaygısı Ölçeği (SKÖ) puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Eser ve Burdur, 2017; Midilli vd., 2017). Bizim çalışmamızda da cinsiyet arasında anlamlı bir fark olmamasına rağmen kız öğrencilerin SKÖ ve KPRUR'den aldıkları puan ortalamalarının erkeklere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kız öğrencilerin sınav gerginliği fazla olmasına rağmen erkeklerden daha yüksek KPRUR puan ortalaması olması kızların stresle başa çıkma tekniklerinde daha iyi olduğu savını doğrular niteliktedir. Erkek öğrencilerin sınav kaygı düzeylerinin düşük olmasına rağmen düşük KPRUR puanı almalarının, aceleci davranış sergilemelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada yaş yükseldikçe SKÖ puan ortalamalarının düştüğü görülmüştür. Midilli ve ark. (Midilli vd., 2017) çalışmamız ile benzer şekilde yaş yükseldikçe sınav kaygısının azaldığını, Taşdelen ve Zaybak (2013) ise yaşın sınav kaygısına etkisi olmadığını (Taşdelen ve Zaybak, 2013) ve Önem (2011), yaptığı çalışmada yaş yükseldikçe sınav kaygısının yükseldiği sonuçlarına ulaştıkları görülmüştür (Önem, 2011). Literatürdeki farklılıkların örneklem seçimindeki yaş grupları ve yaşa bağlı sınav kaygısını algılama biçiminden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada mezun olunan lise türüne göre SKÖ ve KPRUR puan ortalamalarına bakıldığında sağlık meslek lisesinden mezun olanların kaygı düzeyleri diğerlerine göre daha yüksek olmasına rağmen KPRUR puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. 2017 yılında Midilli ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada benzer şekilde sağlık meslek lisesi mezunlarının uygulama becerilerinde daha yüksek not aldıkları görülmüştür (Midilli vd., 2017). Sağlık meslek lisesi mezun öğrenciler daha önceden bilgi sahipleri olduklarından dolayı hocalarının kendilerinden daha yüksek notlar almaları gerektiği düşüncesinde olabilmektedirler. Bu yüzden kaygı düzeyleri yüksek olarak bulunduğu düşünülmektedir. Yüksek kaygı düzeyleri sınav öncesi daha çok çalışmak veya çalışma gücünü kendilerinde bulamamak gibi farklı sonuçları beraberinde getirebilmektedir. Çalışmamızdaki sağlık meslek lisesi mezunu öğrencilerin, bilgilerine yenilerini eklemeleri ve uygulamalı eğitimlere katılımları sayesinde KPRUR puan ortalamalarının yüksek bulunduğu söylenilebilir.

Bu çalışmada katılımcıların SKÖ puan ortalamalarına bakıldığında orta düzeyde olduğu görülmektedir. Literatür taraması yapıldığında bizim çalışmamıza paralel şekilde sağlık eğitimi alan öğrencilerin SKÖ puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu görülmektedir (Midilli vd., 2017; Hacıhasanoğlu, Karakurt, Yılmaz, ve Yıldırım, 2008). Sınav kaygı düzeyinin başarıyı etkileyen bir faktör olduğu belirtilse de bizim çalışmamızda KPRUR ile

SKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Midilli ve ark. (2017) bu çalışma ile benzer şekilde uygulama sınavlarında başarı durumlarının sınav kaygı düzeyleri ile ilişkili olmadığını belirtmiştir (Midilli vd., 2017). Sınav kaygısının genellikle bilinmeyen bir sınav türünde daha yüksek olduğu göz önüne alınırsa, uygulama sınavlarında öğrencilerin daha önce uygulama yapmış olmasının ve sınavın bilinen bir rehber üzerinden uygulanmasının bu durumu etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Nitekim bunu destekler şekilde Sabuncu ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ilk kez uygulama ile karşılaşan öğrencilerin kaygı düzeylerinin uygulama sonrası ikinci uygulama sırasında azaldığı belirtilmiştir (Sabuncu, Köse, Özhan, Batmaz, ve Özdiilli, 2008).

Kardiyak arrest durumlarında yeterli teknik bilgi ile hızlı karar vererek uygun düzeyde yapılan KPR uygulamaları acil yaşam desteği sağlar. Etkili KPR uygulanması, doğru göğüs kompresyonu (cm) ve hızı (bpm), şok öncesi ve sonrası duraklamaları (sn) ve göğüs kompresyonu zaman yüzdesi gibi birden fazla ölçülebilir parametreye bağlıdır (Harari, Riemer, Jaffe, Wacht ve Bitan, 2020). KPR uygulamalarında her beş siklus (30 göğüs kompresyonu - 2 solunum=1 siklus) sonrası 5 sn. içinde nabız kontrolü yapılması beklenmektedir (Oktay vd., 2019). Bu çalışmada katılımcıların en yüksek puan aldıkları uygulama basamakları; hastanın bilinç durumunu değerlendirmek, beş siklusta bir yeniden değerlendirme ve bir siklusta 30 göğüs kompresyonu-iki solunum yapmak olarak bulunmuştur. Literatür çalışmalarında da başlangıçta ve 5 siklus sonrası nabız değerlendirmesinin başarı oranlarının yüksek bulunduğu görülmektedir (Oktay vd., 2019; Chang vd., 2015). KPR uygulamalarında göğüs kompresyonu sırasında sternumun yeteri kadar çöktürülmediği ya da gereğinden fazla kompresyon uygulanması gibi başarısız uygulamaların yapılabildiği de görülmektedir (Harari, Riemer, Jaffe, Wacht, ve Bitan, 2020; Oktay vd., 2019; Vural vd., 2017; Körber, Köhler, Weiss, Pfister, ve Michels, 2016; Ok, Vatansever, Şener Araz, ve Ergün, 2016; Dal ve Sarpkaya, 2013). Bizim çalışmamızda da literatür ile benzer şekilde kompresyon yapılış şekli öğrencilerin en başarısız olduğu uygulama basamağı olarak görülmektedir. Bu durumun nedeni olarak yeteri kadar pratik yapılmaması ve sınav esnasında oluşan kaygı nedeniyle atlanılan bir basamak olduğu düşünülmektedir. Sürekli yapılan uygulamalı eğitimler, öğrencilerin uygulamalarda bilgi ve becerilerinin artmasını sağlayarak kaygılarını azaltacak ve başarı oranlarının yükselmesini olumlu yönde etkileyecektir. Öztürk ve arkadaşları, 67 öğrenci ile yaptıkları çalışmada simülasyon eğitimlerinin temel yaşam desteği uygulamalarında kullanılmasıyla, öğrencilerin uygulama başarılarında artış olduğunun belirtilmesi de bizim düşüncemizi destekler niteliktedir. (Öztürk, Gürol, Uslu, ve Yücel, 2017).

Çalışmamızda çoğu öğrencinin solunum ve soluk yolunda tıkayıcı cisim varlığının değerlendirildiği basamakları atladıklarından dolayı düşük puan aldıkları görülmektedir. KPR uygulama basamaklarının zamana göre değişimleri incelendiğinde, Amerikan Kalp Derneği (AHA) 2010 yılı resüsitasyon kılavuzunda sağlık personeli olmayan ilk yardım uygulayıcıları için; yeterli pratiğe sahip olmadıklarından solunum kontrolü basamağında vakit kaybetmemelerinin önemini vurgulamıştır. Kardiyak arrest durumunda soluk alıp veriyor olsa dahi direk göğüs kompresyonu ile başlamanın gerektiği belirtilerek “bak, dinle, hisset” basamağı KPR uygulama basamaklarından kaldırılmıştır (AHA, 2010). İlerleyen süreçlerde yapılan çalışmalar sonucu ERC tarafından 2015 yılında yayınlanan resüsitasyon kılavuzunda sağlık uygulayıcıları için “bak-dinle-hisset” basamağının atlanmaması gerektiği belirtilmiştir (ERC, 2015). Çalışmamızda yer alan öğrencilerin yarısından fazlasının sağlık meslek lisesi mezunu olduğu düşünüldüğünde; okulda verilen eğitimlerde güncel bilgilere yer verilmemesinden dolayı lisede öğrendikleri güncel olmayan bilgiler doğrultusunda, “bak, dinle, hisset” basamağını atlamış olabilecekleri düşünülmektedir.

SONUÇ

Çalışma verilerinden elde ettiğimiz verilerin analizi, literatür taraması ile desteklenerek orta düzeyde stresin başarıyı olumlu etkilediği görülmüştür. Sınav kaygısı eğitim-öğretim sürecinde önemli bir etkidir. Çalışmaya katılan paramedik öğrencilerinin KPRUR aracılığı ile uygulama becerilerinin ölçüldüğü sınavda, orta düzeyde kaygı taşıdıkları ve sınav başarılarının yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Uygulamalı sınavlarda öğrencinin sınav formatını biliyor ve daha önce pratik yapmış olması, problem çözme becerilerini ve kaygıları ile baş etme güçlerini arttırdığı görülmektedir. Paramedik öğrencilerinin hastane dışı acil durumlarda kararlarını hızlı ve doğru vererek bir an önce uygulamalara başlamaları, hayat kurtarma zincirinde çok önemli bir unsurdur. Bu nedenle problem çözme yeteneklerinin gelişmiş olması gerekmektedir. Uygulama rehberlerinin uygulamalı eğitimlerde kullanılması öğrenmeyi kolaylaştırarak, başarı düzeyini yükseltmektedir. Derslerinin uygulamalı eğitimler ile desteklenen paramedik programı öğrencilerinin eğitimlerinde her uygulama için standart bir rehber oluşturulmasını fayda sağlayacaktır. Rehber destekli uygulamalı eğitimler simülasyon teknikleri ile birleştirildiğinde öğrencilerin hastane öncesi alan için hazır oluşlarında önemli olduğu söylenebilir. Bir başka öneri olarak; kaygı veya uygulama yetersizlikleri ile birlikte başarı düzeyini etkileyen diğer faktörlerin belirlenmesi için daha fazla çalışma yapılarak, eğitimlerde bu çalışma sonuçlarının uygulanmasının önemli olduğunu söyleyebiliriz.

KAYNAKLAR

- AHA. (2010). *Kardiyopulmoner Resüsitasyon ve Acil Kardiyak Bakım Bilimi İçin 2010 Amerikan Kalp Derneği (AHA) Kılavuzu*. 19 Mart 2020 tarihinde <http://file.tkd.org.tr/pdfs/aha-2012-kilavuzu.pdf> adresinden erişildi.
- Ayan, M. (2015). *Lisans yerleştirme sınavına (LYS) hazırlanan öğrencilerin stres, sınav kaygısı ve tükenmişlik durumlarının beslenme alışkanlıkları ile ilişkisinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Ayrancı, E., Öge, E. (2011). *Bir vakıf üniversitesindeki öğrencilerin sınav kaygısı hakkında araştırma*. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 30, 87-102.
- Bahçeci, D. (2006). *Anatomi dersinde portfolyo kullanmanın öğrencilerin bilişsel ve duyuşsal özellikleri üzerine etkisi*. Doktora Tezi. Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Chang, M. P., Lyon, C. B., Janiszewski, D., Aksamit, D., Kateh, F., Sampson, J. (2015). *Evaluation of a cardiopulmonary resuscitation curriculum in a low resource environment*. *International Journal of Medical Education*, 6, 136-141.
- Dal, U., Sarpkaya, D. (2013). *Knowledge and psychomotor skills of nursing students in North Cyprus in the area of cardiopulmonary resuscitation*. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 29(4), 966-971.
- Demirağ, H., Göktaş, Ş., Yıldırım, E., Tamgül, M., Gökçe, M., Akkaya, T. (2018). *Objektif yapılandırılmış klinik sınavı (OYKS) kullanarak paramedik öğrencilerin mesleki becerilerinin değerlendirilmesi*. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(4), 65-73.
- ERC. (2015). *Avrupa Resüsitasyon Konseyi 2015 Resüsitasyon Rehberi*. 19 Mart 2020 tarihinde http://resusitasyon.org/images/belgeler/erc_2015_kilavuz.pdf adresinden erişildi.
- Erol, F., Tanrikulu, F., Dikmen, Y., Akduran, F. (2016). *Hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerilerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi*. *Journal of Human Sciences*, 13(3), 5460-5470.
- Eser, M., Burdur, Z. (2017). *Meslek yüksekokulu öğrencilerinin sınav kaygısı ile ilgili bir araştırma: Nazilli meslek yüksek okulu örneği*. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(21), 40-52.
- Greif, R., Lockey, A. S., Conaghan, P., Lippert, A., Vries, W. D., Monsieurs, K. G. (2015). *European resuscitation council guidelines for resuscitation 2015: section 10. education and implementation of resuscitation*. *Resuscitation*, 95, 288-301.
- Hacıhasanoğlu, R., Karakurt, P., Yılmaz, S., Yıldırım, A. (2008). *Sağlık yüksekokulu birinci sınıf öğrencilerinin klinik uygulamaya ilişkin kaygı düzeylerinin belirlenmesi*. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1), 69-75.
- Harari, Y., Riemer, R., Jaffe, E., Wacht, O., Bitan, Y. (2020). *Paramedic equipment bags: how their position during out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation (CPR) affect paramedic ergonomics and performance*. *Applied Ergonomics*, 82, 1-10.
- Holmboe, E. S., Durning, S. J. (2014). *Assessing clinical reasoning: moving from in vitro to in vivo*. *Diagnosis*, 1(1), 111-117.
- Kandiş, H. (2014). *Kardiyopulmoner resüsitasyon konusunda tıp fakültesi öğrencilerinin ve araştırma görevlilerinin bilgi ve beceri düzeylerinin geliştirilmesi*. *Konuralp Tıp Dergisi*, 3, 8-11.
- Karaveli Çakır, S., Özel, F., Demirarslan, E. (2019). *Kardiyopulmoner resüsitasyon eğitiminde kullanılan iki farklı değerlendirme yönteminin öğrenme sürecine etkisinin incelenmesi*. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(4), 690-695.

- Körber, M. I., Köhler, T., Weiss, V., Pfister, R., Michels, G. (2016). *Quality of basic life support—a comparison between medical students and paramedics. Journal of Clinical and Diagnostic Research, 10(7), 33-37.*
- Mete, S., Uysal, N. (2010). *Hemşirelik mesleksel beceri laboratuvarındaki psikomotor beceri eğitiminin öğrenci ve eğiticiler tarafından değerlendirilmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2, 28-38.*
- Midilli, T. S., Çevik, K., Baysal, E. (2017). *Hemşirelik öğrencilerinin laboratuvar uygulamalarındaki bilgi ve becerileri ile sınav kaygısı ilişkisinin incelenmesi. SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 8(1), 43-54.*
- Ok, O., Vatansever, K., Şener Araz, E., Ergün, V. (2016). *Hastane öncesi kardiyopulmoner resüsitasyon uygulamasında göğüs kompresyonu kalitesinin geliştirilmesi. Türkiye Klinikleri Journal of Anesthesiology Reanimation, 14(3), 69-77.*
- Oktay, M. M., Çelikli, S., Boğan, M., Sabak, M., Gümüşboğa, H., Bilir, İ., Eren, Ş. H. (2019). *Knowledge and skills of the senior students of paramedical, nursing and medical faculties on cardiopulmonary arrest recognition, maintenance of chest compression and ventilation. Eurasian Journal of Emergency Medicine, 18(3), 142-147.*
- Önem, E. (2011). *İngilizcenin yabancı dil olarak öğreniminde sınav kaygısıyla başarı düzeyi arasındaki ilişki ve bir öğretim yaklaşımı. Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi, Ankara.*
- Öner Koruklu, N., Öner, H., Oktaylar, H. C. (2006). *“Sınav kaygısı ile başa çıkma programının” sınav kaygısına etkisine yönelik deneysel bir çalışma. Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi, 19, 5-11.*
- Öztürk, D., Gürol, A., Uslu, S., Yücel, O. (2017). *İlk ve acil yardım programında okuyan öğrencilere ambulans simülasyon laboratuvarında uygulanan eğitimin temel beceri düzeyine etkisi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 4(1), 25-31.*
- Sabuncu, N., Köse, S., Özhan, F., Batmaz, M., Özdilli, K. (2008). *İlk defa intramüsküler enjeksiyon uygulaması yapan öğrencilerin kaygı düzeyleri ve sosyo-demografik özellikleri ile ilişkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(3), 27-32.*
- Taşdelen, S., Zaybak, A. (2013). *Hemşirelik öğrencilerinin ilk klinik deneyim sırasındaki stres düzeylerinin incelenmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 21(2), 101-106.*
- Terzioğlu, F., Kapucu, S., Özdemir, L., Boztepe, H., Duygulu, S., Tuna, Z., Akdemir, N. (2012). *Simülasyon yöntemine ilişkin hemşirelik öğrencilerinin görüşleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 2012, 16-23.*
- Tuna, A., Çelebi, İ., Silahçılar, A., Sezgin, H., Şıpkın, S., Karatutlu, C., . . . Dereköy, S. (2017). *Kardiyopulmoner resüstasyon (temel yaşam desteği eğitimi alan sağlık yüksekokulu öğrencilerin bilgi ve beceri düzeyleri: altı aylık izlem sonuçları. İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi, 6(3), 1842-1848.*
- Vural, M., Koşar, M. F., Kerimoğlu, O., Kızıkan, F., Kahyaoğlu, S., Tuğrul, S., İşleyen, H. B. (2017). *Cardiopulmonary resuscitation knowledge among nursing students: a questionnaire study. The Anatolian Journal of Cardiology, 17(2), 140-145.*

BİR ÜNİVERSİTENİN SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN ÖĞRENİMLERİNE İLİŞKİN DOYUM DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Investigation of a University's Health Sciences Faculty Nursing Students' Satisfaction Levels Regarding Their Education

Cevriye YÜKSEL KAÇAN¹  Aylin PALLOŞ² 
^{1,2}Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Bursa

Geliş Tarihi / Received: 01.06.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 07.11.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ÖZ

Araştırmanın amacı, hemşirelik öğrencilerinin öğrenimlerine ilişkin doyum düzeylerini incelemektir. Tanımlayıcı türdeki araştırmanın evrenini, bir devlet üniversitesinde bahar döneminde hemşirelik programına kayıtlı olan, en az bir yıl hemşirelik eğitimi almış ve klinik uygulama deneyimi olan 2., 3. ve 4. sınıf öğrencileri oluşturmuştur (N=431). Çalışmada örneklem seçimine gidilmemiş, tüm öğrencilere ulaşılması hedeflenmiştir. Katılmayı kabul eden 305 öğrenci ile çalışma tamamlanmış ve araştırma evreninin %71'ine ulaşılmıştır. Verilerin “Sosyodemografik Veri Toplama Formu” ve “Öğrenci Doyum Ölçeği Kısa Form” ile toplanmıştır. Verilerin analizinde; sayı, yüzde gibi tanımlayıcı istatistikler, Kruskal Wallis Test (post hoc: Parametrik Olmayan Bonferroni testi) ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Tüm istatistiksel testler için anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir. Öğrencilerin %81,0’inin kadın, %9,5’inin düz lise mezunu olduğu, %6,6’sının ekonomik durum algısının kötü olduğu belirlendi. Öğrencilerin %55,1’inin hemşireliği isteyerek tercih ettiği, %86,2’sinin hemşireliği stresli bulduğu, %82,3’ünün mezuniyet sonrası hemşire olarak çalışmayı düşündükleri saptandı. Öğrencilerin Öğrenci Doyum Ölçeği Kısa Form aritmetik puan ortalamaları $3,32\pm 0,64$ olarak bulundu. Hemşireliği isteyerek tercih etme, hemşireliği seçme nedeni, fakülte ve bölümden memnun olma durumu ve mezuniyet sonrası hemşire olarak çalışmayı isteme değişkenleri ile ölçeğin aritmetik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi ($p<0,05$). Araştırma sonuçları öğrencilerin tüm eğitim-öğretim hizmet ve olanaklarından orta düzeyde memnun olduğunu göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Doyum, Hemşirelik Eğitimi, Hemşirelik Öğrencileri

ABSTRACT

The purpose of the research is to investigate the satisfaction levels of nursing students regarding their education. The universe of the descriptive research consisted of 2nd, 3rd and 4th-year students who; were enrolled in the nursing program of a state university in spring semester, received at least one year nursing education and had clinical practice experience (N=431). In the study, no sample selection was made, it has been aimed to reach all students. The study has been completed with 305 students who agreed to participate the study, and 71% of the research universe has been reached. The data has been collected with “Sociodemographic Data Collection Form” and “Student Satisfaction Scale Short Form”. In the analysis of the data; descriptive statistics as frequency, percentage, Kruskal Wallis Test (post hoc: Non-Parametric Bonferroni test) and Mann Whitney U test have been used. The significance level has been accepted as $p < 0.05$ for all statistical tests. It was determined that 81.0% of students’ were female, 9.5% were normal highschool graduates, and 6.6% had a bad economic situation perception. It was determined that 55.1% of the students willingly preferred nursing, 86.2% found it stressed and 82.3% thought to work as a nurse after graduation. Students' Student Satisfaction Scale Short Form arithmetic score averages were found as 3.32 ± 0.64 . It was determined that there was statistically significant difference between the variables of choosing nursing willingly, reason for choosing nursing, being satisfied with the faculty and department, and willing to work as nurse after graduation and scale's arithmetic score averages ($p<0.05$). Research results show that students are moderately satisfied with all educational-teaching services and facilities.

Keywords: Nursing Education, Nursing Students, Satisfaction

GİRİŞ

Küreselleşen dünyada eğitim önemli bir rol oynamakta ve eğitim kurumlarında rekabet her geçen gün artmaktadır (Abdullah ve Ibrahim, 2019). Küresel rekabet, sadece ulusal düzeyde değil uluslararası düzeyde de üniversitelerin başka üniversitelerle yarışır hale gelmelerinde ve kurumsal performanslarını arttırmalarında önemli bir baskı unsuru oluşturmaktadır (Ekinci ve Burgaz, 2007). Bu nedenle üniversiteler diğer üniversiteler ile rekabet edebilmek, öğrencilerin eğitim-öğretim ile ilişkili taleplerini karşılamak için eğitim-öğretim sistemlerinde değişimler yapmakta (Abdullah ve Ibrahim, 2019; Clark, Raffray, Hendricks, ve Gagon, 2016; Miles, Erämaa, ve Parkkinen, 2019) ve hizmetlerinin/ ürünlerinin alıcısı/yararlanıcısı konumunda olan öğrencilerin görüş ve önerilerini daha çok dikkate almaktadırlar (Ekinci ve Burgaz, 2007). Öğrenci görüşleri eğitim kalitesini değerlendirmede tek bilgi kaynağı olmamakla birlikte, öğrencilerin bu sürecin doğrudan alıcısı/yararlanıcısı olmaları nedeniyle eğitim kalitesini gösteren en önemli geçerli ve güvenilir kaynaklardan biri olduğu düşünülmektedir (Ekinci ve Burgaz, 2007; Hakim, 2014). Ayrıca eğitim hizmetlerinin alıcısı konumundaki öğrencilerin daha kaliteli eğitim veren üniversiteleri tercih edebilecekleri varsayılmaktadır (Ekinci ve Burgaz, 2007). Bu nedenle üniversiteler eğitim-öğretim ile ilişkili stratejilerin belirlenmesinde öğrenci doyumunu ve öğrenci doyumunu etkileyen faktörleri dikkate almaktadırlar (Hakim, 2014; Smith, Grealish, ve Henderson, 2018).

Öğrenci doyumunu; eğitimle ilgili deneyimlerin ve sonuçların öğrenciler tarafından öznel bir şekilde değerlendirilmesidir (Özdelikara ve Babur, 2016). Öğrenci doyumunu, hemşirelik programlarında verilen hizmetlerin ve (eğitim kalitesi, akademik ve fiziki altyapı olanakları, barınma ve sosyal faaliyetler vb) kalitesinin belirlenmesinde bir gösterge olması açısından önemlidir (Chen ve Lo, 2015; Edraki, Rambod, ve Abdoli, 2011; Hakim, 2014; Smith vd., 2018). Okullarından doyum sağlayan öğrencilerin, birbirleriyle ve yakın çevreleriyle olumlu yönde yapacakları değerlendirmelerin, üniversitenin ve okulun tanınmasında ve tercih edilmesinde, dolayısıyla başarı ve gelişiminin sağlanmasında, en etkili tanıtım aracı olduğu düşünülmektedir (Ekinci ve Burgaz, 2007). Öğrenci doyumunu öğrencilerin entelektüel ve sosyal gelişimlerini de olumlu yönde etkilemektedir (Chen ve Lo, 2015). Çalışmalar öğrenme ortamlarının öğrencilerin doyumunu etkilediğini (Bos, Alinaghizadeh, Saarikoski, ve Kaila, 2014; Kim ve Shin, 2020), öğrenme ortamlarından alınan doyumun da akademik başarı üzerinde pozitif etkisi olduğunu göstermektedir (Edraki vd., 2011; Hakim, 2014). Dünya’da olduğu gibi (Goh, Tang, Lee, ve Liaw, 2019; Kunaviktikul, Turale, Petrini, Tungpunkom, ve Avant, 2019), Türkiye’de de hemşirelik eğitim uygulamalarında farklılıklar söz konusudur.

Türkiye’de hemşirelik eğitimi en az 4 yıl ve 4600 saat kuramsal ve uygulamalı eğitim-öğretimi içermektedir. Lisans programları, farklı devlet ve vakıf üniversitelerinde klasik eğitim, entegre eğitim gibi farklı eğitim modelleri ile yürütülmektedir (Şavgar, Özçakır, Ay, Orgun, ve Akçakoca 2018). Ayrıca lisans programlarının öğrenci-öğretim elemanı sayıları, fiziki alt yapıları, teknik donanımları, uygulama alanlarının yeterliliği vb. açısından farklılıkları da bulunmaktadır. Eğitim-öğretim süreçlerindeki bu farklılıklar kurumlar arasında öğrenci doyumunu da etkilemektedir. Türkiye’de hemşirelik eğitim programları değerlendirme ve akreditasyon derneği (HEPDAK) ve hemşirelik eğitimi derneği (HEMED) tarafından, hemşirelik eğitimindeki farklılıkların en aza indirilmesi konusunda yapılan çalışmalar ve akreditasyon hizmetleri, eğitim-öğretimde rekabetçi ve yeni gelişmelere açık bir ortam yaratarak eğitimde yüksek kaliteyi hedeflemektedir. Bunun da öğrenci doyumuna olumlu yönde etkisinin olacağı düşünülmektedir.

Literatürde; eğitim-öğretim süreçleri, eğitim olanakları ve kalitesi (Chen ve Lo, 2015), yönetim felsefesi ve uygulamaları (Gülcan, Kuştepe, ve Aldemir, 2002), üniversitelerin fiziki koşulları, bilimsel, sosyal ve kültürel faaliyetleri, öğrencilerin eğitimden beklentileri ve deneyimleri (Chen ve Lo, 2015; Gülcan vd., 2002), uygulama alanlarının niteliği ve yeterliliği (Warne vd., 2010) öğretim elemanı-diğer sağlık ekibi üyeleri ile iletişimin özellikleri (B. Dale, Leland, ve J. G. Dale, 2013; Papastavrou, Dimitriadou, Tsangari, ve Andreou1, 2016) ve öğrencilerin bireysel özellikleri (Chen ve Lo, 2015; Dale vd., 2013; Gülcan vd., 2002; Smith vd., 2018) gibi pek çok faktörün hemşirelik öğrencilerinin doyumunu etkilediği belirtilmektedir. Yapılan farklı çalışmalarda öğrencilerin eğitim öğretim süreçleri ile ilişkili doyumlarının farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Bazı çalışmalarda öğrenci doyumlarının düşük (Hakim, 2013), bazı çalışmalarda orta düzeyde (Görgen ve Bingöl, 2016; Özdelikara ve Babur, 2016; Şavgar vd., 2018), bazı çalışmalarda yüksek düzeyde olduğu (Chen ve Lo, 2015; Koç ve Arkan, 2019; Taştekin, Türkdönmez, Güler, Yılmaz, ve Erşahan, 2016) bazılarında ise öğrencilerin kuramsal eğitim/ klinik uygulama eğitimi ile ilişkili doyumlarının farklılık gösterdiği (Espeland ve Indrehus, 2003; Hakim, 2014) saptanmıştır.

Öğrenci doyumunu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi, öğrencilerin öğrenmelerini kolaylaştırmak ve hemşirelik eğitimi program çıktılarının kalitesinin artırılması açısından önemlidir. Günümüzde tüm alanlarda olduğu gibi eğitim alanında da rekabetçi yaklaşım söz konusudur. Eğitim kurumları, hızla değişen ve dijital dünyaya evrilen eğitim sürecine uyum sağlamaya çalışmaktadır. Bu süreçte kalite algısı ve bunun önemli belirteçlerinden birisi olan öğrenci doyumunu etkileyen parametreler de hızlı bir şekilde değişmektedir. Bu nedenle

eğitim hizmetlerinin/ürünlerinin alıcısı/yararlanıcısı konumunda olan öğrencilerin öğrenime ilişkin doyumunun sürekli izlenmesi kurumların eğitim-öğretim stratejilerinin planlanması açısından oldukça önemlidir. Ayrıca bu çalışmanın hemşirelik okullarında doyumunu etkileyen faktörlerin karşılaştırılmasına, bu faktörlerin dış paydaşlarla paylaşılarak, eğitim-öğretim faaliyetlerindeki farklılıkların tespit edilmesine ve hemşirelik eğitiminde standardizasyonun sağlanmasına da katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu bilgilerden yola çıkarak bu çalışma, bir üniversitenin sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik bölümü öğrencilerinin öğrenimlerine ilişkin doyum düzeylerini incelemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

1. Araştırmanın Tasarımı: Tanımlayıcı türde yapılmıştır.

2. Araştırmanın Uygulama Yeri: Araştırma, 2019-2020 öğretim yılı bahar döneminde 10 Şubat-10 Mart 2020 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın yürütüldüğü kurumda klasik eğitim modeli ile eğitim-öğretim faaliyetleri yürütülmektedir. Üç yıl teorik ve uygulamalı eğitim sonrasında, dördüncü yılda, her yarıyılıda farklı olmak üzere, toplamda iki farklı anabilim dalında intörlük programı uygulanmaktadır.

3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi: Araştırmanın evrenini, aynı dönem içinde hemşirelik programına kayıtlı olan, en az bir yıl hemşirelik eğitimi almış ve klinik uygulama deneyimi olan 2., 3. ve 4. sınıf öğrencisi oluşturmuştur (N=431). Çalışmada örneklem seçimine gidilmemiş, tüm öğrencilere ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden 305 öğrenci ile çalışma tamamlanmış ve evrenin %71'ine ulaşılmıştır.

4. Araştırmanın Uygulanması: Öğrencilere çalışma hakkında ön bilgilendirme yapıldıktan sonra çalışmaya katılmaya gönüllü olan öğrencilerden sözel onam alınmış ve sosyodemografik veri toplama formu ile ölçek formu öğrencilere dağıtılmıştır. Katılımcılara toplanan verilerin yalnızca araştırmanın amacı için kullanılacağı, başka herhangi bir kurum ya da kişi ile paylaşılmayacağı ifade edilmiştir. Ölçek formunun ve sosyodemografik veri toplama formunun uygulanması için gerekli süre 10 dakikadır.

5. Veri Toplama Araçları: Veriler sosyodemografik veri toplama formu ve Öğrenci Doyum Ölçeği Kısa Form (ÖDÖ-KF) ile toplanmıştır.

5.1. Sosyodemografik Veri Toplama Formu: Araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanan formda, öğrencilerin sosyodemografik özelliklerinin yanı sıra, hemşirelik mesleğini seçme nedenini, okul/bölüm memnuniyetini, mezuniyet sonrası hemşire olarak

çalışma isteklerini sorgulayan sorular bulunmaktadır (Özdelikara ve Babur, 2016; Taştekin vd., 2016)

5.2. Öğrenci Doyum Ölçeği Kısa Form (ÖDÖ-KF): ÖDÖ-KF, hemşirelik okullarında öğrenim gören öğrencilerin doyumunu belirlemek üzere Baykal, Sökmen ve Korkmaz (2002) tarafından geliştirilmiş olan ‘Öğrenci Memnuniyeti Ölçeği’nin (Baykal, Sökmen, ve Korkmaz, 2002), 2011 yılında kısaltılıp revize edilmiş halidir (Baykal, Harmancı, Eşkin, Altuntaş, ve Sökmen, 2011). Yapılan geçerlik güvenirlik analizleri sonrası ilk versiyonunda 11 alt boyutta toplam 85 ifadeden oluşan ölçeğin, kısa formu 5 alt boyutta toplam 53 ifadeden oluşmaktadır. Ölçekte bulunan 53 maddenin değerlendirilmesinde; “5-Kesinlikle katılıyorum, 4-Katılıyorum, 3-Kararsızım, 2-Katılmıyorum, 1-Kesinlikle katılmıyorum” olmak üzere beşli likert tipi ölçüm kullanılmaktadır. Ölçekte, öğretim elemanları, okul yönetimi, kararlara katılım, bilimsel-sosyal-teknik olanaklar ve eğitim-öğretimin niteliği olmak üzere 5 alt boyut bulunmaktadır. ÖDÖ-KF’nin istatistik analizleri sonucunda; 53 maddeli ölçeğin madde toplam puan korelasyon değerlerinin 0,42 – 0,73 arasında ve test-tekrar test analizinde zamana göre güvenilir ($t=1,283$, $p=0,208$; $r=0,87$ $p=0,000$); ölçeğin 5 alt faktörlü dağılımda Doğrulamalı Faktör Analizi uyum istatistiklerinin istenilen düzeyde olduğu; Cronbach’s alfa katsayılarının, ölçek alt boyutlarında; öğretim elemanları 0,91; okul yönetimi 0,85; kararlara katılım 0,83; bilimsel-sosyal ve teknik olanaklar 0,84; eğitim-öğretimin niteliği 0,88 ve ölçek toplamında 0,97 olmak üzere yüksek düzeyde güvenilir olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada ise Cronbach’s alfa katsayılarının, ölçek alt boyutlarında; öğretim elemanları 0,94; okul yönetimi 0,93; kararlara katılım 0,94; bilimsel-sosyal ve teknik olanaklar 0,93; eğitim-öğretimin niteliği 0,93 ve ölçek toplamında 0,94 olmak üzere yüksek düzeyde güvenilir olduğu belirlenmiştir. 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 ve ölçekten alınabilecek puan ortalaması “1” ve “5” arasında değişmektedir. Ölçek bütününde ve alt boyutlarda ortalama puan “1”e yaklaştıkça öğrencinin doyumunun düşük olduğu, puan “5”e yaklaştıkça doyumun yüksek olduğu şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 265 en düşük puan 53’tür.

6. İstatistiksel Analiz: Çalışmadaki verilerin sayı, yüzde gibi tanımlayıcı istatistikleri ve frekans dağılımları elde edilmiştir. Verilerin analizi için kullanılacak istatistiksel test/analizleri belirlemek amacıyla normallik ve varyansların homojenliği varsayımları sırasıyla Kolmogorov-Smirnov ve Levene testleri ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım

göstermediği belirlenen verilerin analizi için non parametrik testlerden yararlanılmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalarda Kruskal Wallis Test (post hoc: Parametrik Olmayan Bonferroni test) ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Ölçeğin güvenirlik analizi yapılmış ve Cronbach alfa değeri hesaplanmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

7. Araştırmanın Etik Yönü: Çalışmanın yapılabilmesi için Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan 29 Ocak 2020 tarihli ve 2020/01 sayılı etik kurul izni, Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı'ndan 45226392-605/E.334 sayılı çalışma izni ve çalışmada kullanılan "Öğrenci Doyum Ölçeği Kısa Form"unun kullanılabilmesi için ölçek sahiplerinden izin alınmıştır.

BULGULAR

Çalışma grubunu oluşturan öğrencilerin 247'si (%81,0) kadın, 109'u (%35,7) 2. sınıf öğrencisi, 29'u (%9,5) düz lise mezunu, 24'ü (%7,9) diğer liselerden (Endüstri Meslek Lisesi, Anadolu Öğretmen Lisesi, Anadolu Teknik Lisesi, Çok Programlı Lise vb.) mezundur. Çalışma grubunun 20'sinin (%6,6) ekonomik durum algısı kötü, 11'inin (%3,6) ise genel akademik ortalaması 1.00-1.99 arasındadır. Çalışma grubunun sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Öğrencilerin Sosyodemografik Özellikleri (n=305)

Özellikler	n (%)
Cinsiyet	
Kadın	247 (81,0)
Erkek	58 (19,0)
Öğrenim Görülen Sınıf	
2. sınıf	109 (35,7)
3. sınıf	112 (36,7)
4.sınıf	84 (27,6)
Ekonomik Durum Algısı	
Kötü	20 (6,6)
Orta	195 (63,9)
İyi	90 (29,5)
Genel Akademik Ortalama	
1.00-1.99	11 (3,6)
2.00-2.99	152 (49,8)
3.00-4.00	142 (46,6)
Mezun Olunan Lise	
Düz Lise	29 (9,5)
Sağlık Meslek Lisesi	49 (16,1)
Özel Lise	12 (3,9)
Fen/Anadolu Lisesi	174 (57,0)
İmam Hatip Lisesi	17 (5,6)
Diğer Liseler	24 (7,9)
Total	305 (100,0)

Öğrencilerin 168'i (%55,1) hemşireliği isteyerek tercih etmiştir. 76'sının (%24,9) hemşireliği tercih etme sebebi hemşireliği sevmesidir. Çalışma grubunu oluşturan öğrencilerin 113'ü (%37) fakülteden, 129'u (%42,3) bölümden memnundur. Öğrencilerin 263'ü (%86,2) hemşireliği stresli bulurken, 251'i (82,3) mezuniyet sonrası hemşire olarak çalışmayı düşünmektedir. Öğrencilerin hemşirelik mesleğine/memnuniyetlerine ilişkin bazı özellikleri ile ilgili veriler Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Öğrencilerin Hemşirelik Mesleğine/Memnuniyetlerine İlişkin Bazı Özellikleri (n=305)

Özellikler	n (%)
Hemşireliği İsteyerek Tercih Etme Durumu	
Evet	168 (55,1)
Hayır	137 (49,9)
Hemşireliği Seçme Nedeni	
Sevdiğim için	76 (24,9)
İş garantisi	177 (58,0)
Aile isteği	52 (17,1)
Fakülte Memnuniyet Durumu	
Evet	113 (37,0)
Hayır	192 (63,0)
Bölüm Memnuniyet Durumu	
Evet	129 (42,3)
Hayır	176 (57,7)
Hemşirelik Mesleği Stresli mi?	
Evet	263 (86,2)
Hayır	42 (13,8)
Mezuniyet Sonrası Hemşire Olarak Çalışmayı Düşünme Durumu	
Evet	251 (82,3)
Hayır	54 (17,7)
Total	305 (100,0)

Öğrencilerin ÖDÖ-KF aritmetik puan ortalamaları $3,32 \pm 0,64$ 'tür. Ölçeğin medyan değeri 3,41 olup minimum puan 1,25 maksimum puan 5,00'tir. Öğrencilerin ÖDÖ-KF ve alt boyutlarının tanımlayıcı istatistikleri Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Öğrencilerin ÖDÖ-KF ve Alt Boyutlarının Tanımlayıcı İstatistikleri (n=305)

ÖDÖ-KF ve Alt Boyutları	$\bar{X} \pm SS$	Median	Min.	Maks.
Öğretim Elemanları	$3,31 \pm 0,71$	3,41	1,00	5,00
Okul Yönetimi	$3,32 \pm 0,75$	3,44	1,00	5,00
Kararlara Katılım	$3,38 \pm 0,79$	3,57	1,00	5,00
Bilimsel- Sosyal ve Teknik Olanaklar	$3,20 \pm 0,75$	3,25	1,00	5,00
Eğitim-Öğretimin Niteliği	$3,42 \pm 0,76$	3,46	1,00	5,00
ÖDÖ-KF Toplam Puan	$3,32 \pm 0,64$	3,41	1,25	5,00

ÖDÖ-KF: Öğrenci Doyum Ölçeği-Kısa Form, \bar{X} : Ortalama, SS: Standart Sapma, Min: Minimum, Maks: Maksimum

Öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ile ÖDÖ-KF alt boyut ve toplam puan ortalaması (median) arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede; cinsiyet, öğrenim görülen

sınıf, ekonomik durum algısı, genel akademik ortalama ve mezun olunan lise değişkenleriyle ÖDÖ-KF alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0,05$). ÖDÖ-KF alt boyut ve toplam puan ortalamalarının öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ile karşılaştırılması Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. ÖDÖ-KF Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının (median) Öğrencilerin Sosyodemografik Özellikleri ile Karşılaştırılması (n=305)

Özellikler	Öğretim Elemanları Median (min-max)	Okul Yönetimi Median (min-max)	Kararlara Katılım Median (min-max)	Bilimsel- Sosyal- Teknik Olanaklar Median (min-max)	Eğitim-Öğretimin Niteliği Median (min-max)	ÖDÖ-KF Median (min-max)
Cinsiyet						
Kadın	3,41(1,25-5,00)	3,44(1,00-5,00)	3,57(1,00-5,00)	3,25(1,25-5,00)	3,53(1,15-5,00)	3,41(1,58-5,00)
Erkek	3,41(1,00-4,33)	3,27(1,00-4,67)	3,28(1,29-4,57)	3,25(1,08-4,50)	3,38(1,15-4,61)	3,38(1,25-4,21)
z; p	6,697; 0,440	6,256; 0,133	5,562; 0,080	7,075; 0,885	6,326; 0,166	6,512; 0,281
Öğrenim Görülen Sınıf						
2. sınıf	3,25(1,08-4,75)	3,44(1,22-5,00)	3,42(1,00-5,00)	3,41(1,08-4,61)	3,38(1,15-5,00)	3,37(1,25-4,85)
3. sınıf	3,50(1,25-5,00)	3,50(1,00-5,00)	3,57(1,14-5,00)	3,33(1,17-5,00)	3,69(1,15-5,00)	3,50(1,41-5,00)
4. sınıf	3,45(1,00-4,92)	3,22(1,00-4,78)	3,57(1,43-5,00)	3,00(1,25-4,75)	3,38(1,92-4,85)	3,28(1,45-4,83)
KW; p	4,904; 0,086	2,349; 0,309	2,033; 0,362	3,814; 0,149	6,077; 0,121	3,578; 0,167
Ekonomik Durum Algısı						
Kötü	3,33(1,08-4,42)	3,11(1,44-4,78)	3,21(1,29-4,86)	3,00(1,08-4,33)	3,26(1,38-5,00)	2,96(1,25-4,43)
Orta	3,41(1,00-5,00)	3,44(1,00-5,00)	3,57(1,00-5,00)	3,25(1,25-5,00)	3,46(1,15-5,00)	3,43(1,45-5,00)
İyi	3,50(1,33-4,92)	3,38(1,33-5,00)	3,57(1,29-5,00)	3,33(1,17-4,58)	3,53(1,15-5,00)	3,45(1,43-4,83)
KW; p	2,003; 0,367	3,156; 0,256	3,973; 0,137	1,951; 0,377	3,922; 0,141	3,893; 0,143
Genel Akademik Ortalama						
1.00-1.99	3,66(1,42-4,75)	3,77(1,00-5,00)	3,42(1,86-5,00)	3,58(1,83-4,58)	4,00(1,38-5,00)	3,64(1,94-4,85)
2.00-2.99	3,33(1,08-4,92)	3,27(1,00-5,00)	3,35(1,00-5,00)	3,20(1,08-4,75)	3,38(1,15-5,00)	3,32(1,25-4,83)
3.00-4.00	3,41(1,00-5,00)	3,50(1,00-5,00)	3,71(1,14-5,00)	3,33(1,75-5,00)	3,50(1,54-5,00)	3,44(1,45-5,00)
KW; p	5,109; 0,078	8,653; 0,113	4,966; 0,083	1,560; 0,459	3,593; 0,166	4,636; 0,098
Mezun Olunan Lise						
Düz Lise	3,66(2,67-4,92)	3,55(2,00-4,44)	3,71(1,86-4,57)	3,25(1,83-4,75)	3,61(1,38-4,46)	3,56(1,94-4,51)
Sağlık Meslek Lisesi	3,41(1,67-4,58)	3,22(1,78-5,00)	3,71(2,14-5,00)	3,25(1,83-4,67)	3,46(2,08-5,00)	3,37(2,28-4,64)
Özel Lise	3,41(1,58-3,67)	3,16(1,44-4,22)	3,28(1,29-4,57)	3,54(1,67-4,67)	3,73(1,15-4,62)	3,57(1,70-4,21)
Fen/Anadolu Lisesi	3,33(1,00-4,92)	3,44(1,00-5,00)	3,57(1,00-5,00)	3,25(1,25-4,75)	3,46(1,38-5,00)	3,39(1,45-4,85)
İmam Hatip Lisesi	3,33(1,83-5,00)	3,44(1,56-5,00)	3,14(1,71-5,00)	2,66(1,83-5,00)	3,23(1,54-5,00)	3,20(1,70-5,00)
Diğer Liseler	3,33(1,08-5,00)	3,16(1,44-4,00)	3,21(1,29-4,14)	3,29(1,08-4,33)	3,57(1,15-4,46)	3,34(1,25-4,11)
KW; p	7,860; 0,164	2,965; 0,705	6,636; 0,249	4,932; ,424	,990; 0,963	2,966; 0,705

ÖDÖ-KF: Öğrenci Doyum Ölçeği-Kısa Form, min: minimum, max: maksimum, z: Mann Whitney U Test, KW: Kruskal Wallis Test

Öğrencilerin Hemşirelik Mesleğine/Memnuniyetlerine İlişkin Bazı Özellikleri ile ÖDÖ-KF alt boyut ve toplam puan ortalaması (median) arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede; hemşireliği isteyerek tercih eden öğrencilerin ÖDÖ-KF alt boyut ve toplam puan ortalamaları isteyerek tercih etmeyen öğrencilerden daha yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Fakülte ve hemşirelik bölümü memnuniyet durumu ile yapılan istatistiksel değerlendirmede fakülteden ve hemşirelik bölümünden memnun olan öğrencilerin ÖDÖ-KF alt boyut ve toplam puan ortalamaları memnun olmayan öğrencilerden yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Mezuniyet sonrası hemşire olarak çalışmayı düşünen öğrencilerin ÖDÖ-KF alt boyut ve toplam puan ortalamaları mezuniyet sonrası hemşire olarak çalışmayı düşünmeyen öğrencilerden daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Hemşireliği seçme nedeni ile yapılan istatistiksel değerlendirmede, hemşireliği sevdikleri için tercih eden öğrencilerin ÖDÖ-KF toplam puan ortalamaları ile öğretim elemanları ve karalara katılım alt boyut toplam puan ortalamaları, hemşireliği diğer nedenlerden ötürü tercih eden öğrencilerden daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Fakat hemşireliği seçme nedeni ile okul yönetimi, bilimsel-sosyal-teknik olanaklar ve eğitim-öğretimin niteliği alt boyutları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Hemşirelik mesleğini stresli bulma değişkeni ile ÖDÖ-KF alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak fark yoktur ($p>0,05$). ÖDÖ-KF Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Öğrencilerin Hemşirelik Mesleğine/Memnuniyetlerine İlişkin Bazı Özellikleri ile Karşılaştırılması Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. ÖDÖ-KF Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının (median) Öğrencilerin Hemşirelik Mesleğine/Memnuniyetlerine İlişkin Bazı Özellikleri ile Karşılaştırılması (n=305)

Özellikler	Öğretim Elemanları Median (min-max)	Okul Yönetimi Median (min-max)	Kararlara Katılım Median (min-max)	Bilimsel- Sosyal- Teknik Olanaklar Median (min-max)	Eğitim-Öğretimin Niteliği Median (min-max)	ÖDÖ-KF Median (min-max)
Hemşireliği İsteyerek Tercih Etme Durumu						
Evet	3,50(1,08-4,92)	3,55(1,00-5,00)	3,64(1,00-5,00)	3,41(1,08-4,75)	3,65(1,38-5,00)	3,52(1,25-4,85)
Hayır	3,25(1,00-5,00)	3,22(1,00-5,00)	3,28(1,29-5,00)	3,00(1,17-5,00)	3,30(1,15-5,00)	3,20(1,43-5,00)
z; p	9,309; 0,004	9,251; 0,003	9,453; 0,007	9,409; 0,006	8,973; 0,001	8,999; 0,000
Hemşireliği Seçme Nedeni						
Sevdiğim için (1)	3,58(1,25-4,92)	3,55(1,00-5,00)	3,71(1,14-4,71)	3,41(1,67-4,75)	3,73(1,54-5,00)	3,56(1,70-4,72)
İş garantisi (2)	3,33(1,00-4,92)	3,33(1,00-5,00)	3,28(1,29-5,00)	3,16(1,08-4,67)	3,38(1,15-5,00)	3,32(1,25-4,85)
Aile isteği (3)	3,41(1,58-5,00)	3,33(1,22-5,00)	3,57(1,00-5,00)	3,25(1,25-5,00)	3,53(1,38-5,00)	3,32(1,58-5,00)
KW; p	7,100; 0,029	2,853; 0,240	6,362; 0,042	3,437; 0,179	5,005; 0,082	6,079; 0,041
Çoklu Karşılaştırma*	(1-2) p=0,042	-	(1-2) p=,040	-	-	(1-2) p=,018
Fakülte Memnuniyet Durumu						
Evet	3,58(1,08-5,00)	3,66(1,44-5,00)	3,71(1,14-5,00)	3,50(1,08-5,00)	3,76(1,38-5,00)	3,58(1,25-5,00)
Hayır	3,25(1,00-4,92)	3,22(1,00-5,00)	3,42(1,00-5,00)	3,00(1,17-4,75)	3,38(1,15-5,00)	3,26(1,43-4,83)
z; p	7,149; 0,000	7,821; 0,000	8,485; 0,001	7,022; 0,000	7,864; 0,000	7,085; 0,000
Hemşirelik Bölümü Memnuniyet Durumu						
Evet	3,58(1,08-5,00)	3,55(1,33-5,00)	3,71(1,14-5,00)	3,41(1,08-5,00)	3,69(1,38-5,00)	3,58(1,25-5,00)
Hayır	3,25(1,00-4,92)	3,22(1,00-5,00)	3,28(1,00-5,00)	3,00(1,17-4,75)	3,38(1,15-5,00)	3,27(1,43-4,83)
z; p	7,642; 0,000	8,615; 0,000	8,996; 0,002	8,187; 0,000	8,579; 0,000	7,861; 0,000
Hemşirelik Mesleği Stresli mi?						
Evet	3,41(1,00-5,00)	3,33(1,00-5,00)	3,42(1,00-5,00)	3,25(1,08-5,00)	3,46(1,15-5,00)	3,43(1,25-5,00)
Hayır	3,41(1,25-4,92)	3,50(1,00-4,78)	3,64(1,86-5,00)	3,00(1,92-4,67)	3,46(2,08-4,85)	3,40(1,74-4,83)
z; p	5,557; 0,948	5,333; 0,721	5,601; 0,882	4,644; 0,097	5,176; 0,514	5,118; 0,446
Mezuniyet Sonrası Hemşire Olarak Çalışmayı Düşünme Durumu						
Evet	3,41(1,08-5,00)	3,44(1,00-5,00)	3,57(1,00-5,00)	3,33(1,08-5,00)	3,53(1,38-5,00)	3,45(1,25-5,00)
Hayır	3,23(1,00-4,33)	3,05(1,00-4,67)	3,28(1,43-4,71)	2,91(1,17-4,75)	3,19(1,15-4,69)	3,09(1,43-4,21)
z; p	5,919; 0,011	5,266; 0,032	5,846; 0,023	5,530; 0,034	5,206; 0,007	5,254; 0,010

ÖDÖ-KF: Öğrenci Doyum Ölçeği-Kısa Form, min: minimum, max: maksimum, z: Mann Whitney U Test, KW: Kruskal Wallis Test, *Çoklu karşılaştırmada Parametrik Olmayan Bonferroni testi kullanılmıştır.

TARTIŞMA

Yükseköğrenimin temel amacı; öğrencilere geçim ve mutluluğunu sağlayacak bir mesleğin bilgi, beceri ve davranış şeklini kazandırmak, aynı zamanda onların kişisel, sosyal ve kültürel gelişimine de katkı sağlamaktır (Belyukova ve Fox, 2002). Kaliteli, yenilikçi, bilimsel gelişimi yakından takip eden bir yapılanma hedeflenen bu eğitim anlayışındaki en önemli unsur öğrencilerdir (Özdelikara ve Babur, 2016). Yükseköğretimde öğrenci doyumunun belirlenmesi, yüksekokulun eğitim-öğretimin niteliğinin, öğrencilerin okudukları bölümden memnun olup olmadıklarının ve beklentilerinin belirlenmesi açısından oldukça önemlidir (Ak ve Kılıç, 2017). Öğrenci doyumunu aynı zamanda yükseköğretim kurumlarının kalite göstergelerinden biridir (Belyukova ve Fox, 2002). Çalışmamızın sonucuna göre öğrencilerin ÖDÖ-KF puan ortalamaları $3,32\pm 0,64$ olarak bulunmuştur (Tablo 3). Bu bulgu öğrencilerin tüm eğitim-öğretim hizmet ve olanaklarından orta düzeyde memnun olduğunu göstermiştir. Yapılan farklı çalışmalar incelendiğinde çalışma bulgularımıza benzer olarak öğrencilerin doyumlarının orta düzeyde (Ak ve Kılıç, 2017; Balcı Yangın ve Kırca, 2013; Değirmenci Öz ve Yıldız, 2019; Edraki vd, 2011; Görgeç ve Bingöl, 2016; Özdelikara ve Babur, 2016; Şavgar vd., 2018) ve orta düzeyin üzerinde olduğu (Koç ve Arkan, 2019; Taştekin vd., 2016) görülmüştür. Çalışma bulgularımızdan farklı olarak bazı çalışmalarda öğrencilerin doyum puanı ortalamalarının düşük olduğu rapor edilmiştir (Egelioğlu, Arslan, ve Bakan, 2011; Hakim, 2014). Bu farklılığın hemşirelik okullarının fiziki özellikleri, teknik olanakları, klinik ortamlarının yeterliliği/yetersizliği gibi faktörler ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Meslek seçimi bireyin birçok meslek türleri arasından kişiliğine en uygun olduğunu düşündüğü ve doyum sağlayacağına inandığı işi tercih etme sürecidir (Kahraman, Tunçdemir, ve Özcan, 2015). Ancak hemşirelik mesleği ve eğitiminin yıllarca toplumsal cinsiyet kalıplarından etkilendiği bilinen bir gerçektir (Kahraman vd., 2015; Turan, Öztürk, Kaya, ve Aştı, 2011). Bu çalışmada cinsiyet ile yapılan istatistiksel değerlendirmede cinsiyet ile ÖDÖ-KF alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4). Yapılan bazı çalışmalarda da benzer sonuç bildirilmiştir (Ak ve Kılıç, 2017; Egelioğlu vd., 2011; Koç ve Arkan, 2019). Türkiye’de 2007’de yapılan yasal düzenlemeler ile hemşirelikte cinsiyet ayırımı ortadan kaldırılmış ve böylece erkekler de yasal olarak hemşirelik mesleğinin bir üyesi olabilmişlerdir (Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, 2007). Bu süreçle birlikte toplumun hemşirelik mesleğinin kadın mesleği algısına yönelik bakışı da gün geçtikçe değişmiş, bu durum hemşirelik eğitimine de

yansımıştır (Kahraman vd., 2015). Bu gelişmeler doğrultusunda çalışma bulgularımız hemşirelik eğitiminin toplumsal cinsiyet kalıplarından arınmaya başladığını, eğitim-öğretim süreçlerinden kadın ve erkek öğrencilerin benzer şekilde etkilendiklerini düşündürmektedir.

Öğrencilerin hemşirelik eğitimleri sırasında mesleki bilgi ve becerileri arttıkça, hemşirelik mesleği ile ilişkili beklentileri ve algılarının değişeceği, bu durumun doyumlarını da etkileyeceği beklenen bir durumdur (Taştekin vd., 2016). Çalışmamızda ise öğrenim görülen sınıf ile ÖDÖ-KF alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4). Üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencileri ile yapılan araştırmada çalışma bulgularımıza benzer sonuç bulunmuştur (Ak ve Kılıç, 2017). Bu çalışmada öğrencilerin yarısından fazlası mesleği isteyerek tercih etmiş; mesleği seçme nedenlerinin ise mesleği sevmeye ve mezuniyet sonrası iş bulma garantisi olduğunu belirtmiştir. Bu nedenle bu grupta, doyumun öğrenim görülen sınıfa göre değişkenlik göstermediği düşünülmüştür. Yapılan farklı araştırmalarda ise çalışma bulgularımızdan farklı olarak öğrenim görülen sınıfın öğrencilerin doyumlarını etkileyen bir faktör olduğu (Balcı Yangın ve Kırca, 2013; Egelioglu vd., 2011; Görgen ve Bingöl, 2016; Özdelikara ve Babur, 2016; Şavgar vd., 2018; Taştekin vd., 2016), araştırmalarda genellikle birinci sınıf öğrencilerinin doyum düzeyinin daha yüksek olduğu (Balcı Yangın ve Kırca, 2013; Görgen ve Bingöl, 2016; Özdelikara ve Babur, 2016; Şavgar vd., 2018; Taştekin vd., 2016); dördüncü sınıf öğrencilerinin doyum düzeyinin ise daha düşük olduğu (Balcı Yangın ve Kırca, 2013; Taştekin vd., 2016) raporlanmıştır. Dördüncü sınıf öğrencilerinin doyum düzeylerinin daha düşük olmasının nedeninin teorik/uygulama ders yükünün artması, mezun olduktan sonra iş bulma kaygıları, yoğun öğretim programı içinde kamu personeli seçme sınavına (KPSS) hazırlanma baskısı gibi koşullar olduğu düşünülmektedir.

Literatürde sosyo-ekonomik durumun öğrencilerin doyumunu etkileyen bir faktör olduğu belirtilmekte ve yapılan araştırmalarda ekonomik durum algısı yüksek olan öğrencilerin doyumlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Erol ve Kaba, 2018). Ekonomik durum algısının öğrencilerin akademik başarılarını etkilediği bilinmektedir (Koç ve Arkan, 2019). Bu çalışmada ekonomik durum algısı ile ÖDÖ-KF alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4). Koç ve Arkan'ın (2019) çalışmasında da benzer sonuç bulunmuştur (Koç ve Arkan, 2019). Egelioglu ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında ise geliri giderine denk öğrencilerin, geliri giderinden az veya fazla olan öğrencilere göre doyumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Egelioglu vd., 2011). Çalışma grubunu oluşturan öğrencilerin büyük çoğunluğunun ekonomik durum

algılarının iyi (%29,5) ve orta (%63,9) olduğu belirlenmiştir. Çalışma bulgularımızdaki farklılığın çalışma grubunu oluşturan öğrencilerin sosyo-ekonomik düzeylerinin yüksek olması ve bu durumun öğrenim süreçlerinde öğrencilerin doyumunu etkilememesi ile ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Yükseköğretim kurumlarında öğrenci doyumuna kalite göstergelerinden biridir ve akademik başarı kalitenin değerlendirilmesinde kullanılan ölçütlerden biridir (Koç ve Arkan, 2019). Bu çalışmada genel akademik ortalama ile ÖDÖ-KF alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4). Yapılan bazı çalışmalarda da benzer sonuç bildirilmiştir (Ak ve Kılıç, 2017; Koç ve Arkan, 2019). Çalışma bulgularımızdan farklı olarak bazı araştırmalarda ise akademik başarı ile eğitim öğretim hizmet ve olanaklarından alınan doyum arasında pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır (Edraki vd., 2011; Egelioglu vd., 2011; Özdelikara ve Babur, 2016; Şavgar vd., 2018). Çalışma sonucumuz, akademik başarının öğrenime ilişkin doyumunu etkilemediğini göstermiştir.

Bu çalışmada mezun olunan lise ile ÖDÖ-KF alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 4). Yapılan bazı çalışmalarda da benzer sonuç bildirilmiştir (Ak ve Kılıç, 2017; Koç ve Arkan, 2019). Lise dönemindeki öğrencilerin gerek eğitim-öğretim süreçlerinde gerekse bireysel yaşantılarındaki kararlarında aileleri belirleyici olmaktadır. Bu durumun, lise dönemindeki öğrencilerin bireysel doyum algısı gelişimini etkileyebileceği, bu nedenle de mezun olunan lise değişkeninin doyum puanında anlamı bir fark yaratmamış olabileceği düşünülmektedir. Buna ek olarak özellikle sağlık meslek lisesi mezunu öğrencilerin doyum puanında istatistiksel olarak fark olmaması, hemşirelikte eğitim süresinin artmasının öğrencilerin doyumunu etkileyen bir değişken olmadığını düşündürmüştür.

Meslek seçimi, bireylerin yaşamındaki en önemli kararlardan birisi olmakla birlikte aile yapısı, çevre koşulları, ekonomik olanaklar ve bireysel özellikler gibi pek çok faktörden etkilenmektedir (Türk, Adana, Erol, Çelik Akyıl, ve Taşkiran, 2018). Hemşirelik alanında öğrencilerin mesleğin çalışma koşullarını ve çalışma alanlarını tanıyarak seçmelerinin; okul yaşamındaki doyumlarını artıracak bilinen bir gerçektir (Ak ve Kılıç, 2017; İnce ve Khorshid, 2015; Türk vd., 2018). Bu çalışmada hemşireliği isteyerek tercih eden öğrencilerin ÖDÖ-KF alt boyut ve toplam puan ortalamaları isteyerek tercih etmeyen öğrencilerden daha yüksek bulunmuştur ($p<0,01$; Tablo 5). Yapılan bir çalışmada da benzer sonuç bildirilmiştir (Değirmenci Öz ve Yıldız, 2019). Günümüzde meslek seçimleri genellikle üniversite giriş

sınavında rastlantısal olarak gerçekleşmekte (İnce ve Khorshid, 2015) ve yapılan çeşitli araştırmalarda, araştırma bulgularımıza benzer şekilde meslek seçimini etkileyen en önemli faktörün iş bulma kolaylığı/garantisi (İnce ve Khorshid, 2015; Özdelikara ve Babur, 2016; Özveren, Gülнар, ve Özden, 2017; Seago, Spetz, Alvarado, ve Keane, 2006) olduğu görülmektedir. Çalışma bulgularımız öğrencilerin mesleği seçme nedenleri farklı olsa da, isteyerek yapılan meslek tercihinin öğrenim sürecinde doyumunu etkilediği ve karşılaşılan güçlüklerle mücadeleyi kolaylaştırdığını düşündürmüştür. Çalışma bulgularımızdan farklı olarak, bazı araştırmalarda ise hemşireliği isteyerek seçme değişkeninin öğrencilerin doyumlarını etkileyen bir faktör olmadığı saptanmıştır (Ak ve Kılıç, 2017; Egelioglu vd., 2011; Koç ve Arkan, 2019).

Kişinin mesleki alanını sevmesinin, öğrenim yaşantısındaki güdülenmesini etkilediği ve doyum düzeyini arttırdığı bilinmektedir (Özdelikara ve Babur, 2016). Bu çalışmada hemşireliği sevdiği için tercih eden öğrencilerin ÖDÖ-KF toplam puan ortalamaları ile öğretim elemanları ve karalara katılım alt boyut toplam puan ortalamaları, hemşireliği diğer nedenlerden ötürü tercih eden öğrencilerden daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$; Tablo 5). Fakat hemşireliği seçme nedeni ile okul yönetimi, bilimsel-sosyal-teknik olanaklar ve eğitim-öğretimin niteliği alt boyutları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 5). Yapılan benzer bir çalışmada araştırmaya katılan hemşirelik öğrencilerinin mesleği sevmeye durumları ile doyum düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Ak ve Kılıç, 2017). Çalışma sonucumuz; öğrencilerin, mesleği herhangi bir zorunluluğa ya da şarta bağlı olmadan, o mesleği sevdiği için tercih etmesinin, öğrenim sürecindeki doyumun da yüksek olmasını sağladığını göstermektedir.

Literatürde öğrenim gördüğü bölümden memnun olan ve öğrenmeleri konusunda bölüm/fakülte tarafından desteklenen (Chen ve Lo, 2015; Walker, Rossi, Anastasi, Gray-Ganter, ve Tennent, 2016), eğitim öğretim süreçlerine dâhil edildiğini düşünen öğrencilerin doyumlarının daha yüksek olduğu (Walker vd., 2016) ve akademik başarılarının bundan etkilendiği (Chen ve Lo, 2015) belirtilmektedir. Memnun olmayan öğrencilerin ise sosyal yaşamının da bu durumdan etkilendiği ve buna bağlı doyumsuzluk yaşadıkları ve doyumsuzluğun da öğrencide çeşitli psikolojik problemlere neden olduğu rapor edilmektedir (Ak ve Kılıç, 2017). Bu çalışmada fakülteden ve hemşirelik bölümünden memnun olan öğrencilerin ÖDÖ-KF alt boyut ve toplam puan ortalamaları memnun olmayan öğrencilerden daha yüksek bulunmuştur ($p<0,01$; Tablo 5). Bu çalışmamız için beklenen bir sonuçtur. Yapılan benzer çalışmalarda da öğrenim gördüğü bölüm/fakülte ve aldığı eğitimden memnun

olan öğrencilerin, doyumlarının daha yüksek olduğu raporlanmıştır (Ak ve Kılıç, 2017; Balcı Yangın ve Kırca, 2013; Chen ve Lo, 2015; Görgen ve Bingöl, 2016; Özdelikara ve Babur, 2016; Şavgar vd., 2018).

Mezuniyet sonrası hemşire olarak çalışmayı düşünen öğrencilerin ÖDÖ-KF alt boyut ve toplam puan ortalamaları mezuniyet sonrası hemşire olarak çalışmayı düşünmeyen öğrencilerden daha yüksek bulunmuştur ($p<0,01$; Tablo 5). Bu durumun, mezuniyet sonrası hemşire olarak çalışmak isteyen öğrencilerin öğrenim süreçlerinde daha motive olmaları ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Hemşirelik mesleğini stresli bulma değişkeni ile ÖDÖ-KF alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 5). Bu sonuçlar öğrencilerin hemşirelik mesleğini stresli olarak algılamasına rağmen, mesleki benlik saygılarının yüksek olduğunu düşündürmüştür. Mesleki benlik saygısı öğrenci doyumunu etkileyen bir faktördür. Mesleki benlik saygısı, bireyin tercih ettiği mesleğe karşı geliştirdiği değerlilik yargısıdır ve bireyin kendi mesleğini ne kadar değerli ve saygın gördüğünü ortaya koymaktadır. Mesleki benlik saygısının yüksek olması bireyin mesleğini severek yapması ve mesleğe karşı olumlu tutum içinde olmasını sağlamaktadır ve bu durum hemşirelik öğrencileri açısından da oldukça önemlidir (Değirmenci Öz ve Yıldız, 2019). Nitekim Değirmenci Öz ve Yıldız'ın çalışmalarında (2019) mesleki benlik saygıları ve doyum düzeyi yüksek hemşirelik öğrencilerinin kendine güvenli, mutlu, eğitiminde ve mesleğinde başarılı olacağını düşündüklerini ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada mesleği isteyerek seçen, bölümden doyumlu olan ve mezun olduktan sonra mesleğini yapmak isteyen öğrencilerin, mesleki benlik saygısı ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır (Değirmenci Öz ve Yıldız, 2019).

Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma sonuçlarının, çalışmanın yürütüldüğü hemşirelik bölümü öğrencileri ile sınırlı olması nedeniyle tüm hemşirelik öğrencilerine genellenemez olması, araştırmanın sınırlılığıdır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada öğrencilerin ölçekten aldıkları puan ortalamasının $3,32\pm 0,64$ olduğu ve öğrencilerin tüm eğitim-öğretim hizmet ve olanaklarından orta düzeyde memnun olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin doyum düzeyleri alt boyutlara göre değerlendirildiğinde en yüksek doyum puan ortalamasının Eğitim-Öğretimin Niteliği alt boyutunda, en düşük doyum puan ortalamasının Bilimsel, Sosyal ve Teknik Olanaklar öğrencilerin memnuniyetin en düşük

olduğu alt boyutunda olduğu belirlenmiştir. Hemşireliği isteyerek tercih etme, hemşireliği seçme nedeni, fakülte ve bölümden memnun olma durumu ve mezuniyet sonrası hemşire olarak çalışmayı isteme değişkenlerinin öğrencilerin doyumunu etkileyen faktör olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz;

- Ölçekte tanımlanan tüm alt boyutlar için öğrenci doyumunu etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik çalışmaların daha büyük örneklemelerde tekrarlanması,
- Farklı eğitim programları (klasik ve entegre) kullanan, eğitim programları akredite edilen ve akredite edilmeyen okullarda öğrenimlerini sürdüren hemşirelik öğrencilerinin doyum düzeylerinin karşılaştırılması,

Özellikle öğrenci doyumlarının en düşük olduğu bilimsel, sosyal ve teknik olanakların iyileştirilmesine yönelik girişimlerin planlanabilmesi için ilgili birimlerle işbirliğinin sağlanmasıdır.

KAYNAKLAR

- Abdullah, M. K., Ibrahim, R. H. (2019). Nursing students' attitudes toward simulation technology in nursing education. *International Journal of Emerging Technologies in Learning*, 14(14), 31–45.
- Ak, B., Kılıç, H. F. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçim nedenleri ve öğrenim doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Doğu Akdeniz Üniversitesi, Kıbrıs.
- Balcı Yangın, H., Kırca, N. (2013). Antalya Sağlık Yüksekokulu hemşirelik öğrencilerinin memnuniyet düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 78–94.
- Baykal, Ü., Harmancı, A. K., Eşkin, F., Altuntaş, S., Sökmen, S. (2011). Öğrenci Doyum Ölçeği-Kısa Form Geçerlik-Güvenirlilik Çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(4), 60–68.
- Baykal, Ü., Sökmen, S., Korkmaz, Ş. (2002). "Öğrenci Memnuniyeti Ölçeği" geliştirme çalışması. *Hemşirelik Dergisi*, 12(49), 23–32.
- Belyukova, S. A., Fox, C. M. (2002). Student satisfaction as a measure of student development: towards a universal metric. *Journal of College Student Development*, 43(2), 161–169.
- Bos, E., Alinaghizadeh, H., Saarikoski, M., Kaila, P. (2014). Factors in students' learning process associated with clinical environment in primary health care - a questionnaire study. *Nurse Education Today*, 35(1), 170–175.
- Chen, H., Lo, H. (2015). Nursing student satisfaction with an associate nursing program. *Nursing Education Perspectives*, 36(1), 27–33.
- Clark, M., Raffray, M., Hendricks, K., Gagon, A. J. (2016). Global and public health core competencies for nursing education: A systematic review of essential competencies. *Nurse Education Today*, 40, 173–180.
- Dale, B., Leland, L., Dale, J. G. (2013). What factors facilitate good learning experiences in clinical studies in nursing: bachelor students' perceptions. *International Scholarly Research Notices*, 2013, 628–679.
- Değirmenci Öz, S., Yıldız, G. (2019). Hemşirelik öğrencilerinin mesleki benlik saygıları ve öğrenimlerine ilişkin doyum düzeylerinin belirlenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2(6), 79–89.

- Edraki, M., Rambod, M., Abdoli, R. (2011). *The relationship between nursing students' educational satisfaction and their academic success. Iranian Journal Of Medical Education, 11(1), 32–39.*
- Egelioglu, N., Arslan, S., Bakan, G. (2011). *Hemşirelik öğrencilerinin memnuniyet durumlarının akademik başarıları üzerine etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 13(1), 14–24.*
- Ekinci, C. E., Burgaz, B. (2007). *Hacettepe Üniversitesi öğrencilerinin bazı akademik hizmetlere ilişkin beklenti ve memnuniyet düzeyleri. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 33, 120–134.*
- Erol, M., Kaba, İ. (2018). *Ergenlerin yaşam doyumunun incelenmesi. Journal of Social and Humanities Sciences Research, 5(16), 52–63.*
- Espeland, V., Indrehus, O. (2003). *Evaluation of students' satisfaction with nursing education in Norway. Journal of Advanced Nursing, 42(3), 226–236.*
- Goh, H. S., Tang, M. L., Lee, C. N., Liaw, S. Y. (2019). *The development of Singapore nursing education system - challenges, opportunities and implications. International Nursing Review, 66, 467–473.*
- Görgeç, Ö., Bingöl, G. (2016). *Amasya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin memnuniyet düzeylerinin incelenmesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(3), 116–122.*
- Gülcan, Y., Kuştepe, Y., Aldemir, C. (2002). *Yüksek öğretim'de öğrenci doyumu: kuramsal bir çerçeve ve görgül bir araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 7(1), 99–114.*
- Hakim, A. (2013). *Nursing students' satisfaction. International Journal of Nursing, 2(2), 1–7.*
- Hakim, A. (2014). *Nursing students' satisfaction about their field of study. Journal of Advances in Medical Education ve Professionalism, 2(2), 82–87.*
- Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (2007). Türkiye.*
- İnce, S., Khorshid, L. (2015). *Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçimini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 18(3), 163–171.*
- Kahraman, A. B., Tunçdemir, N. O., Özcan, A. (2015). *Toplumsal cinsiyet bağlamında hemşirelik bölümünde öğrenim gören erkek öğrencilerin mesleğe yönelik algıları. Sosyoloji Araştırmaları Dergisi, 18(2), 109–144.*
- Kim, S. Y., Shin, Y. S. (2020). *Structural model of professional socialization of nursing students with clinical practice experience. Journal of Nursing Education, 59(3), 133–141.*
- Koç, K., Arkan, B. (2019). *Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin okuldan memnuniyet düzeyleri ve akademik başarı puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Balıkesir Üniversitesi, Balıkesir.*
- Kunaviktikul, W., Turale, S., Petrini, M. A., Tungpunkom, P., Avant, K. C. (2019). *Experiences from Southeast Asia on nursing education, practice, mobility and influencing policy. International Nursing Review, 66, 474–481.*
- Miles, L. W., Erämaa, S., Parkkinen, S. (2019). *“The world is our campus”: student satisfaction with an international nursing education partnership. Nursing Education Perspectives, 40(5), 300–302.*
- Özdelikara, A., Babur, S. (2016). *Hemşirelik öğrencilerinin öğrenimlerine ilişkin doyum düzeyi ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 9(1), 2–8.*
- Özveren, H., Gülnar, E., Özden, D. (2017). *Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçimini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Turkish Journal of Clinics and Laboratory, 8(2), 57–64.*
- Papastavrou, E., Dimitriadou, M., Tsangari, H., Andreou, C. (2016). *Nursing students' satisfaction of the*



clinical learning environment: a research study. BMC Nursing, 15, 1–10.

- Şavgar, C., Özçakar, Ö., Ay, N., Orgun, F., Akçakoca, B. (2018). Öğrenci hemşirelerin entegre eğitim sisteminden memnuniyetlerinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 34(2), 30–43.*
- Seago, J. A., Spetz, J., Alvarado, A., Keane, D. (2006). *The nursing shortage: Is it really about image? Journal of Healthcare Management, 51, 96–110.*
- Smith, M. R., Grealish, L., Henderson, S. (2018). *Shaping a valued learning journey: Student satisfaction with learning in undergraduate nursing programs, a grounded theory study. Nurse Education Today, 64, 175–179.*
- Taştekin, A., Türkdönmez, B., Güler, M., Yılmaz, A., Erşahan, T. (2016). *Hemşirelik Öğrencilerinin Klinik Ortamdaki Doyum Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi, 24(1), 24–29.*
- Turan, N., Öztürk, A., Kaya, H., Aştı, T. (2011). *Toplumsal cinsiyet ve hemşirelik. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 4(1), 167–173.*
- Türk, G., Adana, F., Erol, F., Çelik Akyıl, R., Taşkiran, N. (2018). *Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçme nedenleri ile bakım davranışları algısı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 7(3), 1–10.*
- Walker, S., Rossi, D., Anastasi, J., Gray-Ganter, G., Tennent, R. (2016). *Indicators of undergraduate nursing students' satisfaction with their learning journey: An integrative review. Nurse Education Today, 43, 40–48.*
- Warne, T., Johansson, U.B. Papastavrou, E. Tichelaar, E., Tomietto, M., Van den Bossche, K., ... Saarikoski, M. (2010). *An exploration of the clinical learning experience of nursing students in nine European countries. Nurse Education Today, 30(8), 809–815.*

Original Article / Araştırma Makalesi

DOĞUMHANEDE ÇALIŞAN EBELERDE İŞE BAĞLI GERGINLIK DÜZEYİ İLE TÜKENMİŞLİK, ÖRGÜTSEL BAĞLILIK VE ÖRGÜTSEL ADALET DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Relationship between Work-Related Tension Level and Burnout, Organizational Commitment and Justice Levels of the Midwives Working in Delivery Units

Hacer ÜNVER¹  Yeşim AKSOY DERYA²  Tuba UÇAR³ 
^{1,2,3}İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Malatya

Geliş Tarihi / Received: 03.06.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 08.11.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ÖZ

Doğumhaneler ebelerin sıklıkla stres yaratıcı olaylarla karşılaştıkları ve ruhsal olarak zorlukların yoğun yaşandığı en önemli alanlardandır. Bu araştırma; doğumhanede çalışan ebelerde işe bağlı gerginlik düzeyi ile tükenmişlik, örgütsel bağlılık ve örgütsel adalet düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır. İlişkisel tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma Kasım 2017–Ocak 2018 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Bu araştırma, Türkiye'nin doğusunda bulunan bir ildeki kamu hastaneler birliğine bağlı 8 hastanenin doğumhanelerinde çalışan 156 ebe ile yürütüldü. Veriler kişisel tanım formu, işe bağlı gerginlik ölçeği, örgütsel bağlılık ölçeği, örgütsel adalet ölçeği ve Maslach tükenmişlik envanteri ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin yanı sıra pearson korelasyon analizi kullanıldı. Bu araştırmada; işe bağlı gerginlik düzeyi arttıkça duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyinin önemli düzeyde arttığı, buna karşın kişisel başarının, örgütsel devamlı bağlılık düzeyinin ve örgütsel adaletin önemli düzeyde azaldığı saptandı ($p<0.05$). Ebelerde işe bağlı gerginlik, duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın örgütsel adalet düzeyini azaltan önemli değişkenler olduğu görüldü. Buna karşın ebelerde işlemsel adalet düzeyi arttıkça duygusal ve devamlı bağlılık düzeyinin de arttığı belirlendi ($p<0.05$). Bu araştırmada işe bağlı gerginlik ve tükenmişliğin örgütsel adalet düzeyini etkileyen önemli yordayıcılar olduğu ve işlemsel adalet algısı arttıkça örgütsel bağlılığın da arttığı belirlendi.

Anahtar kelimeler: Adalet, Ebe, Gerginlik, Mesleki, Tükenmişlik

ABSTRACT

Delivery rooms are one of the most important areas where midwives are often confronted with stressful events and intense psychological difficulties are experienced. This research has been carried out to determine the relationship between job-related tension level and burnout, organizational commitment and organizational justice levels in midwives working in delivery room. This correlational descriptive study was conducted between November 2017-January 2018. This research has been carried out with 156 midwives working 8 delivery units of public hospitals in a province in the east of Turkey. The data were collected by personal presentation form, work-related tension scale, organizational commitment scale, organizational justice scale and Maslach burnout inventory. In addition to descriptive statistical methods, Pearson correlation analysis was used to evaluate the data. In this study; it was found that emotional exhaustion and depersonalization significantly increased as work-related tension increased, whereas personal success, level of organizational commitment and organizational justice decreased significantly ($p<0.05$). It was seen that work-related tension, emotional exhaustion and desensitization in midwives are important variables that decrease organizational justice level. On the other hand, it was determined that as the level of operational justice increased, the level of emotional and continuing commitment increased in midwives ($p<0.05$). In this study, it was determined that work-related tension and burnout were important predictors affecting the level of organizational justice, and organizational commitment increased as the perception of operational justice increased.

Keywords: Burnout, Justice, Midwife, Occupational, Tension

GİRİŞ

Günümüzde hayatımızın önemli bir kısmı çalışma ortamlarında geçmektedir. Bu ortamlardaki çalışma koşullarımız, çalışma saatleri, çalışılan ortamdaki yaşanan olumsuzluklar beraberinde stres, yorgunluk tükenmişlik gibi olumsuz durumları getirmektedir. Yaşanan stres kavramı başlangıç olarak, tükenmişlik kavramı ile ilişkilendirilmesine rağmen (Maslach ve Jackson, 1981; Pines ve Keinan, 2005) literatür incelendiğinde, tükenmişlik kavramının iş yerinde stres kavramından farklı olduğu ve son zamanlarda popülerite kazandığı görülmektedir (Maslach, 2003; Maslach, Schaufeli, ve Leiter, 2001). 1980'li yıllara doğru tükenmişlik kavramı akademik yazında tartışılan konu olmaya başlamıştır. Bu zamanlardan itibaren çalışma hayatı ile ilgili pek çok olumsuz durum ve olaylar tükenmişlik kavramı ile ifade edilmeye çalışılmıştır. Bu alandaki çalışmalar genellikle sağlık çalışanları, öğretmenler, polisler gibi sosyal alanda insanlarla yakın ilişki içerisinde olmak durumunda olan çalışanlar üzerinde yapılmıştır (Gönen, 2020; Uzun ve Mayda, 2020).

Sağlık çalışanları ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında; sağlık çalışanlarının genellikle çalışma koşullarının yetersizliği, hastaların ve yakınlarının sağlık çalışanlarından büyük beklentiler içerisinde olması ve çalışma şartlarının (vardiya, mesai vb.) ağır olması nedeni ile tükenmişlik yaşamaya karşı eğilimli oldukları görülmektedir (Demir, M. Ulusoy, ve M. F. Ulusoy, 2003). Ülkemizde sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri; mesleki çalışma süreleri çeşitli sebeplerden dolayı mesleğini değiştirme düşüncesi içerisinde olma, çalışma koşullarındaki zorluklar, harcanan emek ve zaman ile doğru orantılı olmayan yetersiz ücretler ve iş yaşamlarının hatayı kabul etmeyecek olduğundan üzerlerinde oluşan ağır baskı ve stres gibi nedenlerle değişkenlik göstermektedir (Metin ve Özer, 2007). Örgütsel bağlılık ve adalet gibi kavramların tükenmişlik ve işe bağlı gerginliklerin azaltılmasında ve çalışanların memnuniyetinin artırılması konusunda önemli rolünün olduğu düşünülmektedir. Bu anlamda çalışanlarda bağlılık ve adalet kavramlarının gelişmesinin sağlanması işteki verimliliklerini arttırabileceği, tatmin düzeyini yükseltebileceği ve tükenme düzeylerinin önemli ölçüde azalabileceği yapılan çalışmalarda belirlenmiştir (Çetin, Basım, ve Aydoğan, 2011; Demirel 2009).

Örgütsel bağlılık konusu 1970'li yıllardan beri önem verilen bir konu haline gelmiştir. Çalışanların örgüte olan psikolojik yaklaşımının ve örgüte devam etme kararını sağlayan psikolojik durumu olarak tanımlanmıştır (Mercan, 2006). Ayrıca bu bağlılık bireyin, örgütle farklı yönlerden özdeşleşme durumunu göstermektedir (Çelik Keleş, 2006). Çalışanların işe

karşı göstermiş oldukları tutum ve bağlanma düzeyi beraberinde, çalışanların görevlerinde sadakat, iş ile bütünleşmeleri ve işteki motivasyon düzeyinde artışı getirmektedir (Demirel, 2009). Bu sayede çalışanların örgütte verimlilikleri artacak, örgütün çıkarları çalışanların çıkarları haline gelecek ve bu motivasyon ile performansları artacak ve tükenmişlik düzeylerinde azalma görülecektir (Çetin vd., 2011; Demirel, Tohum, ve Kartal, 2017). Çalışanların, örgütsel bağlılık ve kişisel doyum düzeyleri ile doğrudan ilişkili olan diğer bir kavram örgütsel adalettir (Şahin ve Taşkaya, 2010). Örgütsel adalet kavramı ise, çalışanların yaşanan olaylarda örgütün ne kadar adil olduğuna ilişkin algılamalarını ve bu algılamalar neticesinde verdikleri tepkileri içermektedir (Saunders ve Thornhill, 2004).

Olumsuz örgütsel bağlılık ve adalet kavramlarının çalışan üzerinde olumsuz duygu birikimine yol açabileceği ve beraberinde tükenmişlik ve gerginlik gibi olumsuz psikolojik sorunlara yol açabileceği düşünülmektedir. Nitekim Maslach ve Jackson sürekli diğer insanlarla çalışan, duygusal taleplerle yoğun bir şekilde karşılaşan kişilerde görülen fiziksel yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının dışavurumu ile tükenmişliğin oluştuğunu belirtmiştir (Maslach ve Jackson, 1981). Özellikle birebir insana hizmet veren meslek gruplarında tükenmişliğin daha çok yaşandığı düşünülmektedir. Tükenmişliğin örgütsel ve bireysel kaynaklı ortaya çıkabilmektedir. Yapılan bir çalışmada ebelerde tükenmişliği yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, aylık gelir düzeyi, mesleği isteyerek seçme durumu, mesleği kendine uygun bulma gibi bireysel faktörler etkilerken; hizmet verilen hasta sayısı, çalışılan kurum, çalışılan klinik, klinikteki görevi, klinikten memnuniyeti, haftalık çalışma saati gibi örgütsel faktörlerin de etki ettiği saptanmıştır (Kaya ve Akdolun Balkaya, 2009).

Ebelik hizmet verdikleri kişilerin fiziksel, duygusal ve sosyal sorunlarıyla yakından ilgilenen meslek gruplarından biridir. Ebeler bu sorunlarla ilgilenirken kendi fiziksel, sosyal ve psikolojik sağlığıyla ilgili gereksinimler duyabilecektir. Nitekim gereksinimlerin karşılanamaması sonucunda iş doyumunun azalmasıyla ortaya çıkan gerilim, bireylerin ruh sağlığını olumsuz etkileyerek tükenmişliğe yol açabilmektedir. Bununla birlikte eğer çalışan yaptıkları işten doyum sağlayabilirse, çalıştığı kurumun amaç ve politikalarına uyum sağlaması daha da kolaylaşacak ve verilen hizmetin kalitesi artacaktır (Kaya ve Akdolun Balkaya, 2009). Bununla birlikte doğumhaneler ebelerin genellikle stresli olaylarla karşılaştıkları, ruhsal olarak zorlukların yoğun yaşandığı en önemli alanlardan biri olduğu bilinmektedir. Literatürde ebelerde işe bağlı gerginlik düzeyi ile tükenmişlik, örgütsel bağlılık ve örgütsel adalet düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirleyen herhangi bir çalışmaya

rastlanmamıştır. Bu nedenle bu çalışma; doğumhanede çalışan ebelerde işe bağlı gerginlik düzeyi ile tükenmişlik, örgütsel bağlılık ve örgütsel adalet düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

İlişkisel tanımlayıcı türde yapılan bu araştırma, Türkiye'nin doğusunda bulunan bir ildeki Kamu Hastaneler Birliğine bağlı merkez ve ilçelerde yer alan 8 hastanenin doğumhanelerinde çalışan ebeler ile Kasım 2017–Ocak 2018 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini, doğumhanelerde çalışan 172 ebe oluşturdu (N=172). Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında herhangi bir örneklem yöntemine gidilmeksizin evrenin tümüne ulaşmak hedeflendi. Araştırmanın örneklemine araştırmaya katılmayı kabul eden 156 ebe oluşturdu (n=156). Araştırmaya alınma kriterlerine uyan ebeler ilgili evrenden rastgele örnekleme yöntemi ile seçildi.

Araştırmaya alınma kriterleri;

-Doğumhanede en az bir yıl çalışmış olmak,

-Araştırmaya katılmaya gönüllü olmaktır.

Veri Toplama Araçları

Veriler kişisel tanıtım formu, işe bağlı gerginlik ölçeği, Maslach tükenmişlik envanteri, örgütsel adalet ölçeği, örgütsel bağlılık ölçeği ile toplandı.

Kişisel tanıtım formu; ebelerin sosyo-demografik özelliklerini, çalışma bilgilerini içeren toplam 6 sorudan oluşmaktadır.

İşe bağlı gerginlik ölçeği Revicki ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup 18 madde içermektedir (Revicki, May, ve Whitley, 1991). Ölçekten 18-72 puan alınmaktadır. Ölçeğin kesme değeri bulunmamakta, ölçekten alınan puanla paralel olarak işe bağlı gerginlik düzeyi de değişmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Aslan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (S. Aslan, Ünal, ve R. Aslan, 1998). Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.66'dır (S. Aslan, Ünal, ve R. Aslan, 1998). Bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0.63 olarak bulunmuştur.

Maslach ve Jackson tarafından geliştirilen Maslach tükenmişlik envanteri 22 maddeden oluşmaktadır (Maslach ve Jackson, 1981). Ölçeğin alt boyutları, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı olmak üzere üç alt boyutu vardır. Ölçek maddeleri “0 hiçbir zaman” ve “4 her zaman” biçiminde puanlanmaktadır. Ters kodlanan madde

bulunmamaktadır. Ölçeğin alt boyutları, duygusal tükenme (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20), duyarsızlaşma (5, 10, 11,15, 22) ve kişisel başarı (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) dir. Duygusal tükenme boyutu, kişinin kendini tükenmiş ve işi tarafından tüketilmiş olması duygularını içermektedir. Duyarsızlaşma boyutu; kişinin bakım ve hizmet verdiği bireylere karşı, duygudan yoksun bir şekilde muamelede bulunmalarını, kişisel başarı boyutu ise insanlara sürekli hizmet sunan kişide yaptığı işteki yeterlilik ve sorunlarla baş edebilme duygularını tanımlamaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Ergin (1992) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin alt boyutlara göre Cronbach's Alpha değerleri 0.83, 0.65 ve 0,72 olarak bulunmuştur (Ergin, 1992). Ölçek alt boyutlarından alınan puanlar duygusal tükenme için 0-36, duyarsızlaşma için 0-20 ve kişisel başarı için 0-32 arasında değişmektedir. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarının puan ortalamasının yüksek, kişisel başarı puan ortalamasının düşük olması tükenmeyi göstermektedir (Ergin, 1992; Maslach vd., 2001). Bu araştırmada duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyutunun Cronbach's Alpha değerleri sırasıyla 0.85, 0.66 ve 0.68 olarak bulunmuştur.

Örgütsel adalet düzeylerini belirlemek için kullanılan örgütsel adalet ölçeği Niehoff ve Moorman tarafından geliştirilmiş olup 20 sorudan oluşmaktadır. Likert tipli veri toplama aracında maddeler: “(1) Kesinlikle Katılmıyorum, ile (5) Tamamen Katılıyorum” arasında 5 aralıklı olarak derecelendirilmiştir. Ölçekte ters kodlanan madde bulunmamaktadır (Niehoff ve Moorman 1993). Dağıtımsal adalet boyutu 1-5. Maddelerin, adil işlem boyutunu 6-11 arası maddelerin adil etkileşim boyutu 12-20. maddelerin toplanmasıyla elde edilmektedir (Atalay, 2007). Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Yıldırım (2007) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı adil dağıtım için 0.81, adil işlem için 0.89 ve adil etkileşim için 0.95 olarak saptanmıştır. (Yıldırım, 2007). Bu araştırmada Cronbach alfa katsayısı adil dağıtım 0.79, adil işlem 0.64 ve adil etkileşim 0.77 olarak bulunmuştur.

Örgütsel bağlılık düzeyini belirlemek için kullanılan örgütsel bağlılık ölçeği Allen ve Meyer (1990) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek toplam 18 sorudan ve üç boyuttan (Duygusal Bağlılık, Devam Bağımlılığı ve Normatif Bağlılık) oluşan ölçek “kesinlikle katılmıyorum”, “katılmıyorum”, “orta derecede katılıyorum”, “çoğunlukla katılıyorum”, “tamamen katılıyorum” şeklinde beşli likert tipi olarak derecelendirilmiştir (Allen ve Meyer, 1990). Ölçekte; 1, 3, 5, 7, 8 ve 11. maddeler duygusal bağlılığa, 2, 4, 6, 13, 15 ve 16. maddeler devam bağlılığına, 9, 10, 12, 14, 17 ve 18. maddeler normatif bağlılığa ilişkindir. 3, 8, 11 ve 14. maddeler ters kodlanan maddelerdir (Başol ve Yalçın, 2009). Örgütsel bağlılık ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Wasti (2000) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa

değerleri 0.58 ile 0.75 arasında değişmekte olup (Wasti, 2000) bu araştırmada 0.65 olarak bulunmuştur.

Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak elde edilmiştir. Öncelikle araştırmaya alınma kriterlerini sağlayan ebelerden onam alınmış ve veri toplama formları ebelere verilerek formları kendilerinin doldurmaları istenmiştir. Veri toplama aşamasında ebelerin en uygun olduğu zaman dilimi dikkate alınmıştır. Veri toplama süresi ortalama 5-8 dk sürmüştür.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılması için Kamu Hastaneler Birliğinden yazılı izin alınmış olup, Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulundan etik onay (2018/6-16) alındı. Araştırma hakkında ebelere bilgi verildikten sonra gönüllü olanlar araştırmaya dâhil edildi.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi SPSS 16.0 paket programını kullanılarak yapıldı. İstatistiksel analizlerde; tanımlayıcı istatistiklerin (sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma) yanı sıra, Pearson korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Tablo 1. Ebelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=156)

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Eğitim durumu		
Lise mezunu	20	12.8
Ön lisans mezunu	49	31.4
Lisans mezunu	81	51.9
Yüksek lisans mezunu ve üzeri	6	3.9
Gelir durumu		
Gelir giderden çok	5	3.2
Gelir gidere denk	77	49.4
Gelir giderden az	74	47.4
Medeni durum		
Evli	129	82.7
Bekar	27	17.3
Yaş (yıl) X ± SS	39.72 ± 7.92	
Çalışma süresi (yıl) X ± SS	18.95 ± 9.34	
Kadın doğumla ilgili birimde çalışma süresi (yıl) X ± SS	11.85 ± 8.38	

Araştırmada ebelerin yaş ortalamasının 39.72 ± 7.92 yıl olduğu, %51.9'unun lisans düzeyinde eğitim gördüğü, %49.4'ünün gelirin gidere denk olduğu, %82.7'sinin evli olduğu belirlendi. Ayrıca, ebelerin çalışma sürelerinin ortalama 18.95 ± 9.34 yıl, kadın doğum servislerinde çalışma sürelerinin ise ortalama 11.85 ± 8.38 yıl olduğu saptandı (Tablo 1).

Tablo 2. Ebelerin İşe Bağlı Gerginlik, Tükenmişlik, Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Adalet Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=156)

Ölçekler	Alınabilecek en düşük-en yüksek puan	Alınan en düşük-en yüksek puan	Ort. \pm SS.
İşe bağlı gerginlik ölçeği toplam	18-72	54	40.41 \pm 5.71
Tükenmişlik ölçeği alt boyutları			
Kişisel başarı	0-32	7-32	20.75 \pm 4.72
Duyarsızlaşma	0-20	0-15	5.11 \pm 3.51
Duygusal tükenme	0-36	1-35	15.77 \pm 6.86
Örgütsel bağlılık ölçeği alt boyutları			
Normatif bağlılık	6-30	6-30	17.04 \pm 4.45
Devamlı bağlılık	6-30	6-26	16.73 \pm 3.85
Duygusal bağlılık	6-30	6-28	18.36 \pm 3.43
Örgütsel adalet ölçeği alt boyutları			
Adil etkileşim	9-45	9-45	20.51 \pm 9.18
İşlemsel adalet	6-30	6-29	12.00 \pm 5.16
Dağıtımsal adalet	5-25	5-24	10.66 \pm 4.35

Tablo 2 de ebelerin işe bağlı gerginlik, tükenmişlik, örgütsel bağlılık ve örgütsel adalet ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Ebelerin işe bağlı gerginlik ölçeği toplam puan ortalamasının 40.41 ± 5.71 olduğu belirlendi. Tükenmişlik ölçeği, örgütsel bağlılık ölçeği ve örgütsel adalet ölçeklerine ait tüm alt boyut puan ortalamalarının alınabilecek en düşük- en yüksek puan aralığında olduğu görüldü.

Tablo 3. Ebelerde İşe Bağlı Gerginlik Düzeyi İle Tükenmişlik, Örgütsel Bağlılık ve Adalet Düzeyleri Arasındaki İlişki

	İşe bağlı gerginlik	Maslach Tükenmişlik Envanteri			Örgütsel Bağlılık Ölçeği			Örgütsel Adalet Ölçeği		
		Duygusal tükenme	Duyarsızlaşma*	Kişisel başarı	Duygusal bağlılık*	Devamlı bağlılık*	Normatif bağlılık	Dağıtımsal adalet*	İşlemsel adalet*	Etkileşim adalet*
İşe bağlı gerginlik	1									
Duygusal tükenme	0.467 0.000	1								
Duyarsızlaşma*	0.324 0.000	0.574 0.000	1							
Kişisel başarı	-0.273 0.001	-0.427 0.000	-0.458 0.000	1						
Duygusal bağlılık*	0.007 0.934	-0.096 0.232	-0.159 0.048	0.224 0.005	1					
Devamlı bağlılık*	-0.169 0.035	-0.158 0.049	-0.148 0.065	0.278 0.001	0.365 0.000	1				
Normatif bağlılık	0.022 0.782	0.083 0.304	-0.006 0.940	-0.013 0.869	0.285 0.000	0.367 0.000	1			
Dağıtımsal adalet*	-0.392 0.000	-0.372 0.000	-0.263 0.001	0.141 0.080	0.158 0.049	0.365 0.000	0.228 0.004	1		
İşlemsel adalet*	-0.425 0.000	-0.308 0.000	-0.202 0.012	0.195 0.015	0.300 0.000	0.496 0.000	0.270 0.001	0.618 0.000	1	
Etkileşim adalet*	-0.426 0.000	-0.318 0.000	-0.219 0.006	0.129 0.109	0.147 0.067	0.379 0.000	0.270 0.001	0.607 0.000	0.761 0.000	1

*Pearson korelasyon analizi

Tablo 3’de ebelerde işe bağlı gerginlik düzeyi ile tükenmişlik, örgütsel bağlılık ve adalet düzeyleri arasındaki ilişki verilmektedir.

İşe bağlı gerginlik ölçeği puan ortalaması ile Maslach tükenmişlik envanteri “duygusal tükenme” ve “duyarsızlaşma” alt boyutları puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf ilişki, “kişisel başarı” alt boyut puan ortalaması ile negatif yönde zayıf ilişki olduğu görüldü ($p<0.05$). Ebelerde işe bağlı gerginlik arttıkça duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyinin de önemli ölçüde arttığı, buna karşın kişisel başarının azaldığı saptandı.

İşe bağlı gerginlik ölçeği puan ortalaması ile örgütsel bağlılık ölçeği “devamlı bağlılık” alt boyut puan ortalaması arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$). Ebelerde işe bağlı gerginlik düzeyi arttıkça örgütsel devamlı bağlılık düzeyinin önemli düzeyde azaldığı görüldü.

İşe bağlı gerginlik ölçeği puan ortalaması ile örgütsel adalet ölçeği “dağıtımsal adalet”, “işlemsel adalet” ve “etkileşim adalet” alt boyutları puan ortalamalarıyla negatif yönde zayıf ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$). Ebelerde işe bağlı gerginlik arttıkça örgütsel adalet ölçeği tüm alt boyutlarında önemli düzeyde azalma olduğu belirlendi.

Ebelerde Maslach tükenmişlik envanteri “duygusal tükenme” alt boyut puan ortalaması ile örgütsel bağlılık ölçeği “devamlı bağlılık” alt boyut puan ortalaması arasında negatif yönde çok zayıf ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$). Ebelerde duygusal tükenmişlik düzeyi arttıkça devamlı bağlılık düzeyinin önemli düzeyde azaldığı görüldü.

Maslach tükenmişlik envanteri “duygusal tükenme” ve “duyarsızlaşma” alt boyut puan ortalaması ile örgütsel adalet ölçeği “dağıtımsal adalet”, “işlemsel adalet” ve “etkileşim adalet” alt boyutları puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf düzeyde ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$). Ebelerde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyi arttıkça örgütsel adalet ölçeği tüm alt boyutlarında önemli düzeyde azalma olduğu belirlendi.

Ebelerde örgütsel bağlılık ölçeği “duygusal bağlılık” alt boyut puan ortalaması ile örgütsel adalet ölçeği “işlemsel adalet” alt boyut puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$). Ayrıca, örgütsel bağlılık ölçeği “devamlı bağlılık” alt boyut puan ortalaması ile örgütsel adalet ölçeği “işlemsel adalet” ve “etkileşim adalet” puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf ilişki olduğu saptandı ($p<0.05$). Ebelerde duygusal bağlılık arttıkça işlemsel adaletin, devamlı bağlılık arttıkça hem işlemsel hem de etkileşimsel adaletin arttığı görüldü.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Yoğun çalışma şartları, nöbetler, iş ortamındaki sorunlar, sağlık hizmeti sağlanırken oluşan bazı aksamalar, personel eksikliği nedeniyle daha yoğun mesaiyle çalışma, sağlık çalışanlarının orantısız dağılımı gibi sorunlar sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve işe bağlı gerginlik sorunlarına yol açmaktadır (Sivrikaya ve Erişen, 2019). Toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesinde konusunda önemli rol ve sorumlulukları olan sağlık çalışanlarından biri de ebelerdir. Ancak bu çalışma şartları nedeniyle ebelerde tükenmişlik çok sık görülebilmektedir (Ağapınar ve Şahin, 2014). Bu araştırmada, işe bağlı gerginlik düzeyi arttıkça duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyinin önemli düzeyde arttığı belirlenmiştir. Buna ek olarak işe bağlı gerginlik arttıkça kişisel başarının, örgütsel devamlı bağlılık düzeyinin ve örgütsel adaletin önemli düzeyde azaldığı saptanmıştır (Tablo 3, $p<0.05$). Bu bulgular işe bağlı gerginliğin tükenme ile birlikte görüldüğü ve işe bağlı gerginlik ve tükenmenin örgütsel bağlılık ve adalet düzeyi ile ilişkili önemli değişkenler olduğunu göstermektedir. Kaya'da yapmış olduğu çalışmada benzer şekilde bulgular elde ederek, ebelerin iş doyumunu ve tükenmişliklerinin çalışma koşulları ve mesleki özelliklere ait sorunlardan kaynaklandığını belirtmiştir (Kaya vd., 2009). Özşahin ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada, katılan ebelerin işe bağlı gerginlik düzeylerinin yüksek olduğu saptamışlardır. Ayrıca aynı çalışmada işe bağlı gerginlik düzeyi arttıkça çatışma çözmede iletişimi kesme yönteminin daha çok kullanıldığı belirtilmiştir (Özşahin, Nacar, ve Derya, 2019). Ebeler arasında yaşanan mesleki stresin, mesleki, fiziksel ve psikolojik sağlık üzerinde olumsuz etkileri olduğu küresel bağlamda kabul edilmektedir (Wright, Matthai, ve Budhathoki, 2018). Bu doğrultuda ebelerin çalışma koşullarının daha iyi düzeye getirilmesinin ve mesleğin konumunu artırmaya yönelik çözümlerin geliştirilmesinin son derece önemli olduğu vurgulanmaktadır (Kaya 2009). Sistemler ebelerin işle ilgili gerginlik düzeylerini tanımalı ve doğrulamalı ve bunu hafifletmeye yardımcı olacak özel müdahaleler geliştirmelidir (Wright vd., 2018).

Sağlık bakım alanında insanlara uzun süre yardım hizmeti sunan ebelerde tükenmişliğin daha fazla görülebileceği belirtilmektedir (Ağapınar ve Şahin, 2014). Fenwick ve arkadaşları ebelerde tükenmişliğin yaygın olduğunu ve tükenmişliğin ebelerin sağlığını olumsuz yönde etkilediği belirtmişlerdir. Ayrıca tükenmişliğin ebelerin sağladıkları bakımın kalitesini azaltarak kariyer süresini kısaltabileceğini de vurgulamışlardır (Fenwick, Lubomski, Creedy, ve Sidebotham, 2018). Creedy ve arkadaşları Avustralya ebelerinde kişisel ve işle ilgili tükenmişliğin yaygın olduğunu belirtmiştir. Ebelerin kişisel refahını desteklemek ve kısa ve

uzun vadeli stratejiler geliştirerek işyeri tükenmişliğini en aza indirmek için daha fazla araştırma yapılmasını önermişlerdir (Creedy, Sidebotham, Gamble, Pallant, ve Fenwick, 2017). Bu sorunlara ek olarak bu tükenmişlik sonunda bireylerde kişisel başarının azalacağı belirtilmekte olup bu durumun ebelerdeki mesleki başarıyı da olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir (Kaçmaz, 2005). Bu çalışmada da ebelerde yaşanan duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın mesleki bakış açısını etkilediği ve örgütsel adaleti azalttığı belirlenmiştir (Tablo 3, $p<0.05$). Ayrıca çalışma ortamında adalet olgusunun güçlü olarak algılanması sonucunda çalışanlar kendilerini kurumun değerli ve saygın bir üyesi olarak görüp, çalışma arkadaşları ve yöneticileri ile daha uyumlu olarak çalışırlar ve daha fazla iş tatmini elde ederler (Şahin ve Taşkaya, 2010). Örneğin Ağapınar ve Şahin ebeler üzerinde yapmış oldukları bir çalışmada, tükenmişlik düzeyi arttıkça iş doyumunun azaldığı belirlenmiştir (Ağapınar ve Şahin, 2014). Buna ek olarak çalışanların iş yerlerinde adaletsizlik algılarına sahip olması, hastalıklara yatkınlıklarını arttırmaya ve psikolojik sorunlar yaşanmasına yol açmaktadır (Kivimaki vd., 2003). Bu nedenle kurumlarda işlemsel adaletin sağlanması oldukça önemlidir. İşlemsel adalet, örgütün ve yöneticilerin dağıtım kararlarını alma şeklinin çalışanlarca adil olarak algılanmasını ifade etmektedir (Deniz, Çimen, ve Özseri, 2016). Dolayısıyla olumlu adalet algısı örgütü pozitif etkilerken, olumsuz algılar istenmeyen örgütsel sonuçlar ile birlikte çalışanların sağlıklarını da negatif yönde etkileyecektir (Kivimaki vd., 2003). Bu çalışmada, işlemsel adalet algısı arttıkça ebelerdeki duygusal ve devamlı bağlılığın artması (Tablo 3, $p<0.05$) olumlu adalet algısının örgütsel çıktıları pozitif yönde etkilediği gösteren önemli bir bulgudur.

Bu çalışmada; işe bağlı gerginlik düzeyi arttıkça duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyinin önemli düzeyde arttığı, buna karşın kişisel başarının, örgütsel devamlı bağlılık düzeyinin ve örgütsel adaletin önemli düzeyde azaldığı saptandı. Sağlık profesyonellerinde artan işe bağlı gerginliğin bakım kalitesini olumsuz etkileyebileceği, hasta-sağlık profesyonelleri arasındaki kişilerarası iletişim problemlerine sebep olabileceği düşünüldüğünde konunun önemi dikkat çekici hale gelmektedir. Ayrıca bu çalışmada ebelerde işe bağlı gerginlik ve tükenmişliğin örgütsel adalet düzeyini etkileyen önemli yordayıcılar olduğu ve işlemsel adalet algısı arttıkça örgütsel bağlılığında arttığı belirlenmiştir. Ebelerdeki işe bağlı gerginlik düzeyi ile tükenmişlik, örgütsel bağlılık ve örgütsel adalet düzeyleri arasındaki ilişkinin dikkate alınması, olası mesleki sorunların giderilmesi ve ebelerin mesleki motivasyonunun sağlanarak ebeler hizmetlerinin kalitesinin artırılması önerilmektedir.

Araştırmanın Sınırlılığı

Verilerin sadece bir ilde görev yapan ebelerden elde edilmesi-araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

KAYNAKLAR




- Allen, J. P., Meyer, N. J. (1990), *The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization*, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 63(1), 1-18.
- Ağapınar, S., Şahin, H. G. (2014). *Ağrı ilinde çalışan ebelerin tükenmişlik düzeylerinin iş doyumları ve empatik eğilimleri üzerine etkisi*. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(2).
- Aslan, S., Ünal, M., Aslan, R. (1998). *İşe bağlı gerginlik ölçeğinin sağlık alanında çalışanlarda geçerlik ve güvenilirliği*. *Düşünen Adam*, 11, 4-8.
- Atalay, D. D. (2007). *Denklik duyarlılığı açısından algılanan örgütsel adalet - örgütsel bağlanma ilişkisi*, *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Başol, G., Yalçın, B. (2009). *Eğitim örgütlerinde Meyer ve Allen Üç Boyutlu Örgütsel Bağlılık Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması [Full Text]*. *The 5th International Balkan Educational and Science Congress, 5th International Balkan Educational and Science Congress Full Text Book*, 2, 497-507, Trakya University, Edirne, Turkey.
- Creedy, D. K., Sidebotham, M., Gamble, J., Pallant, J., Fenwick, J. (2017). *Prevalence of burnout, depression, anxiety and stress in Australian midwives: a cross-sectional survey*. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 1-8.
- Çelik, Keleş H. N. (2006). *“İş tatmininin örgütsel bağlılık üzerindeki etkisine ilişkin ilaç üretim ve dağıtım firmalarında yapılan bir araştırma”*, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı, Doktora Tezi*. Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Çetin, F., Basım H. N., Aydoğan, O. (2011). *Örgütsel bağlılığın tükenmişlik ile ilişkisi: öğretmenler üzerine bir araştırma*. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 25, 61-70.
- Demir, A., Ulusoy, M., Ulusoy, M. F. (2003). *Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses*. *International Journal of Nursing Studies*, 40(8), 807-827.
- Demirel, Y. (2009). *Örgütsel bağlılık ve üretkenlik karşıtı davranışlar arasındaki ilişkiye kavramsal yaklaşım*. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(15), 115-132.
- Demirel, Y., Tohum, E. U., Kartal, Ö. (2017). *Tükenmişliğin örgütsel bağlılık üzerine etkisi: bir üniversite hastanesinde çalışan hemşireler üzerine araştırma*. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 444-460.
- Deniz, Ö. G. D. S., Çimen, M., Özşarı, H. (2016). *Sağlık Kuruluşu Çalışanlarının Örgütsel Adalet Algısını Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma*. *International Journal of Social Science*, 42, 329-343.
- Ergin, C. (1992). *Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve MTÖ'nin uyarlanması*, VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Düzenleme Kurulu Ve Türk Psikoloji Derneği Yayını, Ankara, 144-55.
- Fenwick, J., Lubomski, A., Creedy, D. K., Sidebotham, M. (2018). *Personal, professional and workplace factors that contribute to burnout in Australian midwives*. *Journal of advanced nursing*, 74(4), 852-863.
- Gönen, T. (2020). *Psikolojik sağlamlığın tükenmişliğe etkisi: özel okullarda çalışan öğretmenler üzerine bir araştırma*, *Turizm Ekonomi ve İşletme Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 46-60.

- Kaçmaz N. (2005). *Tükenmişlik (burnout) sendromu. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 68(1), 29-32.
- Kaya, B., Akdolun, Balkaya N. (2009). "Ebelerin iş doyumu ve tükenmişlik durumlarını etkileyen faktörler" *Yüksek Lisans Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.*
- Kivimaki, M., Ferrie, J. E., Brunner, E., Head, J., Shipley, M. J., Vahtera, J., ... Marmot, M. G. (2005). *Justice at work and reduced risk of coronary heart disease among employees. Archives of Internal Medicine*, 165(19), 2245-2251.
- Maslach, C. (2003). *Job burnout: New directions in research and intervention. Current Directions in Psychological Science*, 12(5), 189-192.
- Maslach, C., Jackson, S. E. (1981). *The measurement of experienced burnout. Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., Leiter, M. P. (2001). *Job burnout. Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422.
- Mercan, M. (2006). "Öğretmenlerde örgütsel bağlılık örgütsel yabancılaşma ve örgütsel vatandaşlık", *Yüksek Lisans Tezi. Afyonkarahisar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Afyonkarahisar.*
- Metin, Ö., Özer, F. G. (2007). *Hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 10(1), 58-66.
- Niehoff, B. P. Moorman, R. H. (1993). *Justice as a mediator of the relationship between methods of monitoring and organizational citizenship behavior. Academy of Management Journal*, 36(3), 527-566.
- Özşahin, Z., Nacar, G., Derya, Y. A. (2019) *Ebelerin İşe Bağlı Gerginlikleri İle Çatışma Çözüm Stilleri Arasındaki İlişki. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 7(2), 187-195.
- Pines, A. M. Keinan G. (2005). *Stress and burnout: the significant difference. Personality and Individual Differences*, 39, 625-635.
- Revicki, D. A., May, H. J., Whitley, T. W. (1991). *Reliability and validity of the work related strain inventory among health professionals. Behavioral Medicine*, 17, 20.
- Saunders, M. N. K., Thornhill, A. (2004). "Trust and mistrust in organizations: an exploration using an organizational justice framework". *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 13(4), 493-515.
- Sivrikaya, S. K., Erişen, M. (2019). *Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Ve İşe Bağlı Gerginlik Düzeylerinin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(2), 121-129.
- Şahin, B., Taşkaya, S. (2010). *Sağlık çalışanlarının örgütsel adalet algılarını etkileyen faktörlerin yapısal eşitlik modeli ile incelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 13(2), 85-114.
- Uzun, L., Mayda, A. (2020). *Hemşirelerde Tükenmişlik Düzeyinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. Konuralp Medical Journal*, 12 (1), 137-143.
- Wasti, S. A. (2000). *Meyer ve Allen üç boyutlu örgütsel bağlılık ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik analizi. 8. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildirileri*, 401-410.
- Wright, E. M., Matthai, M. T., Budhathoki, C. (2018). *Midwifery professional stress and its sources: a mixed-methods study. Journal of midwifery & women's health*, 63(6), 660-667.
- Yıldırım, F. (2007). *İş doyumu ile örgütsel adalet ilişkisi. Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 62(1), 253-278.

Original Article / Araştırma Makalesi

**THE EFFECT OF INTENSIVE CARE UNIT NURSES' ANXIETY LEVELS ON
MORAL SENSITIVITY**

Yoğun Bakım Ünitesi Hemşirelerinin Anksiyete Düzeylerinin Ahlaki Duyarlılığa Etkisi

Serdar SARITAŞ¹  Esra ANUŞ TOPDEMİR²  Zeliha BÜYÜKBAYRAM³ 
¹Inonu University, Department of Surgical Nursing, Malatya, Turkey
²Dicle University, Atatürk School of Health Sciences, Diyarbakir, Turkey
³Siirt University, Faculty of Health, Siirt, Turkey

Geliş Tarihi / Received: 15.06.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 03.11.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ABSTRACT

Nurses experience a great deal of stress in their work environment. This quantitative descriptive study was carried out to determine the anxiety levels and the moral sensitivity of nurses working in intensive care units. Data were collected with a personal information form, the Beck Anxiety Inventory and Moral Sensitivity Questionnaire. The data analyses were performed using descriptive statistics, independent group's t-test, the Mann-Whitney U test, the Kruskal-Wallis test and correlation analysis. It was determined that the nurses' average total Beck Anxiety Inventory score was 18.65 ± 9.73 , average total Moral Sensitivity Questionnaire score was 96.24 ± 24.24 . There was no relationship between anxiety and moral sensitivities of nurses ($p > 0.05$). Research results showed that nurses had moderate levels of anxiety and moral sensitivity. With these results it may be recommended to increase in-service training to improve the moral sensitivity of intensive care nurses and to develop improvement policies to reduce their anxiety levels.

Keywords: Anxiety, Intensive Care Units, Moral Sensitivity, Nursing

ÖZ

Hemşireler, çalışma ortamlarında büyük bir stres yaşamaktadırlar. Bu nicel tanımlayıcı çalışma, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin anksiyete düzeylerinin ve ahlaki duyarlılıklarının belirlenmesi amacı ile yürütüldü. Veriler; kişisel bilgi formu, Beck Anksiyete Envanteri ve Ahlaki Duyarlılık Anketi ile toplandı. Veri analizleri; tanımlayıcı istatistikler, bağımsız gruplar t-testi, Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi ve korelasyon analizi kullanılarak yapıldı. Hemşirelerin; Beck Anksiyete Envanteri toplam puan ortalaması 18.65 ± 9.73 , Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam puan ortalaması 96.24 ± 24.24 bulundu. Hemşirelerin anksiyeteleri ve etik duyarlılıkları arasında bir ilişki yoktu ($p > 0.05$). Araştırma sonuçları hemşirelerin orta düzeyde kaygı ve ahlaki duyarlılığa sahip olduğunu gösterdi. Bu sonuçlar ile yoğun bakım hemşirelerinin ahlaki duyarlılığını geliştirmek için hizmet içi eğitimin artırılması ve kaygı düzeylerini düşürmek için iyileştirme politikalarının geliştirilmesi önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Ahlaki Duyarlılık, Anksiyete, Hemşirelik, Yoğun Bakım Üniteleri

INTRODUCTION

Anxiety is a biological stimulus that excites the individual to act in order to do what is necessary in the face of a possible threat of danger. Sometimes this arises from a loss, or sometimes from an internal mental conflict. Freud explained fear as a reaction to a real threat and anxiety as a reaction to an internal danger (Bal, Çakmak, & Uğuz, 2013).

Nurses experience a great deal of stress in their work environment because of the reasons as; differences in working conditions, inadequate control in work, increasing demands of work, lack of support, concerns about the quality of nursing care, relationships with other healthcare team members, job rotation, working systems, etc. (Aydın & Kutlu, 2001; Lambert et al., 2004). This situation negatively affects the physiological and psychological health, social life and both individual and patient safety (Barrau-Baumstarck et al., 2009; Karagozoglu & Bingöl, 2008). The ability of nurses to maintain their physical and mental health depends on the protection offered in their work environment from adverse physiological and societal impacts (Arcak & Kasimoğlu, 2006). Various studies have determined the factors that nurses face in their work environment which cause stress (Kaliterna, Prizmic, & Zganec, 2004; Lee, Hwang, Kim, & Daly, 2004). It has been determined that long-term and frequent repetitive stressful experiences in the workplace cause social, occupational and individual problems as physical health issues, anxiety, desperation, depression, job dissatisfaction, reduced confidence related to work, reduced productivity in work, burnout syndrome, resignation, smoking, drinking, drug addiction, breakdown of family relationships, interpersonal communication problems (Paşa, 2007; Tel, Karadağ, Aydın, & Tel, 2003). For this reason, in order to reduce professional misconduct among nurses and improve patient safety, it is thought that positive results can be obtained in terms of performance and motivation by protecting and improving nurses' health and supporting them to overcome stress (Ören, 2011; Özgür, Yildirim, & Aktaş, 2008)

Intensive care units support the life functions of patients' with critical health problems and special treatment is administered in them (Özgür et al., 2008). Nurses working in these units provide multidimensional, dynamic nursing care which requires attention and close observation due to busy patient circulation. Intensive care nurses, in addition to problem-solving skills in the patient care process, must use a large number of life-saving technological tools. Intensive care conditions and working conditions can affect nurses and cause various problems. When viewed from an institutional perspective, the problems encountered can hinder work performance and cause a rise in mistakes. Therefore, it may cause; economic

losses for the institution, an increase in work accidents and a direct risk for patients care. All these factors may impact the care of the patient and cause a reduction in the quality of care (Abualrub, 2004; Arcaç & Kasimoğlu, 2006; Dunn, Wilson, & Esterman, 2005; Oktay, 2005; Yilmaz, Hacıhasanoğlu, & Çiçek, 2006)

Ethics have become an important and systematic field of study in philosophy and science, regarding moral behaviour, actions and judgements. Ethics (*ethicon, ethos*) is a Greek-derived word used for manner and moral. Ethics is about doing the right thing and not doing the wrong thing (Topdal, 2012). At the same time, ethics can be defined as a group of moral principles or a set of values that direct the behavior of an individual or a profession (Bahar et al., 2011). For this reason, nurses are expected to know the basic concepts relating to; ethics, ethical principles, the ethical decision-making process and the resources that can be used in ethical dilemmas, and to comply with moral rules in an integrated approach to human (Tosun, 2005).

Moral sensitivity is an important factor in the ethical decision-making process of nurses, and is defined as the ability to distinguish ethical issues (Başak, Uzun, & Arslan, 2010). Moral sensitivity requires an understanding of the ethical aspects of situations that concern a person's health. A critical approach, open-mindedness and courage are required for the development of moral sensitivity (Torjuul & Sorlie, 2006). Intensive care nurses are more likely to encounter complicated and unexpected problems as a professional team member who determines changes in the patient's health and must make quick decisions in emergencies as part of a team (Eşer, Khorshid, & Demir, 2007). A significant proportion of these problems are ethical issues. In order to be able to solve the faced ethical issues, to recognize ethical problems, and to make the best decisions, intensive care nurses' moral sensitivity must be developed. As professionals, intensive care nurses must fulfill their roles and responsibilities based on moral values. As well as contributing to their occupational professionalism, the high moral sensitivity of intensive care nurses directly influences the quality of the nursing care provided to patients (Beck, Steer, & Carbin, 1988; Özdemir, 2007).

METHOD

Design

This quantitative descriptive research has been done to determine the effect of anxiety levels on the moral sensitivity of intensive care nurses.

Participants

The study was carried out between April and May 2017. Research population was composed of nurses working for a training and research hospital located in South East Turkey. The total number of nurses working in intensive care units was 84. It was the intention to reach all of the nurses working in intensive care units without using any sampling method. The research was undertaken with the participation of a total of 70 nurses.

Data Collection

Data were collected by paper questionnaires (Personal Information Form, Beck Anxiety Inventory (BAI) and The Moral Sensitivity Questionnaire (MSQ)).

Instruments

Personal Information Form

The Personal Information Form consists of ten questions prepared by the researcher in accordance with the literature, concerning demographic information such as age, gender, education status, marital status and knowledge of ethics.

Beck Anxiety Inventory (BAI)

The Beck Anxiety Inventory (BAI) (Beck et al., 1988) can be used in geriatric and healthy populations, and among patients with psychiatric disorders. It measures the frequency of anxiety symptoms experienced by the individual. Individuals can answer themselves on a 4-point Likert-type self-assessment scale consisting of 21 articles scored 0-3 ("None", "Mild" and "Severe"). The total score indicates the level of the anxiety experienced. It measures more physical symptoms of anxiety. The patients' anxiety levels are classified according to their BAI scores. A score of 0-17 is low, 18-24 moderate and 25 or above is high. The higher score means the greater anxiety experienced. Ulusoy et al. tested the validity and reliability of the BAI with anxiety, depression, mixed, and control groups and found that it had a high internal consistency ($\alpha=0.93$) and the total correlation of the articles ranged from 0.45 to 0.72 (Ulusoy, Sahin, & Erkmen, 1998). The Cronbach's Alpha coefficient of this study was found 0.82.

Moral Sensitivity Questionnaire (MSQ)

The Moral Sensitivity Questionnaire was developed by Kim Lutzen to measure ethical sensitivity and was first used at the Karolinska Nursing Institute in 1994 (Stockholm, Sweden), primarily among physicians and nurses working in psychiatric clinics and later in

other units. It is a 7-point Likert-type scale of 30 articles. The reliability and validity of the scale were tested by Hale Tosun in Turkey in 2003 (Tosun, 2005). The Moral Sensitivity Questionnaire is a measurement tool consisting of 30 articles in six subdimensions (Autonomy, Benefit Providing, Integrated Approach, Conflict, Application, Orientation). Articles 3, 23, and 26, were not included in Lutzen's factor analysis (Tosun, 2005). In the MSQ, the grading of statements on a scale from 1 (fully agree) to 7 (not at all) is required, 1 indicating high sensitivity to participate fully, and 7 indicating low sensitivity to not participate at all. The lowest possible score on the MSQ is 30 and the highest is 210. Low scores show high sensitivity to moral questions and high scores show low sensitivity (Tosun, 2005). The Cronbach's Alpha coefficient of this study was found 0.87.

Data analysis

Research data were analyzed via SPSS (Statistical Package for Social Science) 25.0 software. Whether the descriptive statistics and data on the quantitative variables were normally distributed was evaluated via Shapiro-Wilk normality test. Chi-squared tests were used to compare socio-demographic data between groups, and independent samples t-test, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis tests. Pearson correlation was employed for measuring the correlational power. Statistical significance was identified if the P-value was lower than 0.05 ($p < 0.05$).

Ethical considerations

Before starting the study, written permissions were obtained from the Ethic Committee of Dicle University Hospitals on 17.04.2017, reference number 80, and from Diyarbakır Gazi Yaşargil Research and Training Hospital Manager on 21.04.2017, reference number 45. The criteria in the Declaration of Helsinki attached to the ethics committee's application documents were followed. The written consent of the nurses participating in the study was obtained verbally and in writing.

FINDINGS

It was determined that 81.4% of the included nurses were female, and the median age was 31.15 ± 5.24 . It was determined that 77.1% of the nurses were married, 84.3% were university graduates, 57.1% worked in internal medicine intensive care clinics, 78.6% had 0-5 years' experience working in intensive care, 42.9% were partially satisfied with the unit they were working in, 55.7% were working day and night shifts, 45.7% were satisfied with the way they work, and 54.3% were educated about ethics (Table 1).

Table 1. Distribution of Nurses According to Their Descriptive Characteristics ($n = 70$)

Characteristics	n	%
Gender		
Female	57	81.4
Male	13	18.6
Marital		
Married	54	77.1
Single	16	22.9
Education level		
High school	9	12.9
College	59	84.3
Postgraduate	2	2.9
Intensive care unit		
Internal unit	40	57.1
Surgical unit	30	42.9
Experience in the intensive care unit		
0-5 years	55	78.6
6-10 years	15	21.4
Satisfied with the unit		
Yes	30	42.9
No	22	31.4
Partially	18	25.7
Work pattern		
Day and night shifts	39	55.7
Only day shifts	31	44.3
Satisfied with the work pattern		
Yes	32	45.7
No	16	22.9
Partially	22	31.4
Educated about ethics		
Yes	46	65.7
No	24	34.3
Total	70	100.0
	M ± SD	
Age	31.15 ± 5.24	

It was determined that the nurses' average total BAI score was 18.65 ± 9.73 . They scored an average total of 96.24 ± 24.24 for moral sensitivity and, an average score of 20.07 ± 7.00 for the autonomy sub-dimension, 13.00 ± 4.90 for the benefit sub-dimension, 14.51 ± 5.28 for the integrated approach sub-dimension, 13.10 ± 3.99 for the conflict sub-dimension, 14.10 ± 4.98 for the application sub-dimension, 10.14 ± 4.99 for the orientation sub-dimension (Table 2).

Table 2. Nurses' Average BAI Scale Total Scores ($n = 70$)

Scales	Total Items	Score Averages	Min. -Max	Mean±SD
Total Score (BAI)	21	0-63	00-39	18.65±9.73
MSQ and Sub-dimension				
Autonomy	7	7-49	7-39	20.07±7.00
Benefit	4	4-28	4-23	13.00 ±4.90
Integrated approach	5	5-35	5-29	14.51±5.28
Conflict	3	3-21	3-21	13.10 ± 3.99
Application	4	4-28	4-23	14.10±4.98
Orientation	4	4-28	4-24	10.14±4.99
Total score (MSQ)	30	30-210	51-166	96.24±24.24

The MSQ scores for orientation sub-dimension were statistically significant ($p<0.05$) for marital status. MSQ scores for autonomy sub-dimension were statistically significant ($p<0.05$). The difference between the overall satisfaction with the work unit, and the mean scores of MSQ total, application and orientation sub-dimensions was found to be significant ($p<0.05$).

The BAI and MSQ scores were statistically insignificant ($p>0.05$) for gender, marital status, education, intensive care unit experience in intensive care unit, work pattern, satisfaction with the work pattern, and education in ethics. The difference between these groups mean score was found to be statistically insignificant ($p>0.05$) (Table 3).

Table 3. Comparison of the Descriptive Characteristics of Nurses' Average BAI and MSQ Scores (n= 70)

<i>Characteristics</i>	Total BAI (Mean±SD)	MSQ scale total and sub-group scores (Mean±SD)						
		Autonomy (Mean±SD)	Benefit (Mean±SD)	Integrated approach (Mean±SD)	Conflict (Mean±SD)	Application (Mean±SD)	Orientation (Mean±SD)	Total MSQ (Mean±SD)
Gender								
Female	17.80±9.72	19.33±6.14	12.71±4.72	13.84±4.38	13.01±4.03	13.91±5.19	9.35±4.18	93.66±21.35
Male	22.38 ± 9.26	23.30 ± 9.59	14.23±5.67	17.46±7.69	13.46±3.97	14.92±3.98	13.61±6.72	107.53±32.91
Test	MWU:249.500	MWU:273.500	MWU:320.000	MWU:272	MWU:363.500	MWU:323.500	MWU:223.000	MWU:289.500
Statistical significance	p:0.06	p:0.14	p:0.44	p:0.13	p:0.91	p:0.47	p:0.02	p:0.22
Marital status								
Married	18.25±9.51	21.40±6.69	13.38±4.79	14.51±5.36	13.48±3.73	14.64±4.64	10.59±5.04	99.25±23.99
Single	20.00±10.68	15.56±6.28	11.68±5.21	14.50±5.18	11.81±4.69	12.25±5.75	8.62±4.64	86.06±22.95
Test	MWU:381.500	MWU:225.000	MWU:340.000	MWU:422.000	MWU:329.000	MWU:322.500	MWU:320.500	MWU:310.500
Statistical significance	p:0.47	p:0.00	p:0.19	p:0.88	p:0.14	p:0.14	p:0.12	p:0.089
Education level								
High school	20.00±8.39	18.77±8.88	12.22±6.49	16.00±4.63	12.00±4.58	15.00±6.24	10.22±5.26	95.55±24.69
College	18.52±10.12	20.11±6.53	12.98±4.70	14.25±5.22	13.22±3.95	13.93±4.86	10.00±4.85	95.69±23.92
Postgraduate	16.50±3.53	24.50±14.84	17.00±1.41	15.50±12.02	14.50±3.53	15.00±4.42	14.00±9.89	115.50±41.71
Test	KW _x ² :0.423	KW _x ² :0.616	KW _x ² :1.869	KW _x ² :1.248	KW _x ² :0.784	KW _x ² :0.279	KW _x ² :0.302	KW _x ² :0.561
Statistical significance	p:0.80	p:0.73	p:0.39	p:0.53	p:0.67	p:0.87	p:0.86	p:0.75
Intensive care unit								
Internal unit	17.27±9.94	21.32±7.19	12.92±4.92	15.00±5.78	13.50±4.18	13.87±4.86	11.00±5.56	99.22±25.63
Surgical unit	20.50±9.30	18.40±6.49	13.10±4.97	13.86±4.54	12.56±3.72	14.40±5.19	9.00±3.91	92.26±22.05
Test	t:-1.380	t:-1.754	t:-0.147	t:0.886	t:0.966	t:-0.434	t:1.681	t:1.192
Statistical significance	p:0.17	p:0.08	p:0.88	p:0.37	p:0.33	p:0.66	p:0.09	p:0.23
Experience in the intensive care unit								
0-5 years	17.83±9.86	19.54±7.20	13.14 ± 5.00	14.43±5.44	13.20±3.77	13.89±5.20	9.92±5.11	95.58±24.25
6-10 years	21.66±8.91	22.00±6.04	12.46±4.64	14.80±4.80	12.73±4.86	14.86±4.13	10.93±4.57	98.66±24.92

Test Statistical significance	MWU:321.500 p:0.19	MWU:329.500 p:0.23	MWU:385.500 p:0.69	MWU:390.000 p:0.74	MWU:389.000 p:0.73	MWU:362.000 p:0.46	MWU:324.500 p:0.20	MWU:382.000 p:0.66
Satisfied with the unit								
Yes	17.36±9.55	19.23±7.31	12.06±5.11	14.40±5.61	13.00±3.99	13.50±5.24	9.26±4.91	92.76±24.65
No	20.18±10.35	18.59±5.85	12.59±4.40	13.04±3.92	12.86±3.64	12.31±4.58	8.45±3.06	88.40±16.75
Partially	18.94±9.53	23.27±7.11	15.05±4.78	16.50±5.79	13.55±4.57	17.27±3.52	13.66±5.48	111.61±25.03
Test Statistical significance	KW _x ² :1.419 p:0.49	KW _x ² :5.073 p:0.07	KW _x ² :4.146 p:0.12	KW _x ² :3.437 p:0.17	KW _x ² :0.457 p:0.796	KW _x ² :10.623 p:0.00	KW _x ² :12.247 p:0.00	KW _x ² :9.269 p:0.01
Work pattern								
Day and night shifts	18.84±9.78	20.41±7.25	13.10±5.01	14.64±5.55	13.66±4.02	14.74±5.10	9.84±5.30	97.71±24.86
Only day shifts	18.41±9.84	19.64±6.78	12.87±4.84	14.35±5.01	12.38±3.90	13.29±4.78	10.51±4.62	94.38±23.72
Test Statistical significance	t:0.181 p:0.85	t:0.451 p:0.65	t:0.195 p:0.84	t:0.223 p:0.82	t:1.338 p:0.18	t:1.217 p:0.22	t:-0.555 p:0.58	t:0.568 p:0.57
Satisfied with the work pattern								
Yes	18.78±9.14	19.18±8.12	12.00±5.11	13.93±5.63	12.71±3.87	13.50±5.04	9.62±5.29	92.28±26.92
No	19.56±10.97	21.06±6.58	14.12±5.01	16.43±4.87	12.75±3.43	14.12±4.70	11.43±3.61	99.87±19.73
Partially	17.81±10.03	20.63±5.51	13.63±4.43	13.95±4.93	13.90±4.57	14.95±5.18	9.95±5.42	99.36±23.22
Test Statistical significance	KW _x ² :0.830 p:0.66	KW _x ² :2.630 p:0.26	KW _x ² :1.952 p:0.37	KW _x ² :2.421 p:0.29	KW _x ² :3.823 p:0.14	KW _x ² :1.850 p:0.39	KW _x ² :0.965 p:0.61	KW _x ² :3.724 p:0.15
Educated about ethics								
Yes	17.32±9.84	19.95±6.95	12.52±5.06	14.82±5.69	12.52±4.07	13.93±5.17	10.45±5.51	95.58±26.02
No	21.20±9.20	20.29±7.24	13.91±4.55	13.91±4.45	14.20±3.67	14.41±4.68	9.54±3.82	97.50±20.88
Test Statistical significance	t:-1.601 p:0.11	t:-0.189 p:0.85	t:-1.131 p:0.26	t:0.681 p:0.49	t:-1.699 p:0.09	t:-0.382 p:0.70	t:0.725 p:0.47	t:-0.311 p:0.74

There was no relationship between anxiety and MSQ total and sub-group scores ($p>0.05$) (Table 4).

Table 4. Analysis of the Statistical Associations Between the Mean of Nurses' BAI Scores and Means of Their MSQ and MSQ Sub-scale Scores (n = 70)

MSQ and Sub-dimension	Autonomy	Benefit	Integrated approach	Conflict	Application	Orientation	Total score MSQ
BAI	r= 0.90 p=0.45	r= 0.10 p=0.93	r= 0.88 p=0.46	r= 0.91 p=0.45	r= 0.14 p=0.24	r= -0.34 p=0.77	r= 0.70 p=0.56

DISCUSSION

BAI scores of 0-17 are low, 18-24 moderate, and 25 or above are high, 30 is the lowest MSQ score and 210 is the highest (Öner, 2012; Tosun, 2005).

Our study has found that the average total BAI and total MSQ scores were moderate (Table 2). In a study conducted to determine the anxiety levels of 622 nurses working in various health-care facilities, state and continuous anxiety scores were identified to be moderate, similar to our results (Durmuş & Günay, 2007). The findings of Başak and et al.'s study on intensive care nurses' ethical sensitivity are moderately similar to ours (Başak et al., 2010). Tosun's study on 170 nurses, seeking descriptive- relationships, found nurses working in psychiatric clinics to have moderate ethical sensitivity (Tosun, 2005). Tazegün and et al. determined that pediatric nurses' moral sensitivity was moderate, similar to the present study (Tazegün & Çelebioğlu, 2016). In Arslan's study, the moral sensitivity in the intensive care nurses was determined moderate (Arslan, 2017; Daşbilek, 2016).

The MSQ orientation sub-dimension of the nurses was statistically significant in the term of sex (Table 3). Tazegün and Çelebioğlu did not find a significant difference in the level of moral sensitivity between genders among nurses (Tazegün & Çelebioğlu, 2016). In contrast to this result, in a meta-analysis of the impact of gender differences on the level of moral sensitivity, it was determined that women had higher sensitivity than men (You, Maeda, & Bebeau, 2011). It can be considered that the statistical significance between sexes on the MSQ orientation sub-dimension in our study was due to the low number of male nurses participating. It can be said that the lack of male nurses is the result of the fact that nursing education in Turkey has only been opened to men in 2007.

The autonomic sub-dimension of the nurses was determined to be statistically significant by marital status (Table 3). In the literature there is no significant difference between marital status and sensitivity (Başak et al., 2010; Ersoy & Göz, 2001). Tosun, found that scores on the sub-dimension of benefit were higher in married nurses than in bachelors

(Tosun, 2005). It can be said that the responsibility brought by marriage positively influences the autonomy sub-dimension.

In this study, there is no relationship between nurses' anxiety and moral sensitivity. There is no study in the literature that shows this relationship. However, different results may occur with new researches after the covid-19 pandemic.

Limitations

The results of the study can be generalized only to this sample group. A study with a larger sample could facilitate the generalization of results.

Clinical Implications and Future Directions

This research determined that the average total BAI and MSQ scores were moderate. The relationship between anxiety and moral sensitivity was not determined. Future studies aiming to improve the moral sensitivity of intensive care nurses may seek to identify and solve ethical problems. The anxiety levels of nurses working in intensive care units could be examined periodically and larger samples would allow researchers to determine the moral sensitivity of intensive care nurses and the different variables that influence anxiety.

Conflict of interest

The authors declare that there is no conflict of interest.

Funding

This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Acknowledgements

The authors would like to thank the nurses who participated in the study.

REFERENCES

- Abualrub, R. F. (2004). *Job stress, job performance, and social support among hospital nurses. Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 36(1), 73-78. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04016.x>
- Arcak, R., Kasimoğlu, E. (2006). *Diyarbakır merkezdeki hastane ve sağlık ocaklarında çalışan hemşirelerin sağlık hizmetlerindeki rolü ve iş memnuniyetleri. Dicle Tıp Dergisi*, 33(1), 23-30.
- Arslan, G., (2017). *Hemşirelerin Etik Duyarlılık Düzeylerinin Yoğun Bakıma Özel Etik Konulardaki Yaklaşımları Üzerine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi/Sağlık Bilimler Enstitüsü, İstanbul.*

- Aydın, R., Kutlu, F. (2012). *Hemşirelerde iş doyumunu ve kişilerarası çatışma eğilimi ile ilgili değişkenler ve iş doyumunun çatışma eğilimi ile olan ilişkisini belirleme. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 5(2), 37-45.
- Bahar, Z., Beşer, A., Mizrak, B., Bahçelioğlu, D., Demirtaş, D., Özdemir, D., ... Elcigil, A. (2011). *Hemşirelerin Karşılaştıkları Etik İkiilemlerin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(2), 52-60.
- Bal, U., Çakmak, S., Uğuz, Ş. (2013). *Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(4), 441-459.
- Barrau-Baumstarck, K., Rebeschini, E., Dalivoust, G., Durand-Bruguerolle, D., Gazazian, G., Martin, F. (2009). [Shiftwork and quality of life among critical care nurses and paramedical personnel]. *Presse Medicale (Paris, France: 1983)*, 38(3), 346-353. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2008.06.018>.
- Başak, T., Uzun, Ş., Arslan, F. (2010). *Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi. Investigation of the moral sensibility of intensive care nurses.*, 52(2), 76-81.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Carbin, M. G. (1988). *Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5).
- Daşbilek, F., (2016). *Hemşirelerin Kişisel Değerleri İle Etik Duyarlılıklarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi/Sağlık Bilimler Enstitüsü, Erzurum.*
- Dunn, S., Wilson, B., Esterman, A. (2005). *Perceptions of working as a nurse in an acute care setting. Journal of Nursing Management*, 13(1), 22-31. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2004.00452.x>.
- Durmuş, S., Günay, O. (2007). *Hemşirelerde iş doyumunu ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörler. Erciyes Tıp Dergisi* 29(2), 139-146.
- Ersoy, N., Göz, F. (2001). *The ethical sensitivity of nurses in Turkey. Nursing Ethics*, 8(4), 299-312. <https://doi.org/10.1177/096973300100800403>.
- Eşer, İ., Khorshid, L., Demir Y., (2007). *Yoğun bakım hemşirelerinde eleştirel düşünme eğilimi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 11, 13-22.
- Kaliterna, L. L., Prizmic, L. Z., Zganec, N. (2004). *Quality of life, life satisfaction and happiness in shift- and non-shiftworkers. Revista de Saúde Pública*, 38, 3-10. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000700002>.
- Karagozoglu, S., Bingöl, N. (2008). *Sleep quality and job satisfaction of Turkish nurses. Nursing Outlook*, 56(6), 298-307.e3. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.03.009>.
- Lambert, V. A., Lambert, C. E., Itano, J., Inouye, J., Kim, S., Kuniviktikul, W., ... Ito, M. (2004). *Cross-cultural comparison of workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health among hospital nurses in Japan, Thailand, South Korea and the USA (Hawaii). International Journal of Nursing Studies*, 41(6), 671-684. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.02.003>.
- Lee, H., Hwang, S., Kim, J., Daly, B. (2004). *Predictors of life satisfaction of Korean nurses. Journal of Advanced Nursing*, 48(6), 632-641. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03251.x>.
- Oktay, M., (2005). *Çalışma yaşamında iş yerinde stres. İbrahim Balcıoğlu (Ed.) Medikal Açından Stres ve Çareleri. İstanbul Üniversitesi/Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, İstanbul*, 47, 111-116.
- Öner, A., (2012). *Yetişkin Bireylerin Anksiyete Bozukluğuna Sahip Olup Olmaması ile Kullandıkları Mizah Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.*


- Ören, B. (2011). *Yoğun Bakımlarda Hasta ve Çalışan Stresi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 15(1), 29-35.
- Özdemir, L., (2007). *Hafif Alzheimer Hastalarına Uygulanan Çoklu Duyusal Uyarıcı Yönteminin Kognitif Durum, Depresyon ve Anksiyete Üzerine Etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.*
- Özgür, G., Yildirim, S., Aktaş, N. (2008). *Bir Üniversite Hastanesinin Ameliyathane ve Yoğun Bakım hemşirelerinde Ruhsal Durum Değerlendirmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 12(2).
- Paşa M., (2007). *Stresin bireysel performans üzerindeki etkileri ve bir uygulama. Yayınlanmamış Doktora tezi. Uludağ Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa.*
- Tazegün, A., Çelebioğlu, A. (2016). *Çocuk hemşirelerinin etik duyarlılık düzeyleri ve etkileyen faktörler. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi*, 6(2), 97-102.
- Tel, H., Karadağ, M., Aydın, Ş., Tel, H. (2003). *Sağlık Çalışanlarının Çalışma Ortamındaki Stres Yaşantıları İle Başetme Durumlarının Belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5(2), 13-23.
- Topdal, B., (2012). *Yönetici Hemşirelerde Etik Davranışlar. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, İstanbul.*
- Torjuul, K., Sorlie, V. (2006). *Nursing is different than medicine: Ethical difficulties in the process of care in surgical units. Journal of Advanced Nursing*, 56(4), 404-413. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04013.x>.
- Tosun, H., (2005). *Sağlık Bakım Uygulamalarında Deneyimlenen Etik İkilemlere Karşı Hekim ve Hemşirelerin Duyarlılıklarının Belirlenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.*
- Ulusoy, M., Sahin, N., Erkmen, H. (1998). *Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12(2). <https://baskent.elsevierpure.com/tr/publications/turkish-version-of-the-beck-anxiety-inventory-psychometric-proper>.
- Yılmaz, S., Hacıhasanoğlu, R., Çiçek, Z. (2006). *Hemşirelerin genel ruhsal durumlarının incelenmesi. STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 15(6), 92-97.
- You, D., Maeda, Y., Bebeau, M. J. (2011). *Gender Differences in Moral Sensitivity: A Meta-Analysis. Ethics & Behavior*, 21(4), 263-282. <https://doi.org/10.1080/10508422.2011.585591>.

Review Article / Derleme Makalesi

ANTENATAL DÖNEMDE MOBİL SAĞLIK HİZMETLERİ

Mobile Health Services in Antenatal Period

Güzin ÜNLÜ¹ 

İlkay GÜNGÖR SATILMIŞ² 

¹*İstanbul Kent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul*

²*İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul*

Geliş Tarihi / Received: 10.06.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 14.10.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ÖZ

Günümüzde modern teknoloji kullanımının gelişmesiyle birlikte dijitalleşme her sektöre yansımıştır. Dijitalleşmenin sağlık sektöründeki yansımaları olan dijital sağlık, elektronik sağlık (e-sağlık) ve mobil sağlık (m-sağlık) hizmetleri sağlığın birçok alanına entegre olmuş durumdadır. Antenatal dönemde hem e-sağlık hem de m-sağlık hizmetlerinin kullanıldığı görülmektedir. Bu derlemede, antenatal dönemde m-sağlık hizmetlerinin kullanımı, çeşitleri, avantajları, kullanım sınırlılıkları ve etkinliğinin tartışılması amaçlanmaktadır. Makaleler, PubMed ve Google Scholar kullanılarak, Türkçe/İngilizce anahtar kelimelerle aranmıştır. Ulaşılan 128 İngilizce makale gözden geçirilmiş ve konu uygunluğu açısından değerlendirme yöntemiyle 27 makale bu derlemeye dahil edilmiştir. M-sağlık hizmetlerinin antenatal dönemde gebeliği yönetme ve anne-bebek sağlığını geliştirme gibi farklı amaçlarla kullanıldığı görülmektedir. Hizmetlerde çeşitlilik açısından farklılıklar görülmesiyle birlikte, m-sağlık hizmetlerinden; kısa mesaj hizmetleri, mobil uygulama ve telefonla arama yöntemlerinin sık kullanıldığı tespit edilmiştir. Hızlı ulaşım ve etkili takip açısından birçok avantajı olan m-sağlık hizmetlerinin; sosyal/zihinsel sorunlar, finansal kısıtlamalar ve teknolojik yetenekler gibi kullanım sınırlılıklarının olduğunu söylemek mümkündür. Literatürün 2015-2019 yılları arasında yoğunlaştığı görülmektedir. Makalelerin 9 tanesini randomize kontrollü çalışmalar oluşturmaktadır. Buna karşın, anne ve bebekte önemli etkilerinin olabileceği düşünülen m-sağlık hizmetleriyle ilgili daha yüksek kanıtlar sağlayacak randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Çalışmalar tasarlanırken, m-sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinde sağlık profesyonellerinin yer almasının doğru bilgileri ulaştırmada ve kişinin mahremiyet açısından kendisini güvende hissetmesinde etkili olacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Akıllı Telefon, Gebelik, İnternet, Mesajlaşma, Prenatal Bakım

ABSTRACT

Currently, digitalization has been reflected in every sector with the development of modern technology usage. Digital health, electronic health (e-health) and mobile health (m-health) services, which are the reflections of digitalization in the health sector, have been integrated into many areas of health. It is seen that both e-health and m-health services are used in the antenatal period. In this review, it is aimed to discuss the usage, types, advantages, limitations of use and effectiveness of m-health services. The articles have been searched with Turkish / English keywords by using PubMed and Google Scholar. Reached 128 English articles have been reviewed, and 27 articles have been included in this review with the evaluation method in terms of subject suitability. It is seen that, m-health services are used for different purposes such as managing pregnancy in antenatal period and improving maternal-infant health. Although there are differences in terms of diversity in services, it has been determined that among m-health services; short message services, mobile application and telephone call methods are frequently used. It is possible to say that the m-health services, which have many advantages in terms of fast communication and effective follow-up, also have usage limitations as social/mental problems, financial constraints and technological capabilities. The literature is seen to have concentrated between 2015 and 2019. 9 of the articles are constituted of randomized controlled studies. However, randomized controlled studies that will provide higher evidence about m-health services, which are thought to have important effects on mother and baby, are needed. It is thought that, while designing the studies, involvement of health professionals in the regulation of m-health services will be effective in delivering the right information and making the person feel safe in terms of privacy.

Keywords: Internet, Pregnancy, Prenatal Care, Smartphone, Text Messaging

Güzin ÜNLÜ✉, guzinunlu@gmail.com

İstanbul Kent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

Bu makaleye atıf yapmak için(How to cite this article): Ünlü, G., Güngör Satılmış, İ. (2020). Antenatal Dönemde Mobil Sağlık Hizmetleri. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 8(3), 919-932. doi: 10.33715/inonusaglik.748647

GİRİŞ

Günümüz modern çağında, dijital teknolojiler tüm sosyal kurumlar arasında giderek daha yaygın hale gelmektedir. Akıllı telefonlar, tablet bilgisayarlar ve giyilebilir cihazlar, sosyal medya platformları, büyük dijital veri setlerinin toplanması ve insanların hareketlerini dijital teknolojiler kullanarak kamusal alanda sürdürebilmesi ile dijital cihazların ortaya çıkması; sosyal ilişkilere, bilginin üretilmesine ve yaygınlaşmasına neden olmaktadır. Dolayısıyla dijital araçların kullanılması ile birlikte, neredeyse her sektörde “dijitalleşme” adı altında gelişmeler yaşandığı görülmektedir (Lupton, 2014).

Sağlıkta dijitalleşme, “Dijital Sağlık” kavramının ortaya çıkmasına neden olmuştur. Dijital sağlık kavramı, e-sağlık (elektronik sağlık) ve m-sağlık (mobil sağlık) kavramlarını içeren bilişim bilimlerinin yapay zeka, büyük veri ve genomik alanlarındaki kullanımı gibi yeni ortaya çıkan alanları içeren kapsayıcı bir terimdir (World Health Organization [WHO], 2019). Dijital sağlık teknolojileri ve uygulamaları kapsamına giren araçlar ve uygulamalar; giyilebilir teknolojiler, sanal gerçeklik teknolojileri, tele-tıp, m-sağlık, e-sağlık ve 3d yazıcılar olarak açıklanmaktadır (Toygar, 2018).

Dijital teknolojinin sağlık sektörüne entegrasyonu, toplum sağlığını, sağlık hizmeti sunumunun etkinliğini ve erişimini iyileştirme konusunda büyük bir potansiyel oluşturmaktadır. Dijital teknoloji, sağlık sektöründe hem yerinde hem de uzaktan klinik, eğitimsel, önleyici, araştırma ve idari amaçlarla kullanılmaktadır. Sağlıkta dijitalleşmesi; bilgilendirici olma, sağlık personeli-hasta etkileşimi sağlama, erişilmesi zor yerlerde hastaya teşhis koyabilme, uzun süreli koşulların hasta kontrollü (kendi kendine) yönetimini sağlama ve kanıta dayalı sağlık hizmetlerinin sunulması ile olumlu sağlık davranışlarını destekleyici bir rol sergilemektedir (Michie, Yardley, West, Patrick, ve Greaves, 2017; Minichiello, Rahman, Dune, Scott, ve Dowsett, 2013).

Dijital sağlığın alt dallarından olan e-sağlık ve m-sağlık, sağlık hizmetlerinin sunumu için yeni yüzyılda etkilerinin büyük olacağına inanılan platformlar olarak görülmektedir (Glasgow, 2007). E-sağlık, daha önceleri sadece verilerin kaydının elektronik ortamda tutulması anlamını ifade etse de, artık internet gibi bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağlık alanındaki yaygın kullanımı ile birlikte; verilerin saklanması, tanı ve tedavilerin yürütülmesi ve sonuçların değerlendirilmesinin web aracılığı ile gerçekleşmesi anlamını kazanmıştır (Eysenbach, 2001).

Elektronik alt yapının kullanılmasını temel alan e-sağlık kavramı, çok geniş kapsamlı olması ile birlikte m-sağlığı içerisinde barındıran geniş bir küme olarak nitelendirilmektedir.

Dolayısıyla m-sağlık, bu noktada e-sağlığın telefonlarda görülen bir biçimi olarak tanımlanabilmektedir (Ahmed vd., 2014). Dünya Sağlık Örgütü de m-sağlığı, sağlık hedeflerini desteklemek için kullanılan mobil ve kablosuz teknolojiler ve e-sağlığın bir bileşeni olarak tanımlamaktadır (WHO, 2019). Günümüz teknoloji gelişmelerinin sağlık alanına yansımaları olarak görülen m-sağlık kavramı, 2000’li yıllardan bu yana hayatımıza girmiş ve etkileri ile kazanmış olduğu önemli statüyü koruyarak gelişimini devam ettirmektedir (Toygar, 2018).

M-sağlık ve e-sağlık hizmetlerinin sağlığın birçok alanında kullanıldığı bildirilmektedir. Bu alanlardan bazıları hastalık önleme/sağlıklı yaşam, bir sağlık hizmeti uzmanı/tesisi bulma, tanı/eğitim, reçete doldurma, ilaç hatırlatma, diyabet, ruh sağlığı ve davranış bozuklukları, kas-iskelet sistemi ve bağ dokusu, onkoloji, sinir sistemi, çocuk sağlığı ve kadın sağlığı olarak sıralanmaktadır (Eysenbach, 2001; Silva vd., 2015).

Bahsi geçen alanlardan kadın sağlığı başlığı altında, hem antenatal hem de postnatal dönemde sıklıkla kullanılan m-sağlık ve e-sağlık hizmetlerinin olduğu görülmektedir. Bu hizmetlerin antenatal dönemde sadece hastalar tarafından kullanılabildiği gibi sağlık çalışanları tarafından da kullanılabildiği bildirilmektedir. Literatürde sağlık profesyonellerinin m-sağlık ve e-sağlık hizmetlerinin kullanım etkilerini inceleyen çalışmalara rastlamak mümkündür. Çalışmalarda, genellikle gebelik ve sonuçlarının raporlanması, preeklampsi triyajı, anne ve bebek ölümlerine etkisi gibi konular ele alınmıştır (Dunsmuir vd., 2014; Joos vd., 2016; Lim vd., 2015; Martinez Fernández, Lobos-Medina, Díaz-Molina, Chen-Cruz, Prieto-Egido, 2015).

Bu derlemede, antenatal dönemde gebeler tarafından kullanımı gün geçtikçe yaygınlaşan m-sağlık hizmetlerinin kullanımı, çeşitleri, avantajları, kullanım sınırlılıkları ve etkinliğinin tartışılması amaçlanmaktadır.

LİTERATÜR TARAMA

Makaleler PubMed ve Google Scholar veri tabanları kullanılarak, anahtar kelimeler ve konu başlıkları ile ilgili terimler ve türevleri dikkate alınarak aranmıştır. Terimler ve anahtar kelimeler “antenatal, antenatal education, mobile application, prenatal, childbirth education, mobile, pregnancy, pregnancy apps, mHealth, mSağlık, eSağlık, gebelik” olarak belirlenmiştir. Arama tekniksel açıdan “and/ve” ile “or/veya” kelimeleri kullanılarak; belirlenen anahtar kelimelerin kombinasyonlarını içerecek şekilde gerçekleştirilmiştir. Araştırma yayın tarihi ile sınırlandırılmamış, ancak literatür taramasına dahil edilecek makaleler değerlendirirken yayın tarihi göz önünde bulundurulmuştur. Sadece Türkçe ve

İngilizce olarak yayınlanan makaleler incelemeye alınmıştır. Yapılan taramalar sonucunda değerlendirilmek üzere toplam 128 İngilizce makale gözden geçirilmiştir. Makaleler, özetin gözden geçirilmesi ile konu uygunluğu açısından değerlendirilmiştir. Derlemeye anket, deney, deney-kontrol, korelasyon, pilot çalışmalar ve sistematik derlemeler olmak üzere 27 adet makale dahil edilmiştir.

Antenatal Dönemde Kullanılan M-sağlık Hizmetlerinin Çeşitleri

Antenatal dönemde SMS (Short Message Service-Kısa Mesaj Hizmeti) ve mobil aplikasyon (app) kullanımının yaygın olarak ele alındığı görülmektedir. SMS kullanımını inceleyen çalışmaların sayısı yıllara göre 2011’de 3, 2013’de 17, 2015’de 28 ile giderek artan bir grafik oluşturmasına karşın 2016’da sayının 19’a düştüğü bildirilmiştir. App kullanımını inceleyen çalışmaların sayısı ise 2011’de 2, 2013’de 17, 2015’de 43 ve 2016’da 59 ile yükselen bir grafik çizmeye devam etmektedir (Chen, Chai, Dong, Niu, ve Zhang, 2018).

App ve SMS kullanımının yanı sıra telefon ile arama yönteminin, bu dönemde kullanılan m-sağlık hizmetlerinin içinde olduğu belirtilmektedir. Ancak bu konu ile ilgili yapılan çalışmaların daha az sayıda olduğu görülmektedir (Iyawa ve Hamunyela, 2019).

Antenatal Dönemde M-sağlık Hizmetlerinin Kullanımı

M-sağlığın, antenatal dönemde öncelikle topluluk düzeyinde sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından iletişim, veri toplama veya eğitim aracı olarak kullanıldığı bildirilmiştir (Amoakoh-Coleman vd., 2016). Kentsel yerleşim yerlerinde oturan, göçmen olmayan, primipar olan, planlı gebe kalan ve akran gebe kadınlarla iletişim kurma fırsatı yakalamak isteyen kadınların bu hizmetleri daha yüksek oranlarda kullanıldığı tespit edilmiştir (Mo, Gong, Wang, Sheng, ve Xu, 2018).

Hizmetlerin içeriğini inceleyen sistematik bir derlemede, antenatal dönemde kullanılan m-sağlık hizmetleriyle ilgili olan ve incelemeye alınan çalışmaların %76.3’ünün yenidoğan bakımı ve gebelik için sağlık müdahalelerini içerdiği, sadece % 6.5’inin ise doğum ve doğum sonrası aşamalara dikkat çektiği belirtilmektedir (Chen vd., 2018). Bunun yanı sıra, antenatal dönemde randevu hatırlatmaya yönelik m-sağlık uygulamalarının kullanımı da literatürde yer almaktadır (Colaci, Chaudhri, ve Vasan, 2016).

M-sağlık hizmetlerinin çeşitli amaçlarda kullanıldığı görülmektedir. 2019’da yayınlanan bir sistematik derlemeye göre, antenatal dönemde gelişmekte olan ülkelerin kullandığı m-sağlık hizmetlerinin kullanım amaçları aşağıdaki gibi tanımlanmaktadır (Iyawa ve Hamunyela, 2019):

• “Veri toplama, entegrasyon ve korelasyonu otomatikleştirerek, bakımın sürekliliğini ve içeriksel danışmanlık sağlayarak” anne sağlığına yardımcı olma

• Gebeliği yönetme

• Anne sağlığını geliştirme

• Gebe ve emziren anneleri destekleme

• “Bireysel kadınlara sunulan doğum öncesi bakım hizmetlerinin içeriğini ve zamanlamasını” geliştirme

• Gebe kadınlara ek destek sağlama

• Gebe kadınların belli davranışlarını izleyerek destekleme.

Antenatal Dönemde M-sağlık Hizmetlerinin Kullanım Avantajları ve Sınırlılıkları

M-sağlık, yaygınlaşan telefon kullanımı ile birlikte birçok avantajı beraberinde getirmektedir. Cheptum, Omoni ve Mirie'nin, randomize kontrollü çalışmasında m-sağlık hizmetlerinin, erişilebilirliği sayesinde sağlık mesajlarının iletilmesinde daha etkili ve gebeyi takip etmede daha kolay bir araç olabileceğini belirtmişlerdir (Cheptum, Omoni, ve Mirie, 2019). Bu hizmetler, geri bildirim alma ve şikayetlerin giderilmesi konusunda da avantajlar sağlamaktadır. Hızlı ve kolay geri bildirim sağlanması sebebiyle, gebelerin vermiş oldukları geri bildirim olumlu dönütlerini %74 oranında aldıkları bildirilmiştir (Barron, Pillay, Fernandes, Sebidi, ve Allen 2016). Bunun yanı sıra, riskli gebeliklerin tanılanmasında da maliyet açısından daha etkin bir hizmet olduğu dile getirilmektedir (Krishnamurti vd., 2017).

M-sağlık hizmetlerinin özellikle ulaşılması zor, sağlık hizmetine erişimde engelleri olan, kırsal bölgede yaşayan ve göçmen/mülteci gebe grupları ile etkileşim sağlamada olumlu etkilerinin görüldüğü bildirilmektedir. Sağlık hizmetine ulaşımı 43.4 ile 57.3 dakika olan gebelerin m-sağlık hizmetlerinden faydalanma isteklerinin %96 olduğu saptanmıştır. Bunun yanında, mobil şebeke kapsamı, internet erişimi, elektrik erişimi ve cep telefonlarının bakımı gibi teknik sorunların m-sağlık kullanımını engellediği tespit edilmiştir. Sosyal ve zihinsel sorunlar, finansal kısıtlamalar ve teknolojik yetenekler gibi faktörler de kadınların bir m-sağlık hizmeti olan app kullanımına katılımını etkileyebilmektedir. Ayrıca, m-sağlık hizmetlerinin tasarımında dikkat edilmesi gereken kriterlerin varlığından söz edilmektedir. Bu kriterler grubun sağlık inançları ve deneyimleri, okuryazarlık düzeyleri olabileceği gibi özel bir grup olan göçmen/mülteci gebelerde; sağlık hizmeti sağlayıcılarının olumsuz tutumlarının göçmen/mülteci algıları ve hiyerarşik ve ailevi yapılar gibi dikkate alınması gereken bir takım düşünceler olarak belirtilmiştir. Bu bağlamda, m-sağlık hizmetlerinin sınırlılıklarının

olabileceği gözler önüne serilmektedir (Colaci vd., 2016; Cormick vd., 2012; Dalton vd., 2018; Talhouk vd., 2016).

M-sağlık hizmetlerinin kullanımında gebelerin içerik kalitesi, kaynakların güvenilirliği ve bireysel veri güvenliği ile ilgili endişeler dile getirdiği bildirilmektedir (Goetz vd., 2017; Lupton ve Pedersen, 2016). Güvenilir bilgilerin özellikle mobil uygulamalarda yer alması açısından, applerin doğum eğitimcileri tarafından hazırlanması gerektiği düşüncesinin savunulduğu görülmektedir (Frazer, Hussey, Bosch, ve Squire, 2015). Dolayısıyla, m-sağlık hizmetlerinin planlanmasında sınırlılıkların yanı sıra göz önünde bulundurulması gereken başka kriterlerden de söz etmek mümkündür. Gebenin güvenini kazanmak için yasal ve güvenli hizmetlerin yürürlüğe sokulmasının ve kaynak güvenilirliği açısından sağlık profesyonellerinden yardım almanın etkili olabileceği düşünülmektedir.

Antenatal Dönemde Kullanılan M-sağlık Hizmetlerinin Etkinliği

Çok sayıda çalışma, mobil sağlık kullanımının gebelikte ve doğum sonrası dönemde kadının bilgi, motivasyon ve sağlıklı davranış üzerindeki olumlu etkilerini göstermiştir. M-sağlık hizmetlerinin kullanımının, doğum öncesi sağlık bilgisini iyileştirmede istatistiksel olarak etkili olmadığını gösteren çalışmalarda bile; m-sağlık hizmetlerinin kadınların sağlık arama davranışındaki değişimi motive etme potansiyeline sahip olduğu bildirilmiştir. Üstelik incelenen çalışmalardan biri, m-sağlık hizmetlerinde kullanılan mobil uygulamalara üreme sağlığı hakkında eğitici sayfaların eklenmesinin, gebelerde 2 hafta içerisinde üreme sağlığı bilgilerinin anlamlı derecede artmasına olanak sağladığına dair kanıt oluşturmaktadır. Ayrıca, m-sağlık kullanımının, doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde hemşirelik hizmetlerindeki kaliteyi de arttırdığı belirtilmektedir (Haddad, Souza, ve Cecatti, 2019; Lau vd., 2014; Nasution ve Hariyati, 2018; Wiweko vd., 2019).

Olumlu sağlık davranışları kazanımı ile ilgili yapılan çalışmalarda; beslenme önerileri sonucu diyet değişiklikleri, tütün-alkol kullanım oranlarında azalma, folik asit desteği almada artıma gibi pozitif sonuçların olduğu bildirilmektedir (Ashman, Collins, Brown, Rae, ve Rollo 2016; Van Dijk vd., 2016).

M-sağlık hizmeti kullanımının, doğum öncesi bakıma devam oranında artış yaşanması ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalara rastlanmıştır (Krishnamurti vd., 2017; Lund vd., 2014a; Odetola ve Okanlawon, 2016). Dolayısıyla, bu hizmetin antenatal dönemde komplikasyonu olan daha fazla kadının belirlenmesi ve sevk edilmesine olanak sağladığı da dile getirilmektedir (Lund vd., 2014a). Yapılan sistematik bir derleme, tüm çalışmaların doğum öncesi bakım devamını, doğum sonrası bakım katılımını veya çocukluk bağışıklama

oranlarını iyileştirmek için davranış değişikliği konusunda etkinlik kanıtları olduğunu göstermiştir. Ancak, çalışmaların çoğu gözlemsel ve örneklem açısından sınırlılıklar taşıdığından literatüre katkı sağlayacak randomize kontrollü çalışmaların yapılması önerilmektedir (Wattersson, Walsh, ve Madeka, 2015).

Tüm bunların yanında, m-sağlığın gebelerin riskli durumlarını tanımlamada da etkili olduğu görülmektedir. Antenatal dönemde depresyonda olan anneleri tespit etme amacıyla kullanılan bir mobil aplikasyonu, antenatal depresyon açısından riskli olan kadınların kaygı düzeylerinin yüksek olduğu günlerde daha büyük günlük seyahat yarıçaplarının olduğu bildirilmiştir. Ancak, bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir (Faherty vd., 2017).

Antenatal dönemde, bebeğin hareketleri ile ilgili olan m-sağlık uygulamalarının kullanımıyla ilgili çalışmaların son dönemdeki yoğunluğu dikkat çekmektedir. Literatürde bu konu ile ilgili 2018'de yapılan iki çalışmaya rastlanmıştır. Uygulamaların dörtte biri bebek hareketini teşvik etmek için yiyecek ya da içecek tüketimini tavsiye ederken, uygulamaların üçte ikisi "tekme sayma"yı önermektedir. Kadınların %46.3'ü, fetal hareket takibi yapmayı sağlayan bir app'in bebeklerinin hareketlerinden endişe duyduklarında hastaneye gitmeleri konusunda onları yönlendirdiğini bildirmişlerdir (Daly vd., 2018; Weller vd., 2018).

M-sağlık hizmetlerinin kullanımın, aynı zamanda doğuma hazır olma ve nitelikli doğumu (nitelikli sağlık profesyoneli ile doğum yapma) tercih etme durumlarına da etkileri bulunmaktadır. Cheptum ve arkadaşları randomize kontrollü çalışmalarında m-sağlık hizmetlerinden SMS ve sözlü mesaj kullanarak, 379 katılımcı ile gerçekleştirdikleri çalışmada gebelerin doğum tarihine hazırlıklı olma durumlarını değerlendirmişlerdir. Çalışma sonucunda, deney grubunun doğum hazırlığı oranı % 74 (n = 136) iken kontrol grubunda % 48 (n = 77) olarak saptanmıştır. Ayrıca SMS hatırlatma mesajlarının sözlü mesajlara ek olarak kullanılmasının daha etkili olduğu bildirilmiştir (Cheptum vd., 2019). Bir başka çalışmada, m-sağlık hizmeti kullanan kadınlarda nitelikli doğuma katılım sağlama oranları %60 olarak bulunmuştur (Lund vd., 2012). Toplam 11.502 gebeliğin izlendiği bir pilot çalışmada, hastanedeki doğum oranlarında % 27'lik bir artış olduğu ve bir yıl içerisinde bu oranların % 72'den % 92'ye yükseldiği bildirilmiştir. Bu çalışmada ayrıca acil ve hayati tehlike oluşturan olaylar için gebeler tarafından SMS gönderebilecekleri bir platform oluşturulmuş ve 1 senede toplam 362 SMS uyarısı kaydedilmiştir (Ngabo vd., 2012). Dolayısıyla antenatal dönemde m-sağlık kullanımı, acil müdahale gerektiren doğumlarda hızlı faaliyete geçilmesine de katkı sağlayarak hayati önem taşıyan kritik zamanlardaki etkinliğini de kanıtlamıştır.

Antenatal dönemde, acil obstetrik bakıma erişimi artırmak ve sevk mekanizmalarını iyileştirmek için bir kupon sistemi oluşturmanın ve gebelikte tehlike işaretleri, bir sonraki

doğum öncesi bakım ziyareti için randevu hatırlatmaları, nitelikli (profesyonel ekibin yer aldığı) doğum katılımının önemini vurgulandığı içeriklerle SMS'lerin gönderilmesinin etkilerini inceleyen bir çalışmada; doğum öncesi bakım hizmetlerine katılan 2550 gebe (1311 girişim ve 1239 kontrol) çalışmaya dahil edilmiş ve tüm gebeler doğumdan 42 gün sonrasına kadar takip edilmiştir. Yaşamın ilk 42 günü içinde 2482 çocuğun canlı doğduğu, 54 çocuğun ölü doğduğu ve 36 çocuğun doğduktan sonra ilk 42 gün içinde öldüğü belirtilmiştir. Genel perinatal mortalite oranının; her 1000 doğumda 27, müdahale grubunda 1000 doğumda 19, kontrol grubunda ise 1000 doğumda 36 olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar, m-sağlık hizmetlerinden SMS ve mobil kupon sistemi kullanımının perinatal mortaliteyi istatistiksel olarak anlamlı derecede azalttığını gösterdiğinden oldukça önemlidir (Lund vd., 2014b). Benzer tasarım ve içeriklerde yapılacak olan randomize kontrollü çalışmalarla m-sağlık uygulamalarının perinatal mortalitedeki etkilerinin incelenmesi gerektiği görüşüne varılmıştır.

Literatürde antenatal dönemde kullanılan m-sağlık hizmetlerinin etkinliği ile ilgili yapılan randomize kontrollü 9 adet makaleye ulaşılmıştır. Ulaşılan makaleler; yazarı ve yılı, metodoloji, ülke, konu, örneklem sayısı, yöntemin uygulanışı ve bulguların özeti başlıkları altında incelenerek Tablo 1. oluşturulmuştur.

Tablo 1. Antenatal Dönemde Kullanılan M-Sağlık Hizmetlerinin Etkinliği İle İlgili Yapılan Randomize Kontrollü Çalışmalar

Yazarı ve Yılı, Metodoloji, Ülke	Konu	Örneklem Sayısı	Yöntemin Uygulanışı	Bulguların Özeti
Cheptum ve ark.,2019 Randomize Kontrollü Kenya	Antenatal dönemde doğum hazırlığında SMS ve sözlü mesaj etkinliği	n=379 (Deney grubu=205 ve Kontrol grubu=174)	Deney ve kontrol grubuna, mobil telefonlar ile danışmanlık ve rehberlik hizmeti verilmiş ve gebe takibi yapılmış. Deney grubuna, doğum yapacakları tarihe kadar, doğuma hazırlıklı olmaları amacıyla SMS ve sözlü mesaj hatırlatmaları yapılmış. Bu hatırlatmalar "Doğum yapmak için hastaneye gelin. Devlet hastanelerindeki doğum hizmetleri ücretsizdir. Doğuma gelirken kullanacağınız ulaşım aracınızı belirleyin ve ulaşım için gereken ücreti bir kenara koyun. Anne ve bebek için gerekli malzeme ve kıyafetlerinizi içeren bir doğum çantası hazırlayın ve doğuma gelirken bu çantayı yanınıza alın." cümleleri ile yapılmış.	Çalışma grubunda doğuma hazır olan annelerin oranı % 74,3 (n = 136), kontrol grubunda ise % 48,1 (n = 77) bulunmuştur. SMS ile hatırlatma mesajlarının, sözlü mesajlara ek olarak kullanılmasının daha etkili olduğu bildirilmiştir.
Abroms ve ark., 2017 Randomize Kontrollü Amerika	Antenatal dönemde kullanılan mesaj uygulamasına sigarayı bırakma mesajlarının eklenmesinin etkisi	n=497 (Deney grubu=250 ve Kontrol grubu=247)	Var olan bir bilgilendirici mesaj uygulamasına (text4baby adlı), sigara bırakmaya yönelik bir bölüm eklenmiş (quit4baby adlı). Uygulamayı kullanan gebelerin ve lohusaların sigara bırakma durumları takip edilmiş. Katılımcılar kayıt sonrası 1 ay, 3 ay ve 6 ay sonra gözlemlenmiş ve sigara içme durumunun biyokimyasal olarak doğrulanması için 3 ay sonra tükürük örnekleri toplanmıştır.	Kısa vadede ve gebeliğin geç döneminde sigara bırakma üzerindeki etkinliği sınırlı bir şekilde sağlanmış, ancak doğum sonrası dönemde etkili olmadığı bildirilmiştir.
Odetola ve Okanlawon, 2016 Randomize Kontrollü Nijerya	Antenatal dönemde sesli görüşme ve SMS hizmeti almanın etkileri	n=383 (Deney grubu=191 ve Kontrol grubu=192)	8 ay boyunca, müdahale grubundaki kadınlar ücretsiz sesli görüşme ve hemşirelerden sağlığı geliştirme mesaj hizmeti almış. Her iki grupta da doğum öncesi bakım katılımının, Gebelikte Malarya Önleyici Tedavisi (IPTp) ve Tetanoz Toksoidleri (TT) takibi yapılmış.	Müdahale grubunda, antenatal bakım katılımı artışı ve Gebelikte Malarya Önleyici Tedavisi alımı anlamlı olarak farklı bulunurken; Tetanoz Toksoidleri (TT) alımında iyileşme olmasına rağmen anlamlı bulunmamıştır.
Choi ve ark., 2016 Randomize Kontrollü Amerika	Antenatal dönemde uygulanan gebelerin fiziksel aktivite durumuna etkisi	n=30 (Deney grubu=15 ve Kontrol grubu=15)	Gebeliğin 10 ile 20 haftası arasındaki gebe kadınlara; günlük mesajlar, otomatik geri bildirim ve kendi kendini izleme sistemleri olan bir cep telefonu uygulaması kullanılarak müdahale gerçekleştirilmiştir. Gebelerin fiziksel aktivite durumları ve günlük attığı adım sayıları uygulamayla kaydedilmiştir.	Müdahalenin uygulanabilir ve kabul edilebilir olduğu görülmüştür, ancak adım sayılarında artış olsa da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Ainscough ve ark., 2016 Randomize Kontrollü İrlanda	Antenatal dönemde kilolu obez gebelerin aplikasyon kullanmasının davranış değişikliğine etkisi	n=204 (Deney grubu=106 ve Kontrol grubu=98)	Erken gebelikte kilolu ve obez kadınlarla yapılan çalışmada, kontrol grubu tutarlı bir diyet veya yaşam tarzı önerisi sunmayan rutin doğum öncesi bakımı almış. Müdahale grubu sağlıklı yemek tarifleri, beslenme ve egzersiz önerileri ve motivasyon mesajları içeren bir telefon uygulaması tarafından desteklenen kişiselleştirilmiş beslenme danışmanlığı ve egzersiz tavsiyesinden oluşan sağlıklı bir yaşam paketi almış. Davranış değişikliği evre skoru başlangıçta ve gebeliğin sonlarında (28 hafta) geliştirilen bir anket kullanılarak ölçülmüş.	Her iki grupta da değişim evresi skor dağılımında olumlu bir kayma gözlemlenmiştir. Bu olumlu değişim, müdahale grubu için daha anlamlı bulunmuştur.
Ledford ve ark., 2015 Randomize Kontrollü Amerika	Antenatal dönemde aplikasyon kullanımı ile spiral defter kullanımının etkinliği	n=172 (Deney grubu=87 ve Kontrol grubu=86)	Gebelik bilgilerini kaydetmek için müdahale grubu aplikasyon ve kontrol grubu spiral defter kullanılmış ve Hasta Aktivasyon Ölçümü (bireyin sağlık ve sağlık hizmetlerini yönetme konusundaki bilgi, beceri ve güvenini değerlendiren bir ölçüm) yapılmış.	Aplikasyon kullanan gebeler, daha fazla bilgi girişi sağlamanın yanında Hasta Aktivasyon Ölçümleri de kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kişilerarası klinik iletişimde fark saptanmadığı bildirilmiştir.
Lund ve ark., 2014a Randomize Kontrollü Danimarka ve Tanzania	Antenatal dönemde cep telefonu kullanımının (SMS ve kontör kartı) antenatal bakıma etkisi	n=2550 (Deney grubu=1311 ve Kontrol grubu=1239)	Bilgilendirici ve hatırlatıcı SMS gönderimi ve kontör yüklemek için gebelere verilen karttaki bir kod ile gebeler sağlık profesyonelleriyle iletişim kurabilecekleri bir telefona iletişim için 500 Tanzania Şilini yüklemişlerdir.	Müdahale grubunda, kadınların % 44'ü dört veya daha fazla doğum öncesi bakım ziyaretine gelmiş. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da artış olduğu bildirilmiştir. Ayrıca antenatal komplikasyonları olan daha fazla kadın belirlendiği ve kurumlara sevk edildiği belirtilmektedir.
Lund ve ark., 2014b Randomize Kontrollü Danimarka ve Tanzania	Antenatal dönemde cep telefonu kullanımının (SMS ve kontör kartı) ve perinatal mortaliteye etkisi	n=2550 (Deney grubu=1311 ve Kontrol grubu=1239)	Bilgilendirici ve hatırlatıcı SMS gönderimi ve kontör yüklemek için gebelere verilen karttaki bir kod ile gebeler sağlık profesyonelleriyle iletişim kurabilecekleri bir telefona iletişim için 500 Tanzania Şilini yüklemişlerdir. Kadınlar doğumdan 42 gün sonrasına kadar takip edilmiş.	Yaşamın ilk 42 günü içinde 2482 çocuk canlı doğmuş, 54 çocuk ölü doğmuş ve 36 çocuk ölmüş. Genel perinatal mortalite oranı, her doğumda 1000 başına 27 iken müdahale grubunda bu oran 1000 doğumda 19, kontrol kümelerinde ise 1000 doğumda 36 olarak bildirilmiştir. Müdahale, perinatal mortalitede anlamlı bir azalma ile ilişkilendirilmiştir.
Lund ve ark., 2012 Randomize Kontrollü Danimarka ve Tanzania	Antenatal dönemde cep telefonu kullanımının (SMS ve kontör kartı) ve nitelikli doğum yapmaya etkisi	n=2550 (Deney grubu=1311 ve Kontrol grubu=1239)	Bilgilendirici ve hatırlatıcı SMS gönderimi ve kontör yüklemek için gebelere verilen karttaki bir kod ile gebeler sağlık profesyonelleriyle iletişim kurabilecekleri bir telefona iletişim için 500 Tanzania Şilini yüklemişlerdir.	Deney grubunun %60'ı, kontrol grubunun %47'si nitelikli doğuma (nitelikli sağlık profesyoneli ile yapılan doğum) katılım sağlamış. Müdahalenin kentli kadınlar arasında nitelikli doğum devamında önemli bir artış sağladığı, ancak kırsal kesimde etkili olmadığı bildirilmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Antenatal dönemde kullanılan m-sağlık hizmetlerinde SMS, app ve telefon ile arama yöntemlerinin sık kullanıldığı tespit edilmiştir. Güncel literatürde m-sağlıkta app kullanımı ve etkileri hakkında yapılan çalışmaların sıklığı dikkat çekmektedir.

Bu derlemede yer alan en eski makale 2012 yılında yayınlanmış olmakla birlikte, literatürün 2015-2019 yılları arasında yoğunlaştığı görülmektedir. Günden güne artan m-sağlık hizmetlerinin kullanımı ile literatüre katılan çalışmalarda da artış olduğu gözlenmektedir. Buna karşın, anne ve bebekte önemli etkilerinin olabileceği düşünülen m-sağlık hizmetleri ile ilgili daha yüksek kanıtlar sağlayacak randomize kontrollü çalışmaların yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmalar tasarlanırken, m-sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinde sağlık profesyonellerinin yer almasının doğru bilgileri ulaştırmada ve kişinin mahremiyet açısından kendisini güvende hissetmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda, hemşirelerin de m-sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve uygulamasında yer almalarının önemli olacağı görüşüne varılmıştır.

Not: Bu çalışma, 4. Uluslararası Gebelik Doğum ve Lohusalık Kongresi (20-23 Şubat 2020, Bolu)'nde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

KAYNAKLAR

- Abroms, L. C., Johnson, P. R., Leavitt, L. E., Cleary, S. D., Bushar, J., Brandon, T. H., Chiang, S. C. (2017). A randomized trial of text messaging for smoking cessation in pregnant women. American journal of preventive medicine, 53(6), 781-790.*
- Ahmed, T., Lucas, H., Khan, A. S., Islam, R., Bhuiya, A., Iqbal, M. (2014). eHealth and mHealth initiatives in Bangladesh: a scoping study, BMC Health Services Research, 4(1), 260.*
- Ainscough, K., Kennelly, M., Lindsay, K. L., O'Sullivan, E. J., McAuliffe, F.M. (2016). Impact of an mHealth supported healthy lifestyle intervention on behavioural stage of change in overweight and obese pregnancy, Proceedings of the Nutrition Society, 75(OCE3), e85.*
- Amoakoh-Coleman, M., Borgstein, A. B. J., Sondaal, S. F., Grobbee, D. E., Miltenburg, A. S., Verwijs, M., ... Klipstein-Grobush, K. (2016). Effectiveness of mHealth interventions targeting health care workers to improve pregnancy outcomes in low-and middle-income countries: a systematic review, Journal of Medical Internet Research, 18(8), e226.*
- Ashman, A. M., Collins, C. E., Brown, L. J., Rae, K. M., Rollo, M. E. (2016). A brief tool to assess image-based dietary records and guide nutrition counselling among pregnant women: an evaluation, JMIR Mhealth and Uhealth, 4(4), e123.*
- Barron, P., Pillay, Y., Fernandes, A., Sebidi, J., Allen, R. (2016). The MomConnect mHealth initiative in South Africa: early impact on the supply side of MCH services, Journal of Public Health Policy, 37(2), 201-212.*

- Chen, H., Chai, Y., Dong, L., Niu, W., Zhang, P. (2018). Effectiveness and appropriateness of mHealth interventions for maternal and child health: systematic review, *JMIR Mhealth And Uhealth*, 6(1), e7.
- Cheptum, J., Omoni, G., Mirie, W. (2019). Effectiveness of mobile phone text message reminder on birth preparedness in a rural community in Kenya, *Tropical Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 36(1), 49-53.
- Colaci, D., Chaudhri, S., Vasan, A. (2016). mHealth interventions in low-income countries to address maternal health: a systematic review, *Annals of Global Health*, 82(5), 922-935.
- Cormick, G., Kim, N. A., Rodgers, A., Gibbons, L., Buekens, P. M., Belizán, J. M., Althabe, F. (2012). Interest of pregnant women in the use of SMS (short message service) text messages for the improvement of perinatal and postnatal care, *Reproductive Health*, 9(1), 9.
- Dalton, J. A., Rodger, D., Wilmore, M., Humphreys, S., Skuse, A., Roberts, C. T., Clifton, V. L. (2018). The Health-e Babies App for antenatal education: Feasibility for socially disadvantaged women, *PloS One*, 13(5), e0194337.
- Daly, L. M., Boyle, F. M., Gibbons, K., Le, H., Roberts, J., Flenady, V. (2019). Mobile applications providing guidance about decreased fetal movement: Review and content analysis, *Women and Birth*, 32(3), 289-296.
- Dunsmuir, D. T., Payne, B. A., Cloete, G., Petersen, C. L., Görges, M., Lim, J. von Dadelszen, P., ... Mark Ansermino J. (2014). Development of mHealth applications for pre-eclampsia triage, *IEEE Journal of Biomedical and Health Informatics*, 18(6), 1857-1864.
- Eysenbachi, G. (2001). What is e-health? *Journal of Medical Internet Research*, 3(2), e20.
- Faherty, L. J., Hantsoo, L., Appleby, D., Sammel, M. D., Bennett, I. M., Wiebe, D. J. (2017). Movement patterns in women at risk for perinatal depression: use of a mood-monitoring mobile application in pregnancy, *Journal of the American Medical Informatics Association*, 24(4), 746-753.
- Frazer, C., Hussey, L., Bosch, E., Squire, M. (2015). Pregnancy apps: a closer look at the implications for childbirth educators, *International Journal of Childbirth Education*, 30(3), 12-17.
- Glasgow, R. E. (2007). eHealth evaluation and dissemination research, *American Journal of Preventive Medicine*, 32(5), 119-126.
- Goetz, M., Müller, M., Matthies, L. M., Hansen, J., Doster, A., Szabo, A., ... Wallwiener S. (2017). Perceptions of patient engagement applications during pregnancy: a qualitative assessment of the patient's perspective, *JMIR Mhealth and Uhealth*, 5(5), e73.
- Haddad, S. M., Souza, R. T., Cecatti, J. G. (2019). Mobile technology in health (mHealth) and antenatal care- Searching for apps and available solutions: a systematic review, *International Journal Of Medical Informatics*, 127, 1-8.
- Iyawa, G. E., Hamunyela, S. (2018). mHealth apps and services for maternal healthcare in developing countries, in 2019 IST-Africa Week Conference. Nairobi, Kenya, 1-10. doi:10.23919/ISTAFRICA.2019.8764878.
- Joos, O., Silva, R., Amouzou, A., Moulton, L. H., Perin, J., Bryce, J., ... Mullany, L. C. (2016). Evaluation of a mHealth data quality intervention to improve documentation of pregnancy outcomes by health surveillance assistants in Malawi: a cluster randomized trial, *PloS One*, 11(1), e0145238.
- Krishnamurti, T., Davis, A. L., Wong-Parodi, G., Fischhoff, B., Sadovsky, Y., Simhan, H. N. (2017). Development and testing of the Myhealthypregnancy app: a behavioral decision research-based tool for assessing and communicating pregnancy risk, *JMIR Mhealth And Uhealth*, 5(4), e42.
- Lau, Y. K., Cassidy, T., Hacking, D., Brittain, K., Haricharan, H. J., Heap, M. (2014). Antenatal health promotion via short message service at a midwife obstetrics unit in South Africa: a mixed methods study, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 284.

- Ledford, C. J., Canzona, M. R., Cafferty, L. A., Hodge, J. A. (2015). *Mobile application as a prenatal education and engagement tool: a randomized controlled pilot*, *Patient education and counseling*, 99(4), 578-582.
- Lim, J., Cloete, G., Dunsmuir, D. T., Payne, B. A., Scheffer, C., von Dadelszen P, Mark Ansermino, J. (2015). *Usability and feasibility of PIERS on the Move: an mHealth app for pre-eclampsia triage*, *JMIR Mhealth and Uhealth*, 3(2), e37.
- Lund, S., Hemed, M., Nielsen, B. B., Said, A., Said, K., Makungu, M. H. ... Rasch, V. (2012) *Mobile phones as a health communication tool to improve skilled attendance at delivery in Zanzibar: a cluster-randomised controlled trial*, *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(10),1256-1264.
- Lund, S., Nielsen, B. B., Hemed, M., Boas, I. M., Said, A., Said, K., ... Rasch, V. (2014a). *Mobile phones improve antenatal care attendance in Zanzibar: a cluster randomized controlled trial*, *BMC Pregnancy And Childbirth*, 14(1), 29.
- Lund, S., Rasch, V., Hemed, M., Boas, I. M., Said, A., Said, K., ... Makundu, M. H. (2014b). *Mobile phone intervention reduces perinatal mortality in zanzibar: secondary outcomes of a cluster randomized controlled trial*, *JMIR Mhealth and Uhealth*, 2(1), 15.
- Lupton, D., Pedersen, S. (2016). *An Australian survey of women's use of pregnancy and parenting apps*. *Women and Birth*, 29(4), 368-375.
- Lupton, D. (2014). *Critical perspectives on digital health technologies*, *Sociology Compass*, 8(12), 1344-1359.
- Martínez Fernández, A., Lobos-Medina, I., Díaz-Molina, C. A., Chen-Cruz, M. F., Prieto-Egido, I. (2015). *TulaSalud: An m-health system for maternal and infant mortality reduction in Guatemala*, *Journal of Telemedicine and Telecare*, 21(5), 283-291.
- Michie, S., Yardley, L., West, R., Patrick, K., Greaves, F. (2017). *Developing and evaluating digital interventions to promote behavior change in health and health care: recommendations resulting from an international workshop*, *Journal of Medical Internet Research*, 19(6), e232.
- Minichiello, V., Rahman, S., Dune, T., Scott, J., Dowsett, G. (2013). *E-health: potential benefits and challenges in providing and accessing sexual health services*, *BMC Public Health*, 13(1), 790.
- Mo, Y., Gong, W., Wang, J., Sheng, X., Xu, D. R. (2018). *The association between the use of antenatal care smartphone apps in pregnant women and antenatal depression: cross-sectional study*, *JMIR Mhealth And Uhealth*, 6(11), e11508.
- Nasution, L. A., Hariyati, R. T. S. (2018). *Mobile health application in implementation of maternity nursing care: literature review*, *Journal of Nursing Care*. 1(1), 34-41.
- Ngabo, F., Nguimfack, J., Nwaigwe, F., Mugeni, C., Muhoza, D., Wilson, D., ... Binagwaho A. (2012). *Designing and Implementing an Innovative SMS-based alert system (rapidsms-MCH) to monitor pregnancy and reduce maternal and child deaths in Rwanda*, *The Pan African Medical Journal*, 13(3), 31.
- Odetola, T.D., Okanlawon, F. A. (2016). *Effects of a nursing intervention using a mobile phone application on Uptake of antenatal care, tetanus toxoids and malaria prevention among pregnant women in Nigeria*, *J Int Soc Telemed eHealth*, 4, (e13), 1-7.
- Silva, B. M., Rodrigues, J. J., de la Torre Díez, I., López-Coronado, M., Saleem, K. (2015). *Mobile-health: A review of current state in 2015*, *Journal of Biomedical Informatics*, 56, 265-272. doi:10.1016/j.jbi.2015.06.003.
- Talhok, R., Mesmar, S., Thieme, A., Balaam, M., Olivier, P., Akik, C., ... Ghattas, E.(2016). *Syrian refugees and digital health in Lebanon: Opportunities for improving antenatal health*, In *Proceedings of the 2016 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems*, 342, doi:10.1145/2858036.2858331.
- Toygar, Ş. A. (2018). *E-Health Applications*, *Yasama Dergisi*, 37, 101-119.

-
- Van Dijk, M. R., Huijgen, N. A., Willemsen, S. P., Laven, J. S, Steegers, E. A, Steegers-Theunissen, R. P. (2016). Impact of an mHealth platform for pregnancy on nutrition and lifestyle of the reproductive population: a survey, JMIR Mhealth And Uhealth, 4(2), 52-53.*
- Watterson, J. L., Walsh, J., Madeka, I. (2015). Using mHealth to improve usage of antenatal care, postnatal care, and immunization: a systematic review of the literature, Biomed Research International, 1-9. doi:10.1155/2015/153402*
- Weller, M., Gardener, G., Henry, S., Ellwood, D., Daly, L., Warrilow, K, Gong, Q. (2018). My baby's movements: integration of a mobile phone application into the antenatal education toolkit, Women and Birth, 31(1), 11.*
- Wiweko, B., Riyanti, A., Olivi, S., Priangga, M., Silvana, V., Pertiwi, I. P., ... Pratama, G. (2019). Jakpros:reproductive health education application for pregnant women, Yogyakarta: 2018 International Conference on Advanced Computer Science and Information Systems (ICACSIS), 225-229, doi:10.1109/ICACSIS.2018.8618206*
- World Health Organization. (2019). WHO Guideline: recommendationson digital interventions for health system strengthenin, World Health Organization, United Kingdom, 1-124.*

Review Article / Derleme Makalesi

BASINÇ YARASI VE MALNÜTRİSYON

Pressure Sore and Malnutrition

Sennur KULA ŞAHİN¹ 

¹*İstinye Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul*

Geliş Tarihi / Received: 16.06.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 29.09.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ÖZ

Bakım kalitesinin izlenmesinde önemli bir gösterge olan basınç yarası gelişimi evrensel bir sağlık sorunu olma özelliğini korumaktadır. Basınç yarası oluşumunda önemli bir etken olan malnütrisyon yara iyileşmesini geciktirir. Bunun yanı sıra, yara yerinin yırtılma tarzındaki güçlere karşı direncini azalttığı çalışmalarla ortaya konulmuştur. Bireyin yaşam kalitesini etkileyen ve önemli maddi kayıplara neden olan basınç yarasını önlemek amacı ile hastaların ilk yatışta beslenme izlemi başlatılmalı, malnütrisyon risk varlığı yönünden saptama yapılmalı, ve malnütrisyon saptanan hastalarda özel programlar ile beslenme yönetimi sağlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Basınç Yarası, Beslenme, Değerlendirme, İyileşme, Malnütrisyon.

ABSTRACT

The pressure sore development which is an important criteria in the evaluation of care quality is still an on-going universal health problem. Malnutrition as an important factor in the pressure sore development delays wound healing. Besides, studies have put forward it to reduce the resistance of the wound site to tearing type forces. In order to prevent the pressure sores which affect the life quality of the patient and causes important economic losses, the nutrition follow-up should be initiated at first hospitalization, the presence of malnutrition risk should be determined, and nutrition management should be provided with special programs in patients with malnutrition.

Keywords: Evaluation, Healing, Malnutrition, Nutrition, Pressure Sore

GİRİŞ

Malnütrisyon; özellikle yetişkin bireylerde doku üretimi, bakımı ve onarımını sürdürmek için gerekli olan beslenme ürünlerinden eksik almayı ifade eder (White, Guenter, Jensen, Malone, ve Schofield, 2012). Hastanede kalış sürecinde malnütrisyon sağlık bakım ilişkili enfeksiyon ve komplikasyonlara, sepsis ve basınç yarası gelişimine zemin hazırlar (Brito, Generoso, ve Correia, 2013; Thibault vd., 2015). Literatürde; malnütrisyonlu yaşlı bireylerin, iyi beslenen akranlarına göre basınç yarası yönünden iki kat daha fazla risk altında oldukları kaydedilmiştir (Bank, Bauer, Graves, ve Ash, 2010). Bunun yanı sıra malnütrisyon mortaliteyi artırır (Allard vd., 2016), hastanede kalış sürecini uzatır (Lim vd., 2012) ve sağlık bakımının maliyetini yükseltir (Guerra vd., 2016).

Günümüzde sağlık bakım girişimlerinin kalitesini değerlendirmede bir ölçüt olarak kullanılan basınç yarası gelişimi, eski çağlardan beri var olan, ancak bilimsel ve teknolojik gelişmelere karşın küresel bir sorun olma özelliği taşıyan önemli bir sağlık sorunudur (World Health Organisation, 2018.). Amerika Sağlık Bakım Araştırma ve Kalite Birliği; her sekiz ölümden birinin malnütrisyon kaynaklı basınç yarısından kaynaklandığını raporlandırmıştır (Doley, 2010; Dorner, Posthauer, ve Thomas, 2009).

Basınç yarasının bakım ve tedavisi uzun sürer, yüksek maliyet gerektirir. İngiltere’de yapılmış bir çalışmada; basınç yarası için uygulanan tedavi maliyetinin, sağlık giderlerinin tamamının %6’sını oluşturduğuna dikkat çekilmiştir (Dealey, Posnett, ve Walker, 2012).

Değişik zamanlarda yapılmış çalışmalarda basınç yarası gelişiminin %1 ile %70 arasında değiştiği kaydedilmiştir (Cereda, Klersy, Rondanelli, ve Caccialanza, 2011). Son çalışmalarda; hastanede kalış sürecinde basınç yarası gelişme oranının %30 ve %65 arasında olduğu belirtilmektedir (Allard vd., 2016; Jaul, Rosenzweig ve Meiron, 2017; Jones, Pope, Anguah, ve Erickson, 2020).

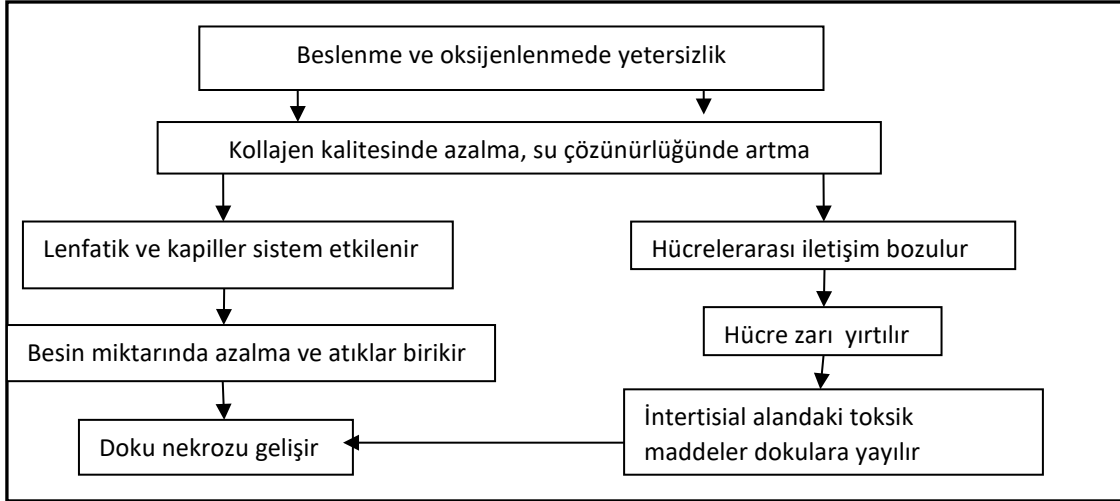
BASINÇ YARASI VE MALNÜTRİSYON İLİŞKİSİ

Basınç yarasının patofizyolojisi tam olarak açıklanamasa da, gelişiminde malnütrisyonun önemli bir faktör olduğu kanıtlanmıştır (Jones vd.,2020). Basınç yaralarının büyük çoğunluğuna besin alımında yetersizliğe bağlı gelişen albümin düşüklüğünün (<3.5g/dl) neden olduğunu düşünülmektedir (Mistiaen ve Van den Heede, 2020; Posthauer, 2006).

Akut bakım ünitelerinde uluslararası düzeyde malnütrisyon insidansı, %40 iken (Barker, Gout, ve Crowe, 2011); uzun süreli bakım ünitelerinde bu oranın %30 (Törmä, Winblad,

Cederholm, ve Saletti, 2013) olduğu kaydedilmiştir. Bir çalışmada basınç yarası ve şiddeti ile malnütrisyon arasında doğrudan bir ilişki olduğu ve aynı çalışmada ileri yaş, kadın cinsiyeti, hareketsizlik ve serum albümin düzeylerinde azalmanın önemli risk faktörleri olduğu belirtilmiştir (Brito vd., 2013).

Şekil 1. Basınç Yarası- Malnütrisyon İlişkisi



Kaynak: (Doley, 2010; Kaitani, Tokunaga, Matsui, ve Sanada, 2010; Smith, 2003; Ullah ve Alam, 2012).

Malnütrisyon, bir ya da daha fazla besin ürününün dengesiz ya da düşük miktarda alınması ile gelişen patolojik bir süreçtir. Protein-enerji malnütrisyonu; özellikle başlı başına bir hastalık olup, doku, organ ve sistemin yapı, fonksiyon ve gelişiminde değişime neden olur. Protein-enerji malnütrisyonunun inflamasyonu uzattığı, fibroblast oluşumunu bozduğu, fibroplazi ve kollajen sentezine zararlı etkilerinin olduğu, bağışıklık sisteminin aktivitelerini yavaşlattığı raporlandırılmıştır (Kaitani vd.,2010).

Şekil 1. Basınç yarası ve malnütrisyon ilişkisini göstermektedir. Literatürde hastaneye kabul edilen hastaların %20 ile %50'sinin ve bakımevinde yaşayanların %60'ının malnütrisyon gelişme riskinin olduğu vurgulanmaktadır (Jones vd., 2020). Basınç yarasının özellikle yaşlı, inkontinanslı, ağır hasta ve uzun süre yatağa bağımlı hastalarda daha fazla görülmektedir (Bozoğlu ve Öztürk, 2016).

Hastaneye kabul edilen hastaların yaklaşık üçte ikisinin 65 yaş ve üzeri hastalar oluşturduğu için, malnütrisyon ve basınç yarası gelişimi bakımından risk faktörü taşıdıkları göz ardı edilmemelidir (Bozoğlu ve Öztürk, 2016; Jones vd., 2020).

Bir çalışmada; huzurevinde yaşayan bireylerin %59'unda malnütrisyon geliştiği, %7'sinin ciddi malnütrisyona sahip olduğu ve ciddi malnütrisyonlu olanların %65'inde basınç yarası geliştiği belirtilmektedir (Holm, Mesch, ve Ove, 2007). Yaklaşık 1200 yaşlı hasta ile yapılmış bir çalışmada %38'inin malnütrisyon riski taşıdığı, %19'unda malnütrisyon olduğu

belirlenmiştir (Verbrugge vd., 2013). 65 yaş ve üzeri 2327 hastada yapılmış bir çalışmada, hastaların üçte birinin hastaneye kabulü sırasında malnütrisyon tanısı konmuştur (Ülger vd., 2010). Bunun yanı sıra evde sağlık bakımı alan 65 yaş ve üzeri hastaların %33'ünde malnütrisyon olduğu görülmüştür (Çevik, Basat, ve Uçak, 2014).

MALNÜTRİSYON DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ

Basınç yarası gelişimi Vücut Kitle İndeksi (VKİ), albümin (g/dl), hemoglobin (g/dl) ve serum transferrin (mg/dl) düzeyleri olmak üzere fizyolojik parametrelerden etkilenmektedir (Cankurtaran vd., 2013; Posthauer, 2006; Verbrugge vd., 2013).

3.1. Vücut Kitle İndeksi

Normal VKİ 20-25 kg/m² arasındadır. VKİ'si 30 kg/m² ve üzerinde olan şişman hastalarda yağ dokusu basınç noktalarındaki basıncı azaltır. Bununla birlikte yağ dokusu avasküler olduğu için sürtünmeye karşı toleransı da azaltır. Ayrıca vücut ağırlığı kaybı da protein-enerji malnütrisyonunun iyi bir göstergesidir ve basınç yarası yönünden risk oluşturur. VKİ'si 20 kg/m² ve daha düşük olan bireyler basınç yarası yönünden risk faktörü olarak görülmektedir. Eğer VKİ beslenmenin değerlendirilmesinde kesin bir bilgi vermiyorsa, iştahın değerlendirilmesi gerekebilir. Yapılan çalışmalarda da VKİ<18.5 kg/m² olan hastalarda basınç yarası gelişiminin daha kolay olduğu belirlenmiştir (Cederholm vd., 2015; Shahin vd., 2010; Ullah ve Alam, 2012)

Buna karşın yaşlı hastalarda yağ ve kas kitlesinde oluşan değişimlerin yanı sıra fizyolojik, fiziksel ve morfolojik parametrelere bağlı olarak boy uzunluğu azaldığından VKİ iyi bir takip göstergesi olarak önerilmemektedir. VKİ'nin 21 kg/m² altında olması yetersiz beslenmenin göstergesi olarak kabul edilmektedir. Ayrıca ko-morbiditesi ve fiziksel engeli olan veya değişime uğramış yaşlı bireylerde boy uzunluğu ölçümü ve tartı almak zordur. Bu hastalarda bacak uzunluğu, üst kol çevresi, baldır çevresi ve subskapular cilt kıvrım kalınlığını içeren alternatif antropometrik ölçümler ve Lorentz formülü gibi hesaplamalar kullanılmalıdır (Cederholm vd., 2015; Yentür, 2011).

3.2. Albümin

Albümin malnütrisyon değerlendirmesinde çok kullanılan bir parametre olmasına karşın randomize, deneysel ve prospektif çalışmalarda; albümin ve prealbümin değerlerinin enfeksiyon, travma, cerrahi girişim, yanık ya da stres içeren durumlardan etkilendiğinden, duyarlılığına ilişkin ciddi şüpheler vardır.

Serum albümin düzeyinin 3.5 g/dl, yaşlı hastalarda ise 3.2 g/dl'nin altında olması malnütrisyonu belirlemede önemli rol oynar. Hipoalbüminemi intravasküler sıvıda, kolloid basıncın düşmesine neden olarak ödeme yol açar. Oluşan ödemli dokuya uygulanan düşük bir basınç sürtünme ve iritasyon, doku bütünlüğünün bozulmasına neden olur (Posthauer, 2012; Yentür, 2011).

Bir çalışmada; albümin düzeyinin 3,5 g/dl'nin altında olan hastalarda basınç yarası %75 oranında görülürken, 3,5 g/dl'den yüksek olan hastalarda ise %16 olduğu belirtilmektedir (Doley, 2010). Bunun yanı sıra; yoğun bakım hastalarından serum albümin düzeyi ortalama 2.5 g/dl'den düşük olanlarda, basınç yarası geliştiği belirlenmiştir (Ersoy vd., 2013; Terekeci vd., 2009). Benzer bir çalışmada; cerrahi tedavi amacı ile yatırılan, basınç yarası gelişmiş yaşlı hastaların albümin düzeylerinin 2.53 ± 0.25 g/dl olduğu görülmüştür (İnözü vd., 2012). Başka bir çalışma, Avusturalya'daki hastanelerde, basınç yarası olan hastalarda malnütrisyon gelişme riskinin %50 olduğu belirlemiştir (Bank vd., 2010).

3.3. Serum Transferrin

Plazmada transferrin düzeyi beslenme elementlerinden, demir anabolizma ve katabolizmasından etkilenmektedir. Yarı ömrü kısa olduğu için, beslenme göstergesi bakımından albümininden daha duyarlıdır; buna karşın; çalışmalarda, albümine göre üstünlüğü bulunamamıştır (Dorner vd., 2009; İnözü vd., 2012; Ullah ve Alam, 2012). Ancak serum transferrin düzeyinin 180 mg/dl altında olmasının basınç yarası oluşumunu kolaylaştırdığı belirtilmektedir (Dorner vd., 2009; İnözü vd., 2012; Ullah ve Alam, 2012).

3.4. Hemoglobin

Hemoglobin düzeyi 12 g/dl'nin altına düştüğü zaman doku direnci ve kanın oksijen taşıma kapasitesi ciddi olarak azalır, iskemi gelişir. İskemi ile birlikte anemi de varsa, hücre metabolizması daha büyük risk altına girer. Hemoglobin düzeyinin düşük olmasının basınç yarası riskini artırdığı belirtilmektedir (Fogerty vd., 2008) ve bu değer 10 g/dl'den düşük olması basınç yarası gelişimini kolaylaştırır, iyileşmesini zorlaştırır (Ersoy vd., 2013; Ullah ve Alam, 2012).

BASINÇ YARASI GELİŞME RİSKİ YÜKSEK HASTALARDA BESLENME

Uzamış açlık süresi gibi komplike olmayan açlık durumunda bile, bir yetişkin günde ortalama 60-70 gram protein (240-280 gr kas dokusu) kaybedebilir. Ciddi travma ya da sepsis, vücuttan protein kaybını 150-250 gr'a (600-1000 gr kas dokusu) kadar artırabilir. Yara ya da cerrahi bir uygulamadan önce açlık dönemleri (basit ya da strese bağlı açlık) yaşamış bir

bireyde, endojen substrat yokluğuna bağlı olarak yara iyileşmesi gecikir (Wild, Rahbarnia Kellner Sobotka, ve Eberlein, 2010). Daha ileri düzeyde, malnütrisyon yara iyileşmesine ek olarak şu süreçleri de olumsuz etkileyebilir:

- Yeni damarlanmada gecikme ve kollajen sentezinde azalma,
- İnflamasyon evresinde uzama,
- Lökositlerin fagositozunda azalma,
- B ve T hücrelerinde işlev bozukluğu,
- Derinin mekanik gücünde azalma söz konusu olabilir.

Malnütrisyon yara iyileşmesi üzerinde önemli olumsuz etkilere sahip olduğundan, beslenme yetersizlikleri erken dönemlerde fark edilmeli ve yerine koyma tedavisini olabildiğince kısa sürede başlatılmalıdır. Beslenmenin ve yara iyileşmesinin klinik önemi her bir hastanın gereksinimlerinin bireysel olarak ele alınmasıyla ilişkilidir (Wild vd., 2010). Beslenme yetersizlikleri özellikle yaşlı bireylerde iştahsızlığın yanı sıra oral alım bozukluklarından da kaynaklanabilir. Bu grup hastaların takibi, beslenme yetersizliği başladığı anda müdahale edilmesi, gerektiğinde enteral beslenme uygulamaları ile desteklenmesi ve bunun için öncelikli olarak ilgilenen yakınları ile iletişim kurulması büyük önem taşır (Bulbuloglu ve Saritas, 2009; Özden, Karagözoğlu, Güler, ve Bülbüloğlu, 2016).

Beslenme yetersizliği olan veya evde enteral beslenme yöntemi ile beslenen hastalara bakım vermek, son derece zahmetli ve psikososyal açıdan yıpratıcı bir süreçtir. Bakım vericiler ile yapılmış çalışmalarda; bakım yüklerinin yüksek (Özden vd.,2016), yaşam kalitelerinin düşük olduğu (Bulbuloglu ve Saritas, 2009), sosyal ve psikolojik açıdan zor durumda oldukları kaydedilmiştir (Sercekus, Besen, Gunusen, ve Edeer Durmaz, 2014).

4.1. Enerji

Yara iyileşme süreci ile hastanın beslenme durumu arasında yakın ilişki vardır. Son 3 ayda vücut ağırlığından %15'in üzerinde kayıp olması yara iyileşmesini anlamlı derecede yavaşlatmaktadır. Kaybedilen ağırlığın %50'si geri kazanıldığında yara iyileşme oranı artar. Bu konuda ortak görüş kalori alımı; birinci derece basınç yarası olan hastalara 30-35 kal/kg, diğer basınç yarası olan hastalarda derecesine göre 35-45 kal/kg, yatalak hastalarda 20-25 kal/kg ve obez hastalarda adipoz dokudaki metabolik inaktivite nedeniyle 21 kal/kg şeklinde olmalıdır (Mistiaen ve Van den Heede, 2020; Ullah ve Alam, 2012).

Hedef değerlere ulaşılamazsa parenteral nutrisyon desteği de verilebilir (Moral ve Uyar, 2011). Deneysel bir çalışmada bütün hastalara günlük 30-35 kal/kg'lık beslenme diyeti

uygulamışlardır. Deney grubuna ise standart olarak belirlenen beslenme diyetine ayrıca protein, arjinin, çinko, vitamin C eklenildiğinde 12 hafta sonra basınç ülserinde %72 oranında küçülme olduğu bulunmuştur (Cereda vd., 2011). Başka bir çalışmada; yüksek protein ve kalori içeren beslenme diyeti ile birlikte arjinin, vitamin C ve çinko verilmesiyle basınç ülserinin daha hızlı iyileştiği tespit edilmiştir (Desneves, Todorovic, ve Cassar, 2005).

4.2. Protein

Düzenli yara iyileşmesi için yeterli protein alımı elzemdir. Protein yetersizliğinde; inflamatuvar süreçte uzama olur. Bunun yanı sıra fibroblast oluşumu, kollajen ve proteoglikan sentezinde bozulma nedeniyle yara iyileşmesi zorlaşır. Protein eksikliğinde yaranın gerilme gücü azalır, serum protein düşüklüğü ve hipoalbuminemi olan kişilerde yara iyileşmesi önemli derecede gecikir. Basınç yarasında iyileşme sürecini hızlandırmada; optimal protein gereksinimi birinci derece basınç yarasında 1.2 gr/kg/gün, diğer basınç yaralı olan hastalarda derecesine göre 1.5-2.0 gr/kg/gün'dür (Dorner vd.,2009; Ullah ve Alam, 2012).

Esansiyel amino asitlerin fazla olduğu kırmızı et, tavuk, balık ve süt gibi besinlerin artırılması çok önemlidir (Posthauer, 2006). Basınç yaralı hastalara sekiz hafta boyunca formula protein içeren beslenme diyeti uygulanmış, albümin düzeylerinde önemli bir artış ve yara iyileşme hızının da daha hızlı olduğu belirlenmiştir (Posthauer, 2006). Obez kişilerde enerji alımında artış yapılmaz, protein alımının artırılması yara iyileşmesi bakımından önemlidir.

4.3. L-Arjinin

L-Arjininin %32'si nitrojendir, nitrik oksit sentezinde prekürsör görevi görür. Etki mekanizması yara iyileşmesini hızlandıran önemli bir aminoasittir, T-lenfosit cevabını artırır. Ayrıca fibroblastların aktive edilmesi ile kollajen sentezini stimüle eder.

Bu sayede yara iyileşmesi sağlanmış olur. Arjinin düzeyinde artış prolinin prekürsörü olan ornitine dönüşümünü hızlandırır, devamında prolin kollajenle birlikte çalışır (Schneider ve Yahia, 2019). Bir meta analizde; oral supplementlerin (arjinin, C vitamini ve Çinko ile zenginleştirilmiş) basınç yarası riskini azalttığı raporlandırılmıştır (Schols, Heyman, ve Meijer, 2009).

Bir çalışmada; arjinin kullanımının yara iyileşme hızına önemli bir katkısı olmadığı belirlenmiştir (Fontaine ve Raynaud-Simon, 2008). L-Arjininin yara iyileşmesindeki rolüne ilişkin olumlu etkileri bilinse de, daha net ve yeni kanıtlara gereksinim duyulmaktadır.

4.4. Glutamin

Glutaminin, elzem olmayan aminoasit grubunda olduğu bilinmektedir. Katabolizma sürecinde glutamin ihtiyacı artar. Vücudun artan glutamin ihtiyacı, onu “koşullar nedeniyle elzem bir aminoasit”e çevirir. Glutamin proliferasyonu fibroblast üretimini destekler. Glutasyon peroksidaz ve nükleik asit sentezi ile organlar arası karbon transferi ve kas kitlesinin korunmasında glutamin, anahtar rol üstlenir. L-Arjinin olmadan glutamin verilmesinin, yara iyileşmesindeki rolü kanıtlanmamıştır. Birlikte kullanımı kollajen depolanmasını sağlar, inflamasyon sürecinde fibroblast göçünü artırır (Şahin, İnanç, ve Çiçek, 2007; Wild vd., 2010).

4.5. n-3 Yağ Asitleri

Fosfolipit olan yağ asitleri plazma membranlarının en önemli komponentidir. Ayrıca çoklu doymamış yağ asitleri (PUFA) hücrel süreçlerde görev alırlar. PUFA n-6 ve n-3 epitel hücre proliferasyonunu uyararak yara iyileşmesinde etkin rol oynar. PUFA’lar ayrıca inflamasyon sürecinde fonksiyonel olarak çok sayıda lipoik medyatörlerin primer prekürsörüdürler. Bu bağlamda n-3 yağ asitlerinin inflamasyon sürecinde antiinflamatuvar etkisi nedeniyle negatif yönde etki gösterdiği düşünülmektedir (Şahin vd., 2007).

4.6. C Vitamini

Askorbik asit olarak da isimlendirilen C vitamini kollajen ve proteoglikan sentezinde görev alan bir ko-faktördür. C vitamini eksikliği, kollajen fibrinlerinde bozulmaya, endotel hücrelerinin anormal adhezyonuna ve fibroz dokunun gerilme gücünün azalmasına yol açar. C vitamini kollajenin ilk oluşumu olan prokollajende yer alan prolin ve lizinin hidroksilasyonu için büyük önem taşır (Şahin vd., 2007). Basınç yarası olan hastalarda, 1.8 gr/kg proteinin %43-73 oranında iyileşmeye, C vitamininin ise 30 gün içinde yarada %84 oranında küçülmeye neden olduğu belirlenmiştir (Desneves vd., 2005).

4.7. A Vitamini

Epitelizasyon ve kemik dokusu oluşumunda büyük rol üstlenen A vitamini, hücrel farklılaşma ve immün sistem aktiviteleri için büyük önem taşır. A vitamini matürasyon sürecinde fibroblastların uyarılmasını sağlar, bu sayede kollajen sentezini artırır. A vitamininin glukokortikosteroidleri inhibe edici özelliği bulunmaktadır. Mevcut çalışmalarda; A vitamininin kollajen üretimini ve yara gerilme gücünü artırdığı bilgisine yer verilmiştir (Schols vd., 2009; Şahin vd., 2007).

4.8. E Vitamini

E vitamininin ciltteki en önemli yağda eriyen antioksidan olduğu düşünülmektedir. Bu yüzden cilt lezyonlarında topikal olarak kullanılmaktadır. Oksidasyonu önleme özelliği sayesinde; hücre membranlarını korur ve skar oluşumunu engeller. E vitamininin inflamasyon sürecindeki rolünün, yaranın özelliklerine ve diğer besin elementlerinin varlığına göre değiştiği bilinmektedir. Literatür incelemelerinde; E vitamininin cerrahi yarada skarlaşmayı ve meme implantı yapıldıktan sonraki kontraktür ve peritoneal kesilerde adezyon gelişimini azalttığı yönünde çalışmalara rastlanmıştır (Schols vd., 2009; Şahin vd., 2007).

4.9. Çinko

Çinkonun 300 civarı enzimin aktivasyonunda görev aldığı düşünülmektedir. Bu bağlamda hücresel süreçler, immün sistem aktiviteleri, DNA ve protein sentezinde önemli roller üstlenir. Vücuttaki dokuların tamamının çinko içermesine karşın, epidermisteki oranının 5-6 kat daha fazla olduğu bilinmektedir. Kollajenaz enzimi, aktive olmak için çinkoya bir kofaktör olarak bağımlıdır. Kollajenaz enzimi metalloproteinaz grubunda yer alır ve eksikliğinde ya da aktive olamadığında konnektif dokuda bozulma olabilir. Dolayısı ile yaranın en çok da akut döneminde çinko ve C vitamini yara iyileşmesini artırır (Schols vd., 2009; Şahin vd., 2007).

4.10. Bakır

Bakır; eritrosit oluşumu ve C vitamininin elastine yapışmasında anahtar rol oynar. Kollajen ve elastinin çapraz bağ yapmasını sağlayan lizil oksidaz enziminde bakır bulunur. Glisil, histadil ve lizin bakır ile bağlanabilen enzimlerdir ve bakır peptitleri ismini alırlar. Bakır peptitleri yara üzerinde kollojen birikimini artırır, anjiogenezise ve gerilme direncine yardım eder. Bakırın anti-inflamatuar etkisi ve enfeksiyonları önlemesi de inflamasyon sürecinde göz ardı edilmemelidir (Şahin vd., 2007; Wild vd., 2010).

4.11. Kalsiyum

Hemostaz ve keratinositlerin proliferasyonunda önemli bir modülatör olma özelliği taşımaktadır. İnflamasyon sürecinde hücresel yanıt oluşumunda gerek ekstrasellüler gerekse de intrasellüler kalsiyum varlığı önemli rol üstlenir. Yaralanma sonrası erken dönemde kalsiyum konsantrasyonu artar, bu artış diğer inflamatuvar, proliferatif ve matürasyon fazlarında da devam eder (Şahin vd., 2007).

4.12. Kadmiyum

Çinkoya benzer, metallothionein ile bağ kurar. Sitotoksik bir metaldir, ancak metalothioneine bağlandığında toksisitesi azalır ve koruyucu etki sağlar. Kadmiyumun majör etkisi çinko metaloenzimlerinin biyoyararlılığını değiştirmesinden ileri gelir. Kadmiyuma uzun süre maruz kalma toksisiteye yol açar. Literatürde; yara yerine topikal uygulanan kadmiyumun, çinko birikimini %30 oranında artırdığı bildirilmiştir (Şahin vd., 2007).

4.13. Sıvı

Sıvı alımının yeterli düzeyde yapılması dokulara oksijen taşınmasında ve kullanımında, yara yerinin hidrasyonunda büyük önem taşır. Yara yerine taşınan besin ürünleri, aminoasitler, vitamin ve mineraller sıvı içinde çözünür. Atık maddeler sıvı alımı sayesinde dokulardan uzaklaştırılır. Kalp veya böbrek yetmezliği gibi tıbbi bir kontrendikasyon yoksa sıvı ihtiyacı 30 ml/kg, 1 ml/kkal veya günlük en az 1500 ml olarak düzenlenmelidir (Dorner vd.,2009; Şahin vd., 2007).

BASINÇ YARASINI ÖNLEMeye YÖNELİK BESLENME EĞİTİMİ VE TEDAVİSİ

Basınç yarası varlığı, sağlık bakımının kalitesini olumsuz etkiler. Bütüncül bakım anlayışında basınç yarasını önlemek ve tedavisini yapmak yer alır. Hastayı birçok yönüyle etkilediği için önlenmesi ve tedavisi multidisipliner ekip yaklaşımı gerektirir.

Basınç yarası riski olan hastaların eğitiminde; bireysel olarak besin ve sıvı alımını artırmaya odaklanmalı, gereksinimi göz önünde bulundurulmalı, tüm hastane çalışanlarına, hasta ve yakınlarına beslenmenin önemi anlatılmalıdır. Eğitimin içeriğinde; beslenmenin önemi, değerlendirilmesi, iştah açıcı ve lezzetli besinlerin kullanımı, yemek sunumunun önemi, kişisel tercihlerin dikkate alınmasının önemi ve beslenme kültürüne yer verilmelidir (Franklin, 2014).

Besin miktarı kişiye göre değişmekle birlikte, enerji için en az 30-35 kal/kg/gün, protein en az 1.2-1.5/g/kg/gün ve sıvı 1 ml/kkal/gün önerilmektedir (Ullah ve Alam, 2012). Uygulanan beslenme programının etkisi; ağırlık kontrolü, fonksiyonlarda gelişme, yaşam kalitesinde artma ve sağlığın gelişmesi parametreleri kullanılarak değerlendirilmelidir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Malnütrisyon ile basınç yarası pozitif yönde ilişki içindedir. Bu yüzden hastanın ilk yatışından itibaren bu iki kavram birlikte ele alınmalıdır. Hastalar, hastanede kalış süreci

boyunca beslenme açısından izlenmeli, malnütrisyon gelişme riski olan/malnütrisyonlu olarak belirlenen hastalara özel beslenme programları uygulanmalı, gerektiğinde enteral ve parenteral beslenme uygulamaları ile desteklenmelidir.

KAYNAKLAR



- Allard J. P., Keller H., Jeejeebhoy K. N., Laporte M., Duerksen D. R., Gramlich, L., Teterina A. (2016). *Malnutrition at hospital admission-Contributors and effect of length of stay: A prospective cohort study from the Canadian malnutrition task force. JPEN J Parenter Enteral Nutr*, 40(4), 487-497.
- Bank, M., Bauer, J., Graves, N., Ash S. (2010). *Malnutrition and pressure ulcer risk in adults in Australian health care facilities, Nutrition*, 26, 896-901.
- Barker, L., Gout, B., Crowe, T. (2011). *Hospital malnutrition: prevalence, identification and impact on patients and the healthcare system. Int J Environ Res Public Health*, 8(2), 514-527.
- Bozoğlu, E., Öztürk, A. (2016). *Malnütrisyonun tanımı, sıklığı ve etiyolojik faktörler. Türkiye Klinikleri Journal of Geriatrics-Special Topics*, 2(1), 7-15.
- Brito, P. A., Generoso, S., Correia, M. (2013). *Prevalence of pressure ulcers in hospitals in Brazil and association with nutritional status-A multicenter, cross-sectional study. Nutrition*, 29(4), 646-649.
- Bulbuloglu, S., Saritas, S. (2019). *Quality of life evaluation study for caregivers of patients undergoing enteral tube feeding at home. Annals of Medical Research*, 26(1), 91-94.
- Cankurtaran, M., Saka, B., Sahin, S., Varlı, M., Doventas, A., Yavuz, B. B,... Akçiçek, F. (2013). *Turkish nursing homes and care homes nutritional status assessment project (THN-malnutrition). European Geriatric Medicine*, 4(5), 329-334.
- Cederholm, T., Bosaeus, I., Barazzoni, R., Bauer, J., Van Gossum, A., Klek, S., ... De van der Schueren., M. A. (2015). *Diagnostic criteria for malnutrition-an ESPEN consensus statement. Clinical nutrition*, 34(3), 335-340.
- Cereda, E., Klersy, C., Rondanelli, M., Caccialanza, R. (2011). *Energy balance in patients with pressure ulcers: A systematic review and meta-analysis of observational studies. J Am Diet Assoc*, 111, 1868-1876.
- Çevik, A., Basat, O., Uçak, S. (2014). *Evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastalarda beslenme durumunun değerlendirilmesi ve beslenme durumunun laboratuvar parametreleri üzerine olan etkisinin irdelenmesi. Konuralp Tıp Dergisi*, 6(3), 31-37.
- Dealey, C., Posnett, J., Walker, A. (2012). *The cost of pressure ulcers in the United Kingdom. Journal of Wound Care*, 21(6), 261-266.
- Desneves, K., Todorovic, B. E., Cassar, A. (2005). *Treatment with supplementary arginine, vitamin C and zinc in patients with pressure ulcers: A randomised controlled trial. Clinical Nutrition*, 24(6), 979-987.
- Doley, J. (2010). *Nutrition management of pressure ulcers. Nutrition in Clinical Practice*, 25(1), 50-60.
- Dorner, B., Posthauer, E., Thomas, D. (2009). *The role of nutrition in pressure ulcer prevention and treatment: National Pressure Ulcer Advisory Panel white paper. Nutrition White Paper. Advances in Skin & Wound Care*, 22(5), 212-221.
- Ersoy, E. O., Öcal, S., Öz, A., Yılmaz, P., Arsava, B., Topeli, A. (2013). *Yoğun bakım hastalarında bası yarası gelişiminde rol oynayabilecek risk faktörlerinin değerlendirilmesi. Yoğun Bakım Dergisi*, 4(1), 9-12.
- Fogarty M. D, Abumrad N. N., Nanney, L., Arbogast, P. G, Poulouse, B., Barbul, A. (2008). *Risk factors for pressure ulcers in acute care hospitals. Wound Repair and Regeneration*, 16(1), 11-18.

- Fontaine, J., Raynaud-Simon, A. (2008). *Pressure sores in geriatric medicine: the role of nutrition. Presse Med, 37(7-8), 1150-1157.*
- Franklin, N. (2014). *Malnutrition and the role of nurses: a nursing issue, 21(7), 33-34.*
- Guerra, R. S., Sousa, A. S., Fonseca, I., Pichel, F., Restivo, M. T., Ferreira, S., ... Amaral, T. F. (2016). *Comparative analysis of undernutrition screening and diagnostic tools as predictors of hospitalization costs. J Hum Nutr Diet, 29(2), 165-173.*
- Holm, B., Mesch, L., Ove, H. (2007). *Importance of nutrition for elderly persons with pressure ulcers or a vulnerability for pressure ulcers: A systematic literature review. Australian Journal of Advanced Nursing, 25(1), 77-84.*
- İnözü, E., Özakpınar, H. R., Durgun, M., Eryılmaz, A. T., Selçuk, C. T., Telliöğlü, A.T. (2012). *Geriatrik hastalarda bası yaralarına yaklaşım. Dicle Tıp Dergisi, 39(3), 408-412.*
- Jaul, E., Rosenzweig, J. P., Meiron, O. (2017). *Survival rate and pressure ulcer prevalence in patients with and without dementia: a retrospective study. J Wound Care, 26(7), 400-403.*
- Jones, A, Pope, J., Anguah, K. O. B., Erickson, D. (2020). *Mini Nutritional Assessment Score as a Potential Predictor of Pressure Ulcers in Elderly Nursing Home Patients With Dementia. Topics in Clinical Nutrition, 35(1), 42-49.*
- Kaitani, T., Tokunaga, K., Matsui, N., Sanada, H. (2010). *Risk factors related to the development of pressure ulcers in the critical care setting. Journal of Clinical Nursing, 19(3-4), 414-421.*
- Lim, S. L., Ong, K. C. B., Chan, Y. H., Loke, W. C., Ferguson, M., Daniels, L. (2012). *Malnutrition and its impact on cost of hospitalization, length of stay, readmission and 3-year mortality. Clin Nutr, 31(3), 345-350.*
- Mistiaen, P., Van den Heede, K. (2020). *Nutrition support teams: a systematic review. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, 1-17.*
- Moral, A. R., Uyar, M. (2011). *Yoğun Bakım Hastalarında Nutrisyon. In: Şahinoğlu AH, editör. Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri 3. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, p.525-542.*
- Nutrition for older adults. World Health Organization Website. <http://www.who.int/nutrition/topics/ageing/en/index1.html>. Son erişim tarihi 24.04.2020.*
- Özden, D., Karagözoğlu, Ş., Güler, N., Bülbüloğlu, S. (2016). *Evde enteral tüple beslenen hastaların beslenmeye ilişkin yaşadığı sorunlar ve yakınlarının bakım yükü. Dokuz Eylül Üniv. Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 9(4), 134-141.*
- Posthauer, M. E. (2012). *The role of nutrition in wound care. Advanced in Skin & Wound Care, 25(2), 1-3.*
- Posthauer, M. E. (2006). *When is enteral nutrition support an effective strategy? Adv Skin Wound Care, 19(5): 92-96.*
- Schneider, K. L., Yahia, N. (2019). *Effectiveness of arginine supplementation on wound healing in older adults in acute and chronic settings: a systematic review. Advances in Skin & Wound Care, 32(10), 457-462.*
- Schols, J. M., Heyman, H., Meijer, E. P. (2009). *Nutritional support in the treatment and prevention of pressure ulcers: an overview of studies with an arginine enriched oral nutritional supplement. Journal of Tissue Viability, 18(3), 72-79.*
- Sercekus, P., Besen, D. B., Gunusen, N. P., Eder Durmaz, A. (2014). *Experiences of family caregivers of cancer patients receiving chemotherapy. Asian Pac J Cancer Prev, 15(12), 5063-5069.*

- Shahin, E. S., Meijers, J. M. M., Schols, J. M. G. A., Tannen, A., Halfens, R. J. G., Dassen, T. (2010). *The relationship between malnutrition parameters and pressure ulcers in hospitals and nursing homes. Nutrition, 26(9), 886-889.*
- Smith, M. A. (2003). *Comprehensive review of risk factors related to the development of pressure ulcers. Journal of Orthopaedic Nursing, 2(7), 94-102.*
- Şahin, H., İnanç, N., Çiçek, B. (2007). *Yara iyileşmesi ve beslenme. Sendrom, 19, 54-61.*
- Terekeci, H., Kucukardalı, Y., Top, C., Onem, Y., Celik, S., Öktenli, Ç. (2009). *Risk assesment study of the pressure ulcers in intensive care unit patients. Eur J Internal Med, 20(4), 394-397.*
- Thibault, R., Makhlouf, A. M., Kossovsky, M. P., Iavindrasana, J., Chikhi, M., Meyer, R., ... Pichard, C. (2015). *Health care associated infections are associated with insufficient dietary intake: an observational cross-sectional study. PLoS ONE, 10(4): e0123695.*
- Törmä, J., Winblad, U., Cederholm, T., Saletti, A. (2013). *Does under nutrition still prevail among nursing home residents? Clin Nutr, 32(4), 562-568.*
- Ullah, N., Alam, I. (2012). *Nutritional care of patients with pressure ulcers: Some evidence based guidelines. Pak J Med Sci, 28(1), 196-200.*
- Ülger, Z., Halil, M., Kalan, I., Yavu, B. B., Cankurtaran, M., Güngör, E., ... Arıoğul, S. (2010). *Comprehensive assessment of malnutrition risk and related factors in a large group of community-dwelling older adults. Clinical Nutrition, 29(4), 507-511.*
- Verbrugge, M., Beeckman, D., Van Hecke, A., Vanderwee, K., Van Herck, K., Clays, E., ... Verhaeghe, S. (2013). *Malnutrition and associated factors in nursing home residents: A cross-sectional, multi-centre study. Clinical Nutrition, 32(3), 438-443.*
- White, J. V., Guenter, P., Jensen, G., Malone, A., Schofield, M. (2012). *Academy Malnutrition Work Group, A.S.P.E.N. Malnutrition Task Force, A.S.P.E.N. Board of Directors. Consensus statement of the academy of nutrition and dietetics/American society for parenteral and enteral nutrition: characteristics recommended for the identification and documentation of adult malnutrition (undernutrition). J Acad Nutr Diet, 112(5), 730-738.*
- Wild, T., Rahbarnia, A., Kellner, M., Sobotka, L., Eberlein, T. (2010). *Basics in nutrition and wound healing. Nutrition, 26(9), 862-866.*
- World Health Organisation. *Pressure ulceration. 2018. Summary at the evidence on patient safety: Implications for research. Decubitus ulcers, 10 November 2020. https://www.who.int/patientsafety/information_centre/Summary_evidence_on_patient_safety_safety_adresinden_erisildi.*
- Yentür, E. (2011). *Beslenme durumunun değerlendirilmesi. Klinik Gelişim, 24, 1-4.*

BİYOMÜHENDİSLİKTE KULLANILAN KAN ANALOGLARINA GENEL BİR BAKIŞ

An Overview of Blood Analogues Used in Bioengineering

Hatice BİLGİLİ¹  Teymuraz ABBASOV² 
^{1,2}İnönü Üniversitesi, Mühendislik Fakültesi, Malatya

Geliş Tarihi / Received: 14.09.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 28.09.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ÖZ

Biyomühendislikte yapılan çalışmalarda in vitro deneyler için gerçek kanın kullanılması; elde edilmesi, saklanması, manipülasyonu, büyük miktarlarda gerekli olması, hava ile temas ettiğinde yapısının değişmesi ve toksisitesi gibi nedenlerden dolayı pek mümkün değildir. Bu yüzden in vitro ortamda yapılan deneylerde kan yerine kullanılacak sıvıların araştırılması önemli bir konudur. Bu sıvıların insan kanına benzer reolojik özellikler göstermesi beklenir. Fakat kan reolojisi son derece karmaşık olduğundan, kanın tüm reolojik özelliklerini karşılayan analog sıvılar geliştirmek oldukça zordur. Tek bir analog sıvısı ile kanın bütün özellikleri aynı anda sağlanamadığından, laboratuvar ortamında yapılacak çalışmanın özelliğine bağlı olarak kan yerine geçecek farklı kan analoglarının seçimi yapılmaktadır. Yapılan çoğu çalışmalarda, bu kan analogları için hazırlanan bileşimlere Xanthan Gum (XG) ilavesiyle kanın reolojik özelliklerine en yakın davranış sergileyen analoglar ön plana çıkmaktadır. Bu çalışmamızda in vitro koşullarda kanın yerine geçebilecek kan analog sıvılarının araştırılması yapılmış, bu analogların reolojik özellikleri tablolarla sunulmuş ve önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Biyomühendislik, Kan Analogu, Reoloji, Xanthan Gum

ABSTRACT

The use of real blood for in vitro experiments in bioengineering studies is unlikely not possible due to reasons as; obtaining, storing, manipulating, being required in large quantities, changing of the structure when exposed to air and toxicity. Therefore, it is an important issue to investigate the fluids that will be used instead of blood in the in vitro experiments. These fluids are expected to exhibit rheological properties similar to human blood. However, as blood rheology is extremely complex, it is difficult to develop blood analogue fluids that meet all rheological properties of blood. Since all properties of blood cannot be achieved at the same time with a single analogue fluid, depending on the characteristics of the study in laboratory environment different blood analogues are selected to replace blood. In most studies, analogues exhibiting the closest behavior to the rheological properties of the blood come to the fore with the addition of Xanthan Gum (XG) to the compositions prepared for these blood analogs. In this study; blood analogue fluids that can replace blood in in vitro conditions have been investigated, the main characteristics of these analogs have been presented with tables and suggestions have been made.

Keywords: Bioengineering, Blood Analogue, Rheology, Xanthan Gum

GİRİŞ

İnsan yaşamının temel bir bileşeni olan kan, dolaşım sistemi ile hücre dokularına ve vücudun organlarına hayati maddeleri taşıyan iki fazlı karmaşık bir sıvıdır. Kanın temel bileşenleri özelleşmiş hücreler ve sıvılardan oluşur. Kanın analizi günümüzde çoklu hayat kurtarıcı prosedürlerin başarısında önemli bir rol oynamaktadır (Rogers, 2011). Bununla birlikte insan metabolizmasının incelenmesi, modellenmesi, yapay organlar, operasyonlar, ilaç taşınımı, görselleştirme vb. çalışmaları yapılırken gerçek kanın masaüstü (in vitro) deneylerde kullanılması çok zor hatta kimi zaman da imkânsızdır. Çünkü çoğu uygulamalarda kanın doğal nitelikleri aşağıdaki sorunları ortaya çıkarmaktadır (How, 1996):

- Gerçek kan bileşimi donörden donöre farklılık gösterir.
- Metabolik süreçler nedeniyle kanın özellikleri zamanla değişir.
- Opaklık, kanla ilgili yapılacak olan optik akış çalışmalarını kısıtlar.
- Güvenlik açısından gerçek kanla çalışmak hastalık ve enfeksiyon açısından tehlike oluşturur.
- Kan sedimantasyona maruz kalan iki fazlı, kararsız bir sistemdir.
- Kan sıvı benzeri akışını engelleyerek pıhtılaşabilir.
- Tek bir donörden elde edilebilen hacim sınırlıdır ve bu da yüksek hacimli uygulamaları sınırlar.
- Maliyeti fazladır.
- Etik sorunlar ortaya çıkar.

Dolayısıyla biyomühendislikle uğraşan araştırmacıların gerçek kan yerine geçebilecek sıvılar olan kan analoglarını seçmeleri günümüzün önemli konularından biridir. Ancak kan yerine kullanılacak kan analogları için öncelikle kanın yapısının ve reolojisinin iyi bilinmesi ve yapılacak olan çalışmaya göre uygun olan kan analogunun seçilmesi gerekmektedir.

1.1. Kan Reolojisi

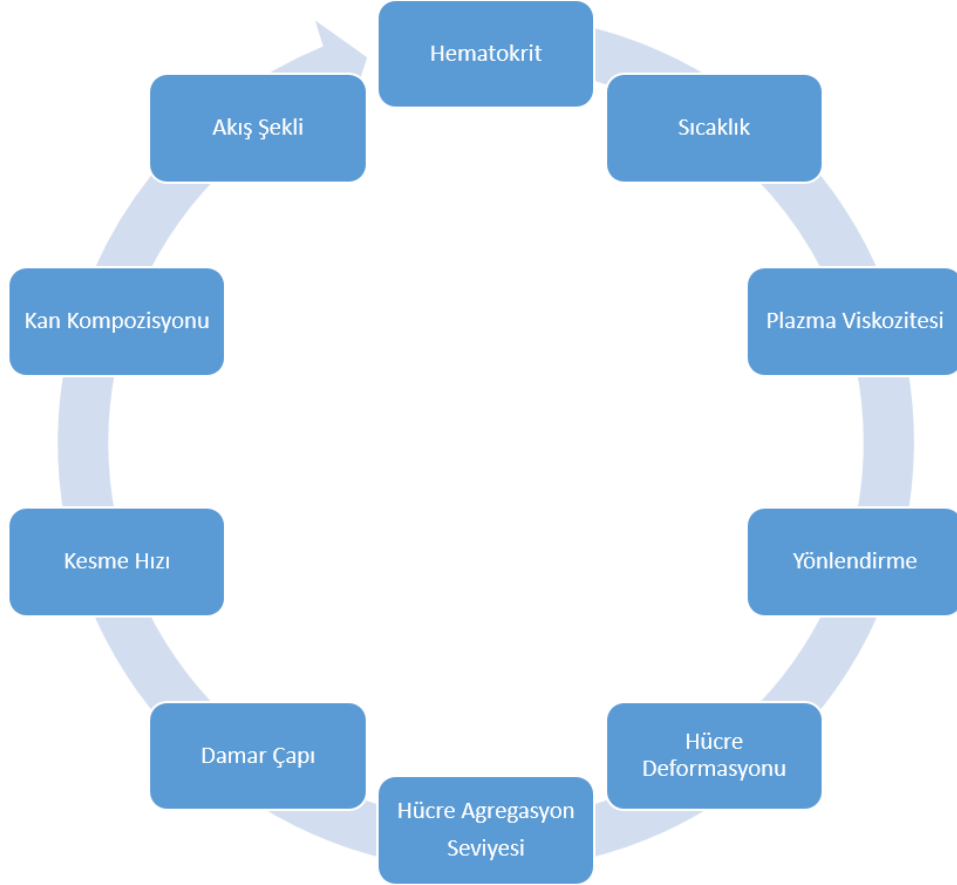
Araştırmacıların günümüze kadar yaptığı deneysel çalışmalar, kan akışının kayma-inceleme, viskoelastisite, akma gerilimi ve tiksotropi gibi non-Newtonyen özellikler sergilediğini göstermiştir. Kanın karmaşık reolojisi, plazma viskozitesi, hematokrit ve özellikle eritrositlerin hareketsizken veya düşük kesme hızlarında agregalar oluşturma ve yüksek kesme hızlarında deforme olma eğilimi, enerji depolamaları ve bu enerjiyi salmaları gibi çeşitli faktörlerden etkilenir (Farina, Mikelic, Saccomandi, Sequeira, ve Toro, 2018).

1.1.1. Kan Bileşenleri

İki fazlı karmaşık bir sıvı olan kanın ilk fazı sıvı fazdır ve bu faz % 90'dan fazla su içeren kan plazmasından oluşur. İkinci fazı ise; kırmızı kan hücreleri olan eritrositler (RBC), beyaz kan hücreleri olan lökositler (WBC) ve trombositlerden oluşan tanecikli fazdır (Rogers, 2011). Normal RBC'ler kanın reolojik davranışının önemli bileşenleridir ve tipik olarak çapları 6-8 µm ve maksimum kalınlıkları 1.9 µm olan bikonkav disklerdir (Farina vd., 2018). RBC'lerin hacimsel olarak toplam kan hacmine oranı olan ve sağlıklı insanlarda % 40-50 civarında olan hematokrit, kan viskozitesini ve reolojisini etkileyen parametrelerden biridir. Hematokriti belirleyen RBC'lerin yalnızca miktarı değil aynı zamanda dolaşımdaki maruz kaldıkları hızlar da doğrudan reolojik davranışta ve viskozitede değişime neden olur. RBC'lerin dolaşımında hıza bağlı olarak deformasyon veya agregasyon oluşumları kanın reolojik davranışında oldukça karmaşık ve önemli bir parametre olmalarına neden olmaktadır (Farina vd., 2018; Wickramasinghe, Kahr, ve Han, 2002).

1.1.2. Viskozite

İnsan kanının dolaşımdaki davranışını incelemek için gerekli olan faktörlerden biri de viskozitedir. Gerçek dolaşım sistemindeki kan akışına benzer bir yapının in vitro koşullarda oluşturulması ve viskozitede meydana gelen değişikliklerin incelenmesi biyomühendislikte yapılan çalışmalar açısından çok önemlidir. Çünkü viskozitenin in vitro ölçümleri, hem periferik dolaşımın fizyolojik kavramları hem de patofizyolojik süreçlerin ve terapötik müdahalelerin değerlendirilmesi için büyük önem taşımaktadır (Pries vd., 1994). Kanın viskozitesi genel olarak kan kompozisyonuna (örn. Hematokrit), RBC'lerin davranışlarına, sıcaklığa, kesme hızına, damar çapına (örn. Fåhræus-Lindqvist etkisi), hücre agregasyon seviyesine, şekle, deformasyona ve yönlendirme gibi etkenlere bağlıdır (Sousa, Pinho, Oliveira, ve Alves, 2011). Şekil 1.'de kan viskozitesinin bağlı olduğu değişkenler gösterilmiştir.



Şekil 1. Kan viskozitesinin bağlı olduğu değişkenler (Sousa vd., 2011).

RBC'lerin bağıl hacmi olan hematokrit, karmaşık viskozitenin viskoz ve elastik bileşenlerinin büyüklüğünü önemli ölçüde etkiler (Deutsch, Tarbell, Manning, Rosenberg ve Fontaine, 2006; How, 1996). Akış hızından etkilenen RBC'lerin deformasyonu viskoziteyi azaltırken, agregasyonu ise viskoziteyi arttırmaktadır (How, 1996; Waite ve Fine, 2007). Periferik dolaşımda yüksek hızlarda (400 s^{-1} kayma hızlarında) RBC'ler bikonkav şeklini kaybederek uzama eğilimine girer ve deforme olurlar, bu durum görünür viskozitede bir azalmaya yol açar. Görünür viskozitedeki azalma küçük damarlarda (iç çapı 1 mm'den küçük olan ve özellikle çapı 100-200 μm olan damarlar) büyük damarlara göre daha belirgindir. Azalan damar çapıyla birlikte Fåhræus-Lindqvist etkisi olarak bilinen bir davranışla görünür kan viskozitesi önemli ölçüde azalır (Anastasiou, Spyrogianni, Koskinas, Giannoglou, ve Paras, 2012; Farina vd., 2018; How, 1996). Mikrosirkülasyona özgü bu küçük damarlarda, kan viskoelastik bir yapıya evrilir. Düşük hızlarda ise plazma proteinlerinin konsantrasyonuna bağlı olarak, RBC'ler, kan viskozitesinde bir artışa neden olan agrega yapıları (ruleaux) oluştururlar ve bu RBC agregasyonunun boyutu, RBC konsantrasyonunun ve kesme hızının (shear rate) bir fonksiyonudur (Sousa vd., 2011; Yılmaz ve Gündoğdu, 2008; Zydney, Oliver, ve Colton, 1991). Kesme hızını arttırarak bu agregalar giderek deforme olur ve sonuç olarak

görünen viskozite değişir (Anastasiou vd., 2012; Fournier, 2011). Dolayısıyla RBC'lerin periferik dolaşımdaki davranışı kanın viskoelastisite, tiksotropi ve kayma inceltme davranışını etkileyerek non-Newtonyen özellikler sergilemesine neden olur (Gijssen, Van De Vosse, ve Janssen, 1999; Gijssen, Allanic, Van De Vosse, ve Janssen, 1999; Sousa vd., 2011). Bu yüzden kan analogları tasarlanırken ya da seçilirken viskozite önemli bir parametre olarak değerlendirilmelidir.

1.1.3. Kan ve kan analoglarının reolojik akış davranışları

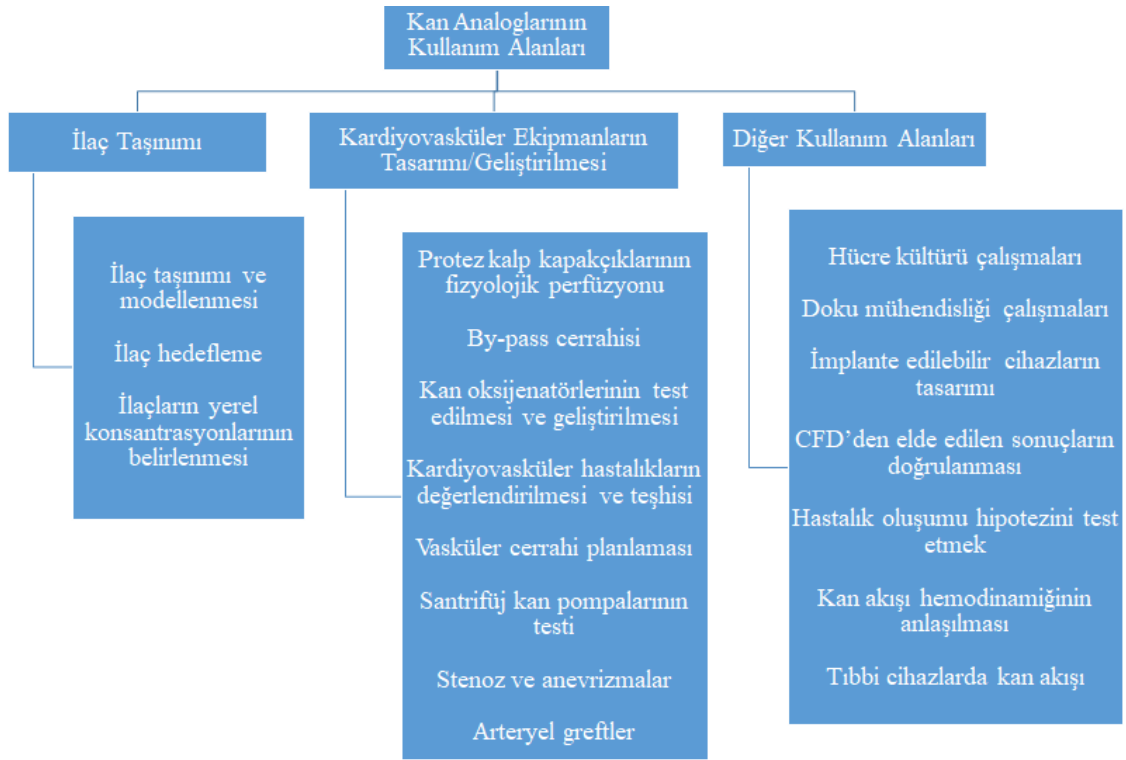
Araştırmacıların bir bölümü, kanın kesme inceltici özelliklerini göz ardı etmiş ve araştırmalarında kanı modellemek için su gibi Newtonyen sıvıları kullanmıştır (Crawshaw, Quist, Serrallach, Valeri, ve Logerfo, 1980; Gray, Owen, ve Escudier, 2007). Ancak viskozimetrik akışta kanın kayma incelmeye ve viskoelastisitesi (Chien, 1975; Chien, Usami, Taylor, Lundberg, ve Gregersen, 1966; Chien, 1970; Vallet ve Meskat 1975; Kita ve Dobashi, 2015) mikroskopik yapısı ile yakından ilişkilidir. Kan büyük arterlerde kütle akış hızı yeterince yüksekse Newtonyen gibi görünür (Gray vd., 2007; Mann ve Tarbell, 1990). Bununla birlikte, büyük damarlarda bile, kan akışının pulsatil (yani, zamana bağlı) doğası nedeniyle Newton dışı yani non-Newtonyen etkiler önemli olabilir (Sousa vd., 2011). Kanın Newton sıvısı olarak modellenmesi ortalama kesme hızları (mean shear rates) ve ortalama arter çapları için geçerlidir. Ancak kan, tüm akışta lokal kesme hızı (local shear rate) hem zaman hem de mekana göre değiştiği ve bazı yerlerde kaçınılmaz olarak ortalamanın altına düştüğü için non-Newtonyen davranış sergilemektedir (Gray vd., 2007). Ayrıca RBC'ler kanın reolojik davranışını belirlemede önemli unsurlardır; hem kesme incelmeye hem de viskoelastisite, kırmızı kan hücrelerinin agregasyonu, deformasyonu ve hizalanması ile ilgilidir (Farina vd., 2018; Gijssen, Allanic vd., 1999; Gijssen, Van De Vosse vd., 1999). Ayrıca kan viskoelastik bir sıvı olduğundan, akış çalışmaları için seçilen bir analog, kanın hem akıştaki enerjiyi dağıtma hem de akış koşulları değiştikçe enerjiyi depolama ve salma kabiliyetiyle eşleşecekse viskoelastik olmalıdır (Liesch, 1989). Sonuç olarak insan kanı, sabit viskozimetrik akışlarda düşük kesme hızlarında belirgin kayma inceltme davranışı sergileyen non-Newtonyen bir sıvıdır ve teorik ve pratik yapılan araştırmalarda kullanılacak analoglar buna göre seçilmelidir (Kita ve Dobashi, 2015).

2. BİYOMÜHENDİSLİKTE KAN ANALOGLARININ KULLANIM ALANLARI

Kan analogları çok genel bir alanı kapsamakla birlikte tıpta in vivo olarak kullanılan kan volüm arttırıcılarla karıştırılmamalıdır. Biyomühendisliğin ilgilendiği kan analogları

laboratuvar çalışmalarında in vitro deneylerde kullanılan ve kanın özelliklerine mümkün oldukça yakın davranış özellikleri gösteren bileşimlerdir.

Biyomühendislikte yapılan çalışmalarda, gerçek kanı in vitro koşullarda kullanmak, yapısının değişmesi, temin edilmesi, saklanması, toksisitesi gibi nedenlerden dolayı oldukça zordur. Gerçek kan kullanılırken, kanda akış olmadığında kısmi pıhtılaşma, viskozite, viskoelastik, stres parametreleri ve reolojik değerleri ciddi şekilde etkilenmektedir (Farina vd., 2018). İn vitro dolaşım testlerinde kan yerine kullanılacak olan kan analog sıvılarından beklenen en önemli özellikler kanın tanecikli yapısını, reolojisini ve viskoelastik yapısını taklit ederek gerçek kanın özelliklerini mümkün olduğunca sergilemesidir. Aşağıda Şekil 2’de genel olarak bu kan analog sıvılarının kullanım alanları gösterilmiştir.



Şekil 2. Kan Analog Sıvılarının Genel Olarak Kullanım Alanları

Kan analog sıvıları biyomühendislikte; yapay kalp kapakçıklarında fizyolojik perfüzyonunun simüle edilmesi (Pohl, Wendt, Werner, Koch, ve Lerche, 1996), protez replasman kalp kapakçıklarının uzun dönem uygunluklarının test edilmesi ve olası komplikasyonlarının belirlenmesi, yapay kalplerin test edilmesi (Carey ve Herman, 1989; Mann ve Tarbell, 1990), kardiyovasküler hastalıkların değerlendirilmesi ve teşhisi, vasküler ameliyatlarda planlanması, kan akışı hemodinamiğinin incelenmesi, kardiyovasküler ekipmanların geliştirilmesi, implante edilebilir tıbbi cihazların tasarımı (Anastasiou vd., 2012;

Sousa vd., 2011; Yılmaz ve Gündoğdu, 2008), santrifüj kan pompasının test edilmesi, elektrikli ventriküler destek cihazının testi, doppler ultrason velosimetrisi testleri (G. Zhang, M. Zhang, Yang, Zhu, ve Hu, 2008), kardiyopulmoner baypas sırasında bir kan oksijenatöründe akan kanın kayma inceltme davranışının incelenmesi (Wickramasinghe vd., 2002), hesaplamalı akışkan dinamiğinden elde edilen sonuçların doğrulanması için deneyler yapılması (Benard, Jarny, ve Coisne, 2007), doku mühendisliğinde fizyolojik in vivo koşullarının yaratılması, hücre kültürü deneyleri, arter modellemesi (Van Den Broek vd., 2008), ilaçların dolaşım sistemi yoluyla taşınması, modellenmesi ve konsantrasyonlarının belirlenmesi (Sousa vd., 2011; Yılmaz ve Gündoğdu, 2008), parçacık görüntüsü hız ölçümü (PIV) (Yousif, Holdsworth, ve Poeping, 2011) gibi alanlarda kullanılmaktadır.

Kan benzeri sıvıların belirlenmesi ve karakterizasyonu birçok çalışmanın konusu olmuştur. Kan analoglarını kullanan en eski çalışmalar, dextran ve kalsiyum klorür karışımında 1 μm polistiren kürelerin süspansiyonu olarak kabul edilmiştir (Fukada, Seaman, Liepsch, Lee, ve Friis-Baastad, 1989). Ramnarine ve arkadaşları en uygun fiziksel ve akustik özelliklere sahip Orgasol, gliserol, dekstran karışımından oluşan kan taklit eden sıvı önermiş ve bu sıvının insan kanıyla karşılaştırılabilir geri saçılımının olduğunu ve frekans spektrumunun insan kanı ile uyum gösterdiğini bildirmiştir (Ramnarine, Nassiri, Hoskins, ve Lubbers, 1998). Literatürde bazı çalışmalarda kullanılan parçacıkların çapları naylon için 3-5 μm (Oates, 1991), polistiren mikroküreler için 30 μm (Kimme-Smith, Hussain, Duerinckx, Tessler, ve Grant, 1990) ve Sephadex için 20-70 μm 'dir (Hoskins, Anderson, ve McDicken, 1989; Ramnarine vd., 1998). Pinho ve arkadaşları RBC deformasyonunu taklit etmek için son yıllarda yaptıkları bir çalışmada çeşitli çaplarda (<10 μm) PDMS (Polidimetilsiloksan) mikroparçacıkları ile dextran'ı birlikte kullanmışlardır (Pinho, Muñoz-Sánchez, Anes, Vega, ve Lima, 2019).

Kan akışı ve reolojisinin önemli olduğu çalışmalarda ise kanın reolojik davranışına benzer analogların kullanılması gereği ortaya çıkmıştır. Pincombe ve Mazumdar yaptığı modelleme çalışmasında kanın arterlerden akışının matematiksel olarak doğru olması için non-Newtonyen sıvılar kullanılması gerektiği sonucuna varmıştır (Pincombe ve Mazumdar, 1997). Mann ve Tarbell uygun konsantrasyonlardaki sulu poliakrilamid çözeltilerinin, normal insan kanına benzer şekilde viskoz özellikler sergilediğini, ancak önemli ölçüde daha yüksek esnekliğe sahip olduğunu bildirmiştir (Mann ve Tarbell, 1990). Kan analog sıvıları için sulu poliakrilamid (PAA), XG ve karboksimetilselüloz (CMC) gibi yüksek moleküler ağırlıklı polimer çözeltileri ile çeşitli çalışmalar yapılmıştır (Brookshier ve Tarbell, 1993; Moravec ve

Liepsch, 1983). Bir diğer çalışmada kırılma indisi baz alınarak kan analog sıvısı karışımında Sodyum İyodür, Sodyum Tiyosiyanat (NaSCN), Potasyum Tiyosiyanat (KSCN) kullanılmıştır (Nguyen vd., 2004). Gijsen, Allanic ve arkadaşları büyük arter modelinde kullanılmak üzere seyreltilmiş bir potasyum tiyosiyanat çözeltisine XG ilavesi, PMMA (Plexiglas) ile özdeş bir kırılma indisine sahip kan analog kayma inceltme davranışına sahip non-Newtonyen bir çözelti oluşturmak için XG'yi kullanmışlardır (Gijsen, Allanic vd., 1999; Gijsen, Van De Vosse vd., 1999). Gliserol ile eklenen sulu bir XG çözeltisi de reolojik davranış açısından Brookshier ve Tarbell tarafından test edilmiş, ancak bu çözeltilerin kırılma indisi hakkında veri verilmemiştir. Brookshier yaptığı çalışmada çeşitli hematokrit seviyelerinde kan reolojisini ayarlamak için kan analogu olarak XG ve gliserin karışımı kullanmıştır (Brookshier ve Tarbell, 1993).

Sousa vd. (2011) ise mikrodolaşımı taklit etmek için yaptıkları çalışmada, poliakrilamid (PAA) ve XG karışımını çeşitli hematokrit seviyelerinde kan reolojisini ayarlamak için kullanılmıştır. Sousa vd. (2011) bu çalışmada benzer makaslama reolojilerine sahip iki farklı kan analog çözeltisinin (PAA ve XG) akış modellerinin oldukça farklı olduğunu göstermektedir. Ayrıca, akışkanın elastik özelliklerinin, akış karakteristikleri üzerinde büyük bir etkiye sahip olduğunu ve PAA çözeltisinin çok daha güçlü bir elastik karakter sergilediğini göstermiştir (Sousa vd., 2011). Aynı şekilde farklı araştırmacılar da sulu XG çözeltilerinin, sulu PAA çözeltilerinden daha düşük bir elastik bileşene sahip olduğunu, ancak yine de normal hematokrit kanından daha esnek olduğunu vurgulamakla birlikte XG çözeltilerinin PAA çözeltilerinden daha uygun bir kan analog sıvısı olarak kullanılabileceğini göstermişlerdir (Brookshier ve Tarbell, 1993). Gray ve arkadaşları iki farklı XG bazlı kan analogları (gliserinli ve gliserinsiz) kullanılarak arteriyel damarlardaki akışı incelemiştir. Deneylerinde, bazı araştırmacılar kalp döngüsünün nabzını yeniden üretmek için zamana bağlı bir akış düşünmüş ve Newtonyen akışı için elde edilen duvar kesme gerilmelerinin, kesme inceltme davranışına sahip non-Newtonyen sıvılar olduğunda elde edilenlerden çok farklı olduğunu göstermişlerdir (Gray vd., 2007). Van den Broek vd. (2008) yaptığı çalışmada kültür ortamında uygun bir viskozite için kültür ortamının viskozitesini, XG kullanılarak arttırmış ve tam kan hakkındaki literatür verileriyle karşılaştırılarak kan-analog kayma inceltme davranışına sahip bir ortam (XG-ortamı) elde etmiştir. Zhang vd. (2008) santrifüj kan pompasını sırasıyla çalışma sıvıları olarak sulu XG çözeltisi ve su kullanılarak test etmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Kan analoglarının çeşitleri ve kullanım alanları genel olarak Tablo 1’de verilmiştir. İnvitro deneylerde kullanılacak olan bu kan analoglarının özellikleri tamamen yapılacak olan çalışmaya göre belirlenir. Görüntüleme ile ilgili yapılan çalışmalarda optik özellikler, ultrason deneylerinde geçirgenlik ve saçılma, akış modellemede viskoelastik yapı, Newtonyen yada non-Newtonyen akış davranışı ihtiyacı gibi öne çıkan özellikler kan analogunun seçiminde belirleyicidir. Bütün bu çalışmalarda asıl istenen kullanılan analogun insan kanına benzer reolojik özellikler göstermesidir. Kan reolojisi son derece karmaşık olduğundan, kanın tüm reolojik özelliklerinin tam bir tanımını veren analog sıvılar geliştirmek oldukça zordur (Sousa vd., 2011).

Tablo 1. Kan Analogları ve Kullanım Alanları

	XG	GLY	CMC	PAA	KSCN	ORG	DEX	PMMA	DİĞ	Referans
Aarter modelleme ve Kan dolaşımı ve Reoloji										Anastasiou vd., 2012; Botnar vd., 2000; Brookshier ve Tarbell, 1993; Completo, Geraldés, ve Semiao, 2014; Deplano, Knapp, Bailly, ve Bertrand, 2014; Gijzen, Allanic, vd., 1999; Gijzen, Van De Vosse, vd., 1999; Gray vd., 2007; Mann ve Tarbell, 1990; Moravec ve Liepsch, 1983; Najjari, Hinke, Bulusu, ve Plesniak, 2016; Shibeshi ve Collins, 2005

Mikro akışkan									Brindise, Busse, ve Vlachos, 2018; Calejo, Pinho, Galindo-Rosales, Lima, ve Campo-Deaño, 2016; Campo-Deaño, Dullens, Aarts, Pinho ve Oliveira, 2013; Moita vd., 2019; Sousa vd., 2011
Protez kalp kapakçıkları									Bernacca, Gulbransen, Wilkinson, ve Wheatley, 1998; Carey ve Herman, 1989; Chandran ve Khalighi, 1984; Lewis ve Macleod, 1983; Nandy ve Tarbell, 1987; Pohl vd., 1996
Doppler ve Ultrason									Hoskins vd., 1989; Kimme-Smith vd., 1990; Nugent ve Bertram, 2010; Oates, 1991; Raine-Fenning vd., 2008; Ramnarine vd., 1998
Kan Oksijenatör									Wickramasinghe vd., 2002
Kardiyo vasküler									Benard vd., 2007
Kan pompası									Throckmorton vd., 2007; Zhang vd., 2008
Hücre Kültürü									Van Den Broek vd., 2008
PIV ölçümleri									Yousif vd., 2011

XG : Xanthan Gum

GLY : Gliserin

CMC : Karboksimetilselüloz

PAA : Poliakrilamid

KSCN : Potasyum Tiyosiyanat

ORG : Orgasol

DEX : Dekstran

PMMA : Polimetil Metakrilat

DİĞ: Diğer (Brij40, polystyrene divinylbenzene, süt, sodium iodide, sodium thiocyanate, hyaluronic acid, dimethylsulfoxide vb.)

Tablo 1 incelendiğinde in vitro çalışmalarda XG doppler, ultrason ve PIV çalışmaları dışında neredeyse bütün çalışmalarda kullanılabilir. Tablo 2’de ise literatürde sunulan ve biyomühendislik çalışmalarında kullanılan kan analogları ve konsantrasyonlarından örnekler verilmiştir. Tablo 2’den görüldüğü gibi kan analogları kimyasal terkip bakımından (XG, Gliserin, AP30, KSCN, Orgasol vs) geniş bir spektrum içermektedir. Ayrıca kan analoglarının içerdiği bileşenlerin konsantrasyonları da farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıklar kan analoglarının kullanım yerleri ve amaçlarına göre de çeşitlilik göstermektedir (Tablo 2). Buna göre kan analoglarının biyomühendislikte in vitro çalışmalarında kullanılabilmesi için, bu analogların yapılacak çalışmanın niteliğine göre seçilmesi çok önemlidir.

Tablo 2. Kan Analogları ve Bileşenlerin Konsantrasyonları.

XG %	GLY %	PAA %	Sepe- ran AP30 %	KSCN %	Praes- tol	Orgasol+ Dextran %	Kullanım alanı	Referans
0,0375	-	-	-	-	-	-	arter modelleme	Mann ve Tarbell, 1990
-	-	-	0,02	-	-	-		
0,04	40	-	-	-	-	-	kanın viskoelastik özellikleri	Brookshier ve Tarbell, 1993
0,0075	40	-	-	-	-	-		
0,075	50	-	-	-	-	-		
-	-	-	-	-	0,0031	-	kalp kapakçık- larının in vitro testi	Pohl vd., 1996
-	-	-	-	-	0,0062	-		
-	-	-	-	-	0,0125	-		
-	-	-	-	-	0,025	-		
0,0025	-	-	-	-	-	-		
0,005	-	-	-	-	-	-		
-	10,25	-	-	-	-	5 μ m+3,4 2	doppler akış testi	Ramnarine vd., 1998
-	10,25	-	-	-	-	10 μ m+3, 42		
-	10,25	-	-	-	-	20 μ m+3, 42		
0,0075	40	-	-	-	-	-	oksijenatör	Wickramasin ghe vd., 2002
0,04	40	-	-	-	-	-		
0,075	50	-	-	-	-	-		
0,02	20	-	-	-	-	-	partikül görüntü velosimet- risi (PIV) ve lazer Doppler velosimet- risi (LDV) testleri	Benard vd., 2007
0,03	20	-	-	-	-	-		
0,02	30	-	-	-	-	-		
0,03	30	-	-	-	-	-		
0,02	40	-	-	-	-	-		
0,03	40	-	-	-	-	-		
0,02	-	-	-	30	-	-		
0,03	-	-	-	30	-	-		
0,02	-	-	-	40	-	-		
0,03	-	-	-	40	-	-		
0,02	-	-	-	50	-	-		
0,03	-	-	-	50	-	-		
0,02	-	-	-	60	-	-		
0,03	-	-	-	60	-	-		

0,07	-	-	-	-	-	-	Kardiyo vasküler sistem	Gray vd., 2007
0,06	35	-	-	-	-	-		
0,0004	-	-	-	-	-	-	santrifüj kan pompasının testi	Zhang vd., 2008
0,0006	-	-	-	-	-	-		
0,001	-	-	-	-	-	-		
0,002	-	-	-	-	-	-		
0,05	-	0,0125	-	-	-	-	Mikro dolaşım	Sousa vd., 2011
0,027	29,9	-	-	-	-	-	Küçük arterlerdeki akışın incelenmesi	Anastasiou vd., 2012
0,032	29,9	-	-	-	-	-		
0,032	25,3	-	-	-	-	-		
0,021	20,9	-	-	-	-	-		
-	32,6	-	-	-	-	-		
0,01	-	-	-	-	-	-	Kan analog akışlarının reolojik ve dinamik karakterizasyonu	Completo vd., 2014
0,02	-	-	-	-	-	-		
0,03	-	-	-	-	-	-		
0,05	-	-	-	-	-	-		
0,02	30	-	-	-	-	-		
0,01	35	-	-	-	-	-		
0,02	35	-	-	-	-	-		
0,03	35	-	-	-	-	-		
0,05	35	-	-	-	-	-		
0,02	40	-	-	-	-	-		

XG : Xanthan Gum

GLY: Gliserin

PAA : Poliakrilamid

AP30 : Seperan

KSCN : Potasyum Tiyosiyanat

Tablo 1 ve Tablo 2 birlikte incelendiğinde biyomühendislikte yapılan in vitro çalışmalarda kan reolojisini taklit etmek için araştırmacıların en çok kullandığı kan analogu olarak farklı konsantrasyonlardaki XG ve XG içeren solüsyonların olduğu açıkça görülmektedir.

Yüksek moleküler ağırlıklı olan XG, lahana üzerinde bulunan *Xanthomonas Campestris* bakterisi tarafından üretilen bir polisakkarittir. XG çok kararlı bir kıvamlaştırıcıdır ve düşük konsantrasyonları bile yüksek viskozitelere ve kayma inceltme davranışına neden olur (Van Den Broek vd., 2008). Genel olarak XG toksik bakımdan da güvenli bir katkı maddesi olarak gıda sanayisinde de kullanılmaktadır. Babbar ve Jain yaptıkları bir çalışmada bakteri ve mantar kültürleri için XG'nin biyouyumluluğunu kanıtlamışlardır (Babbar ve Jain, 2006).

Sonuçta biyomühendislikte kullanılan kan analoglarının tasarlanması veya seçilmesi çok önemlidir. Bu analoglar kan dolaşımı benzeri teorik ve pratik çalışmaların yapılması için çok geniş imkanlar oluşturmaktadır. Yapılan derleme ve incelemelerden görüldüğü gibi in vitro çalışmalarda en yaygın olarak kullanılan kan analogları XG ve gliserin içeren kan analoglarıdır. Tablo 1 ve Tablo 2'den de görüldüğü gibi farklı fizyolojik durumlara göre farklı kan analogları modelleri oluşturmak mümkündür.

Öte yandan XG içeren solüsyonların hemen hemen hepsi akışkana non-Newtonyen özellik vermektedir. Genelde bu non-Newtonyen davranış özellikleri çeşitli reolojik modellere uyum sağlamaktadır (Power-Law, Carreau Yashuda, Casson vb). Literatürde kan analogları üzerinde yapılan çalışmalar detaylı incelendiğinde biyomühendislik araştırmalarında kullanılan kan analoglarının daha ziyade Power-Law (Ostwald de Waele) reolojik modeline uyum sağladığı görülmüştür. Power-Law modeline göre akışkan ortamın reolojisi kayma gerilimi-kayma hızı ilişkisi olarak $\tau = k\dot{\gamma}^n$ şekilde yazılır. Burada; τ kayma gerilimi (Pa), $\dot{\gamma}$ kayma hızı (s^{-1}), k ve n ise kan analogunun reolojik parametreleridir. k kan analogunun kıvamlılığını, n ise kan analogunun non-Newtonyen davranış katsayısıdır. $n = 1$ olduğunda akışkan ortam Newtonyen özellik taşımaktadır. $n < 1$ olduğunda akışkan ortam psödoplastik $n > 1$ olduğunda ise dilatant özellikler sergilemektedir. Literatürde sunulan ve biyomedikal mühendisliğinde kullanılan XG solüsyonlarının esasen psödoplastik, ($n < 1$) özellikler taşıdığı kanıtlanmıştır (Chhabra ve Richardson, 2008; Yılmaz ve Gündoğdu, 2008).

Tablo 3'te biyomühendislikte yapılan in vitro çalışmalarda yaygın olarak kullanılan XG ve Gliserin karışımı olan kan analoglarının reolojik parametreleri gösterilmiştir. Aynı zamanda Tablo 3'ten görüldüğü gibi reel ortamlar için in vitro çalışmalarda kullanılan kan analoglarının reolojik parametreleri geniş bir aralıkta değişmektedir ($0.51 \leq n \leq 1$, $0.02 \leq k \leq 0.3$). Ancak literatürdeki yapılan in vitro çalışmalardan kan analogları için insan kanına daha çok benzerlik gösteren en optimum karışımın 35G-0.02XG (su/gliserin (35% w/w) / Xanthan (0.02% w/w)) olduğu görülmektedir. Bu kan analogunun reolojik parametreleri ise $n = 0.82$, $k = 0.0132 Pa \cdot s^{0.82}$ dir. Dolayısıyla kan analogları gerçek kan ortamlarında olduğu gibi hem iyi bir akışkanlığa hem de elastitiseye ve kıvamlılığa sahip olur. Ayrıca renksiz olmasından dolayı XG içeren kan analogları farklı bilim dallarındaki (manyetik ilaç hedefleme, optik, görüntüleme, hücre kültürü vs) reolojik davranış özelliklerinin incelenmesi için de araştırmacılar tarafından kullanılmaktadır (Completo vd., 2014; Sousa vd., 2011; Van Den Broek vd., 2008).

Bu açıdan XG içeren kan analoglarının manyetik ilaç hedefleme sistemlerinde etkin olarak kullanılabilmesi için bu ortamların reolojik parametrelerinin yukarıdaki gösterilen değerler civarında olmasında yarar vardır. Bu parametreleri sağlayan kan analoglarının oluşturulmasının basit laboratuvar ortamlarında bile kolaylıkla yapılabilir olması ve maliyetinin düşük olması en önemli avantajdır.

Tablo 3. Kan Analoglarının Reolojik Parametreleri

<i>Power-Law Reolojik Modeli</i>		$\tau = k\dot{\gamma}^n$	
<i>n</i> : güç yasası viskozite modelinin akış indeksi parametresi	<i>k</i> : güç yasası viskozitesinin tutarlılık indeksi parametresi	<u>Non-Newtonyen</u>	<u>Referans</u>
0.59	0.032	PAA	(Moravec ve Liepsch, 1983)
0.775	0.0149	PAA HCT:45	(Nandy ve Tarbell, 1987)
0.828	0.00926	Human Blood	(Kim, Cho, Jeon, Hogenauer, ve Kensey, 2000)
0.79	0.022	40G-0.0075XG	(Wickramasinghe vd., 2002)
0.59	0.110	40G-0.04XG	
0.54	0.017	0.01XG	
0.51	0.262	50G-0.075XG	
0.89	0.0025	0.01XG	
0.7964	0.0066	0.02XG	
0.7720	0.0088	0.03XG	(Completo vd., 2014)
0.6931	0.0187	0.05XG	
0.8160	0.0111	30G-0.02XG	
0.9038	0.0064	35G-0.01XG	
0.8200	0.0132	35G-0.02XG	
0.7549	0.0226	35G-0.03XG	
0.6814	0.0464	35G-0.05XG	
0.8156	0.0159	40G-0.02XG	

SONUÇ VE ÖNERİLER

Gerçek kanın laboratuvar ortamında kullanılması; hava ile temas ettiğinde yapısının değişmesi ve bunun önlenmesi için çeşitli kimyasallara ihtiyaç duyulması, güvenlik, fazla miktara ihtiyaç duyulması, temin edilmesi ve depolanması gibi nedenlerden dolayı çok zordur. Bu yüzden biyomühendislik çalışmalarda laboratuvarında yapılan in vitro deneylerde kana en yakın sıvıların kullanılması tercih edilir. Bu sıvıların özellikleri yapılacak çalışmanın niteliğine göre değişmekle birlikte reolojik davranış açısından kana en yakın sıvılar kullanılması gereklidir. Kanın yerine geçen bu kan analogu sıvılar içerisinde reolojik davranış açısından kana en yakın olan XG ve gliserin karışımı olan sıvılardır. XG/Gliserin karışımı olan bu sıvılar in vitro çalışmalarda araştırmacıların kan analogu olarak en yaygın tercih ettiği karışımlardır. Literatürde kullanılan karışımlar arasında; kan analogu olarak kullanılan ve gerçek kana benzeyen XG/Gliserin karışımının reolojik parametrelerinin $n = 0.82$, $k = 0.0132 Pa \cdot s^{0.82}$ civarında seçilmesinde yarar vardır. Bu reolojik parametreleri sağlayan kan analogu, özellikle son yıllarda önemi gittikçe artan manyetik ilaç hedefleme (MDT) uygulamalarının biyomühendislik çalışmalarında kullanılabilir. Zira bu kan analogları hem iyi bir akışkanlık özelliğine hem de gerçek kanlarda olduğu gibi kıvamlılık ve viskoelastik yapıya sahiptirler. Ayrıca bu analoglar, manyetik ayırma (manyetoforez), görüntüleme, hücre kültürü

çalışmaları, kardiyovasküler cerrahi ekipmanları ile ilgili yapılan deneylerde, yapay organlarda kullanılabilir. Kan reolojisi ile ilgili çalışmalarda kullanıldığı gibi, bu karışımların içine kanın tanecikli yapısını taklit etmek için eritrositlerin çaplarına uygun plastik partiküller de eklenerek çalışmalar yapılabilir.

Teşekkür

Bu çalışma İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi (Proje No: FDK-2017-775) tarafından desteklenmiştir. Katkılarından dolayı İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi'ne teşekkürlerimizi sunarız.

KAYNAKLAR

- Anastasiou, A. D., Spyrogianni, A. S., Koskinas, K. C., Giannoglou, G. D., Paras, S. V. (2012). *Experimental investigation of the flow of a blood analogue fluid in a replica of a bifurcated small artery. Medical Engineering and Physics*, 34, 211–218.
- Babbar, S. B., Jain, R. (2006). *Xanthan gum: An economical partial substitute for agar in microbial culture media. Current Microbiology*, 52, 287–292.
- Benard, N., Jarny, S., Coisne, D. (2007). *Definition of an experimental blood like fluid for laser measurements in cardiovascular studies. Applied Rheology*, 17, 44251- 1-44251-8.
- Bernacca, G. M., Gulbransen, M. J., Wilkinson, R., Wheatley, D. J. (1998). *In vitro blood compatibility of surface-modified polyurethanes. Biomaterials*, 19, 1151-1165.
- Botnar, R., Rappitsch, G., Beat Scheidegger, M., Liepsch, D., Perktold, K., Boesiger, P. (2000). *Hemodynamics in the carotid artery bifurcation: A comparison between numerical simulations and in vitro MRI measurements. Journal of Biomechanics*, 33, 137-144.
- Brindise, M. C., Busse, M. M., Vlachos, P. P. (2018). *Density- and viscosity-matched Newtonian and non-Newtonian blood-analog solutions with PDMS refractive index. Experiments in Fluids*, 59, 173-1-173-8.
- Brookshier, K. A., Tarbell, J. M. (1993). *Evaluation of a transparent blood analog fluid: Aqueous Xanthan gum/glycerin. Biorheology*, 30, 107-116.
- Calejo, J., Pinho, D., Galindo-Rosales, F. J., Lima, R., Campo-Deaño, L. (2016). *Particulate blood analogues reproducing the erythrocytes cell-free layer in a microfluidic device containing a hyperbolic contraction. Micromachines*, 7, 4-1-4-12.
- Campo-Deaño, L., Dullens, R. P. A., Aarts, D. G. A. L., Pinho, F. T., Oliveira, M. S. N. (2013). *Viscoelasticity of blood and viscoelastic blood analogues for use in polydimethylsiloxane in vitro models of the circulatory system. Biomicrofluidics*, 7, 034102-1-034102-11.
- Carey, R. F., Herman, B. A. (1989). *The effects of a glycerin-based blood analog on the testing of bioprosthetic heart valves. Journal of Biomechanics*, 22(11/12), 1185-1192.
- Chandran, K. B., Khalighi, B. (1984). *A note on the blood analog for in-vitro testing of heart valve bioprostheses. Transactions of the ASME*, 106, 112-114.
- Chhabra, R. P., Richardson, J. F. (2008). *Non-newtonian flow and applied rheology. Non-Newtonian Flow and Applied Rheology, Chapter 1, 1-55.*
- Chien, S. (1970). *Shear dependence of effective cell volume as a determinant of blood viscosity. Science*, 168, 977–979.

- Chien, S. (1975). *Biophysical Behavior of Red Cells in Suspensions. In The Red Blood Cell. 2nd edn, Vol. II. Academic, New York. Chapter 26, 1031–1133.*
- Chien, S., Usami, S., Taylor, H. M., Lundberg, J. L., Gregersen, M. I. (1966). *Effects of hematocrit and plasma proteins on human blood rheology at low shear rates. Journal of Applied Physiology, 21, 81–87.*
- Completo, C., Geraldles, V., Semiao, V. (2014). *Rheological and dynamical characterization of blood analogue flows in a slit. International Journal of Heat and Fluid Flow, 46, 17–28.*
- Crawshaw, H. M., Quist, W. C., Serrallach, E., Valeri, C. R., Logerfo, F. W. (1980). *Flow disturbance at the distal end-to-side anastomosis: effect of patency of the proximal outflow segment and angle of anastomosis. Archives of Surgery, 115, 1280–1284.*
- Deplano, V., Knapp, Y., Bailly, L., Bertrand, E. (2014). *Flow of a blood analogue fluid in a compliant abdominal aortic aneurysm model: Experimental modelling. Journal of Biomechanics, 47, 1262–1269.*
- Deutsch, S., Tarbell, J. M., Manning, K. B., Rosenberg, G., Fontaine, A. A. (2006). *Experimental fluid mechanics of pulsatile artificial blood pumps. Annual Review of Fluid Mechanics, 38, 65–86.*
- Farina, A., Mikelic, A., Saccomandi, G., Sequeira, A., Toro, E. F. (2018). *Non-Newtonian fluid mechanics and complex flows: springer, 1-89.*
- Fournier, R. L. (2011). *Basic transport phenomena in biomedical engineering third edition. CRC Press.*
- Fukada, E., Seaman, G. V. F., Liepsch, D., Lee, M., Friis-Baastad, L. (1989). *Blood modeling using polystyrene microspheres. Biorheology, 26, 401-413.*
- Gijzen, F. J. H., Allanic, E., Van De Vosse, F. N., Janssen, J. D. (1999). *The influence of the non-Newtonian properties of blood on the flow in large arteries: Unsteady flow in a 90°curved tube. Journal of Biomechanics, 32, 705-713.*
- Gijzen, F. J. H., Van De Vosse, F. N., Janssen, J. D. (1999). *The influence of the non-Newtonian properties of blood on the flow in large arteries: Steady flow in a carotid bifurcation model. Journal of Biomechanics, 32, 601-608.*
- Gray, J. D., Owen, I., Escudier, M. P. (2007). *Dynamic scaling of unsteady shear-thinning non-Newtonian fluid flows in a large-scale model of a distal anastomosis. Experiments in Fluids, 43, 535–546.*
- Hoskins, P. R., Anderson, T., McDicken, W. N. (1989). *A computer controlled flow phantom for generation of physiological Doppler waveforms. Physics in Medicine and Biology, 34(11), 1709-1717.*
- Kim, S., Cho, Y. I., Jeon, A. H., Hogenauer, B., Kensey, K. R. (2000). *A new method for blood viscosity measurement. Journal of Non-Newtonian Fluid Mechanics, 94, 47-56.*
- Kimme-Smith, C., Hussain, R., Duerinckx, A., Tessler, F., Grant, E. (1990). *Assurance of consistent peak-velocity measurements with a variety of duplex doppler instruments. Radiology, 177, 265–272.*
- Kita, R., Dobashi, T. (2015). *Nano/Micro science and technology in biorheology: principles, methods, and applications. nano/micro science and technology in biorheology: principles, methods, and applications. Springer Japan, 1-444.*
- Lewis, J. M. O., Macleod, N. (1983). *A blood analogue for the experimental study of flow-related thrombosis at prosthetic heart valves. Cardiovascular Research, 17, 466-475.*
- Liepsch, D. (1989). *Biofluid mechanics: Blood flow in large vessels. Springer Munich.. 351-408.*
- Mann, D. E., Tarbell, J. M. (1990). *Flow of non-Newtonian blood analog fluids in rigid curved and straight artery models. Biorheology, 27, 711-733.*

- Moita, A. S., Caldeira, C., Jacinto, F., Lima, R., Vega, E. J., Moreira, A. L. N. (2019). *Cell deformability studies for clinical diagnostics: Tests with blood analogue fluids using a drop based microfluidic device. In BIODEVICES 2019 - 12th International Conference on Biomedical Electronics and Devices, Proceedings; Part of 12th International Joint Conference on Biomedical Engineering Systems and Technologies, BIOSTEC 2019, 99-107.*
- Moravec, S., Liesch, D. (1983). *Flow investigations in a model of a three-dimensional human artery with Newtonian and non-Newtonian fluids. Part I. Biorheology, 20, 745-759.*
- Najjari, M. R., Hinke, J. A., Bulusu, K. V., Plesniak, M. W. (2016). *On the rheology of refractive-index-matched, non-Newtonian blood-analog fluids for PIV experiments. Experiments in Fluids, 57, 96-1-96-6.*
- Nandy, S., Tarbell, J. M. (1987). *Flush mounted hot film anemometer measurement of wall shear stress distal to a tri-leaflet valve for Newtonian and non-Newtonian blood analog fluids. Biorheology, 24,483-500.*
- Nguyen, T. T., Biadillah, Y., Mongrain, R., Brunette, J., Tardif, J. C., Bertrand, O. F. (2004). *A method for matching the refractive index and kinematic viscosity of a blood analog for flow visualization in hydraulic cardiovascular models. Journal of Biomechanical Engineering, 126, 529-535.*
- Nugent, A. H., Bertram, C. D. (2010). *Three-dimensional ray tracing through curvilinear interfaces with application to laser Doppler anemometry in a blood analogue fluid. Medical and Biological Engineering and Computing, 48, 147-156.*
- Oates, C. P. (1991). *Towards an ideal blood analogue for Doppler ultrasound phantoms. Physics in Medicine and Biology, 36(11), 1433-1442.*
- Pincombe, B., Mazumdar, J. (1997). *The effects of post-stenotic dilatations on the flow of a blood analogue through stenosed coronary arteries. Mathematical and Computer Modelling, 25(6), 57-70.*
- Pinho, D., Muñoz-Sánchez, B. N., Anes, C. F., Vega, E. J., Lima, R. (2019). *Flexible PDMS microparticles to mimic RBCs in blood articulate analogue fluids. Mechanics Research Communications, 100 (103399), 1-7.*
- Pohl, M., Wendt, M. O., Werner, S., Koch, B., Lerche, D. (1996). *In vitro testing of artificial heart valves: Comparison between Newtonian and Non-Newtonian fluids. Artificial Organs, 20(1), 37-46.*
- Pries, A. R., Secomb, T. W., Geßner, T., Sperandio, M. B., Gross, J. F., Gaehtgens, P. (1994). *Resistance to blood flow in microvessels in vivo. Circulation Research, 75, 904-915.*
- Raine-Fenning, N. J., Nordin, N. M., Ramnarine, K. V., Campbell, B. K., Clewes, J. S., Perkins, A., ... Johnson, I. R. (2008). *Determining the relationship between three-dimensional power Doppler data and true blood flow characteristics: An in-vitro flow phantom experiment. Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, 32, 540-550.*
- Ramnarine, K. V., Nassiri, D. K., Hoskins, P. R., Lubbers, J. (1998). *Validation of a new blood-mimicking fluid for use in Doppler flow test objects. Ultrasound in Medicine and Biology, 24(3), 451-459.*
- Rogers, K. (2011). *Blood Physiology and Circulation (The Human Body). Britannica Educational Publishing, 1-92.*
- Shibeshi, S. S., Collins, W. E. (2005). *The rheology of blood flow in a branched arterial system. Applied Rheology, 15, 398-405.*
- Sousa, P. C., Pinho, F. T., Oliveira, M. S. N., Alves, M. A. (2011). *Extensional flow of blood analog solutions in microfluidic devices. Biomicrofluidics, 5, 014108-1-014108-19.*
- How, T.V. (1996). *Advances in Hemodynamics and Hemorheology. Elsevier Science, 1-112.*
- Throckmorton, A. L., Ballman, K. K., Myers, C. D., Litwak, K. N., Frankel, S. H., Rodefled, M. D. (2007). *Mechanical cavopulmonary assist for the univentricular Fontan circulation using a novel folding*

propeller blood pump. ASAIO Journal, 53, 734-741.

- Vallet, G., Meskat, W. (1975). *Rheological Theories · Measuring Techniques in Rheology Test Methods in Rheology · Fractures Rheological Properties of Materials · Rheo-Optics · Biorheology. Steinkopff. Chapter 72, 483-487.*
- Van Den Broek, C. N., Pullens, R. A. A., Frøbert, O., Rutten, M. C. M., Den Hartog, W. F., Van De Vosse, F. N. (2008). *Medium with blood-analog mechanical properties for cardiovascular tissue culturing. Biorheology, 45, 651-661.*
- Waite, L., Fine, J. (2007). *Applied Biofluid Mechanics. Applied biofluid mechanics. McGraw-Hill Osborne Media, 1-333.*
- Wickramasinghe, S. R., Kahr, C. M., Han, B. (2002). *Mass transfer in blood oxygenators using blood analogue fluids. Biotechnology Progress, 18, 867-873.*
- Yılmaz, F., Gündoğdu, M. Y. (2008). *A critical review on blood flow in large arteries; relevance to blood rheology, viscosity models, and physiologic conditions. Korea Australia Rheology Journal, 20(4),197-211.*
- Yousif, M. Y., Holdsworth, D. W., Poepping, T. L. (2011). *A blood-mimicking fluid for particle image velocimetry with silicone vascular models. Experiments in Fluids, 50, 769-774.*
- Zhang, G., Zhang, M., Yang, W., Zhu, X., Hu, Q. (2008). *Effects of non-Newtonian fluid on centrifugal blood pump performance. International Communications in Heat and Mass Transfer, 35, 613-617.*
- Zydney, A. L., Oliver, J. D., Colton, C. K. (1991). *A constitutive equation for the viscosity of stored red cell suspensions: Effect of hematocrit, shear rate, and suspending phase. Journal of Rheology, 35(8), 1639-1680.*

DELİRYUMDAKİ PEDIATRİK YOĞUN BAKIM HASTALARINA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Nursing Approach to Pediatric Intensive Care Patients in Delirium

Abdullah SARMAN¹  Emine SARMAN² 

¹Bingöl Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Bingöl

²Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Isparta

Geliş Tarihi / Received: 24.04.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 19.09.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ÖZ

Deliryum; bilinç değişikliğine dikkat, algı, düşünce, bellek, devinim, duyu-durum ve uyku-uyanıklık döngüsü bozukluklarının eşlik ettiği, özgül olmayan organik beyin sendromu olarak tanımlanır. Pediatrik deliryum, yaygın olarak görülen, çeşitli nörolojik ve bilişsel problemlere neden olan durumdur. Pediatrik deliryum, pediatrik yoğun bakım ünitelerinde (PYBÜ) %25 prevalans oranına sahiptir. Kritik bakıma gereksinim duyan deliryumdaki hastalar daha uzun hastanede kalma, uzun süreli mekanik ventilasyon ve hastane sonrası dönemde travma sonrası stres bozukluğu belirtilerini daha sık yaşayabilmektedirler. Deliryum için rutin yapılan taramalar erken dönemde tanınmasını sağlar. Pediatrik deliryum taramaları çoğu zaman PYBÜ'de düzenli bir şekilde yapılmamaktadır. Deliryum taramalarının uygulanmasının önünde bazı engeller bulunmaktadır. Bunlardan biri kritik bakımı sağlayan hemşireler arasındaki bilgi eksikliğidir. Hemşireler, pediatrik yoğun bakım ünitelerinde geçerli ve güvenilir bir araç kullanarak deliryum risklerinin tanımlanması ve belirlenmesi, ve bakım sağlanmasında kilit role sahiptir. Pediatrik yoğun bakım hemşirelerinin deliryum bilgisini artırması, deliryuma karşı uygun bir tutum geliştirmesi, kritik hastalığı olan çocuklar için deliryumun olumsuz sonuçlarını hafifletmenin ilk adımıdır. Çok yönlü eğitim, pediatrik yoğun bakım hemşireleri için deliryum bilgisini, özgüveni ve deliryuma karşı olumlu tutumu arttırmaktadır. Çalışanların deliryumu tanıması için sürekli izlem yapması gereklidir. Deliryum taramasının sürdürülebilirliği ve uygulama değişikliklerinin dâhil edilmesi, deliryum sonuçlarının sürekli olarak ölçülmesini ve multidisipliner ekip iletişimini gerektirir. Bu konunun önemini daha iyi anlamak için pediatrik yoğun bakım ünitelerinde boylamsal çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Bakım, Çocuk, Deliryum, Hemşirelik, Pediatrik Yoğun Bakım

ABSTRACT

Delirium is defined as non-specific organic brain syndrome in which disturbances of consciousness is accompanied by attention, perception, thought, memory, psychomotor-activation, mood, and sleep-wake cycle disturbances. Pediatric delirium is a common condition that causes various neurological and cognitive problems. Pediatric delirium has a prevalence rate of 25% in pediatric intensive care units (PICUs). Patients with delirium who require critical care may more frequently experience longer hospital stay, long-term mechanical ventilation, and post-traumatic stress disorder symptoms. Routine screening for delirium provides early recognition. Pediatric delirium screenings are often not regularly performed in the PICU. There are some obstacles for the application of delirium screenings. One of these is the lack of information among nurses who provide critical care. Nurses have a key role in defining and identifying delirium risks, and providing care by using a valid and reliable tool in pediatric intensive care units. Increasing delirium knowledge of pediatric intensive care nurses, developing an appropriate attitude towards delirium is the first step in alleviating the negative consequences of delirium for children with critical illness. Multi-faceted training increases delirium knowledge, self-esteem and attitude towards delirium for pediatric intensive care nurses. Employees must constantly follow up to recognize delirium. The sustainability of delirium screening and inclusion of application changes require continuous measurement of delirium results and multidisciplinary team communication. In order to better understand the importance of this issue, longitudinal studies are needed in pediatric intensive care units.

Keywords: Care, Child, Delirium, Nursing, Pediatric Intensive Care

GİRİŞ

Deliryum, tıbbi bir duruma bağlı olarak ortaya çıkabilen, kritik ve önemli bir nörobilişsel sendromdur. Bu sendrom hastalarda meydana gelen çeşitli nöropsikiyatrik değişimleri tanımlamaktadır (Traube, Ariagno, vd., 2017). Akut başlangıçlı, değişken klinik seyri, dikkatsizlik ve algısal bir rahatsızlık olması yönüyle demanstan ayrılmaktadır (Boot, 2012). Deliryum gelişimiyle beraber hastalarda farkındalık düzeyleri etkilenmekte ve bilişsel seviyelerde dalgalanmalar meydana gelmektedir (American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013). Deliryumun altta yatan sebebi belirsizliğini sürdürmesine rağmen, çoğu kez bir hastalık ve bu hastalığın tedavi sürecinde yaşanan stres ve başa çıkmada zorlayıcı faktörlerin bir sonucu olarak meydana gelmektedir (McGuire, Basten, Ryan, ve Gallagher, 2000; Silver vd., 2015; Smith, Brink, Fuchs, Ely, ve Pandharipande, 2013).

Deliryum pediatrik olgularda oldukça yüksek bir mortalite ve morbidite nedenidir (Combs, Rice, ve Kopp, 2014; Traube, Silver, vd., 2017). Bu nedenle tanınması ve tedavisi önemlidir. Her ne kadar kanserli erişkinlerde deliryum yaygın olarak tanımlanabilse de pediatrik vakalardaki deliryum insidansı hakkında çok az şey bilinmektedir (Combs vd., 2014; Traube vd., 2014). Deliryum yaşanan çocukların %12–20'sinde ölüm meydana gelmekte ve onlar üzerinde hastaneye yatıştan sonra artan uyumsuz davranışlar, kalıcı psikomotor anormallikler dahil olmak üzere çeşitli zararlı etkileri olabileceğine dair kanıtlar vardır (Kain vd., 2004; Turkel ve Tavare, 2003). Zihinsel durumdaki bu değişiklikler, kritik bakım alan hastalarda en sık görülen ve ciddi takip gerektiren komplikasyonlardan biridir. Yapılan çalışmalar deliryumun hastanede yatış süresinin uzamasına ve uzun süreli sakatlıklara neden olabileceğini göstermiştir (Barr vd., 2013).

Deliryum, çeşitli hastalıkların bir sonucu olarak klinik bir olgu şeklinde de görülebilmektedir. Örneğin kanser nedeniyle hastanede tedavi gören yetişkinlerde deliryumun en yaygın görülen nöropsikiyatrik sendrom olduğu belirtilmektedir ve görülme sıklığının %18–50 arasında değiştiği ifade edilmektedir (Grandahl, Nielsen, Koerner, Schultz ve Arnfred, 2016; Şenel vd., 2015). Pediatri yoğun bakım ünitelerinde veya onkoloji kliniklerinde tedavi gören çocuklar, özellikle de deliryum açısından oldukça hassas bir popülasyondur. Hastalığın şiddeti, onkoloji hastalarında kemoterapiye bağlı gelişen nörotoksisite, benzodiazepin ve antikolinerjik ajanların kullanımı bu popülasyon üzerinde deliryum gelişmesini arttıran nedenlerden bazılarıdır (Ljubisavljevic ve Kelly, 2003). Deliryum gelişmesi hastalığın tedavi sürecindeki çocuk ve ailelerini birçok açıdan

etkileyebilmektedir. Yakın izlem gerektiren hastalarda meydana gelen deliryumun ağrı yönetiminin etkinliğini azalttığı, hastalar, aileler ve tıbbi bakım vericilerdeki ruhsal rahatsızlıkların meydana gelme olasılığını arttırdığı gösterilmiştir (Grandahl vd., 2016).

Kanser gibi kritik öneme sahip hastalıklar nedeniyle tedavi gören erişkinlerde deliryumun erken dönemde tanımlanmasının başarılı bir tedavinin ilk anahtarı olduğu belirtilmektedir (Kang, Shin, ve Bruera, 2013). Deliryumdaki hastalarda belirtiler, yorgunluk, uyku bozukluğu, ilgisizlik ve çevreye aşırı duyarlılık şikâyetleri olarak kendini göstermektedir. Bu nedenle, sağlık profesyonellerinin ve hemşirelerin deliryum belirtileri gösteren hastaların erken dönem davranış değişikliklerine karşı dikkatli olmaları ve detaylı bir klinik değerlendirme yapmaları oldukça önemlidir.

Bu makalede, deliryumdaki pediatrik yoğun bakım hastalarında meydana gelen değişimler ve uygun hemşirelik yaklaşımları tartışılmıştır.

1. Deliryuma Bağlı Gelişen Belirti ve Bulgular

1.1. Dikkat Dağınıklığı ve Bilinç Bozukluğu

Bilinç bozuklukları hastalarda bir uyarı sorununun ilk işaretidir. Dikkatin azalması, konsantrasyon yetersizliği veya dikkatin farklı yöne kayması olarak tanımlanır. Deliryumdaki hastalar dikkatlerini odaklama, sürdürme ve değiştirme konusunda zorluk çekerler. Bu hastalar, kendilerine yöneltilen soruları kolayca unutur veya sorulara odaklanamazlar. Bu tür durumlar hastalarda anlaşılmayı güç hale getirerek konuşmayı da zorlaştırabilir. Dikkat dağınıklıkları ve bilinç bozuklukları deliryumun erken evrelerinde çoğu zaman belirsizdir (Wada, Wada, Wada, ve Onishi, 2010). Bosisio ve ark. tarafından kanser hastası olan ve deliryum gelişen hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların %75'inde dikkatsizlik meydana geldiği ve dikkat dağınıklıklarının yaşandığı belirlenmiştir (Bosisio, Caraceni, ve Grassi, 2006).

1.2. Biliş ve Algıdaki Değişim

Biliş terimi; bellek, dil, algı, dikkat ve bilinç dâhil olmak üzere, bilmenin zihinsel sürecini tanımlamak için yaygın olarak kullanılır. Deliryum durumunda ise hafıza, hatırlama, yönlendirme, dil ve algı ile ilgili sorunları ifade eder. Hafıza bozuklukları genellikle kısa süreli hafıza ile ilgili belirtileri tanımlamaktadır (Kang vd., 2013). Oryantasyon bozukluğu, özellikle şimdiki zamanı tanımakta zorluk, ortak bir deliryum belirtisidir. Oryantasyon bozukluğu ve hafıza bozukluğu, hastaların %76–96'sında gelişir. Bu hastaların sorulara verdiği yanıtlar azalmış ve konuşmaları çoğu zaman anlamsız hale gelmiştir. Deliryumdaki

hastalar, konuşma sırasında uygun kelimeleri kullanmada zorluk çekmekte ya da yazım hataları yapmaktadırlar (Inouye, 2006). Deliryumdaki hastalarda ayrıca görsel veya işitsel halüsinasyonlar gibi algısal rahatsızlıklara da rastlanabilmektedir. Halüsinasyonlar veya sanrılar gibi psikotik semptomlar; deliryumdaki hastalarda bilişsel semptomlardan daha az görülmektedir (Caraceni ve Simonetti, 2009).

1.3. Diğer Belirtiler

Her ne kadar uyku-uyanıklık döngüsü bozukluğu deliryumun önemli bir bulgusu olsa da, uyku yoksunluğunun deliryuma neden olup olmadığı açık değildir. Hastalar, gece uykuya dalma güçlüğünden veya gündüz saatlerinde uyulamaktan sık sık şikayet edebilirler (Trompeo vd., 2011). Deliryumun diğer belirtileri arasında ajitasyon, uyuşukluk, korku, öfke, öfori veya endişe belirtileri sıralanabilmektedir (Greve vd., 2012).

2. Deliryumun Tanınmasını Geciktiren Faktörler

Birçok araştırma sonucu, pediatrik ve yetişkin yoğun bakım ortamlarında deliryumun teşhisinde kullanılan standart bir ölçme yöntemi olmadığını belirtmektedir (Ely vd., 2004). Sık görülmesine rağmen eğitim ve bilgi eksiklikleri, deneyimsizlik belirtilerin tanınmasını daha zor hale getirmektedir. Armstrong ve ark. yoğun bakım ünitesinde deliryumun genellikle göz ardı edildiğini ve bunun oluşumunun beklenmeyen bir olay olarak düşünülmesinden kaynaklı olabildiğini belirtilmiştir (Armstrong, Cozza, ve Watanabe, 1997). Deliryumun tanınmasını geciktiren faktörler ve tespit edilmesini kolaylaştırabilecek önerilere aşağıda yer verilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Deliryumun Tanınmasını Geciktiren Faktörler ve Tespit Edilmesini Kolaylaştırabilecek Öneriler

Uygulama Engelleri	Uygulama Kolaylaştırıcıları
1. Deliryum ile ilgili bilgi eksikliği	1. Hasta veri yönetim sistemlerinin oluşturulması ve eğitim ihtiyacının giderilmesi
2. Değerlendirme araçlarının kullanılmaması	2. Hemşirelerin bilgi ve deneyimlerinin artırılması
3. Deliryum değerlendirme araçları kullanılan yerlerde bunun sık tekrarlanması ve bunun iş yükü olarak görülmesi	3. Hemşirelik uygulamalarında görevli personelinin desteklenmesi

3. Pediatrik Deliryum Hastalarıyla Yapılan ve Müdahale Yöntemlerini Konu Alan Çalışma Sonuçlarının Genel Analizi

Pediatrik yoğun bakım alan hastalarda deliryum insidansını ve belirtilerini değerlendirmeye yönelik çalışmalar bu sendromun nüfusun %18–50 gibi büyük bir oranda görülebildiğini ve ciddi hastalık ve ölüm nedenleri ile yakın bir ilişkisinin olduğunu ortaya

koymuştur (Şenel vd., 2015). Traube ve ark. tarafından yapılan çalışmada pediatrik servislere başvuran çocuklarda deliryumun sık görülen bir durum olduğu ve 5 çocuktan yaklaşık birini etkilediği belirtilmiştir (Traube, Ariagno, vd., 2017). Deliryumun başarılı bir şekilde tanınması ve tedavisi, yaşanan olumsuz etkileri hafifletme potansiyeline sahiptir. Çünkü yetişkin bireylerle yapılan çalışmalarda ortaya çıkan veriler, erken müdahalelerin etkinliğini ortaya koymaktadır (Pandharipande vd., 2013). Birçok çalışma bulguları bir tarama protokolüyle temellendirilmiş deliryum tarama programının uygulanmasının hemşire veya doktorlarda deliryumu teşhis etmek için basit yöntem olarak kullanabileceğini göstermiştir (Boot, 2012; Flagg, Cox, McDowell, Mwose, ve Buelow, 2010). Deliryumu önlemenin ve süresini azaltmanın kilit stratejileri arasında erken teşhis, hasta ile kurulan yakın ilişki, çevresel ve iyatrojenik faktörlerin önlenmesi veya değiştirilmesi yer almaktadır (Truman ve Ely, 2003).

Deliryumun önlenmesi konusunda pediatrik yoğun bakım hastalarına yönelik spesifik bir tedavi seçeneği bulunmamasıyla birlikte, erişkin hastalarla yapılan çalışmalar deliryumu önlemeye yönelik tedavi ve bakım stratejilerinin etkili olduğuna dair kanıtlar sunmaktadır (Brummel ve Girard, 2013). Çalışma sonuçları davranışsal müdahalelerin, hastaları ve ailelerini uygun şekilde yönlendirmenin, özellikle gece saatlerinde uykunun teşvik edilmesinin, deliryum oluşmasını hızlandırabilecek ilaç gruplarının sınırlandırılmasının, yeterli hidrasyonun sağlanmasının oluşabilecek sorunların en aza indirgenmesi açısından yarar sağlayabildiğini göstermektedir (Combs vd., 2014). Yanılsama veya halüsinasyonlara neden olabilecek yetersiz ışıklandırmadan kaçınılmasının ve hastalar için iyi aydınlatılmış bir odanın tercih edilmesinin deliryumun ilerlemesini önlemede faydalı olabileceği belirtilmektedir (Kang vd., 2013).

Greve ve ark. tarafından deliryumun yaygın olarak gelişen bir olgu olarak kabul edilmesi gerektiği ve gelişmesine yol açan birçok risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Greve vd., 2012). Risk faktörlerinin tanımlanmasından sonra farmakolojik olmayan hemşirelik müdahaleleri, hemşirelere deliryum ile ilişkili risk faktörlerini değiştirme ve tedavi etme olanağı sağlayabilmektedir. Amerikan Yoğun Bakım ve Tıp Koleji, deliryumu önlemek için farmakolojik olmayan yaklaşımların kullanımının yararlı olduğunu belirtmiştir. Pediatrik hastalarla ilgili literatürün yetersiz olmasına rağmen, hastalarda deliryuma müdahaleye olanak sağlayan birkaç hemşirelik yönteminin bulunduğu görülmüştür. Bu müdahaleler; gündüz ve gece uyku döngülerinin sağlanması, uyurken gözlük veya kulak tıkacı gibi görsel/işitsel araçların kullanılması, gürültünün azaltılması, deliryuma ilişkin ebeveyn eğitimleri, ağrı

yönetimi olarak sıralanmaktadır (Smith vd., 2013; Van Tuijl, Van Cauteren, Pikhard, Engel ve Schieveld, 2015).

Smith ve Grami, deliryum tedavisi için en iyi yöntemlerden birinin önleme olduğunu belirtmiştir (Smith ve Grami, 2016). Deliryum önleme stratejilerinin, her birinin kanıta dayalı hemşirelik girişimlerini içeren 5 bileşenden oluştuğu belirtilerek bu bileşenler; mekanik ventilasyon alan hastalar için sedasyonun azaltılması, ağrı yönetimi, duyuşal stimülasyon, erken mobilizasyon ve uykunun sürdürülmesi olarak belirtilmiştir (Smith ve Grami, 2016). Her ne kadar pediatrik çalışmaların sayısı yeterli olmasa da yetişkinlerde yapılan çok sayıda çalışma, kritik bakım ortamında çok bileşenli hemşirelik uygulamalarının deliryum prevalansının azalması için umut verici sonuçları olduğunu göstermektedir (Rivosecchi, Smithburger, Svec, Campbell, ve Kane-Gill, 2015; Sullinger vd., 2017). van den Boogard ve ark. tarafından yapılan çalışmada pediatrik yoğun bakım hemşirelerinin hastaya uygulanan bakım kalitesini artırmak için deliryumun muhtemel nedenlerini tanıma ve belirlemelerinin önemli olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada hemşirelerin en az 8-12 saatte bir hasta bakımını planlamak amacıyla deliryum taraması yapmaları önerilmiştir (van den Boogaard vd., 2009).

Deliryumu gidermede farmakolojik olmayan müdahaleler incelendiğinde en yaygın şekilde kullanılanların mobilizasyon, hemşire eğitimleri, müzik terapisi ve bakımın yeniden yapılandırılması şeklinde sıralandığı belirlenmiştir. van den Boogard ve ark., yoğun bakım hastaları için bir deliryumu doğrulamak ve tanılamak için bir model geliştirmek amacıyla yaptıkları çalışmada kritik bakım alması gereken hastalara verilen yoğun bakım girişinden sonraki ilk 24 saat içinde kolayca ulaşılabilen, öngörü değeri yüksek, 10 risk faktöründen oluşmuş bir model yardımıyla hemşire ve doktorların deliryumu erken tespit edebildikleri ve önleyici müdahalelerin hızlı bir şekilde uygulanabildiği belirtilmiştir (van den Boogaard vd., 2012). Benzer bir şekilde Marcantonio ve ark., tarafından bir protokol yardımıyla hastaların değerlendirilmesinin deliryum insidansında ciddi bir azalmaya neden olduğu belirtilmiştir (Marcantonio, Flacker, Wright ve Resnick, 2001). Tabet ve ark., hekim ve hemşireler için geliştirilen bir deliryum eğitim paketinin, deliryum insidansına ve deliryum vakalarının tanınmasının etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada; hem hemşireler hem de doktorlar için eğitimin etkili olduğu ve deliryumun görülme sıklığında %9.7 azalma olduğu bildirilmiştir (Tablet vd., 2005).

Rivosecchi ve ark., bakımın etkinliğini arttıracak deliryumu önleme stratejilerinden birinin hemşireleri deliryum gelişiminin tehlikeleri ve sonuçları hakkında eğitmek ve deliryum meydana geldiğinde bakımının giderek daha zorlaştığını vurgulamak olduğunu belirtmiştir. Hemşireler tarafından 5–10 dakikadan fazla sürmeyecek bir protokole

dayandırılarak gerçekleştirilebilen önleyici müdahaleler yardımıyla deliryum insidansında önemli bir azalmanın sağlanabileceği belirtilmiştir. Deliryumu önlemek için farmakolojik olmayan müdahaleleri kapsayan bu tür protokollerin başarısının, hastalarla en sık temas halinde olan hemşirelerin uygulamalarıyla sağlanabileceği ifade edilmiştir (Rivosecchi vd., 2015).

Ayrıca, hemşirelerin aile bireylerinin deliryuma bağlı gelişen kaygı ve anksiyetelerinin giderilmesinde önemli bir rolü olduğu belirtilmektedir. Deliryumun sebeplerinin açıklanması, ailenin bilgilendirilmesi, aile üyelerinin hastanın bakımına katılmalarında ve ruhsal sorunların hafifletilmesinde yardımcı olabildiği belirtilmiştir (Boot, 2012).

Deliryumdaki pediatrik yoğun bakım hastalarında farmakolojik olmayan müdahalelerin kullanımı, deliryumun önlenmesi için oldukça önemlidir. Bu müdahaleler çoğu çalışmada fayda sağlayan, düşük riskli, düşük maliyetli bir strateji olarak belirtilmiştir. Farmakolojik müdahaleleri içermeyen bir protokol geliştirmenin, deliryumu erken dönemde tanımlayabilmenin ve bakımın sağlanmasında görevli olan tıbbi ekibin eğitilmesinin faydalı olduğu, mortalite ve morbidite oranlarında azalmaya, hastanede yatış süresinde kısaltmaya yardımcı olabildiği görülmüştür.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Mevcut literatür incelemesinin sonuçları doğrultusunda hemşirelik hizmetinin uygulayıcılarının;

- Deliryumu erken evrede tanımlayabilmeyi sağlayan becerileri edinmek amacıyla çeşitli hizmet içi eğitimlere katılmaları ve bu eğitimlerin içeriği klinikte karşılaşılabilecek deliryum tablolarını kolayca tanımayı sağlayacak konularla zenginleştirmeleri,
- Deliryum belirti ve bulgularını saptamaya yarayan literatür destekli protokoller oluşturularak klinik hemşirelerinin bu protokollerden yararlanmasının sağlanması,

Deliryum gelişimini önlemek amacıyla çevresel ve iyatrojenik faktörlerin minimize edilmesi veya hastaya etkisinin azaltılmasının gerekli olduğu önerilmektedir

KAYNAKLAR

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (2013) 5 th edition. American Psychiatric Association, Washington, DC.

Armstrong, S. C., Cozza, K. L., Watanabe, K. S. (1997). The misdiagnosis of delirium. Psychosomatics, 38(5), 433-439.


- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., ... Jaeschke, R. (2013). American college of critical care medicine. *Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit*, *Critical Care Medicine*, 41(1), 263-306.
- Boot, R. (2012). *Delirium: a review of the nurses role in the intensive care unit*. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28(3), 185-189.
- Bosisio, M., Caraceni, A., Grassi, L. (2006). *Phenomenology of delirium in cancer patients, as described by The Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS) and The Delirium Rating Scale (DRS)*, *Psychosomatics*, 47(6), 471-478.
- Brummel, N. E., Girard, T. D. (2013). *Preventing delirium in the intensive care unit*, *Critical Care Clinics*, 29(1), 51-65.
- Caraceni, A., Simonetti, F. (2009). *Palliating delirium in patients with cancer*. *The Lancet Oncology*, 10(2), 164-172.
- Combs, D., Rice, S. A., Kopp, L. M. (2014). *Incidence of delirium in children with cancer*. *Pediatric Blood ve Cancer*, 61(11), 2094-2095.
- Ely, E. W., Shintani, A., Truman, B., Speroff, T., Gordon, S. M., Harrell, F. E Jr, ... Dittus, R. S. (2004). *Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit*. *JAMA*, 291(14), 1753-1762.
- Flagg, B., Cox, L., McDowell, S., Mwose, J. M., Buelow, J. M. (2010). *Nursing identification of delirium*. *Clinical Nurse Specialist*, 24(5), 260-266.
- Grandahl, M. G., Nielsen, S. E., Koerner, E. A., Schultz, H. H., Arnfred, S. M. (2016). *Prevalence of delirium among patients at a cancer ward: clinical risk factors and prediction by bedside cognitive tests*. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(6), 413-417.
- Greve, I., Vasilevskis, E. E., Egerod, I., Mortensen, C. B., Møller, A. M., Svenningsen, H., Thomsen, T. (2012). *Interventions for preventing intensive care delirium*. *Cochrane Database for Systematic Reviews*, 4, 1-21.
- Inouye, S. K. (2006). *Delirium in older persons*. *New England Journal of Medicine*, 354(11), 1157-1165.
- Kain, Z. N., Caldwell-Andrews, A. A., Maranets, I., McClain, B., Gaal, D., Mayes, L. C., ... Zhang, H. (2004). *Preoperative anxiety and emergence delirium and postoperative maladaptive behaviors*. *Anesthesia and Analgesia*, 99(6), 1648-1654.
- Kang, J. H., Shin, S. H., Bruera, E. (2013). *Comprehensive approaches to managing delirium in patients with advanced cancer*. *Cancer Treatment Reviews*, 39(1), 105-112.
- Ljubisavljevic, V., Kelly, B. (2003). *Risk factors for development of delirium among oncology patients*. *General Hospital Psychiatry*, 25(5), 345-352.
- Marcantonio, E. R., Flacker, J. M., Wright, R. J., Resnick, N. M. (2001). *Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(5), 516-522.
- McGuire, B. E., Basten, C. J., Ryan, C. J., Gallagher, J. (2000). *Intensive care unit syndrome: a dangerous misnomer*. *JAMA Internal Medicine*, 160(7), 906-909.
- Pandharipande, P. P., Girard, T. D., Jackson, J. C., Morandi, A., Thompson, J. L., Pun, B. T., ... Ely, E. W. (2013). *BRAIN-ICU Study Investigators. Long-term cognitive impairment after critical illness*. *The New England Journal of Medicine*, 369(14), 1306-1316.
- Rivosecchi, R. M., Smithburger, P. L., Svec, S., Campbell, S., Kane-Gill, S. L. (2015). *Nonpharmacological interventions to prevent delirium: an evidence-based systematic review*. *Critical Care Nurse*, 35(1), 39-49.


- Silver, G., Traube, C., Gerber, L. M., Sun, X., Kearney, J., Patel, A., Greenwald, B. (2015). *Pediatric delirium and associated risk factors: a single-center prospective observational study*. *World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies*, 16(4), 303-309.
- Smith, C. D., Grami, P. (2016). *Feasibility and effectiveness of a delirium prevention bundle in critically ill patients*. *American Journal of Critical Care*, 26(1), 19-27.
- Smith, H. A. B., Brink, E., Fuchs, D. C., Ely, E. W., Pandharipande, P. P. (2013). *Pediatric delirium: monitoring and management in the pediatric intensive care unit*. *Pediatric Clinics*, 60(3), 741-760.
- Sullinger, D., Gilmer, A., Jurado, L., Zimmerman, L. H., Steelman, J., Gallagher, A., ... Acquista, E. (2017). *Development, implementation, and outcomes of a delirium protocol in the surgical trauma intensive care unit*. *Annals of Pharmacotherapy*, 51(1), 5-12.
- Şenel, G., Uysal, N., Oguz, G., Kaya, M., Kadioullari, N., Koçak, N.,... Karaca, S. (2015). *Delirium frequency and risk factors among patients with cancer in palliative care unit*. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 34(3), 282-286.
- Tabet, N., Hudson, S., Sweeney, V., Sauer, J., Bryant, C., Macdonald, A.,... Howard, R. (2005). *An educational intervention can prevent delirium on acute medical wards*. *Age and Ageing*, 34(2), 152-156.
- Traube, C., Ariagno, S., Thau, F., Rosenberg, L., Mauer, E. A., Gerber, L. M., ... Silver, G. (2017). *Delirium in hospitalized children with cancer: incidence and associated risk factors*. *The Journal of Pediatrics*, 191, 212-217.
- Traube, C., Augenstein, J., Greenwald, B., LaQuaglia, M., Silver, G. (2014). *Neuroblastoma and pediatric delirium: a case series*. *Pediatric Blood ve Cancer*, 61(6), 1121-1123.
- Traube, C., Silver, G., Gerber, L. M., Kaur, M., Mauer, E. A., Kerson, A., ... Greenwald, B. M. (2017). *Delirium and mortality in critically ill children: epidemiology and outcomes of pediatric delirium*. *Critical Care Medicine*, 45(5), 891-898.
- Trompeo, A. C., Vidi, Y., Locane, M. D., Braghiroli, A., Mascia, L., Bosma, K.,... Ranieri, V. M. (2011). *Sleep disturbances in the critically ill patients: role of delirium and sedative agents*. *Minerva Anestesiologica*, 77(6), 604-612.
- Truman, B., Ely, E. W. (2003). *Monitoring delirium in critically ill patients. Using the confusion assessment method for the intensive care unit*. *Critical Care Nurse*, 23(2), 25-28.
- Turkel, S. B., Tavare, C. J. (2003). *Delirium in children and adolescents*. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 15(4), 431-435.
- van den Boogaard, M., Pickkers, P., Slooter, A. J., Kuiper, M. A., Spronk, P. E., van der Voort, P. H., ... Schoonhoven, L. (2012). *Development and validation of PRE-DELIRIC (PREdiction of DELIRium in ICu patients) delirium prediction model for intensive care patients: observational multicentre study*. *BMJ*, 344, e420
- van den Boogaard, M., Pickkers, P., van der Hoeven, H., Roodbol, G., van Achterberg, T., Schoonhoven, L. (2009). *Implementation of a delirium assessment tool in the icu can influence haloperidol use*. *Critical Care*, 13(4), R131.
- Van Tuijl, S. G. L., Van Cauteren, Y. J. M, Pikhard, T., Engel, M., Schieveld, J. N. M. (2015). *Management of pediatric delirium in critical illness: a practical update*. *Minerva Anestesiologica*, 81(3), 333-341.
- Wada, T., Wada, M., Wada, M., Onishi, H. (2010). *Characteristics, interventions, and outcomes of misdiagnosed delirium in cancer patients*. *Palliative and Supportive Care*, 8(2), 125-131.

Review Article / Derleme Makalesi


HEMŞİRELİK EĞİTİMİNDE İŞBİRLİKLİ ÖĞRENME MODELİ

Cooperative Learning Model in Nursing Education

Fatma KARASU¹ 

Rabia ARAPACI² 

Ebru ÖZTÜRK ÇOPUR³ 

Hasan Hüseyin ÇAM⁴ 

^{1,2,3,4}Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Kilis

Geliş Tarihi / Received: 02.06.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 21.10.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ÖZ

Yaşanan teknolojik gelişmeler ve artan küreselleşme ile birlikte günümüzde hemşirelerin çağın getirdiklerine uyum sağlama, üstlendikleri rol ve sorumluluklarını yerine getirebilmesinde sürekli olarak entelektüel ve öğrenme becerilerini geliştirmeleri gerekmektedir. Hemşireler, sağlık bakım ekibinin önemli bir parçasıdır. Hemşirelik eğitiminin başlıca hedefi diğer sağlık bakım ekip üyeleri ile birlikte çalışabilecek profesyonel hemşireleri hastanın yararına olacak şekilde hazırlamaktır. Geleneksel öğretim yöntemlerinin eğitici merkezli ve ezbere dayalı bir eğitimin yerine, öğrencinin aktif olarak öğrenme ve öğretme sürecine katıldığı eğitim programları oldukça önemlidir. İşbirlikli öğrenme, hemşirelik öğrencilerine işbirliğini öğrenme ve uygulama fırsatları sunarak öğrencilerin mesleki bilgi ve beceri performansının yanı sıra akademik başarısını arttırmada, problem çözme, eleştirel düşünme ve kişilerarası becerilerini geliştirerek kaliteli sağlık hizmetinin oluşturulmasına yardımcı olacaktır. Bu derlemenin amacı hemşirelik eğitiminde işbirlikli öğrenme modelini irdelemek ve eğitim sürecine etkisini ortaya koymaktır.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, Hemşirelik Eğitimi, İşbirlikli Öğrenme

ABSTRACT

Nowadays, with experienced technological developments and increasing globalization, nurses need to constantly develop intellectual and learning skills in order to adapt to what the era brings and to fulfill their roles and responsibilities. Nurses are an important part of health care team. The primary goal of nursing education is to prepare nursing professionals, who can work collaboratively with other health team members, for the benefit of the patient. Instead of educative centered traditional teaching methods and memorized education, the education programs in which the student participates to learning and teaching process actively are very important. Cooperative learning will help to create quality health care by providing opportunities to learn and practice collaboration to nursing students in increasing academic success as well as professional knowledge and skill performance, problem solving, critical thinking and interpersonal skills. The purpose of this review is to examine the cooperative learning model in nursing education and to reveal its' effect on the educational process.

Keywords: Cooperative Learning, Nursing, Nursing Education

GİRİŞ

İnsanların yeryüzünde var olması ile birlikte başlayan bu işbirliği süreci zorunlu olarak veya isteğe bağlı olarak günümüze kadar farklı şekillerde ulaşmıştır. İnsanların grup halinde yaşamaları, grup içerisinde paylaşımlarda bulunmaları, yapılan her türlü etkinlik, faaliyet, toplumsal birliktelik hep işbirliğinin bir ürünü olarak ortaya çıkmaktadır. Günümüzde yaşanan teknolojik gelişmeler ile birlikte bilginin kullanılması, yönetilmesi, aktarılması her alanda değişikliklere neden olmuştur (Genç ve Eryaman, 2007; Karadağ ve Uçan, 2006). Değişim süreçleri sağlık bakım sistemini ve sağlık bakım sisteminin büyük bir parçasını oluşturan hemşireliği de etkilemiştir. Bu sebeplerden dolayı değişime uyum sağlayan ve kaliteli bakım verebilen profesyonel hemşireliğe duyulan ihtiyaç giderek artmaktadır (Karadağ ve Uçan, 2006). Hemşireler üstlendikleri sorumlulukları gerçekleştirirken sürekli öğrenme ve entelektüel becerilerini arttırmaları gerekmektedir. Ezbere dayanan lisans eğitiminin aksine aktif olarak öğrenme-öğretme sürecine katılmalarını sağlayacak eğitim programları önemlidir. Öğrenciyi öğrenmeye yönlendiren, sorumluk almasını sağlayan, düşünme becerilerini geliştiren ve onları motive eden ve aktif olarak katılmalarını sağlayan yapıların kullanılması öğrenmenin kalitesini etkileyecektir (Sarmasoğlu, Dinç, ve Elçin, 2016). Öğrenmenin kalitesini etkileyen yöntemlerden birisi işbirlikli öğrenme modelidir.

İŞBİRLİKLİ ÖĞRENME MODELİ

Yöntemin İngilizce “Cooperative Learning” olarak belirtilen ismi “İşbirlikli Öğrenme” ya da “Kubaşık Öğrenme” olarak dilimize aktarılmıştır (Açıkgöz, 1992). Slavin işbirlikli öğrenmenin öğrenim sonuçlarını neden etkileyebileceğinin altında yatan mekanizmasını açıklayan bir model ileri sürmüştür. Bu model grup öğrenme hedefleri, motivasyon ve gelişmiş öğrenme ilişkisini göstermiştir (Slavin, 1995). Grup öğrenme hedefleri takım üyelerinin birbirine yardım etmesinin yanı sıra öğrenmek için de ayrıca motive etmiştir. Her bir grup üyesi akran eğitimi, uygulama, değerlendirme ve düzeltme yoluyla derin öğrenme kazanmıştır. İşbirlikli öğrenme; öğrencilerin ortak öğrenme hedeflerine ulaşmak için bir arada çalışması için cesaretlendirilen bir dizi öğretim yöntemleri olarak tanımlanır (Slavin, 1987). Öğretmen merkezli olmaktan ziyade öğrenci merkezli olup öğrencinin aktif rol aldığı bir süreç olarak tanımlanmaktadır. İşbirlikli öğrenme; öğrencilerin küçük gruplar oluşturarak sınıf ortamında ortak bir amaç doğrultusunda, akademik herhangi bir konuda birbirlerinin öğrenmelerine yardımcı oldukları ve grup başarısının değişik şekillerde ödüllendirildiği bir

öğrenme yaklaşımıdır. Ayrıca birbirlerinin özgüvenlerini arttıran, problem çözme, iletişim ve eleştirel düşünme becerilerini geliştiren bir eğitim modelidir (Slavin, 1987; Slavin, 1995).

İşbirlikli öğrenme yaş grupları ya da okul çerçevesinde farklı disiplinlerce genişçe ve efektif olarak kullanılmıştır. Bu yöntem ile öğrencilerin engellenmeden var olan ilgi ve enerjilerini belirli kurallar aracılığıyla konuya ilişkin yönlendirmek amaçlanmaktadır. Bu uygulamalar sonucunda öğrencilerin verilen kurallara uyması ve bu kurallar yoluyla sosyal becerilerini geliştirerek kendilerine olan güveni arttırması sağlanmaktadır. Bu sayede öğrencilerin kendisinden beklenen düzeyden daha fazlasına çıkarak tek başlarına yapabileceklerinden daha fazlasını yapmaları beklenmektedir. Lisans eğitiminde işbirlikli öğrenmenin kökleri sosyal dayanışma, bilişsel gelişim ve davranışsal öğrenme teorileridir. İşbirlikçi öğrenme yetişkin merkezli öğrenim sürecidir ki öğrenciler grup yönetimi ve eğitim çıktılarından sorumludur (Bruffee, 1984).

Hemşirelik Eğitimi

Hemşirelikte eğitim süreci büyük önem taşımaktadır. Eğitimin amacı, öğrenciye bilişsel bilgi ve becerilerin yanı sıra psikomotor bilgi ve becerileri de kazandırarak öğrencilere mesleğin gerektirdiği çağdaş rolleri kazandıracak şekilde olmalıdır (Göriş, Bilgi, ve Bayındır, 2014). Bilişsel alan öğrencilerin anlama düzeylerini temel alır, yeni bilgileri uygulaması ve var olan problemleri çözüme kavuşturması gibi süreçlerden oluşur. Bu süreçler bilgi, kavrama, uygulama, analiz, sentez, değerlendirme basamaklarını içerir. Öğrencilerin mesleki bilgiyi etkin bir şekilde öğrenebilmesi için uygun eğitim ve öğretim stratejileri kullanılması gerekmektedir (Arı, 2011). Hemşirelik eğitiminin önemli kısmını oluşturan psikomotor beceri, bir işin gerçekleştirilmesi sırasında bilinçli zihinsel etkinliğin yürütüldüğü koordineli kas hareketleridir. Hemşirelikte psikomotor becerilerin kullanıldığı eğitim ortamı mesleki beceri laboratuvarlarıdır. Bu beceriler manken ve maket kullanılarak rol play, gösteri gibi yöntemlerle öğrencilere aktarılır. Hemşirelik eğitimde öğrencilerin hasta ile karşılaşmadan önce hasta bakımını deneyimleyebilecekleri laboratuvar ortamlarının oluşturulması ve eğitim alanlarında etkileşimli yöntemlerin kullanılması yararlıdır (Houghton, Casey, Shaw, ve Murphy, 2012; Sarmasoğlu, Dinç, ve Elçin, 2016).

Hemşirelik eğitiminde geleneksel öğrenme yöntemlerine yanında gerçek klinik senaryolar, rol-play, simüle hasta, video sunumu, standardize hasta ve aktif öğrenme stratejileri gibi eğitim yöntemlerinin kullanılmasını işbirlikli öğrenme yöntemi olarak karşımıza çıkarmaktadır (Göriş, Bilgi, ve Bayındır, 2014).

İşbirlikli Öğrenme Modelinin Önemli Özellikleri

a) Olumlu Bağlılık: Grubun her üyesinin öğrenmesi için tüm üyelerin sorumluluklarını yerine getirmelerini ifade etmektedir. Olumlu bağlılık oluşması için belli metodlar bulunmaktadır. Materyaller olumlu bağlılığa örnek olarak verilebilir. Öğrencilere laboratuvar aletlerinden tek bir takım veya tek bir kaynak kitap sağlanması ile basitçe olumlu bağlılık gelişebilir. Dağıtılan materyaller konuyla birlikte öğrenciler arasında değiştirilerek olumlu bağlılık devam ettirilmeye çalışılır. Diğer bir metod ise görevlerdir. Grup üyeleri için çeşitli görevler verilebilir. Verilen bu görevler sadece konu alanı ile sınırlı kalmaz ayrıca pratik beceriler kazanmalarına, herhangi bir özel alanda kendilerini geliştirebilmelerine fırsat verir (Bayrakçeken, Doymuş, ve Doğan, 2013).

b) Ferdi Sorumluluk: Her üyenin bireysel performansının değerlendirilip, sonuçların hem gruba hem de üyenin kendisine verildiği durumlarda ortaya çıkmaktadır. Geleneksel öğrenme yönteminde, bireylerin sınavlardan almış oldukları puanlar ile başarı belirlenirken, işbirlikli öğrenme modelinde ise başarı sadece sınav puanı ile sınırlı değildir. Başarı puanının büyük bir kısmı grup etkinliklerinden elde edilir. Bireysel olarak alınan puanlar hem gruba hem de bireyin kendisine yansır ve öğrenciler gruba katkı sağlamak için sorumlu tutularak aktif bir şekilde çalışılmaya zorlanır (Ekinci, 2011).

c) Grupların ve Grup Ruhunun Oluşturulması: Gruplar işbirlikli öğrenme de öğrencilerin önceki başarıları dikkate alınarak heterojen bir yapıda oluşturulur. Grup oluşturma da diğer dikkate alınan bir yöntem ise yaş, cinsiyet, hobiler, ilgi alanları örnek olarak verilebilir. Bu şekilde birçok nitelik göz önüne alınarak öğrenciler gruplara yerleştirilir. Böylelikle işbirlikli öğrenme etkinliklerinin daha uygun grup oluşumu sağlanır. (Buehl, 2008). Oluşturulan gruplara grup ruhu kazandırmak için grup üyelerinin öncesinde bir arada olması sağlanır. Bu sayede grup üyeleri gruplarına isim, slogan veya amblem oluşturmalarına fırsat verilmiş olunur. Grup üyeleri farkında olmadan grup ruhunu kazanmış olurlar (Bayrakçeken, Doymuş, ve Doğan, 2013).

d) Öğretmenin Rolü: Bu modelin yürütülmesinde öğretmenlere de ayrıca sorumluluklar yüklenmektedir. Öğrenmenin etkili ve verimli olabilmesi için bireyler arasında yoğun ve sosyal bir etkileşimin oluşturulması için uygun ortamın oluşturulması gerekmektedir. Gruba katılanlar arasında iyi bir güven, iletişim, paylaşım, yardımlaşma sağlanamaz ise grup çalışmasının verimliliği düşer. Öğretmenlerin bu nedenle liderlik, empatik yaklaşım, uzlaşma ve etkili iletişim becerileri gibi önemli özellikleri de öğrencilere kazandırmaları

gerekmektedir (Ekinci, 2011). İşbirlikli öğrenme de öğretmen öğrencilere yol gösterici ve çalışmalarını kolaylaştırıcı bir rol üstlenmelidir. Bu sayede öğrenciler daha cesaretli olurlar ve fikirlerini rahatça ifade edebilirler ve öğrenciler de akademik anlamda daha başarılı ve üst düzey sosyal beceriler kazanırlar (Johnson, D.W ve Johnson, R.T., 1999).

e) Sosyal Becerilerin Kullanılması: Öğrencilerin işbirlikli öğrenme sürecinde farklı sosyal beceriler kazanmaları sağlanır. İşbirlikli öğrenme gruplarında öğrenciler birlikte fikir alışverişinde bulunurlar ve bu sayede kendi fikirleri ifade edebilme ve özgüvenleri geliştirme, empati kurabilme gibi birçok becerileri kazanabilirler. Grup içerisinde çalışarak öğrenciler birbirlerinin fikirlerine eleştirel yaklaşarak konu üzerinde kendi fikirlerini rahatça paylaşarak iyi birer dinleyici olmayı öğrenmiş olurlar (Bayrakçeken vd., 2013; Buehl, 2008; Ekinci, 2011; Johnson, D.W ve Johnson, R.T., 1999).

f) Yüz yüze Etkileşim: Öğrenmenin daha etkili bir şekilde gerçekleşmesi için işbirlikli öğrenmenin hedefine ulaşmak ve verilen görevi başarmak amacıyla grup üyelerinin birbirlerinin çabalarını desteklemeleri ve süreci kolaylaştırmalarını ifade etmektedir. Öğrenciler bu sürede yaptıkları çalışmalar ile sürekli iletişim ve etkileşim halinde bulunurlar ve bunun sonucunda fikir alışverişinde bulunarak grup üyeleri ile tartışırlar. Böylelikle etkili öğrenme gerçekleşir ve edinilen bilgi de kalıcı olur (Ekinci, 2011).

g) Ödüller: Öğrencilerin sorumlulukları ve görevleri üzerinde yoğunlaşma ve belirlenen amaç doğrultusunda çalışmalarını destekleyen ödüller grup üyelerinin görevleri başardığında ve belirlenen hedefe ulaştığında verilir. Bu ödüller öğrencilerin motivasyonu arttırdığı için, öğrenciler konuyu daha iyi öğrenmek ya da başarmak için daha da çok çalışırlar. Verilen bu ödüller de öğretmen ve öğrencilerin yaşları, istekleri, ilgi alanları ve mevcut imkanlar dahilinde belirlenir (Bayrakçeken vd., 2013).

İşbirlikli Öğrenme Gruplarını Geleneksel Öğrenme Gruplarından Ayıran Özellikler

Bu modelde yapılan grup çalışmaları işbirlikli öğrenme sürecinin sahip olduğu farklı özelliklerden dolayı grup çalışmaları geleneksel grup çalışmalarından farklıdır (Johnson, D.W ve Johnson, R.T., 1999). İşbirlikli öğrenme gruplarını geleneksel öğrenme gruplarından ayıran bazı özellikler vardır.

Bunlar (Bayrakçeken vd., 2013; Sünbül, 2011):

1. İşbirlikli öğrenme gruplarında, gruptaki öğrenciler arasında olumlu bağımlılık yani dayanışma vardır. Hedefler ve görevler belirlenmiş olduklarından dolayı her öğrenci

- gruptaki diğer arkadaşlarının çalışmalarına dikkat etmektedir. Fakat geleneksel grup çalışmalarında ise grup üyeleri bağımsızdır.
2. Grup üyelerinin yüklendikleri bazı sorumluluklar vardır. Öğrencilerin aldıkları sorumluluklarının bireysel olarak değerlendirmenin yanı sıra grup olarak da değerlendirileceklerinin farkındadırlar. Böylelikle de grup üyeleri grup içerisinde kime yardım edecekleri ya da destek vereceklerinin farkındadırlar. Fakat geleneksel grup çalışmalarında ise öğrencilerin gruplarına karşı bireysel sorumlulukları ve değerlendirmeleri söz konusu değildir ve öğrenci sadece kendisine karşı sorumludur.
 3. İşbirlikli öğrenme gruplarında, grup üyeleri yetenek, cinsiyet, kişisel özellikler ya da akademik başarı gibi bazı özelliklere göre nitelendirilirken, geleneksel grup çalışmalarında ise bu özellikler dikkate alınmaz ve grupların da heterojen olmasına gerek yoktur.
 4. İşbirlikli öğrenme de gruptaki bütün üyeler liderlik görevini paylaşırlar. Geleneksel grup çalışmalarında ise lider öğretmen tarafından seçilmektedir. Lider ise bütün gruptan sorumludur.
 5. İşbirlikli öğrenmede, var olan tüm üyeler grupların öğrenmesinden ve başarısından sorumludur. Her bir üyenin gruba katkısı, başarısı ya da başarısızlığı grubun tüm üyeleri tarafından paylaşılmaktadır. Grup üyelerinin birbirlerine yardım etmeleri, yol göstermeleri ve destek olmaları gerekmektedir. Fakat geleneksel grup çalışmalarında ise grup üyeleri diğer arkadaşlarının öğrenmelerinden sorumlu tutulmamaktadır.
 6. İşbirlikli öğrenmede öğrencilerin amacı gruptaki her üyenin öğrenmesini en üst seviyeye çıkarmak için çaba göstermesidir. Fakat geleneksel grup çalışmalarında ise bu şekilde bir amaç yoktur.
 7. İşbirlikli öğrenmede gruplar içerisinde kişiler arası ve sosyal ilişkilerdeki beceriler ve beraber çalışmanın neler getireceği öğrencilere öğretilmelidir. Geleneksel grup çalışmalarında bu gibi becerilerin öğrencide var olduğu kabul edilir.
 8. İşbirlikli öğrenmede öğretmen analiz yaparak gruplarla işbirliği içerisinde çalışarak ortaya çıkan problemi analiz eder ve grup üyelerinin sorumluluklarını yerine getirebilmesi için onlara rehber olur ve sürekli grupları gözlemler. Fakat geleneksel grup çalışmalarında ise öğretmen öğretici konumdadır ve öğretmenin gözlem yapması ve yol göstermesi çok enderdir.
 9. İşbirlikli öğrenmede öğretmenin amacı gruplardaki verimin ve işbirliğinin artması için grupların oluşturulmasından, çalışmanın sonuçlanmasına kadar ki geçen sürede tüm aşamaları planlamaktır. Fakat geleneksel grup çalışmalarında ise böyle bir planlama yoktur.

İşbirlikli Öğrenme Teknikleri

İşbirlikli öğretim yöntemi geleneksel öğretim yöntemlerine alternatif olarak son yıllarda sınıf ortamında daha yaygın kullanılmaktadır. Bu yönteme duyulan ilgi, öğrencilerin kendileri ve diğer öğrencilerin bakış açıları arasındaki tanımlama, karar verme, yardımlaşma sayesinde birbirinden birçok şey öğrenebildikleri gerçeğidir. İşbirliği merkezli öğrenmenin birçok farklı yöntemi vardır. Bu farklılık, uygulamanın niteliğinden, çalışmaların yapılandırılmasından ve sınıf düzenlenmesi gibi faktörlerden kaynaklanmaktadır. Tüm yöntemler öğretmenin öğrencileri 4-6 kişilik gruplara ayırması ile başlar. Gruplar heterojen olarak dağılmalıdır. Heterojen gruplar ortak bir amaç için çalışırlar (Şimşek, Ü., Doymuş ve Şimşek, U., 2008).

a) Öğrenci Takımları-Başarı Bölümleri Tekniği: Slavi'nin geliştirdiği bu tekniğe göre öğrenciler heterojen yapıdaki 4 veya 5 kişilik gruplara ayrılır. Grubun amacı, tüm üyeleri sınavda başarılı olacak şekilde hazırlamaktır. Öğretmen tarafından hazırlanan çalışma kağıtları vb. materyallerle ikişer gruplar halinde çalışma yaparlar. Gruplar da problemi tartışma, yanıtları karşılaştırma ve arkadaşlarının yanlışlıklarını düzeltmeleri gibi faaliyetler vardır. Gruplar belirlenen hedeflere ulaşıncaya kadar ödüllendirilir (Slavin, 1987; Slavin, 1995).

b) Takım-Oyun-Turnuva Tekniği: Öğrencilerin tümü, diğer gruplardan gelen, kendileri ile eşit seviye de olan öğrenciler ile yarışır. Soru kartlarındaki içerik aynıdır. Her bir turnuva masasına soru kartları, cevapların bulunduğu kartlar, turnuva da uyulacak kuralların olduğu kartlar dağıtılır. Okuyucu olarak öğrencilerden biri bir kart seçer ve soruyu sesli olarak okur. Ardından soruya cevap verir. Bir sonraki adımda cevaplama sırası okuyucunun solundaki kişidir. Okuyucunun cevabını doğru buluyorsa pas, eğer farklı bir cevabın doğru olduğunu düşünüyorsa öğrenci kendi cevabını söyler. Bu şekilde süreç devam eder. Her soru için işlemler tamamlandıktan sonra son cevap veren öğrenci cevapların kontrolünü sağlar. Kazanılan her kart için bir puan verilir (Bilgin ve Gelici, 2011).

c) Takım Destekli Bireyselleştirme: Bu teknik, dört üyeli ve farklı yeteneklere sahip olan öğrenme takımından oluşur. Yüksek performans gösteren takım ödüllendirilir. Kendi belirlediği kişiler ile öğrenciler bir arkadaşıyla öğretim materyalini kullanarak çalışma yaparlar. Öğrenciler bu çalışma yapraklarını tamamlayarak ünitenin alt bölümünden izleme testi olurlar. En son ünite bittikten sonra kavrama testi olurlar. Öğrenciler birbirlerinin cevap kağıtlarını değerlendirerek puanları verirler. Takım puanı ise her hafta öğrencilerin aldıkları puanlar toplanarak belirlenir. Öğrenciler arkadaşlarının çalışmasının kontrolünden sorumludur (Slavin, 1987; Slavin vd., 1985).

d) İşbirliğine Dayalı Birleştirilmiş Okuma-Kompozisyon: Sınıftaki öğrenciler okuma gruplarına ayrılır. Okuma gruplarının her birinden ikişerli takımlar belirlenir. Öğretmen ise okuma gruplarıyla beraber çalışır. Karşılıklı öğretim metoduyla birbirlerine anlamlı yazma ve okuma becerileri kazandırır. Bu öğretimi gerçekleştirirken de yüksek sesle okuma, soru sorma, özet yapma, okudukları ile ilgili tahmin yürütme, kompozisyon ve öykü yazma gibi etkinlikler uygularlar. Çalışma sonucu yüksek performans gösteren takımlar ödüllendirilir. Öğrenme için grup desteği, başarı için eşit fırsat ve bireysel sorumluluk gerçekleşir (Bilgin ve Gelici, 2011; Slavin vd., 1985).

e) Birlikte Öğrenme: 2 veya 6 kişiden oluşan heterojen gruplara işlenecek konu ile alakalı çalışma yaprakları verilir. Öncelikle gruptaki öğrenciler birlikte çalışma yapar. Karşılaştıkları sorunlar hakkında çözüm yolları bulmaya çalışırlar. Çözüm bulamadıkları durumlar da ise öğretmenlerinden destek alırlar. Her grubun amacı bir ürün ortaya koymaktır. Öğrencilerin hedefi ise dahil oldukları grubun başarılı olmasıdır (Açıkgöz, 1992). Grupların başarılı olabilmesi için küçük gruplar ile çalışması gerekmektedir. İyi bir grup üyesi olabilmek için grubu oluşturan öğrencilerin grup görevlerini başarılı bir şekilde yerine getirmesine ve eğitim seviyelerini arttırmalarına bağlıdır (Slavin, vd., 1985).

f) Karşılıklı Sorgulama: Konu anlatımını öğretmen bitirdikten sonra, öğrenciler ikili, üçlü takımlara bölünürler. Takımlar birbirine konuyla ilgili soru sorar ve soruları cevaplandırır. Öğretmen, öğrencilere yardım etmek için soru örnekleri gösterebilir. Yeni soruları öğrenciler kendileri oluşturur. Karşılıklı olarak bu sorulara cevap verirler. Geleneksel tartışma grubundan daha verimli olduğu tespit edilmiştir. Böylelikle öğrenciler konuyla ilgili daha derin düşünceleri sağlanmaktadır (Slavin, vd., 1985).

g) Birlikte Sorulmuş Birlikte Öğrenim Tekniği: Öncelikle öğretmen grupları oluşturur. Daha sonrasında işlenecek konu öğrenciler tarafından sessizce okunur. Öğrenciler okudukları yerler ile ilgili soru oluştururlar. Grup üyeleri birleşerek hazırlanan sorular içerisinden grubun sorularını oluşturur. Grup postacıları yoluyla bu soruları diğer gruplara gönderilir. Grubun soruları grup sözcüsü tarafından cevaplanarak sınıfa aktarılır. Grup çalışmaları ve grup sunumları öğretmen tarafından değerlendirilir. Öğretmen konuyu özetleyerek sınıfta bir tartışma grubu oluşturur. Bütün öğrencilere kişisel olarak sınav yapılır ve başarılı gruplar ödüllendirilir (Açıkgöz, 1992).

h) Akademik Çelişki Tekniği: İlk olarak öğrenciler dörder kişilik gruplara ayrılır. Birbirlerini örgütleyerek sonuca ulaşırlar. Dörder kişiden oluşan gruplar daha sonra ikişer

olarak bölünür ve birbirlerine zıt düşünceleri savunmaya başlarlar. Takımlar savundukları düşünceleri neden savunduklarını ifade ederek karşıt düşüncenin ne olduğunu açıklarlar. Bunların sonucunda ortak bir noktada birleşirler ve bir grup raporu oluştururlar. Gruptaki üyeler bireysel olarak sınava girerler (Açıkgöz, 1992).

1) Jigsaw Tekniği: Jigsaw tekniği, işbirliği temelli öğrenme yönteminin yararlarını temsil eden merkezi tekniklerden biridir. Bu teknikte, öğrenciler beş altı öğrenciden oluşan takımlara bölünürler. Bütün takımlar aynı üniteye çalışırlar. Fakat ünite de alt kısımlara bölünür. Her bir öğrenci ünitenin belirli bir kısmını öğrenmek için alır. Öğrenciler kendi konularına çalışır ve öğrenir. Sonrasında farklı gruplardaki aynı konuyu alan öğrenciler ile birleşerek “uzmanlık grupları” oluşturur. Uzmanlık gruplarında ise konu açıklanır ve tartışılır. Uzman grubundaki öğrenciler konuları öğrendikten sonra kendi gruplarına geri dönerler. Konuları diğer grup arkadaşlarına öğretmek için uğraşırlar. Grup içindeki ünitenin tüm kısımlarını birbirine öğrettikten sonra tüm üniteyi de içeren izleme testi oluştururlar. Aldıkları puanlar bireysel olarak hesaplanır (Sünbül, 2011; Şimşek, vd., 2008). Jigsaw tekniğinde asıl grup ve uzman vardır. Öğrencilerin çalışmalarını bitirdikten sonra uzman gruplar oluşturularak tüm öğrencilerin görevleri kontrol edilir. Öğrencilerin bilgiyi yapılandırma da, okuma ve özetleme becerilerinin artması sağlanmaktadır (Ekinci, 2011; Houghton vd., 2012). Renganathan’ın çalışmasında jigsaw tekniğinin öğrencilerin eleştirel düşünme becerisine, sosyal ilişkilerine, iletişim ve problem çözme becerilerine de olumlu yönde yansıdığı belirtilmiştir (Renganathan, 2013). Philips ve Fusco tarafından yapılan başka bir çalışmada öğrencilerin bu teknik sayesinde öğrencilerin çalışmaları ekip içerisinde daha iyi çözebildiği, aynı zamanda öğrencilerin etkileşimlerinin de olumlu yönde geliştirdiği görülmüştür (Philips ve Fusco, 2015). Konu ile ilgili literatür çalışmaları değerlendirildiğinde bu tekniğin kullanılması öğrencilerin akademik başarılarına yansımıştır. Hemşirelik eğitiminde kullanılan işbirlikli yöntemlerden en yaygın ve bilinen olanı jigsaw tekniğidir. Konu ile ilgili literatüre baktığımızda hemşirelik eğitiminde jigsaw tekniğini değerlendiren çalışmaların çok az olduğu görülmektedir (Renganathan, 2013; Şimşek vd., 2008).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Hemşirelik eğitiminde müfredat ve eğitim artan sağlık bakımı taleplerini ve farklılaşan toplumun ihtiyaçları karşılamak için sürekli değişmektedir. Mevcut durumda profesyonel hemşireler çevresinde uygulama daha farklılaşmakta ve küreselleşmektedir. Multidisipliner çalışma çevresinin sıklığından dolayı, hemşirelik öğrencileri arasında artan meslekler arası

ekip çalışma yeteneği başlıca temel hemşirelik eğitimi üzerine odaklanır (American Association of Colleges of Nursing, 2008). Geleneksel eğitim yaklaşımı öğrencilerin bir arada çalışmak için daha az fırsata sahip olduğu ve kendi öğrenme çıktılarında daha az sorumluluk sahibi olduğu bir yaklaşım olarak düşünülür. İşbirlikli öğrenmede, öğrenciler aktif olarak etkileşim ve her bir işbirliği yoluyla daha fazla öğrenme süreçlerine katılırlar. Geleneksel öğretim yaklaşımı ile karşılaştırıldığında, işbirlikli öğrenme de öğrenciler eleştirel düşünme, bugünün toplumu tarafından önemli ölçüde ihtiyaç duyulan grup yetenekleri gibi daha iyi eğitim fırsatlarına sahip olurlar (Scheckel, 2017). İşbirlikli öğrenme pedagojik bir yaklaşımdır ki hemşirelik eğitimi oluşturan mevcut müfredat ile uyumludur (Breen, 2015).

Hemşirelik Eğitiminde İşbirlikli Öğrenme Modeli

Neredeyse tüm çalışmalar hemşirelik öğrencileri arasında küçük işbirliği öğrenme gruplarının oluşumu olsun veya olmasın farklı seviyelerde işbirliği yapılmıştır. Öğrenme çoğunlukla hemşirelik disiplininde öğrenciler arasında işbirliği yoluyla gerçekleşmiştir. Disiplinler arası işbirliği, iki ya da daha fazla çerçeve arasında işbirliği ya da uluslararası işbirliği gibi diğer işbirlikli öğrenme modeli literatürde artan şekilde görülmektedir (Kaplan, Shaw-Battista, ve Stotland, 2015; Souers, Kauffman, McManus, ve Parker, 2007; Wihlborg, ve Friberg, 2016). Jigsaw gibi belli işbirlikli öğrenme stratejisi (her öğrencinin uzman olduğu bir tekniktir) ve bilgilerini geleneksel işbirliği öğrenme grubunda ve uzman gruplarında paylaşır. Jigsaw düzenlenmiş bir işbirlikli öğrenme yaklaşımıdır. Bu yaklaşım hemşirelikte az kullanılmıştır (Kaplan vd., 2015; Wihlborg ve Friberg, 2016).

Hemşirelikte Sınıf Ortamında İşbirlikçi Öğrenme

Literatüre baktığımızda, Amerika 1990'ların sonunda hemşirelik eğitiminde işbirliği öğrenme hakkında çalışma başlatan ilk ülkedir. Araştırmacılar, doktora öğrencilerine hemşirelik uygulamalarına odaklanan tez çalışmalarında yardımcı olmak için iki dönemlik bir seminer oluşturdular. İşbirlikli öğrenme stratejileri, etkili bir öğrenme grubu oluşturmak, fakülteye eşit öğrenme ortağı olarak davet etmek yer almaktadır. İşbirlikli öğrenme zamanı daha verimli bir şekilde kullanmanın yanı sıra üretkenlik ve kaliteli tez çalışması bakımından hem öğrencilerde hem fakülte içinde faydaları kanıtlanan sonuçlar bulunmuştur. İşbirlikli öğrenme hemşirelik araştırmalarında, toplum sağlığında, patafizyoloji gibi birçok hemşirelik teorik derslerini öğretmek için kullanılmıştır (Rea, Anderson, ve Scalzi, 1988). Yang, Woome ve Matthews pilot işbirlikli öğrenme çalışmasında, bir grup hemşirelik öğrencisinde epidemiyoloji verilerini araştırmak, literatürü sentezlemek ve hemşirelik müdahalesi ve bir halk sağlığı sorunuyla ilgili değerlendirme ve kanıta dayalı bir plan geliştirmek için ekiple

çalışmıştır. Takım halinde çalışan öğrenciler yeni nesil hemşireleri meslek içi işbirliği hazırlamak için uygun bir strateji olabileceğinin yanı sıra etkili bir yöntem olarak öğrencileri yapıcı takım çalışma yaklaşımlarına maruz bırakma ve gelecekte hemşirelik eğitiminde kanıt bazlı hemşirelik uygulamalarına hazırlama sonucuna varılmıştır (Yang, Woomeer, ve Matthews, 2012).

Hemşirelikte Klinik Ortamlarda Yürütülen İşbirlikli Öğrenme

Suikkala, Kivelä ve Käyhkö'ün çalışmasında yaşlı hastalar, öğrencilerin yaşlanma sürecini anlamalarını kolaylaştırmak için gerçek gerontolojik klinik ortamlarda yaş uzmanı olarak yer aldılar (Suikkala, Kivelä, ve Käyhkö, 2016). Yaşlılarla yapılan öğrenci görüşmesinin içerik analizine ve kendi öğrenme deneyimlerine göre, işbirlikli öğrenme deneyiminin gerçek gerontolojik klinik ortamlardaki pozitif, etkileşim ve işbirlikli öğrenme faaliyetleri, öğrencilerin yaşla ilgili çoklu ve hastalığa özgü zorlukları anlamalarına ve yaşlı hastaların karşılaştıkları fonksiyonel sağlık sorunlarına katkıda bulunmuştur. Akran işbirliği eğitimi kaliteli ve etkili klinik eğitimi için faydalı olmasından ötürü klinik hemşirelik eğitimine uygundur. Akran eğitimi hakkında nitel çalışma sonuçlarına göre, hem öğrenciler ve hastaların anksiyetesinin azaldığını, özgüveni ve görev verimliliğini arttırdığı gibi pozitif sonuçlar rapor edilmiştir. Öğrenciler işbirlikli öğrenme sürecini hemşirelik müdahalelerinin sonuçlarını değerlendirirken bilgi paylaşımı, klinik kararlar alırken çapraz kontrol ve grup işleme olarak tanımlamışlardır (Owens vd., 2015).

Online İşbirlikli Öğrenme

Online işbirlikli öğrenme yeni bir hemşirelik eğitimidir. Fakat, etkisinin test edilmesi gereklidir. Breen'in online işbirlikli eğitimin nitel analizine göre, işbirliği türü öğrenme süreci ile gelişmiş ve fikir düzenleme, fikir üretme, entelektüel yakınsamayı içeren üç bölümü kapsamıştır (Breen, 2015). Online işbirlikli öğrenme yoluyla uluslararası değişim, sağlık bakım uygulamalarını ve küresel sağlık konularını anlama da bütün öğrenciler için öğrenme fırsatları genişlemiştir (Wihlborg ve Friberg, 2016). Online işbirlikli öğrenme sosyal ağlar kullanarak kolaylaştırılabilir. Üç online eğitim stratejisi etkili işbirliği için faydalı bulunmuştur. Bunlar: Bilgisayar destekli işbirlikli öğrenme, vaka temelli kolaylaştırılmış tartışma, bilişsel esneklik hipermedyadır. Bu stratejiler olumsuz yapılandırılmış problemleri çözmeye çoklu bakış açıları inceleme, değerlendirme ve sentezleme yeteneğini geliştirmeye teşvik etmiştir (Posey ve Pintz, 2006).

İşbirlikli Test

İşbirlikli test, bilgi gelişimini, karar vermede eleştirel düşünme, ve grup yetenekleri geliştirmek için kullanılan işbirlikli öğrenme stratejisidir. İşbirlikli deneme işbirlikli öğrenmenin ve yapılandırıcı öğrenme etkinliğinin eşsiz bir formudur. İşbirlikli test, problem çözme ya da işbirlikli yöntem ile bireysel bir konunun savunulması yoluyla bireysel bilgiyi geliştiren akran aracılı öğrenmenin aktif bir uygulamasıdır (Posey ve Pintz, 2006). Sandahl'ın yarı deneysel çalışmasında, birim sınav puanları ile ölçülen öğrenci öğrenimi, birlikte test yapılan öğrenciler ile bireysel olarak karşılaştırıldığında daha yüksek olduğu bulunmuştur. Öğrencilerin algısı, işbirlikli test deneyimlerin sonucu olarak artan öğrenmeyi bildirmesi ile önemli ölçüde pozitif olduğu görülmüştür. Bir öğrenci akranları ile daha olumlu etkileşimler ve işbirliği bildirmiştir (Sandahl, 2009). İşbirlikçi testlerin hemşirelik öğrencileri arasında hem test performansını hem de ders sürecinin korunmasını etkilediğini bulmuştur (Rivaz, Momennasab, ve Shokrollahi, 2015).

Hemşirelik Öğrencilerinde İşbirlikçi Öğrenmenin Eğitimsel Yararları

a) Hemşirelik teorik bilgi ve beceri performansını artırmak: İşbirlikçi öğrenme hem lisansüstü hem de lisans hemşireliği derslerinde kullanılmıştır. İşbirlikli öğrenme hemşirelik araştırması gibi derslerde kapsanan teorik içerikleri anlamalarını arttırmada faydalı olduğu görülmüştür. İşbirliğine dayalı öğrenmenin, hemşirelik araştırmaları, patofizyoloji, liderlik ve yönetim gibi derslerde kapsanan teorik içerikleri anlamalarını ve temel hemşirelik becerileri, sağlık değerlendirmesi gibi hemşirelik becerileri öğretimi için yararlı olduğu gösterilmiştir (Grant, Kelley, Northington, ve Barlow, 2002). Cason ve arkadaşları nazogastrik tüp yerleştirme bağlamında İşbirlikli Öğrenme Simülasyon Becerileri Eğitimi ile hemşirelik öğrencileri için psikomotor becerileri öğretmenin yeni bir yöntemini tanımlamıştır (Cason vd., 2015). İşbirlikçi öğrenme, hemşirelik programlarına kayıtlı hemşirelik öğrencileri arasında öğretilen uygulama ve becerilerle ilgili güven düzeylerini arttırmıştır (Tucker vd., 2003).

b) Olumlu öğrenme deneyimini artırmak veya öğrenme davranışını teşvik etmek: Ruth-Sahd öğrencilerin klinik ortamda işbirlikli öğrenme konusundaki deneyimlerini araştırmış ve pozitif öğrenme sürecini açıklayan temel teoriyi tanımlamıştır (Ruth-Sahd, 2011). Teori, bir öğrenme topluluğu ile ilgili beş kategori arasında karşılıklı bir ilişki içermektedir. Bunlar: Destekleyici klinik deneyim, uygulamaya geçişin iyileştirilmesi, meslekte daha fazla sosyalleşme, artan sorumluluk, yeni bir hemşirelik öğrencisi olarak kendine güvenin ortaya çıkmasıdır. İşbirlikçi öğrenme yaklaşımı sınıftan klinik öğrenme ortamına geçişi kolaylaştırmıştır. Noohi, Abaszadeh ve Maddah aktif işbirlikli öğrenme ile

üniversite katılım düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır (Noohi, Abaszadeh, ve Maddah 2013). İşbirlikçi öğrenme, geleneksel yöntemle kıyasla artan saygı, öz-farkındalık, öz değerlendirme, iletişim becerileri ve sorumluluk ile artan motivasyon ve öğrenme de daha yararlı olmuştur (Hasanpour-Dehkordi ve Solati, 2016).

c) Mesleki yeterliliği geliştirmek: Baumberger-Henry'nin çalışmasına göre işbirlikli öğrenme tekniklerinin vaka çalışması ile birleştirilmesi, öğrencilerin problem çözme ve klinik karar verme becerileri hakkındaki algılarını etkilemiştir. Çalışma, yarı deneysel bir tasarımla, işbirlikli öğrenme ve vaka çalışması yoluyla öğretilen deney grubu ile tamamlanmıştır. Üç karşılaştırma grubuna a) anlatım ve büyük grup vaka çalışması; veya b) sadece ders veya c) işbirlikli olmayan öğrenme gruplarının ders ve ara sıra kullanımı öğretilmiştir (Baumberger-Henry, 2005).

d) Kişilerarası becerileri geliştirmek: Hemşirelik öğrencileri işbirliğine dayalı öğrenme stratejisinin, ekip çalışmasını ve bağımsız çalışmayı sağladığını ifade etmişlerdir. Baghcheghi, Koohestani ve Rezaei İşbirlikli öğrenme grubundaki öğrenciler için hastalarla iletişim becerileri geleneksel öğrenme grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür (Baghcheghi, Koohestani, ve Rezaei 2011).

Sonuç olarak; Yaşanan teknolojik gelişmeler ile birlikte bilginin kullanılması, yönetilmesi, aktarılması her alanda değişikliklere neden olmuştur. Küreselleşen dünyanın beklentilerini karşılayan ve değişen ihtiyaçları göz önünde bulunduran ve bunlara uyum sağlayacak hemşireler yetiştirebilmek için hemşirelik mesleğinde eğitim süreci büyük önem taşımaktadır. Hemşirelik eğitiminde öğrencilere mesleğin gerektirdiği rolleri kazandıracak şekilde bilişsel, duyuşsal ve psikomotor öğrenme alanları kapsayan bir eğitim sisteminin benimsenmesi gerekmektedir. Eğitim sisteminin öğrenciye yararlı olması için ezber dayalı lisans eğitiminin yerine öğrencilerin aktif olarak yer aldığı öğrenme-öğretme sürecine katılımlarını sağlayacak eğitim programları düzenlenmelidir. Öğrencilerin aktif olarak yer aldığı ve öğrencilerin gruplar halinde çalıştığı işbirlikli öğrenmenin öğrencilerin mesleki bilgi ve beceri performansının yanısıra akademik başarısını arttırdığı, problem çözme, eleştirel düşünce becerilerini ve kişilerarası becerileri geliştirerek sağlık sisteminin en önemli parçasını oluşturan hemşirelerin kaliteli ve profesyonel hemşirelik eğitimi almasını sağlayarak sağlık hizmetinin gelişmesine katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- Açıköz, K. Ü. (1992). *İşbirlikli öğrenme: Kuram, araştırma, uygulama. Malatya: Uğurel Matbaası.*
- American Association of Colleges of Nursing (AACN) (2008). *The essentials of baccalaureate education for professional nursing practice. 15 Mayıs 2020 tarihinde http://www.Aacn.Nche.Edu/Publications/positions/hallmarks.htm adresinden erişilmiştir.*
- Arı, A. (2011). Bloom'un gözden geçirilmiş bilişsel alan taksonomisinin Türkiye'de ve uluslararası alanda kabul görme durumu. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 11(2), 749-772.
- Baghcheghi, N., Koohestani, H. R., Rezaei, K. (2011). A comparison of the cooperative learning and traditional learning methods in theory classes on nursing students' communication skill with patients at clinical settings. *Nurse Education Today*, 31(8), 877-82.
- Baumberger-Henry, M. (2005). Cooperative learning and case study: does the combination improve students' perception of problem-solving and decision making skills? *Nurse Education Today*, 25, 238-246.
- Bayrakçeken, S., Doymuş, K. Doğan, A. (2013). *İşbirlikli öğrenme modeli ve uygulanması. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.*
- Bilgin, İ., Gelici, Ö. (2011). İşbirlikli öğrenme tekniklerinin tanıtımı ve öğrenci görüşlerinin incelenmesi. *Adıyaman University Journal of Educational Sciences*, 1(1), 40-70.
- Breen, H. (2015). Virtual collaboration in the online educational setting: a concept analysis. *Nursing Forum*, 48(4), 262-70.
- Bruffee, K. A.(1984). Collaborative learning and the "conversation of mankind." *College English*, 46, 635-652.
- Buehl, B. (2008). *Classroom strategies for interactive learning. Newark: International Reading Association. 1 Mayıs 2020 tarihinde https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=HVFDDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Buehl,+B.+ (2008).+Classroom+strategies+for+interactive+learning.+Newark:+International+Reading+Association&ots=BzxA_jons&sig=xkzUKMUHZ3cI-_agy5QB8TwlC&redir_esc=y#v=onepage&q=Buehl%2C%20B.%20(2008).%20Classroom%20strategies%20for%20interactive%20learning.%20Newark%3A%20International%20Reading%20Association&f=false adresinden erişildi*
- Cason, M. L., Gilbert, G. E., Schmoll, H. H., Dolinar, S. M., Anderson, J., Nickles, B. M., ...Schaefer, J. J. (2015). Cooperative learning using simulation to achieve mastery of nasogastric tube insertion. *Journal of Nursing Education*, 54(3Suppl), S47-51.
- Ekinci, N. (2011). İşbirliğine dayalı öğrenme. Ö. Demirel (Ed.), *Eğitimde yeni yönelimler (5. Baskı) içinde (s.93-109). Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.*
- Genç, S. Z., Eryaman, M. Y. (2007). Değişen değerler ve yeni eğitim paradigması. *Sosyal Bilimler Dergisi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9 (1),89-102.
- Göriş, S., Bilgi, N., Bayındır, S. D. (2014). Hemşirelik eğitiminde simülasyon kullanımı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(2), 25-29.
- Grant, L. F., Kelley, J. H., Northington, L., Barlow, D. (2002). Using TQM/CQI processes to guide development of independent and collaborative learning in two levels of baccalaureate nursing students. *Journal of Nursing Education*, 41(12), 537-40.
- Hasanpour-Dehkordi, A., Solati, K. (2016). The Efficacy of Three Learning Methods Collaborative, Context-Based Learning and Traditional, on Learning, Attitude and Behaviour of Undergraduate Nursing Students: Integrating Theory and Practice. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*, 10(4), VC01.




- Houghton, C. E., Casey, D., Shaw, D., Murphy, K. (2012). *Staff and students' perceptions and experiences of teaching and assessment in clinical skills laboratories: interview findings from a multiple case study. Nurse Educ Today, 32(6), e29-34.*
- Johnson, D. W. Johnson R. T. (1999). *Making cooperative learning work. Theory Into Practice, 38(2), 67-73.*
- Kaplan, R., Shaw-Battista, J., Stotland, N. E. (2015). *Incorporating Nurse-Midwifery Students into Graduate Medical Education: Lessons Learned in Interprofessional Education. Journal of Midwifery & Women's Health, 60, 718-726.*
- Karadağ, G., Uçan, Ö. (2006). *Hemşirelik eğitimi ve kalite. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3(1), 42-51.*
- Noohi, E., Abaszadeh, A., Maddah, S. S. (2013). *University engagement and collaborative learning in nursing students of Kerman University of Medical Sciences. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 18(6), 505-510.*
- Owens, C., Sharkey, S., Smithson, J., Hewis, E., Emmens, T., Ford, T., Jones, R. (2015). *Building an online community to promote communication and collaborative learning between health professionals and young people who self-harm: an exploratory study. Health Expectations, 18(1), 81-94.*
- Phillips, J., Fusco, J. (2015). *Using the Jigsaw Technique to teach clinical controversy in a clinical skills course. American Journal of Pharmaceutical Education, 79(6), 1-7.*
- Posey, L., Pintz, C. (2006). *Online teaching strategies to improve collaboration among nursing students. Nurse Education Today, 26(8), 680-687.*
- Rea, R. E., Anderson, R. A., Scalzi, C. C. (1988). *Collaborative learning method: enhancing excellence in nursing administration doctoral programs. Nursing Administration Quarterly, 12(4), 63-68.*
- Renganathan, L. (2013). *A comparative study on effect of Jigsaw Puzzle Method among nursing students' academic level of performance at Oman Nursing Institute. Indian Journal of Applied Research, 9(3), 180-183.*
- Rivaz, M., Momennasab, M., Shokrollahi, P. (2015). *Effect of collaborative testing on learning and retention of course content in nursing students. Journal of Advances in Medical Education and Professionalism, 3(4), 178-182.*
- Ruth-Sahd, L. A. (2011). *Student nurse dyads create a community of learning: proposing a holistic clinical education theory. Journal of Advanced Nursing, 67(11), 2445-2454.*
- Sandahl, S. S. (2009). *Collaborative testing as a learning strategy in nursing education: a review of the literature. Nursing Education Perspectives, 30(3), 171-175.*
- Sarmasoğlu, Ş., Dinç, L., Elçin, M. (2016). *Hemşirelik öğrencilerinin klinik beceri eğitimlerinde kullanılan standart hasta ve maketlere ilişkin görüşleri. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 13(2), 107-115.*
- Scheckel, M. (2017). *Nursing education: Past, present, future. 2 Nisan 2020 tarihinde file:///C:/Users/john/Desktop/nursing%20education%20literature/52258_CH02_ Roux.pdf adresinden erişildi.*
- Slavin, R. E. (1995). *Cooperative learning: Theory, research, and practice. Needham Heights, MA: Simon & Schuster Company.*
- Slavin, R., Sharan, S., Kagan, S., Lazarowitz, R., Webb, C. Schmuck, R. (1985). *Learning to Cooperate, Cooperating To Learn. New York: Plenum Press.*
- Slavin, R. E. (1987). *Development and motivational perspectives on cooperative learning: A reconciliation. Child Development., 58(5), 1161-1167.*

-
- Souers, C., Kauffman, L., McManus, C., Parker, V. (2007). Collaborative learning: a focused partnership. Nurse Education in Practice, 7(6), 392-398.*
- Suikkala, A., Kivelä, E., Käyhkö, P. (2016). Collaborative learning in gerontological clinical settings: The students' perspective. Nurse Education in Practice, 17, 229-234*
- Sümbül, A. M. (2011). Öğretim ilke ve yöntemleri (5. Baskı). Konya: Eğitim Kitabevi.*
- Şimşek, Ü., Doymuş, K. Şimşek, U. (2008). İşbirlikli öğrenme yöntemi üzerine derleme çalışması: II. İşbirlikli öğrenme yönteminin sınıf ortamında uygulanması. Erzincan Eğitim Fakültesi Dergisi, 10(1), 123-142.*
- Tucker, K., Wakefield, A., Boggis, C., Lawson, M., Roberts, T., Gooch, J. (2003). Learning together: clinical skills teaching for medical and nursing students. Med Educ, 37(7), 630-637.*
- Wihlborg, M., Friberg, E. (2016). Framework for a virtual nursing faculty and student learning collaboration between universities in Sweden and the United States: A theoretical paper. Nurse Education Today, 41, 50-53.*
- Yang, K., Woome, G. R., Matthews, J. T. (2012). Collaborative learning among undergraduate students in community health nursing. Nurse Education in Practice, 12(2), 72-76.*

Review Article / Derleme Makalesi

KAWASAKİ HASTALIĞI VE DENTAL YAKLAŞIMLAR

Kawasaki Disease and Dental Approaches

Merve CANDAN¹  İrem İPEK²  Murat ÜNAL³ 
^{1,2,3}Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Sivas

Geliş Tarihi / Received: 15.06.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 24.09.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ÖZ

Mukokutanöz lenf nodu sendromu olarak da bilinen Kawasaki hastalığı (KH), kendini sınırlayan orta çaplı musküler arter vaskülitisi olup, gelişmiş ülkelerdeki çocuklarda edinilmiş kalp hastalığının en yaygın nedenidir. Hastalık çoğunlukla 5 yaşın altındaki çocukları etkiler. KH' nin tedavisinde intravenöz immünoglobulin (IVIG) ile birlikte asetil salisilik asit (ASA) kullanımı standart tedavi olarak kabul edilir. Yaşam boyu tromboz, koroner stenoz, miyokard enfarktüsü, kalsifikasyonlar, dev koroner arter anevrizması rüptürü ve ani ölüm gibi komplikasyonları olan bu çocukluk çağı hastalığının, erken tanı ve tedavisi çok önemlidir. KH' de oral bulguların sıkça görülmesi, özellikle pediatrik diş hekimlerinin KH tanısında rol alabileceğini gösterir. Ayrıca KH bulguları, tedavisi ve komplikasyonları dental tedavi prosedürleri sırasında diş hekimlerinin hastalara yaklaşımlarını etkiler. Bu derlemenin amacı, tüm dünyayı etkileyen COVID-19 pandemisi döneminde yeniden gündeme gelen KH hakkındaki güncel bilgileri paylaşmak ve bu hastaların dental tedavileri sırasında diş hekimlerinin yaklaşımlarına yol gösterici olmaktır.

Anahtar kelimeler: Çocukluk Hastalıkları, Dental Yaklaşımlar, Kawasaki Hastalığı

ABSTRACT

Kawasaki disease (KD), also known as mucocutaneous lymph node syndrome, is a self-limiting medium-sized muscular artery vasculitis and is the most common cause of acquired heart disease in children in developed countries. The disease mostly affects children under 5 years old. In the treatment of KD, use of intravenous immunoglobulin (IVIG) together with acetylsalicylic acid (ASA) is accepted as the standard treatment. Early diagnosis and treatment is very important in this childhood disease, which has life-long complications such as thrombosis, coronary stenosis, myocardial infarction, calcifications, the rupture of giant coronary artery aneurysm and sudden death. The frequent occurrence of oral symptoms in KD indicates that pediatric dentists may play a role in the diagnosis of KD. Also, the symptoms, treatment and complications of KD affect the approach of dentists to patients during dental treatment procedures. The aim of this review is to share current information about KD which has come to the agenda during the COVID-19 pandemic that affected the world, and to guide the dentist's approaches during dental treatment of these patients.

Keywords: Childhood Diseases, Dental Approaches, Kawasaki Disease

GİRİŞ

Mukokutanöz lenf nodu sendromu olarak da bilinen Kawasaki hastalığı (KH), kendini sınırlayan orta çaplı musküler arter vaskülitidir ve özellikle koroner arterleri tutar (Modesti ve Plewa, 2020). KH gelişmiş ülkelerdeki çocuklarda edinilmiş kalp hastalığının en yaygın nedenidir ve ağırlıklı olarak 5 yaşın altındaki çocukları etkiler (McCrinkle vd., 2017). Hastalığın tanı kriterleri zaman içinde değişmekle birlikte, en son 2017 yılında Amerikan Kalp Derneği (AKD) tarafından bildirilmiştir. Buna rağmen, hastalığın eksik veya atipik formları nedeniyle, özellikle bebeklerde ve küçük çocuklarda tanı zorlayıcı olabilir (Singh, Jindal, ve Pilania, 2018). Klinik bulgularına ateş, ekstremitte değişiklikleri, deride döküntü, konjunktivit, oral değişiklikler, servikal lenfadenopati örnek verilebilir. KH' nin standart tedavisi, intravenöz immünoglobulin (IVIG) ile birlikte asetil salisilik asit (ASA) kullanımınıdır. Bununla birlikte hastalığa sebep olan patojenik faktörler hala açıklığa kavuşturulamamıştır (Tang vd., 2020).

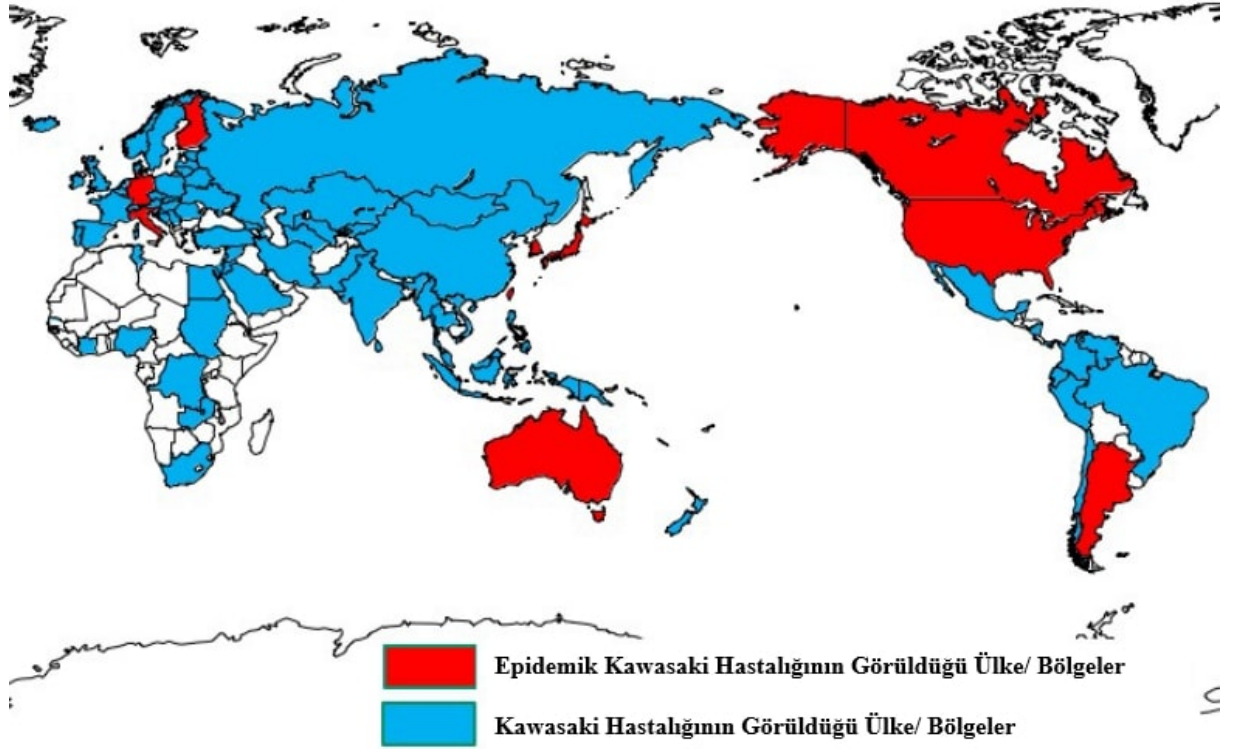
KH, yaşam boyu potansiyel komplikasyonları olan yaygın bir çocukluk hastalığıdır. KH' den etkilenen tüm çocuklarda, koroner arter lezyonlarının gelişip gelişmediğine bakılmaksızın, endotel hasarının ve vasküler reaktivitenin bozulmasının uzun vadeli etkileri endişe vericidir (Yeung, 2005). Bu nedenle, KH' nin erken tanı ve tedavisi çok önemlidir, ayrıca KH' nin prevalansındaki artış, kardiyovasküler komplikasyonlara sahip daha fazla yetişkin popülasyonuna yol açmaktadır (Denby, Clark, ve Markham, 2017). COVID-19 teşhisi konan pediatrik hastaların klinik seyrinin daha fazla açıklanması, özellikle KH ile potansiyel ilişkisinin olup olmadığının açıklığa kavuşması için önemlidir (Jones vd., 2020).

Bu derlemenin amacı, tüm dünyayı etkileyen COVID-19 pandemisi döneminde yeniden gündeme gelen KH hakkındaki güncel bilgileri paylaşmak ve bu hastaların dental tedavileri sırasında diş hekimlerinin yaklaşımlarına yol gösterici olmaktır.

KH' NİN EPİDEMİYOLOJİSİ

Asyalı ve Pasifik Adalı çocuklarda, özellikle Japon çocuklarda, artmış KH insidansı görülmektedir ve beyaz çocuk insidansı bu etnik gruplara oranla daha düşüktür (Holman vd., 2010). Hastalığa dair birçok genetik analiz yapılmasına rağmen, şimdiye kadar hastalığın ortaya çıkması için kesin bir genetik zemin bulunamamıştır (Nakamura, 2018). KH ağırlıklı olarak 5 yaşın altındaki çocukları etkiler, fakat bu durum diğer yaş gruplarını etkilemeyeceği anlamına gelmez. Kuzey Amerika' da tahmin edilen insidans, 5 yaş altı çocuklarda 25/100.000 vakadır ve hastalık özellikle kış ve ilkbaharın başlarında görülür (McCrinkle vd.,

2017). Hastalık öyküsü olan ebeveynlere sahip çocuklar KH açısından yüksek risk taşımaktadır (Nakamura, 2018). Türkiye’deki KH prevalansı tam olarak bilinmemekte olup, ülkemizde yapılan bir araştırmada KH’ nin çocukluk çağı vaskülitlerinin % 9 ‘unu oluşturduğu bildirilmiştir (Özen vd.,2007)



Şekil 1: Dünya Genelinde KH (Nakamura, 2018) (Şekil, Nakamura Y. Kawasaki disease: epidemiology and the lessons from it. Int J Rheum Dis. 2018;21(1):16–19 makalesinden alınıp, Türkçeye çevrilmiştir. Telif hakkı International Journal of Rheumatic Diseases dergisine aittir, 2018)

KH ETİYOLOJİSİ - PATOGENEZİ

Yaklaşık 40 yıllık kapsamlı araştırmalara rağmen, KH’ nin nedenleri kesin olarak bilinmemektedir (McCrinkle vd., 2017). KH’ nin öncelikle kış-bahar mevsimselliği ve salgın dönemlerindeki dalga benzeri yayılımı, bulaşıcı bir tetikleyiciyi destekler, buna rağmen bugüne kadar KH ile spesifik bir patojen ilişkilendirilememiştir (Rowley ve Shulman, 2018). KH’ nin mevsimselliği, viral (muhtemelen solunum yolu kaynaklı) etiyojolojiyi düşündürmektedir (Holman vd., 2010).

Epidemiyolojik veriler, KH’ nin etiopatogenezinde yer alan bazı genetik varyantlara kanıt olarak gösterilebilir (Kumrah, Vignesh, Rawat, ve Singh, 2020). 2018 yılında yapılan bir çalışma, KH patogenezinin, genellikle asemptomatik enfeksiyona neden olan bir RNA virüsü içerdiğini, ancak genetik olarak yatkın çocukların bir alt kümesinde KH oluştuğunu varsaymaktadır (Rowley ve Shulman, 2018). KH’ nin ortaya çıkması için kesin bir genetik

zemin bulunamamasına rağmen (Nakamura, 2018), T hücresi aktivasyonuna özgü yatkınlığa sebep olan Ca^{+2} / NFAT sinyalizasyonundaki artış (ITPKC, ORAI1, STIM1 genleri), doğal bağışıklık aktivasyonundaki artış (PELI1, COPB2 genleri), düzensiz B hücre sinyali (BLK, CD40, FCGR2B genleri) veya enflamatuar hücrelerin (CASP3 geni) kusurlu apoptozu, belirli popülasyonda KH ve IVIG yanıtı insidansındaki artışı açıklayabilir (Kumrah vd., 2020).

KH' nin, birkaç farklı mikrobiyolojik ajanın herhangi biri tarafından tetiklenen bir immünolojik yanıtta kaynaklanması da mümkündür (Newburger vd., 2004). Adaptif bağışıklığın iki kolunun aktivasyonu, KH' nin akut fazı sırasında meydana gelir ve kanıtlar, T hücrelerinin ve B hücrelerinin aktivasyonunu ve proenflamatuar sitokin üretimini önemli ölçüde artırdığını göstermektedir (Yeung, 2005). KH' deki bağışıklık yanıtı, poliklonalden (tipik olarak süper antijen kaynaklı tepkilerde görüldüğü gibi) ziyade oligoklonaldır (antijen güdümlüdür, yani geleneksel bir antijen benzeri tepki) ve immünoglobulin A (IgA) yanıtta merkezi bir rol oynar (Rowley, Shulman, Spike, Mask, ve Baker, 2001). Ayrıca Vasküler endotelial büyüme faktörü (VEGF) (Ohno vd., 2002), Monosit kemotaktik ve aktive edici faktör (MCAF veya MCP-1) (Asano ve Ogawa, 2000), Tümör nekroz faktörü- α (TNF- α) (Furukawa, Matsubara, Umezawa, Okumura, ve Yabuta, 1994) ve çeşitli interlökinlerin de vaskülitik süreçte önemli roller oynadığı düşünülmektedir.

Tekrarlayan KH, enflamatuar belirteçlerin seviyelerinin tamamen normalleşmesinin ardından, KH' nin ilk döneminden en az 3 ay sonra ve genellikle 2 yıl içinde başlayan, KH kriterlerini karşılayan yeni bir hastalık olarak tanımlanır. KH' nin nüksü oldukça nadirdir. Nüks için risk faktörlerine örnek olarak, erkek cinsiyete sahip olma, üç yaşından küçük olma ve ilk atakta ilk IVIG tedavisine direnç verilebilir (Sudo ve Nakamura, 2017).

KH ilaçlara veya toksinlere (böcek ilaçları, kimyasallar ve ağır metaller gibi çevresel kirleticiler) maruziyet ile ilişkilendirilemez de, akrodini (cıva aşırısı duyarlılığı) ile arasındaki klinik benzerlikler dikkat çekicidir (Newburger vd., 2004). KH' nin etiyolojisi - patogenezi alanında yapılacak ileri düzeydeki kanıta dayalı çalışmalara ihtiyaç olduğu açıktır. Hastalığın etiyolojisinin tanımlanması, hastalıkla ilgili en önemli araştırma hedefidir. Çünkü bu bilgi ile bir teşhis testi geliştirilebilir, tedavi iyileştirilebilir veya hastalığın önlenmesi mümkün hale gelebilir (Rowley ve Shulman, 2018).

KH' NİN BULGULARI

Klinik Bulgular

KH tanısı AKD tarafından verilen klinik kriterlere dayanmaktadır (McCrinkle vd., 2017) (Bakınız Tablo 1). KH' nin bulguları 5 günden fazladır süren ateş ve avuç içi

polimorföz eritem, el ve ayak ödemi, ekstremitte değişiklikleri, mukozadaki değişiklikler, kırmızı dudaklar, çilek dil, pürülan olmayan bilateral konjunktivit ve servikal lenfadenopati gibi klinik bulguların 4 veya daha fazlasının bir arada olmasını içerir (Kumrah vd., 2020; Newburger vd., 2004; Yeung, 2005).

Tablo 1. KH' nin Klinik Bulguları (McCrindle vd., 2017; Saguil vd., 2015)

Klinik Bulgular	Açıklamalar	Dışlanan durumlar
Ateş	<ul style="list-style-type: none">✓ Tipik olarak azalıp-yükselen tarzda✓ Yüksek ateş (>39 - 40° C)	
Ekstremitte Değişiklikleri	<ul style="list-style-type: none">✓ Avuç içi ve ayak tabanlarında eritem✓ Akut fazda el ve ayakların ağrılı katılaşması✓ Genellikle ateş başlangıcından sonraki 2-3. haftada el ve ayak parmakları periungual bölgede deskuamasyon (avuç içi ve ayak tabanları içerecek şekilde uzanabilir)✓ Ateş başladıktan 1 - 2 ay sonra tırnaklarda derin enine oluklar (Beau çizgileri)	
Deride Döküntü	<ul style="list-style-type: none">✓ Eritematöz döküntü (genellikle ateş başladıktan sonraki 5 gün içinde)✓ En sık makülopapüler tipte döküntüler✓ Döküntü genellikle geniştir, özellikle gövde ve ekstremiteleri içerir.✓ Diffüz eritem – eritema multiforme benzeri✓ Perineal bölgede belirgin deskuamasyon ve✓ karın üzerinde skarlatiniform erüpsiyon	Büllöz, veziküler ve peteşiyal döküntüler KH ile uyumlu değildir.
Konjunktivit	<ul style="list-style-type: none">✓ Ateş başladıktan kısa bir süre sonra bilateral bulbar eksüdatif olmayan konjunktival enfeksiyon✓ Sıklıkla iris çevresindeki avasküler bir bölge olan limbus tutulumu	
Oral Bölgedeki Değişiklikler	<ul style="list-style-type: none">✓ Ateş beraberinde görülen en sık klinik bulgudur✓ Dudaklarda ve ağız boşluğunda eritem, kuruluk, çatlak, soyulma, çatlama ve dudakların kanaması✓ Eritem ve göze çarpan fungiform papilla içeren “çilek dil”✓ Orofaringeal mukozanın yaygın eritemi✓ KH'nin temel klinik özelliklerinden en az yaygın olanı	Oral ülserler ve faringeal eksüdatalar KH ile uyumlu değildir.
Servikal Lenfadenopati	<ul style="list-style-type: none">✓ Lenf nodu büyümesi genellikle tek taraflı, ≥ 1.5 cm çapında ve ön servikal üçgenle sınırlı✓ Çoklu lenf düğümü büyümesi görülebilir. Retrofaringeal ödem - flegmon yaygın	

Diğer klinik bulgular ise (McCrindle vd., 2017); miyokardit, perikardit, kapak yetersizliği, koroner arter anomalileri, orta çaplı arterlerin anevrizmaları, periferik gangren, aort kökü büyümesi, akciğer radyografisinde peribronşiyal ve interstisyel infiltratlar, pulmoner nodüller, artrit, artralji, ishal, kusma, karın ağrısı, hepatit, sarılık, safra kesesi hidropları, pankreatit, aşırı iritabilite, aseptik menenjit (beyin omurilik sıvısının pleositozu), fasial paralizi, sensorinöral işitme kaybı, üretrit / etit, hidrosel, kasıkta deskuamatif döküntü, retrofaringeal flegmon, anterior üveit ve BCG aşılama yerinde eritem – sertleşmedir.

Laboratuvar Bulguları

KH' nin akut evresinde, tipik olarak nötrofil baskınlığı ile normal veya yüksek beyaz kan hücresi sayısı, C-reaktif protein (CRP) ve eritrosit sedimantasyon hızı (ESR) dahil olmak üzere yüksek seviyelerde akut faz reaktanları gözlenir (McCrindle vd., 2017; Newburger vd., 2004; Saguil, Fargo, ve Grogan, 2015). KH' nin akut fazında abartılı bir doğal bağışıklık tepkisi bulunur ve düşük serum Na⁺ ve albümin değerleri, yüksek serum karaciğer enzimleri ve steril piyuri gözlenebilir, trombositoz genellikle ilk haftanın sonunda görülür (Kumrah vd., 2020; Saguil vd., 2015).

Ayrıcı Tanısı

Ayrıcı tanısı, kızamık ve diğer viral enfeksiyonlar (örn; adenovirüs, enterovirüs) stafilokoksik haşlanmış deri sendromu, streptokokal kızıl ateşi, Stevens Johnson sendromunu da içeren aşırı duyarlılık reaksiyonları, toksik şok sendromu ve juvenil idiyopatik artrit ile yapılmalıdır (Saguil vd., 2015).

KH' NİN TEDAVİSİ, PROGNOZU VE KOMPLİKASYONLARI

KH hakkında artan doktor farkındalığı, hastalığın erken teşhisini ve klasik semptomlarla başvuran çocukların tedavisini kolaylaştırır da, hastalığın atipik formları nedeniyle, özellikle bebeklerde ve küçük çocuklarda tanı zorlayıcı olabilir (Singh vd., 2018). Bu hastalarda gerçekleşen gecikmiş tanı ve tedavi koroner arter anomalileri riskini artırır (Sosa, Brower, ve Divanovic, 2019). Hızlı tanı ve IVIG ile tedavi, koroner arter anevrizmalarını (KAA) önler (McCrindle vd., 2017).

Koroner arter anormalliklerini önlemek için, ateşin başlamasından sonraki 10 gün içinde 2 doz / kg IVIG ve orta - yüksek doz ASA verilmelidir (McCrindle vd., 2017; Sosa vd., 2019). IVIG tedavisi pahalı olmakla birlikte, nispeten güvenlidir ve fayda tipik olarak risklerden ağır basar. IVIG, havuzlanmış donör plazmasının biyolojik bir ürünü olduğundan, yan etkiler ürünler arasında farklılık gösterir (Sosa vd., 2019). Kızamık, kabakulak ve suçiçeği aşıları, yüksek doz IVIG aldıktan sonra 11 ay ertelenmelidir (Red Book, 30th Edition (2015) | AAP EBooks, t.y.).

ASA özellikle hasarlı damarlarda tromboz riski göz önüne alındığında, antiinflamatuvar ve antiplatelet aktivitesi için kullanılır. Tanı konulduktan sonra 4' e bölünmüş dozda günlük 80 - 100 mg / kg' lik dozda uygulanır. Yüksek doz ASA tedavisi genellikle 48-72 saat, hastanın ateş bulgusu olmayana kadar, uygulanır. Daha sonra düşük doz ASA tedavisi (tek bir günlük dozda 3-5 mg/kg/gün), hastalığın başlamasından 6-8 hafta sonra takip

ekokardiyogramına kadar verilir veya koroner arter anormallikleri olan çocuklar için süresiz olarak devam eder (Red Book, 30th Edition (2015) | AAP EBooks, t.y.). Çocukluk çağında, yüksek doz ASA kullanımı ile ortaya çıkan en önemli potansiyel komplikasyon, Reye sendromudur (Sosa vd., 2019). ASA tedavisi sırasında canlı-atenüe aşılarından kaçınılmalıdır. Hasta çocuk ve 6 aydan büyük tüm hane halkı mevsimsel önerilere göre, influenza aşısı yaptırılmalıdır. KH olan bir çocuk aspirin kullanımına devam ediyorsa, inaktive influenza aşısı kullanılmalıdır (Red Book, 30th Edition (2015) | AAP EBooks, t.y.).

Reye Sendromu

ASA, akut koroner sendromlu hastalarda antitrombosit tedavinin temel taşıdır ve birçok sağlık kuruluşu tarafından tavsiye edilir (Magrum ve Pickworth, 2020). Reye sendromu, yağlı karaciğer yetmezliği ile birlikte akut enflamatuar olmayan ensefalopati olarak tanımlanan nadir ve potansiyel olarak ölümcül bir pediatrik hastalıktır. Genellikle viral bir hastalıktan iyileşmeyi takip eden günlerde, uygulanan ASA tedavisi sebebiyle başlar. Bununla birlikte konjenital metabolizma hataları (özellikle yağ asidi metabolizması), ilaç reaksiyonları veya toksinler de Reye sendromunun gelişmesine neden olabilir. Çocuklarda tipik olarak kusma ve konfüzyon ile kendini gösterir, hızlı bir şekilde koma ve ölüme sebep olabilir (Chapman ve Arnold, 2020). Çocukluk çağında Reye sendromu öyküsü olan bir yetişkinde aspirin ile tekrar maruziyet güvenli olabilir (Magrum ve Pickworth, 2020).

Genel olarak, antiplatelet etkileri nedeniyle ASA alan, koroner anevrizması olan çocuklarda, ibuprofen kullanımından kaçınılmalıdır. Çünkü ibuprofen ASA tarafından indüklenen trombosit inhibisyonunu antagonize eder (Red Book, 30th Edition (2015) | AAP EBooks, t.y.).

Kortikosteroid kullanımı sistemik vaskülitte temel tedavi yöntemi olmasına rağmen, KH' de kullanımları sınırlıdır (Yeung, 2005). Ayrıca IVIG' ye dirençli hastalarda hastalığın tedavisinde yardımcı ajanların ve stratejilerin kullanımı tartışmalıdır. IVIG' ye direnç varsa, ikinci bir IVIG dozu önerilebilir ve bazı durumlarda kortikosteroidler, infliksimab, sitotoksik ajanlar, immünomodülatörler ve plazma değişimi de dikkate alınabilir (Sosa vd., 2019).

KH takibinde miyokardiyal disfonksiyona bağlı gelişen ejeksiyon fraksiyon düşüşünü ve KAA' ların gelişimini değerlendirmek adına ekokardiyogram önemlidir. Zamanında tedavi alamayan KH' li çocukların % 25' inde KAA ortaya çıkabilir (McCrinkle vd., 2017). KH' nin komplikasyonlarına, tromboz, koroner stenoz, miyokard enfarktüsü, kalsifikasyonlar, dev KAA rüptürü ve ani ölüm örnek verilebilir. Ölümün ana nedeni, anevrizma trombozu veya

stenotik lezyona bağlı miyokard enfarktüsüdür. Ayrıca KAA rüptürü, KH için çok nadir olsa da ölümcül bir komplikasyondur (Wei, Zhao, Liu, Niu, ve Li, 2016).

KH OLAN HASTALARDA DIŞ HEKİMİ YAKLAŞIMI

Bu hastaların dental tedaviler öncesi, KH tedavisi sırasında kullandıkları antitrombolitik ilaçların ve hastalığın meydana getirdiği kardiyovasküler komplikasyonların antibiyotik profilaksisi açısından pediatrik kardiyojolojiye konsülte edilmesi önemlidir.

Enfektif endokardit (EE), kalp kapakçığında bakteriyel vejetasyonların olduğu sistemik bir septik hastalık olarak kabul edilir. EE nadiren görülse de, sıklıkla bir kalp hastalığı öyküsü olan hastalarda gelişir ve uygun tedaviler yapılmaz ya da gerekli önlemler alınmazsa, hastalar çeşitli komplikasyonlar sebebiyle kaybedilebilirler (Cahill vd., 2017). Stafilokokus aureus, koagülaz negatif stafilokoklar, enterokoklar, viridans grubu streptokoklar, streptokokus bovis, funguslar ve HACEK grubu bakteriler (Hemofilus türleri, Agregatibakter türleri, Kardiobakterium hominis, Eikenella corrodens ve Kingella türleri) EE etkeni olabilirler (Selton-Suty vd., 2012). Etiyolojisinde birçok mikroorganizma yer alsa da, Stafilokokus aureus ve viridans grubu streptokoklar ana etiyolojik ajanlar olarak tanınırlar (Chambers vd., 2013; Toyoda vd., 2017).

Oral streptokoklar, oral yüzeyle ilk kolonize olan ve oral kavitedeki baskın mikroorganizmalardır. Ayrıca son zamanlarda EE, bakteriyemi, pürülan enfeksiyonlar, beyin kanaması, bağırsak iltihabı ve otoimmün hastalıklar gibi çeşitli sistemik hastalıkların patojenleri olarak dikkat çekmişlerdir (Yumoto vd., 2019). Geçici bakteriyemi, dişlerin ve periodontal dokuların manipülasyonu sırasında oldukça yaygındır ve dental prosedürlerden kaynaklanan bakteriyeminin rapor edilen oranları çeşitlilik göstermektedir (Bakınız Tablo 2). Dental prosedürlerin, çiğneme, diş fırçalama veya diş ipi kullanımı gibi rutin günlük aktiviteler sırasında oluşan geçici bakteriyemiden daha fazla bakteriyemiye sebep olup olmadığı bilinmemektedir (Wilson vd., 2007).

Tablo 2. Bakteriyemiye Sebep Olan Dental Prosedürler ve Oranları (Wilson vd., 2007)

Dental prosedürler	Bakteriyemi oranı
Diş Çekimi	% 10 - % 100
Periodontal Cerrahi	% 36 - % 88
Detraj – küretaj işlemleri	% 8 - % 80
Rubberdam / kama yerleştirilmesi	% 9 - % 32
Endodontik prosedürler	% 20 'e kadar
Bireysel dental bakım prosedürleri	
Diş fırçalama ve diş ipi kullanımı	% 20 - % 68
Kürdan kullanımı	% 20 - % 40
Ağız duşu vb. cihazlar	% 7 - % 50
Çiğneme sırasında	% 7 - % 51

KH, dünya genelinde çocukluk çağında kazanılmış kalp hastalıklarına en sık neden olan hastalık olduğu için, AKD' ye göre EE açısından risk taşıyan KH' de kanamalı dental tedaviler öncesinde antibiyotik profilaksisi uygulanması gerekmektedir (Makino vd., 2015). Kanamaya sebep olabilecek dental tedaviler Tablo 3' te gösterilmiştir (SDCEP-Anticoagulants-Quick-Reference-Guide.pdf, t.y.).

Her ne kadar dental prosedürler 3 ayrı grup altında değerlendirilmiş olsa da, bu durum kesin olmayıp operasyon öncesi dönemde, ilgili hastanın genel sağlık ve oral durumu göz önünde bulundurulmalıdır. KH' nin akut döneminde yüklenen yüksek doz ASA sebebiyle bu dönemde acil olmayan kanamalı dental prosedürler ertelenmelidir. Acil tedavi gerektiren durumlarda pediatrik kardiyojiye konsültasyonu mutlaka gereklidir.

ASA, KH' nin tedavisinde uzun yıllardan beri kullanılmaktadır (McCrindle vd., 2017; Sosa vd., 2019). Kronik antiplatelet tedavisi altındaki bireylerin kanama için risk grubu olarak değerlendirilmesi sebebiyle, bu hastalara dental tedavi öncesi hekim konsültasyonu gereklidir (Ringel ve Maas, 2016). 2013 yılında yayınlanan bir derlemede, invaziv dental prosedürlerden önce antiplatelet tedaviyi değiştirme veya bırakmaya gerek olmadığı ve nadiren gelişen post-operatif kanama durumunda lokal hemostatik önlemlerin etkili olduğu bildirilmiştir (Napeñas vd., 2013).

Tablo 3. Risk Gruplarına Göre Kanamalı Dental Prosedürler (SDCEP-Anticoagulants-Quick-Reference-Guide.pdf, t.y.)

Kanamaya neden olmayan dental prosedürler	Düşük kanama riski olan dental prosedürler	Yüksek kanama riski olan dental prosedürler
<ul style="list-style-type: none">✓ Lokal anestezi✓ (İnfiltrasyon intraligamenter ,mental, rejyonel anestezi)✓ Temel periodontal muayene✓ Supragingival plak, kalkulus ve lekelerin temizlenmesi✓ Supragingival marjjinlere sahip direkt - indirekt restorasyonlar✓ Ortograd endodontik prosedürler✓ Ölçü alımı ve diğer protetik prosedürler✓ Ortodontik apareylerin uygulanması ve ayarlanması	<ul style="list-style-type: none">✓ İntraoral şişliklerin drenajı ve insizyonu✓ Basit çekimler✓ (1-3, sınırlı yara yüzeyine sahip)✓ Detaylı tam periodontal muayene✓ Kök yüzeyi düzleştirilmesi✓ Subgingival marjjinlere sahip direkt ve indirekt restorasyonlar	<ul style="list-style-type: none">✓ Diş çekimi (Travmatik, büyük yara yüzeyine sebep olan, veya aynı anda > 3 adet)✓ Flap kaldırma prosedürleri✓ Elektif cerrahi ekstraksiyonlar✓ Periodontal cerrahi✓ Protez öncesi cerrahi✓ Periradiküler cerrahi✓ Kuron uzatma✓ Dental implant cerrahisi✓ Gingival rekonstrüksiyon✓ Biyopsi

Ayrıca KH' nin oral bulgularının diş hekimleri tarafından tanınması erken teşhis açısından önemlidir. KH' de ateşin yanı sıra en sık görülen klinik bulgu % 96,5 oranında dudak ve oral kavitedeki değişikliklerdir. Bu değişikliklere çatlak ve eritemli dudaklar, çilek dil ve orofaringeal mukozal yüzeyleerin yaygın bir eritemi örnek verilebilir (Saguil vd., 2015). Bununla birlikte, bu kriterler düşük duyarlılığa ve özgüllüğe sahiptir ve bu nedenle, özellikle atipik KH vakaları için, tanının belirlenmesinde diğer klinik ve laboratuvar bulguları yardımcı olabilir (Sánchez-Manubens, Bou, ve Anton, 2014). KH' li vakalarda sıklıkla oral bulgularının görülmesi nedeniyle, hastalığın ön tanısında diş hekimlerinin hastalık bulguları hakkındaki farkındalığı önem kazanmaktadır. Nadiren de olsa KH' de fasiyal paralizi görülmesi, diğer klinik bulguların eşliğinde KH' nin tanısında göz önünde bulundurulabilir (Zhang vd., 2019).

SONUÇ

KH, yaşam boyu potansiyel komplikasyonları olan ve ani ölüm gelişebilen yaygın bir çocukluk hastalığıdır. Hastalığın tanısı, hastalığın formları sebebiyle bebeklerde ve küçük çocuklarda geç ve zor olabilir. Gecikmiş tanı ve tedavi koroner arter anomalileri riskini artırmaktadır. Hastalığın etiolojisinin tanımlanması, hastalıkla ilgili en önemli araştırma hedefidir. Çünkü bu bilgi ile bir teşhis testi geliştirilebilir, tedavi iyileştirilebilir veya hastalığın önlenmesi mümkün hale gelebilir.

Hastalığın oral bulgularının da bulunması, özellikle pediatrik diş hekimlerinin KH hakkındaki farkındalığın artması gerektiğini ve tanıda yardımcı olabileceklerini düşündürür. KH seyri, tedavisinin ve komplikasyonlarının diş hekimleri tarafından bilinmesi dental prosedürler sırasında hastalara yaklaşımlarını belirler. Bu nedenle dental prosedürlerdeki yaklaşımlar şu şekilde olmalıdır.

- Hastaların geçmiş ve klinik anamnezi dikkatlice gözden geçirilmelidir ve KH' den şüphelenilen hastalar için pediatri ya da pediatrik kardiyoloji konsültasyonu istenmelidir.
- Bu hastalarda KH' ye bağlı kardiyovasküler bulgu ve komplikasyonlar bulunabileceğinden konsültasyon doğrultusunda, antibiyotik profilaksisi uygulanması gerekebilir.
- KH' nin akut fazında yüksek dozda uygulanan ASA' nın sebep olduğu antiplatelet etki sebebiyle, dental prosedürler sırasında kanama gerçekleşebilir. Bu sebeple akut fazda acil olmayan dental tedavilerin ertelenmesi gereklidir.
- Hastalığın idame döneminde düşük dozlardaki ASA kullanımı dikkate alınarak, akut dönemdeki acil dental prosedürler ve idame döneminde yapılacak olan düşük, orta veya

yüksek kanama riskli dental prosedürler için pediatrik konsültasyon eşliğinde, kanama durdurucu önlemler alınmalıdır.

- İbuprofen, ASA tarafından indüklenen trombosit inhibisyonunu antagonize ettiği için, KH tedavisi gören hastalarda reçete edilmemelidir.

KAYNAKLAR

- Asano, T., Ogawa, S. (2000). *Expression of monocyte chemoattractant protein-1 in Kawasaki disease: The anti-inflammatory effect of gamma globulin therapy. Scandinavian Journal of Immunology, 51(1), 98-103.*
- Cahill, T. J., Harrison, J. L., Jewell, P., Onakpoya, I., Chambers, J. B., Dayer, M., ... Prendergast, B. D. (2017). *Antibiotic prophylaxis for infective endocarditis: A systematic review and meta-analysis. Heart (British Cardiac Society), 103(12), 937-944.*
- Chambers, S. T., Murdoch, D., Morris, A., Holland, D., Pappas, P., Almela, M., ...International Collaboration on Endocarditis Prospective Cohort Study Investigators. (2013). *HACEK infective endocarditis: Characteristics and outcomes from a large, multi-national cohort. PloS One, 8(5), e63181.*
- Chapman, J., Arnold, J. K. (2020). *Reye Syndrome. İçinde StatPearls. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526101/>*
- Denby, K. J., Clark, D. E., Markham, L. W. (2017). *Management of Kawasaki disease in adults. Heart (British Cardiac Society), 103(22), 1760-1769.*
- Furukawa, S., Matsubara, T., Umezawa, Y., Okumura, K., Yabuta, K. (1994). *Serum levels of p60 soluble tumor necrosis factor receptor during acute Kawasaki disease. The Journal of Pediatrics, 124(5 Pt 1), 721-725.*
- Holman, R. C., Christensen, K. Y., Belay, E. D., Steiner, C. A., Effler, P. V., Miyamura, J., ... Melish, M. (2010). *Racial/ethnic differences in the incidence of Kawasaki syndrome among children in Hawaii. Hawaii Medical Journal, 69(8), 194-197.*
- Jones, V. G., Mills, M., Suarez, D., Hogan, C. A., Yeh, D., Bradley Segal, J., ... Mathew, R. (2020). *COVID-19 and Kawasaki Disease: Novel Virus and Novel Case. Hospital Pediatrics, 10(6), 537-540.*
- Kunrah, R., Vignesh, P., Rawat, A., Singh, S. (2020). *Immunogenetics of Kawasaki disease. Clinical Reviews in Allergy & Immunology, 59, 122-139.*
- Magrum, B. G., Pickworth, K. K. (2020). *Aspirin rechallenge in an adult patient previously diagnosed with Reye syndrome. American Journal of Health-System Pharmacy: AJHP: Official Journal of the American Society of Health-System Pharmacists, 77(2), 123-127.*
- Makino, N., Nakamura, Y., Yashiro, M., Ae, R., Tsuboi, S., Aoyama, Y., ... Yanagawa, H. (2015). *Descriptive epidemiology of Kawasaki disease in Japan, 2011-2012: From the results of the 22nd nationwide survey. Journal of Epidemiology, 25(3), 239-245.*
- McCordle, B. W., Rowley, A. H., Newburger, J. W., Burns, J. C., Bolger, A. F., Gewitz, M., ... American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; and Council on Epidemiology and Prevention. (2017). *Diagnosis, Treatment, and Long-Term Management of Kawasaki Disease: A Scientific Statement for Health Professionals From the American Heart Association. Circulation, 135(17), e927-e999.*
- Modesti, A. M., Plewa, M. C. (2020). *Kawasaki Disease. İçinde StatPearls. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537163/>*
- Nakamura, Y. (2018). *Kawasaki disease: Epidemiology and the lessons from it. International Journal of Rheumatic Diseases, 21(1), 16-19.*

- Napeñas, J. J., Oost, F. C. D., DeGroot, A., Loven, B., Hong, C. H. L., Brennan, M. T., ... van Diermen, D. E. (2013). Review of postoperative bleeding risk in dental patients on antiplatelet therapy. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 115(4), 491-499.
- Newburger, J. W., Takahashi, M., Gerber, M. A., Gewitz, M. H., Tani, L. Y., Burns, J. C., ... Taubert, K. A. (2004). Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease, Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association. Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki disease: A statement for health professionals from the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease, Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association. *Pediatrics*, 114(6), 1708-1733.
- Ohno, T., Yuge, T., Kariyazono, H., Igarashi, H., Joh-o, K., Kinugawa, N., ... Hara, T. (2002). Serum hepatocyte growth factor combined with vascular endothelial growth factor as a predictive indicator for the occurrence of coronary artery lesions in Kawasaki disease. *European Journal of Pediatrics*, 161(2), 105-111.
- Özen, S., Bakkaloglu, A., Dusunsel, R., Soylemezoglu, O., Ozaltin, F., Poyrazoglu, H., ... Kural, N. (2007). Turkish Pediatric Vasculitis Study Group. Childhood vasculitides in Turkey: a nationwide survey. *Clinical rheumatology*, 26(2), 196-200.
- Red Book, 30th Edition (2015) | AAP eBooks (30th Edition). (t.y.). 24 Temmuz 2020 tarihinde <https://ebooks.aappublications.org/content/red-book-30th-edition-2015> adresinden erişildi.
- Ringel, R., Maas, R. (2016). Dental procedures in patients treated with antiplatelet or oral anticoagulation therapy—An anonymous survey. *Gerodontology*, 33(4), 447-452.
- Rowley, A. H., Shulman, S. T., Spike, B. T., Mask, C. A., Baker, S. C. (2001). Oligoclonal IgA response in the vascular wall in acute Kawasaki disease. *Journal of Immunology (Baltimore, Md.: 1950)*, 166(2), 1334-1343.
- Rowley, A. H., Shulman, S. T. (2018). The epidemiology and pathogenesis of Kawasaki Disease. *Frontiers in Pediatrics*, 6.
- Saguil, A., Fargo, M. V., Grogan, S. P. (2015). Diagnosis and management of Kawasaki Disease. *American Family Physician*, 91(6), 365-371.
- Sánchez-Manubens, J., Bou, R., Anton, J. (2014). Diagnosis and classification of Kawasaki disease. *Journal of Autoimmunity*, 48-49, 113-117.
- SDCEP-Anticoagulants-Quick-Reference-Guide.pdf. (t.y.). 20 Mayıs 2020 tarihinde <http://www.sdcep.org.uk/wp-content/uploads/2015/09/SDCEP-Anticoagulants-Quick-Reference-Guide.pdf> adresinden erişildi.
- Selton-Suty, C., Célard, M., Le Moing, V., Doco-Lecompte, T., Chirouze, C., Iung, B., ... Hoen, B. (2012). Preeminence of *Staphylococcus aureus* in Infective Endocarditis: A 1-Year Population-Based Survey. *Clinical Infectious Diseases*, 54(9), 1230-1239.
- Singh, S., Jindal, A. K., Pilania, R. K. (2018). Diagnosis of Kawasaki disease. *International Journal of Rheumatic Diseases*, 21(1), 36-44.
- Sosa, T., Brower, L., Divanovic, A. (2019). Diagnosis and Management of Kawasaki Disease. *JAMA Pediatrics*, 173(3), 278-279.
- Sudo, D., Nakamura, Y. (2017). Nationwide surveys show that the incidence of recurrent Kawasaki disease in Japan has hardly changed over the last 30 years. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 106(5), 796-800.
- Tang, B., Lo, H. H., Lei, C., U, K. I., Wendy Hsiao, W-L., Guo, X., ... Law, B. Y.-K. (2020). Adjuvant herbal therapy for targeting susceptibility genes to Kawasaki disease: An overview of epidemiology,

pathogenesis, diagnosis and pharmacological treatment of Kawasaki disease. Phytomedicine: International Journal of Phytotherapy and Phytopharmacology, 70, 153208.

Toyoda, N., Chikwe, J., Itagaki, S., Gelijns, A. C., Adams, D. H., Egorova, N. N. (2017). *Trends in Infective Endocarditis in California and New York State, 1998-2013. JAMA, 317(16), 1652-1660.*

Wei, Y. J., Zhao, X. L., Liu, B. M., Niu, H., Li, Q. (2016). *cardiac complications in 38 cases of Kawasaki Disease with coronary artery aneurysm diagnosed by Echocardiography. Echocardiography (Mount Kisco, N.Y.), 33(5), 764-770.*

Wilson, W., Taubert, K. A., Gewitz, M., Lockhart, P. B., Baddour, L. M., Levison, M., ... Newburger, J. W. (2007). *Quality of care and outcomes research interdisciplinary working group. Prevention of infective endocarditis: Guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. Circulation, 116(15), 1736-1754.*

Yeung, R. S. M. (2005). *Pathogenesis and treatment of Kawasaki's disease. Current Opinion in Rheumatology, 17(5), 617-623.*

Yumoto, H., Hirota, K., Hirao, K., Ninomiya, M., Murakami, K., Fujii, H.,... Miyake, Y. (2019). *The pathogenic factors from oral streptococci for systemic diseases. International Journal of Molecular Sciences, 20(18).*

Zhang, B., Hao, Y., Zhang, Y., Yang, N., Li, H., Liang, J. (2019). *Kawasaki disease manifesting as bilateral facial nerve palsy and meningitis: A case report and literature review. The Journal of International Medical Research, 47(8), 4014-4018.*

Review Article / Derleme Makalesi

**TÜRKİYE’DE “HEMŞİRELİKTE KUŞAKLAR” KONUSUNDA 2014-2019 YILLARI
ARASINDA YAYIMLANAN ULUSAL ÇALIŞMALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ:
SİSTEMATİK BİR İNCELEME**

**Evaluation of National Studies about "Generations of Nursing" Which Had Been
Published Between the Years 2014-2019 in Turkey: A Systematic Review**

Handan Alan¹  Elif Peker²  Dilan Arslan³ 
Fidan Toprak⁴  Feride Eşkin Bacaksız⁵ 

¹*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul*

^{2,3,4}*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul*

⁵*Sağlık Bilimleri Üniversite, Hemşirelik Fakültesi, İstanbul*

Geliş Tarihi / Received: 29.05.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 01.11.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ÖZ

Bu araştırmada ulusal hemşirelik yazınındaki kuşaklar konusunu irdeleyen yayınların sistematik açıdan incelenerek, araştırma sonuçlarındaki benzerlik ve farklılıkların ortaya konması amaçlanmaktadır. Araştırmada Google Akademik sitesinde, “kuşaklar”, “X kuşağı”, “Y kuşağı”, “Z kuşağı” ve “hemşirelik” anahtar kelimeleri kullanılarak yapılan tarama sonucunda ulaşılan, Türkiye örnekleminde gerçekleştirilmiş olan ve 2014-2019 yılları arasında yayımlanan toplam 10 çalışma incelendi. Analiz sonucunda en fazla araştırmanın 2017 yılında (n:4) yayımlandığı ve çalışmaların çoğunlukla Ege bölgesinde (n:3), Sağlık Bakanlığı hastanelerinde (n:4) ve üniversitelerde (n:4), hemşire (n:5) örnekleminde gerçekleştiği bulundu. Çalışmalar tanımlayıcı (n:7) ya da kesitsel (n:3) tipteydi. Çalışmalarda araştırmacılar kuşaklara ilişkin soruları genellikle kendileri oluşturmuş (n:9) ve ek olarak “Örgütsel ve Mesleki Bağlılık Ölçekleri” (n:2) ile “Minnesota İş Doyumu Ölçeği” (n:2) kullanmışlardır. Araştırmalarda en sık hemşirelerin tutumları, iş doyumları, örgütsel ve mesleki bağlılık düzeyleri ile işten ve meslekten ayrılma niyetlerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Araştırma sonucunda kuşaklar ve hemşireliğe ilişkin olarak özel hastanelerde çalışan hemşirelerin durumunu ortaya koyan çalışmaların olmadığı göze çarpmaktadır. Çalışmalarda hemşirelerin örgüte veya mesleğe bağlılıkları gibi konular çalışılmış olsa da irdelenmesi gereken daha pek çok konu vardır.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, Kuşaklar, X Kuşağı, Y Kuşağı, Z Kuşağı

ABSTRACT

In this research, it is aimed to systematically examine the publications that examine generations in national nursing literature, and reveal the similarities and differences in research results. In the research, a total of 10 studies, which were; reached by using "generations", "X generation", "Y generation", "Z generation" and "nursing" keywords on Google Scholar site, performed in Turkish sample and published between 2014-2019 years, were examined. As the result of analysis, it was found that most of the studies were carried out in 2017 (n:4) and in Aegean region (n:3), in Health Ministry Hospitals (n:4) and universities (n:4), and in the nurse (n:5) sample. The studies were descriptive (n:7) or cross-sectional (n:3) type. In the studies, the researchers have formed the questions about generations generally by themselves (n:9) and in addition have used the "Organizational and Professional Commitment Scales" (n:2) and the "Minnesota Job Satisfaction Scale" (n:2). The researches mostly include findings regarding the nurses' attitudes, job satisfaction, organizational and professional commitment levels and intentions to leave the job and profession. As the result of research, it is noteworthy that there are no studies about the status of nurses working in private hospitals regarding generations and nursing. Although issues as the nurses' commitment to the organization or the profession have been investigated in studies, there are many more issues to be addressed.

Keywords: Generations, Nursing, X Generation, Y Generation, Z Generation

Handan ALAN ✉, handanalan@yahoo.com

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul

Bu makaleye atıf yapmak için(How to cite this article): Alan, H., Peker, E., Arslan, D., Toprak, F., Eşkin Bacaksız, F. (2020). Türkiye’de “Hemşirelikte Kuşaklar” Konusunda 2014-2019 Yılları Arasında Yayımlanan Ulusal Çalışmaların Değerlendirilmesi: Sistematik Bir İnceleme. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 8(3), 1002-1017. doi: 10.33715/inonusaglik.745269

GİRİŞ

Türk Dil Kurumunun yaptığı tanıma göre kuşak “Yaklaşık olarak aynı yıllarda doğmuş, aynı çağın şartlarını, dolayısıyla birbirine benzer sıkıntıları, kaderleri paylaşmış, benzer ödevlerle yükümlü olmuş kişilerin topluluğu” olarak tanımlanmıştır (TDK, 2019). Kuşaklar literatürde Sessiz Kuşak, Baby Boomers, X Kuşağı, Y Kuşağı, Z Kuşağı ve Alfa Kuşağı olarak gruplandırılmıştır. Her kuşağın sonunu sınırlandırmak zordur. Bu yüzden kuşaklar keskin bir şekilde birbirinden ayrılmamaktadır. Ancak karakteristik özellikler genel olarak kuşaklar içinde aynıdır. Her kuşak kendilerine göre iş ahlakına, yargı değerlerine, beklentilerine ve çalışma tarzlarına sahiptir. Kuşaklara ilişkin genel özellikler aşağıdaki gibi açıklanabilir (Sarioğlu ve Özmen, 2017) (Şekil 1);

Sessiz Kuşak: “Maturistler”, “emekliler”, “geleneksel kuşak” ve “en büyük kuşak” olarak da bilinirler. 1922 ve 1943 yılları arasında doğan kişiler bu kuşaktadırlar. Çalışma hayatındaki sayıları her geçen yıl azalmaktadır. Çalışanlar kuruma sadıktır, itaatkârdırlar ve otoriteye saygı duyarlar (Sarioğlu ve Özmen, 2017).

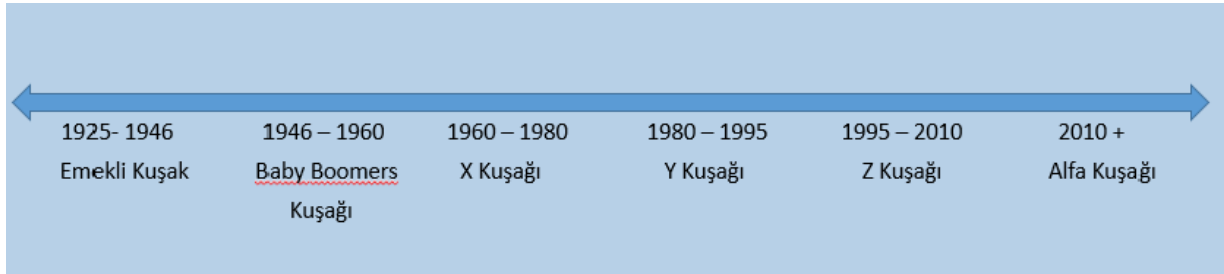
Baby Boomers: Bu kuşaktaki insanlar 1946-1964 yılları arasında, yani II. Dünya Savaşı’ndan sonra nüfus artış politikalarının etkisiyle doğan kişilerdir. Özellikle gelişmiş ülkelerde dünya nüfusunun büyük bir kısmını oluştururlar. Bu kuşak, anneleri ve babaları gibi otorite ve kuruluşa saygı duyma eğilimindedirler. Ek olarak iyimser, güçlü iradeli, işkolik, güçlü bir iş ahlakına sahip ve kendine güvenen bireylerdir. Ben-merkezcidirler, yani tanınmaya ve saygı duyulmaya önem verirler (Sarioğlu ve Özmen, 2017; Wardhono, 2018).

X Kuşağı: 1965-1980 yılları arasında doğan bu kuşak, “kayıp kuşak” olarak da bilinirler. Aynı zamanda Baby Boomers kuşağının da özelliklerini taşırlar, çünkü onların çocuklarıdır (Sarioğlu ve Özmen, 2017). Çalışma hayatında ebeveynlerinden daha az kazanan ilk kuşaktır. Finansal zorluklar ve ekonomik krizlerle mücadele etmişlerdir (Demirkaya, Akdemir, Karaman, ve Atan, 2015). İş hayatında esnek ve gayri resmi olmayı seven X kuşağı, bir yandan kendilerini özgür bir biçimde yapmak isterken diğer yandan da hedef odaklı çalışmayı da severler (Wardhono, 2018). Bu kuşak kendilerini topluma zıt olarak (sert müzik türleri, farklı giyim tarzları ve yaşayış biçimleri ile) ifade etmektedirler (Çetin Aydın ve Başol, 2014).

Y Kuşağı: 1980-2000 yılları arasında doğmuş olan bu kuşak “gelecek kuşağı”, “dijital kuşak”, “net kuşağı” ve “indigolar” olarak da bilinirler. İş hayatlarında başarılı olmayı isterler ve hırslıdırlar ancak sosyal hayatları iş hayatlarından önce gelmektedir. Çalışmak için yaşamak değil yaşamak için çalışmak düşüncesine sahiptirler. X kuşağı gibi finansal

zorluklarla mücadele etmeyen bu kuşak hiç yoksulluk çekmemiştir. Dolayısıyla da sabırlı davranma konusunda başarılı değildiler (İzmirlioğlu, 2008). Y kuşağı değişime kolayca adapte olabilir, teknolojik aletleri kullanmada diğer kuşaklara göre daha başarılı ve pratiktir. Aile onlar için her şey değildir. Bu kuşağa mensup kişilerin çoğu çalışma hayatındaki yerlerini almıştır. Çalışma arkadaşlarının büyük bir kısmı X kuşağında, bir kısmı da Z kuşağındadır (Bencsik, Horváth-Csikós, ve Juhász, 2016).

Z Kuşağı: Bu kuşaktakiler 2000 yılından sonra dünyaya gelmiştir. Aynı zamanda “internet kuşağı” ve “kristal kuşak” olarak bilinirler. Günümüzdeki dijital imkânlar nedeniyle Y kuşağı ile benzer özelliklere sahiptir. Teknolojiyi kullanarak birbirleriyle görsel ve sözlü iletişimde bulunurlar. Kullandıkları kelimeler ebeveynleri için oldukça tuhaf olduğundan dolayı birbirleriyle anlaşmakta sıkıntılar yaşarlar. Günlük hayatlarında giyilebilir ve taşınabilir teknolojik ürünler büyük bir öneme sahiptir. Herhangi bir teknik cihazda neredeyse durmadan çevrimiçi olduklarından dolayı diğer sosyalleşme biçimleri onlar için oldukça zordur. Y kuşağından farklı olarak mücadele kavramının farkında olmayan Z kuşağı pratik, zeki ve sabırsızdırlar. Ayrıca cesur oldukları için önderlik etmeyi severler (Bencsik vd., 2016; Sarıoğlu ve Özmen, 2017).



Şekil 1. Kuşakların Zaman Çizelgesi

Kuşakları Yönetmek

Günümüzde artan küreselleşmenin etkisiyle toplumda politik, ekonomik, sosyal ve teknolojik alanlarda bazı gelişmeler gerçekleşmiş, buna bağlı olarak kültürel yapı değişmiş ve farklı zaman dilimlerinde doğan kuşakların davranışlarında da değişiklik oluşmuştur. Tüm bu gelişme ve değişimler sonucunda “farklı kültürlerin/kuşakların yönetilmesi” konusu önem kazanmıştır. Kuşaklara göre değişiklik gösteren bu davranışlar en iyi örgütsel çalışma ortamlarında fark edilmektedir. Çünkü her örgüt farklı kuşaklara sahip olan bireyleri yapısında bulundurur ve bu da farklı kuşakların yönetilmesine yönelik yeni strateji ve uygulamaları gerektirir (Erden Ayhün, 2013).

Kuşakların sahip oldukları farklı bakış açıları, birbirleriyle iletişim kuramayı birbirelerini anlayamamalarına; algı, yöntem ve uygulama farklılıklarına neden olabilmektedir.

Bu farklılıklar bireylerin çalıştıkları alanlarda bir takım problemlere neden olarak örgütün etkinlik ve verimliliğinin ya da çalışanların performansının istenilen düzeye ulaşabilmesine engel olmaktadır. Bu durumu engelleyip örgütün işlevini en iyi seviyeye yükseltme bakımından yöneticiler kilit rolü oynamaktadır (Erden Ayhün, 2013). Aslında iyi bir yönetimle, kuşaklar arasındaki farklılıklar uyumlu çalışmayla beraber örgüte yenilik ve yaratıcılık getirir.

Günümüz iş dünyasında yönetim sürecinin başarılı olabilmesi, yöneticilerin öncelikle kuşakların özelliklerini, beklentilerini, inanışlarını, tercihlerini, tecrübelerini ve en önemlisi çalışma stillerini çok iyi bilmesine ve bunları dikkate alarak kuşakları yönetebilmesine bağlıdır. Yöneticiler, bu farkındalığı kazandıktan sonra etkin iletişim becerilerini devreye sokarak duruma yaklaşmalı, çalışanların olumlu yönlerini destekleyip olumsuz yönlerini engelleyerek çatışmaları yönetmeli, çalışanları birbirinden ayırmayarak tüm kuşakların bir arada çalışmasına olanak sağlayarak onların motivasyonlarını yükseltmelidir (Erden Ayhün, 2013; Torun ve Çetin, 2015). Böylece motivasyonları yükselen çalışanlar örgütün etkinlik ve verimliliğini de artırarak istenilen amaca ulaşılmasına katkıda bulunacaktır. Farklı kuşaklarla nasıl iyi ilişki kurulabileceğini ve bireysel güçlerden nasıl yararlanılabileceğini anlamak hemşirelik mesleğinin gelişmesine katkıda bulunacaktır (Sarıoğlu ve Özmen, 2017).

Günümüzde Z kuşağı ve sonrasında oluşan kuşaklar henüz çalışma ortamında yer almamaktadırlar. Sessiz ve savaş sonrası kuşak yavaş yavaş emekli olurken genellikle X ve Y kuşağı çalışanlara rastlamak mümkündür. Bu çalışanlardan çoğunlukla X kuşağı yönetici hemşire statüsündeyken, Y kuşağı genellikle hasta başında görev almaktadır. Hemşirelerin çalışma ortamına bakılacak olursa hastanelerdeki kaos ortamının yanı sıra kuşaklararası farklılıklar da çatışmalara yol açmaktadır. Ülkemizdeki hemşirelerin, özellikle Y kuşağı hemşirelerin, zor şartlardan ötürü mesleklerinden ayrılarak farklı kariyer alanlarına yöneldiği görülmektedir. Bunun önüne geçilebilmesi için yönetici hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Bu sorumluluklardan başlıcaları: kuşakların özelliklerini iyi bilmek, farklı kuşaklardaki hemşireler için ortak bir amaç oluşturmak, ekip ruhunu oluşturmak ve bu ruhu sürdürebilmektir (Polat, 2018). Kuşaklar arası çatışmaların çözümü için farklı kuşaklardaki hemşirelerin birbirlerini anlayabilmesi amacıyla kuşakların genel özellikleri, benzerlikleri ve farklılıkları hakkında eğitim verilmelidir.

Çalışma hayatında henüz az sayıda olmalarına karşın, yarın iş alanlarında yerini alacak olan Z kuşağını işletmelerde tutabilmek ve yönetebilmek için eğitimcilerin ve yöneticilerin bazı stratejiler geliştirmesi gerekmektedir. Çalışma hayatında işten kolay vazgeçme

eğiliminde ve benmerkezci olan Z kuşağı, takım çalışmasında sorunlar yaşayabilir. Bunun önlenmesi için çalışanların sosyalleşebilecekleri, eğlenceli aktivitelerin düzenlenebileceği rahat çalışma ortamları sağlanmalıdır. Böylece bireyselliğe alışan bu kuşak takım çalışmasına uyum göstermeye başlar. Ayrıca hiyerarşiye uzak duran bu kuşak demokratik yöntemlerin kullanımını artırarak farklılıkların bastırılmasını önleyecektir. Bu sayede yenilikçi ve yaratıcı fikirlerin uygulamaya geçme fırsatı daha fazla olacaktır (Taş, Demirdöğmez, ve Küçükkoğlu, 2017).

Bu çalışma; hemşirelikte kuşaklarla ilgili yeterli sayıda araştırma bulunmaması nedeniyle ortaya çıkmıştır. Çalışma, hemşirelikte kuşaklar konusunda 2014-2019 yılları arasında yayımlanmış araştırmaların bibliyografik özelliklerinin nasıl olduğunu, ölçüm araçlarının, sonuçlarının ve temel bulgularının ne olduğunu yanıtlamaktadır. Konunun bütüncül olarak ele alınmasının literatüre katkı sağlayacağı ve konuyla ilgili yeni araştırmaların yapılmasına öncü olacağı ön görülmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın amacı ve türü: SistematiK inceleme türündeki bu araştırmanın amacı ulusal yazında hemşirelikte kuşaklar konusunda yayınlanmış olan çalışmaların incelenmesi ve sonuçlardaki benzerlik ile farklılıkların belirlenmesidir. Araştırma aşağıdaki soruların yanıtını aramaktadır:

Hemşirelikte kuşaklar konusunda 2014-2019 yılları arasında yayımlanmış çalışmaların;

1. Bibliyografik özellikleri nasıldır?
2. Kullanılan ölçüm araçları nelerdir?
3. Araştırmaların sonuçları ve temel bulguları nelerdir?

Çalışma, hemşirelikte kuşaklar konusuyla ilgili yayınların geriye dönük biçimde taranmasıyla gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda “kuşaklar, X kuşağı, Y kuşağı, Z kuşağı ve hemşirelik” anahtar kelimeleri ile Google Akademik’te tarama yapılmıştır. Araştırmaya dâhil edilme ve dışlanma kriterlerine (*konu dışı, derleme, kongre, sempozyum, tekrar, erişilemeyen*) göre elenen ve çalışmaya alınan makalelerin dağılımı ise Çizim 2’de gösterilmektedir. Araştırmaya dâhil olma kriterlerinin tümünü karşılayan toplam 10 makale değerlendirilmiştir (Azak, Tamer, ve Savaş, 2018; Bilgiç, Özcanan, ve Altay, 2017; Büyükbayram, Baysan-Arabacı, Arabacıoğlu, Ayyıldız, ve Acar, 2017; Dursun-Ergezen, Afşar, Karateke, ve İnce, 2019; Işık, Egelioglu-Cetişli, Tokem, Yılmaz, ve İlhan, 2018; Karasu, Aylaz, ve Dadü, 2017;

Koç, Bardak, ve Yılmaz, 2015; Mert-Haydari, Kocaman, ve Aluş-Tokat, 2016; Polit ve Beck; 2009; Şentürk ve Karahan, 2019; Yılmaz-Esencan ve Özdil, 2017).

Araştırma kalite puanının belirlenmesinde Polit ve Beck (2009) tarafından araştırmanın kalitesini belirlemeye yönelik olarak önerilen ölçütler kullanılmıştır. Bu ölçütler araştırmanın amacını, yöntemini, örneklem özelliklerini, verilerin analizini, araştırmanın sınırlılıklarını, sonuçlarını ve tartışma bölümünü değerlendirerek puanlamaya olanak sağlamaktadır. Toplamda 12 ölçütün her biri için makalenin uygunluğu “0 puan-karşılıyorum”, “1 puan-karşılıyor” şeklinde puanlanmaktadır. Bu çalışmada makalelerin en az 8 puan değerindeki ölçütü karşılıyor olması koşulu aranmıştır. Araştırmaya dâhil olma kriterlerinin tümünü karşılayan toplam 10 makale değerlendirilmiştir.

Tablo 1. Tarama Sonuçları ve Dışlanan/Dâhil Edilen Araştırmalar

ANAHTAR KELİMELERE GÖRE TARAMA SONUÇLARI			
Kuşaklar n=973	X Kuşağı n=966	Y Kuşağı n=957	Z Kuşağı n=969
Kuşaklar ve Hemşirelik n=959	X Kuşağı ve Hemşirelik n=700	Y Kuşağı ve Hemşirelik n=958	Z Kuşağı ve Hemşirelik n=730
“Kuşaklar”, “Hemşirelik” n=260	“X Kuşağı”, “Hemşirelik” n=43	“Y Kuşağı”, “Hemşirelik” n=83	“Z Kuşağı”, “Hemşirelik” n=40
DIŞLANAN ARAŞTIRMALAR VE NEDENLERİ			
Hemşirelik dışı araştırmalar=259			
Tekrarlayan araştırmalar=150			
Derlemeler=4			
Kongre/Sempozyum Bildirileri=2			
Erişilemeyen çalışmalar=1			
DAHİL EDİLEN TOPLAM ARAŞTIRMA SAYISI			
N=10			

İncelenen değişkenler ve analiz yöntemleri: Araştırmaya dâhil edilen makalelerin bibliyografik incelenmesinde yazarlar, yayın yılı, çalışmanın gerçekleştiği kurum türü, örneklem türü, araştırma tasarımı ve kullanılan ölçüm aracı incelenerek analiz edilmiştir. Sonuçların kategorize edilmesinde ise incelemeye alınan makalelerin tam metinlerine ulaşılarak içerik analizi yapılmış ve araştırma sorularına cevap niteliğindeki sonuçlar değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Araştırmanın bulguları, araştırmaların bibliyografik özelliklerinin incelenmesi ve araştırmalarda raporlanan sonuçlar ile temel bulguların değerlendirilmesini kapsayacak şekilde sunulmaktadır.

Araştırmaların bibliyografik özelliklerinin incelenmesi

Araştırmada incelenen 10 makalenin bibliyografik özellikleri Tablo 2’de gösterilmektedir.

Tablo 2: Makalelerin Bibliyografik Özellikleri (N = 10)

Değişken		n	%
Yazar sayısı	2 Yazar	2	20
	3 Yazar	5	50
	4 Yazar	1	10
	5 Yazar	2	20
Yayın yılı	2015-2017	6	60
	2018-2019	4	40
Anahtar kelimeler (N=38)	• Hemşire(lik)	8	80
	• Kuşak(lar) arası farklılık	5	50
	• Y Kuşağı	7	70
	• X Kuşağı	4	40
	• Öğrenci (stajyer, hemşirelik)	2	20
	• Değerler (bireysel, profesyonel)	2	20
	• İş doyumu	6	60
	• Ayrılma niyeti (işten, meslekten)	2	20
	• İşyeri beklentileri	1	10
	• Kalitatif çalışma	1	10
Kurum türlerine göre örneklemdeki hastane sayısı (N=12)	Sağlık Bakanlığı hastaneleri	2	20
	Üniversite hastaneleri	9	90
	Eğitim hastanesi	1	10
Örneklem türü	Sadece hemşireler	5	50
	Öğrenciler	4	40
	Karma- Sağlık çalışanları	1	10
Örneklem sayısı (ED=10, EY=790)	150 ve altı	4	40
	150-350	3	30
	350 ve üstü	3	30
Araştırma tasarımı (N=25)	Kesitsel	3	30
	Nitel	3	30
	Nicel	8	80
	Niteliksel	1	10
	Tanımlayıcı	8	80
	İlişkisel	1	10
Karşılaştırmalı	1	10	

*ED= En düşük, EY=En yüksek

Tablo 2’de yer alan bulgular incelendiğinde makalelerin çoğunlukla üç yazarlı (%50) olup 2015-2017 yılları arasında (%60) yayımlandığı ve “hemşire”, “hemşirelik” gibi (%80) ya da “kuşaklar”, “kuşaklararası”, “kuşaklararası farklılık” gibi (%50) anahtar kelimelerinin kullanıldığı görülmektedir. Araştırmaların çoğu üniversite hastanelerinde (%90) ve sadece hemşire gurubunda (%50) gerçekleştirilmiştir. Örneklem sayısı 10 ile 790 arasında değişmekle birlikte çoğunlukla 150 ve altındaki katılımcı (%40) ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma tasarımı nicel-tanımlayıcı (%80) olarak yapılmıştır.

Araştırmalarda raporlanan sonuçlar ve temel bulguların değerlendirilmesi

Araştırmanın ikinci bölümünde, araştırmaların sonuçları ve temel bulguları incelenmiştir. Hemşirelikte kuşaklar konusunda 2014-2019 yılları arasında yayınlanan ulusal çalışmalar Tablo 3’de verilmektedir. Yapılan analiz sonucunda en fazla araştırmanın 2017 yılında (n:4) yayımlandığı ve çalışmaların çoğunlukla Ege bölgesinde (n:3), Sağlık Bakanlığı hastanelerinde (n:4) ve üniversitelerde (n:4), hemşire (n:5), öğrenci hemşire (n:4) ve öğrenci ebe ve hemşire (n:1) örnekleminde gerçekleştiği bulunmuştur. Çalışmaların çoğu tanımlayıcı (n:7) ya da kesitsel tiptedir (n:3). Çalışmalarda araştırmacılar genellikle kuşaklara ilişkin verileri içeren soruları kendileri oluşturmuş (n: 9) ve ek olarak “Örgütsel” ve “Mesleki Bağlılık” ölçekleri (n:2) ile “Minnesota İş Doyumu Ölçeği” (n:2) kullanmışlardır. Araştırmalarda en sık hemşirelerin tutumları, iş doyumları, örgütsel ve mesleki bağlılık düzeyleri ile işten ve meslekten ayrılma niyetlerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 3: Araştırmaya Dâhil Edilen 10 Makalenin İncelemesi

Çalışmanın Adı, Yazarları, Yılı ve Anahtar Kelimeler	Türü, Örneklemi ve Kalite Puanı	İlişkili Ölçüm Araçları	Araştırma Bulguları/Sonuçlar
1- Y Kuşağı Stajyer Öğrencilerin X Kuşağı Çalışan Hemşirelere Yönelik Görüşleri: Kalitatif Bir Yaklaşım Şentürk ve Karahan (2019) <i>Y kuşağı, X kuşağı, Stajyer öğrenci, Hemşire, Kalitatif Çalışma</i>	Betimsel-Nitel Burdur 10 Y kuşağı hemşirelik öğrencisi KP: 10	Y kuşağı stajyer hemşirelerin X kuşağı hemşirelere yönelik görüşlerini irdeleyen üç açık uçlu soru: • <i>Hemşirelerin profilleri,</i> • <i>Olumlu-olumsuz staj deneyimleri</i> • <i>Hemşirelerden beklentiler</i>	Ana temalar ve görüşme sonuçları: • Rol modeli olma: uygulamalara yardım ettikleri ve teorik bilgilerini paylaştıkları, ancak uygulama sırasında öğrencilere refakat etmedikleri ve erkek öğrencilere uygulama yaptırmak istemedikleri, • Etkin iletişim: hasta ve stajyer öğrencilerle etkin iletişim kuramadıkları, öğrencilere sert konuştukları ve azarladıkları, • Teknik beceri: deneyimleri nedeniyle teknik becerilerinin iyi olduğu, • Bilimsel bilgiyi ve kongreleri takip etme: eski bilgileriyle işlerini devam ettikleri, kongrelere gitmek için vakit ayırmadıkları, güncel bilgileri takip etmedikleri ve gelişime çok açık olmadıkları, • Sorumluluk bilinci: bakım ve tedavi konusunda sorumluluklarına uydukları ancak bazı hemşirelerin sorumluluklarını stajyer hemşirenin üzerine bırakmaya çalıştığı, • Eğitim becerisi: hem hastalara hem de stajyer hemşirelere eğitim verdikleri, bilgi aktarmada sıkıntı yaşamadıkları, ancak bazı hemşirelerin hastalara yeterli açıklama yapmadığı ve yenilikleri takip ederek kendilerini eğitmeleri gerektiği, • Teknolojiyi kullanma: teknolojik gelişmeleri takip etmeme nedeniyle bilgisayar ya da teknik cihazları doğru bir şekilde kullanamadıkları, ayrıca staj sırasında bilgisayarla ilgili bir problem olduğunda öğrencilerden yardım istedikleri, • Etik davranış: etik değerlere karşı saygılı davrandıkları ancak bazı hemşirelerin etik kavramının ne olduğunu bilmedikleri, hastaların ve stajyer öğrencilerin özel hayatları ve dış görünüşleriyle ilgili yorumlar yaptıkları raporlanmaktadır.
2- Farklı Kuşaklardaki Hemşirelerin İş Doyumunun Belirlenmesi Dursun Ergezen vd., (2019) <i>Hemşirelik, kuşak, iş doyum, Minnesota iş doyum ölçeği</i>	Tanımlayıcı Akdeniz Bölgesi Üniversite Hastanesi 204 hemşire KP: 11	Minnesota İş Doyumu Ölçeği • <i>İçsel Doyum</i> • <i>Dışsal Doyumu</i> Meslekten, Kurumdan ve Birimden Ayrılma Niyeti	Kuşaklara göre hemşire sayıları; Büyük Bebek Patlaması (BBP) kuşağı: 6 (%2,9); X kuşağı: 50 (%24,5); Y kuşağı: 148 (%72,5) Anlamlı farklar • Minnesota İş Doyumu Ölçeği: BBP kuşağı > X ve Y kuşağı • Meslekten ayrılma niyeti: Asla: BBP kuşağı: %50; X kuşağı: %36; Y kuşağı: 12,2 Her gün: BBP kuşağı: %16,7; X kuşağı: %14; Y kuşağı: 24,3 • Kurumdan ayrılma niyeti: Asla: BBP kuşağı: %33,3; X kuşağı: %38; Y kuşağı: 12,2 Her gün: BBP kuşağı: %16,7; X kuşağı: %14; Y kuşağı: 25 • Birimden ayrılma niyeti: Asla: BBP kuşağı: %33,3; X kuşağı: %32; Y kuşağı: 15,5 Her gün: BBP kuşağı: %16,7; X kuşağı: %12; Y kuşağı: 15,5

Handan ALAN ✉, handanalan@yahoo.com
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul

<p>3- Hemşirelerin Bireysel ve Profesyonel Değerlerinde Kuşaklararası Farklılıklar</p> <p>Işık vd., (2018)</p> <p><i>Hemşire; bireysel değerler; profesyonel değerler; kuşaklararası farklılık; X kuşağı; Y kuşağı</i></p>	<p>Tanımlayıcı ve Karşılaştırmalı İzmir 1 Eğitim ve Araştırma Hastanesi 164 hemşire</p> <p>KP: 10</p>	<p>Portre Değerler Anketi</p> <p><i>On temel insani değer (güç, başarı, uyuma, hazcılık, geleneksellik, öz-yönelim, güvenlik, evrenselcilik, uyarılma ve iyilikseverlik)</i></p> <p>Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği-Revize</p> <ul style="list-style-type: none"> •Bakım Verme •Profesyonellik •Aktivizm •Adalet •Sadakat 	<p>Kuşaklara göre hemşire sayıları; X kuşağı: 85 (%51,8); Y kuşağı: 79 (%48,2)</p> <p>Anamlı farklar Çalışma şekline göre: X Kuşağı daha fazla gündüz vardiyasında (%42,4) çalışırken, Y kuşağı gece veya dönüşümlü vardiyalarda (%75,9) çalışmaktadır. Çalışılan birime göre: X kuşağı poliklinik/yönetim gibi birimlerde (%42,2) çalışmakta iken Y kuşağı yoğun bakım ve acil gibi özellikli birimlerde (%32,9) çalışmaktadır. Portre Değerler Anketi Başarı boyutu: Y kuşağı>X kuşağı</p> <p>Hak edilen ücreti aldığına inanma, mesleği isteyerek seçme ve mesleği yapmaktan memnun olma durumuna göre anamlı fark yok. Portre Değerler Anketi’nin diğer dokuz alt boyutu ve Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği-Revize’nin ölçek toplamı ve alt boyutlarında anamlı fark yok.</p> <p>Anamlı ilişkiler Hem X hem de Y kuşağındaki hemşirelerin Portre Değerler Anketi ile Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki var.</p>
<p>4- Y Kuşağı Hemşirelik Öğrencilerinin Klinik Çalışma Ortamından Beklentileri</p> <p>Azak vd., (2018)</p> <p><i>Y Kuşağı, Hemşirelik, Teknoloji, Çalışma Yaşamı.</i></p>	<p>Tanımlayıcı-Nicel Bir devlet üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi 356 hemşirelik öğrencisi</p> <p>KP: 9</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Anket formu <p><i>Hemşirelik öğrencilerinin klinik çalışma ortamlarından beklentileri</i></p>	<p>İstenilen çalışma ortamı (en sık): hastane (%53,4) İstenilen çalışma süresi (en sık): 4-7 saat (%65,7) İstenilen hasta sayısı (en sık): 3-5 hasta (%75,3) Hastanede kullanılan teknolojiye ilişkin görüş (en sık): yetersiz (%50,7) Hemşirelerin; •Kolay atanmadığı görüşü: %42,4 •Kariyer gelişimlerinin kolay olmadığı görüşü: %50,6 •Emeklerinin karşılığını alamadığı görüşü: %74,2</p>
<p>5-Y Kuşağı Hemşirelik Öğrencileri İçin Mobil Telefonun Anlamı: Nitel Bir Araştırma</p> <p>Bilgiç vd., (2017)</p> <p><i>Hemşirelik öğrencileri, Mobil telefon, Y kuşağı</i></p>	<p>Niteliksel-Tanımlayıcı Bir devlet üniversitesi Sağlık Yüksekokulu 20 hemşirelik öğrencisi</p> <p>KP: 9</p>	<p>Yarı yapılandırılmış görüşme formu, 5 açık uçlu soru</p> <p><i>Cep telefonunun Yaşamlarındaki yeri</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •Günlük yaşantıda kullanım amacı •Kaybetme ya da evde unutmama 	<p>Ana temalar ve görüşme sonuçları: Bağımlılık: hemşirelik öğrencilerinin çoğunlukla mobil telefonlarını sürekli yanlarında taşıma ihtiyacı hissettikleri, evde unuttuklarında ya da şarjları bittiğinde kendilerini kötü hissettikleri, kendilerini mobil telefonlarına bağımlı olarak gördükleri, Bütünleşme: çoğunluğun mobil telefonlarını günlük hayatlarının ayrılmaz bir parçası olarak gördüğü ve kimliğini yansıtan bir obje olarak değerlendirdiği, hatta onu bir uzvu olarak niteledikleri ve kendi dış görünüşüne uygun hale getirmek için çaba harcadığı, Bilgilenme: öğrencilerin neredeyse tamamının telefonlarından internet aracılığı ile istedikleri bilgiye hızlı bir şekilde ulaşabildiği ve izledikleri videolar ile öğrenmelerinin çok daha kolay bir hale geldiği,</p>

	KP: 10	<i>durumundaki hisler</i> • <i>Mesleki olarak kullanım amaçları</i> • <i>Uygulamalar hakkındaki düşünceler</i>	Sosyalleşme ve Eğlence: katılımcıların tamamının günlük hayatlarında cep telefonlarını sıklıkla kullandıkları, özellikle internet ve diğer uygulamalar nedeniyle mobil telefonların gençler için önemli bir eğlence kaynağı ve sosyalleşme aracı haline geldiği, Özgürlük: çoğunluğun mobil telefonları aracılığı ile uzaklarda olan sevdiklerine ve istedikleri her yerde özgürce istediği bilgiye/eğlence kaynağına ulaşabildiğini ifade ettiği raporlanmaktadır.
6-Psikiyatri Kliniğinde Çalışan X ve Y Kuşağındaki Hemşirelerin Alkol-Madde Bağımlılığı ve Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Tutumları Büyükbayram vd., (2017) <i>Psikiyatri hemşiresi, kuşaklar, tutum, ruhsal bozukluk, bağımlılık</i>	Tanımlayıcı ve İlişkisel İzmir 4 hastane • <i>2 Eğitim ve Araştırma</i> • <i>1 Devlet</i> • <i>1 Bölge Psikiyatri</i> Psikiyatri klinikleri 103 hemşire	Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği • <i>Tehlikeli</i> • <i>Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma</i> • <i>Utarma</i> (Alkol-Madde) Tutum Ölçeği	<i>Kuşaklara göre hemşire sayıları;</i> X kuşağı: 76 (%73,8); Y kuşağı: 27 (%26,2) <i>Anlamlı farklar</i> Her iki ölçek ve alt boyutlardan elde edilen ölçümlerde gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak <u>anlamlı olmamasına karşın</u> Y kuşağı > X kuşağı
7. X ve Y Kuşağındaki Hemşirelerin Mesleki Bağlılıklarının Değerlendirilmesi Yılmaz-Esencan ve Özdi. (2017) <i>X kuşağı, Y kuşağı, hemşire, meslekten ayrılma niyeti, mesleki bağlılık</i>	Nicel-Tanımlayıcı ve Kesitsel İstanbul Bir eğitim ve araştırma hastanesi Kadın doğum ve çocuk klinikleri 190 katılımcı • <i>80 ebe ve hemşire</i> • <i>110 öğrenci</i>	Mesleki Bağlılık Ölçeği • <i>Duygusal bağlılık</i> • <i>Normatif bağlılık</i> • <i>Devam bağlılığı</i>	<i>Kuşaklara göre katılımcı oranları</i> X kuşağı: 75 (%39,5); Y kuşağı: 115 (%60,5) Mesleği sevmeme etkenleri (en sık): • <i>Mesleki çalışma koşulları: %36,3</i> • <i>Toplum tarafından algılanan mesleki statü: %29,5</i> • <i>Düşük ücret: %29,5</i> Mesleğin karşılığını alamadığı düşüncesi: %79,5 <i>Anlamlı farklar</i> Meslekten ayrılma niyeti: Y kuşağı>X kuşağı Mesleğini sevmeme durumları: X kuşağı>Y kuşağı Mesleki Bağlılık Ölçeği alt boyutları ölçümlerinde gruplar arasında anlamlı fark yok.
8- X ve Y Kuşağı: Hemşirelerde Meslek	Kesitsel-Nicel Kilis	Hemşirelerde Meslektaş	<i>Kuşaklara göre hemşire sayıları;</i> X kuşağı: 27 (%18,6) Y kuşağı: 118 (%81,4)

Dayanışması ile İş Doyumu Arasındaki İlişki Karasu vd., (2017) <i>Hemşirelik; X ve Y kuşağı; Kuşaklararası</i>	Devlet hastanesi 145 hemşire KP: 10	Dayanışması Ölçeği • <i>Duygusal dayanışma</i> • <i>Akademik dayanışma</i> • <i>Dayanışmayla ilgili olumsuz düşünceler</i> Minnesota İş Doyumu Ölçeği	Anlamli farklar • Meslektaş Dayanışması Ölçeği ve dayanışma ile ilgili olumsuz düşünceler alt boyutu: Y kuşağı>X kuşağı • Duygusal dayanışma ve Akademik dayanışma alt boyutları ve Minnesota İş Doyumu Ölçeği: X kuşağı>Y kuşağı
9-Farklı Kuşaklardaki Hemşirelerin İşten ve Meslekten Ayrılma Niyetleri ile Örgütsel ve Mesleki Bağlılıklarının İncelenmesi Mert-Haydari vd., (2016) <i>Kuşaklar, meslekten ayrılma niyeti, mesleki bağlılık, örgütsel bağlılık, işten ayrılma niyeti</i>	Nicel-Tanımlayıcı ve Kesitsel İzmir 3 hastane • <i>2 Eğitim ve Araştırma Hastanesi</i> • <i>1 Üniversite hastanesi</i> 790 hemşire KP: 11	İşten ve Meslekten Ayrılma Niyeti Örgütsel Bağlılık Ölçeği • <i>Duygusal bağlılık</i> • <i>Normatif bağlılık</i> • <i>Devam bağlılığı</i> Mesleki Bağlılık Ölçeği • <i>Duygusal bağlılık</i> • <i>Normatif bağlılık</i> • <i>Devam bağlılığı</i>	Kuşaklara göre hemşire oranları X kuşağı: 472 (%59,7); Y kuşağı: 318 (%40,3) Anlamli farklar İşten ayrılma niyeti: Y kuşağı>X kuşağı Meslekten ayrılma niyeti: Y kuşağı>X kuşağı Örgütsel Bağlılık Ölçeği alt boyutları: X kuşağı>Y kuşağı Mesleki Bağlılık Ölçeği Devam Bağlılığı Alt Boyutu: X kuşağı>Y kuşağı
10-Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin İş Yerinden Beklentilerinin Belirlenmesi Koç vd., (2015) <i>İşyeri beklentileri, Y kuşağı, Yeni mezun hemşireler</i>	Nicel-Tanımlayıcı 16 Üniversite 708 hemşirelik öğrencisi KP: 10	İş yerinden beklentilere ilişkin 26 soru	Anket sonuçları Mesleği istemeyerek seçenlerin (n=185), mesleği seçme nedeni (en sık): İş garantisi (%25,9) İş yerinden beklentiler (en sık): • Katılıyorum: Çalıştığım birimde çalışan sağlığı için güvenlik önlemlerinin alınmış olması (%92,4), • Kısmen Katılıyorum: Mağaza/market/kulüp/sosyal tesislerden indirim olanağı (%15,4), • Katılmıyorum: Çalışan sayısı eksikliği nedeniyle görev tanımları dışında işler yapmak zorunda kalmama (%4,1). İş yerinden beklentileri (önem sırasına göre): Adil ücret dağılımının olması, esnek çalışma saatlerinin uygulanması, yakın davranan-İlgilenen yöneticilerin bulunması, yönetimin etik davranması, kendileri için eğitim programlarının düzenlenmesi, yol gösterici programların yapılması, sosyal aktiviteler/etkinlikler düzenlenmesi, uzaktan çalışabilme olanağı sağlanması ve yerel mağazalardan indirim olanaklarının sağlanması.

TARTIŞMA

Bu sistemantik derlemenin bulguları değerlendirildiğinde çalışmaların çoğu Ege bölgesinde, Sağlık Bakanlığı Hastaneleri ile üniversitelerin hemşirelik bölümlerinde ve hemşire, öğrenci hemşire örnekleminde gerçekleşmiştir. Örnekleminde özel hastanelerde çalışan hemşirelere yer veren bir araştırma yoktur. Çoğu tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan çalışmaların ölçüm araçları genellikle araştırmacıların literatüre bağlı olarak oluşturdukları formlardır. Araştırmalarda en sık hemşirelerin tutumları, iş doyumları, örgütsel ve mesleki bağlılık düzeyleri ile işten ve meslekten ayrılma niyetlerine ilişkin bulguların yer aldığı görülmektedir. Çalışmalarda daha çok mesleki özelliklere odaklanılmıştır. Uluslararası literatürde de kuşaklararası hemşireliğin, çalışma ortamı (Stevanin, Gregori, ve Poletti, 2015), liderlik (Rudolph, Rauvola, ve Zacher, 2018), kariyer (MacDonnell ve Buck-McFadyen, 2016) ve işe bağlılık (Huber ve Schubert, 2019) gibi benzer konularla yapıldığı görülmektedir. Bu nedenle hemşirelikte kuşaklarda örgütsel ve yönetsel boyutla ilgili daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Büyükbayram ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Y kuşağı hemşirelerin ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik tutumları X kuşağına göre daha olumsuz olduğu ve buna karşın alkol madde bağımlısı bireylere yönelik tutumları ise daha olumlu olduğu görülmüştür (Büyükbayram vd., 2017). Karasu ve arkadaşlarının yaptığı farklı bir çalışmada ise Y kuşağı hemşirelerinin meslek dayanışması X kuşağı hemşirelerinden fazla çıkmıştır (Karasu vd., 2017). Işık ve arkadaşlarının çalışmasının sonucunda X kuşağındaki hemşirelerden mesleği yapmaktan memnun olanların, Y kuşağındaki hemşirelerden ise mesleği isteyerek seçenlerin çoğunlukta olduğunun üzerinde durulmuştur (Işık vd., 2018). Dursun ve arkadaşlarının yaptığı araştırmaya göre, “kuşaklara göre hemşirelerin iş doyumunu” puan ortalamaları en yüksek “Büyük Bebek Patlaması Kuşağı”ndaki hemşirelerde; en düşük puan ortalaması ise Y kuşağındaki hemşirelerde bulunmuştur. Ayrıca meslekten ayrılma niyeti en yüksek kuşak Y kuşağı (her gün ayrılmak istediklerini belirtmişlerdir) olarak raporlanmıştır (Dursun vd., 2019). Mert-Haydari ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada ise Y Kuşağı hemşirelerin işten ve meslekten ayrılma niyeti X kuşağından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ayrıca hemşirelerin kuşaklara göre örgütsel bağlılığın üç boyutuna ilişkin puanları incelendiğinde, X kuşağı hemşirelerin duygusal örgütsel bağlılığı (Mert-Haydari ve ark, 2016), Yılmaz-Esencan ve Özdil (2017) çalışmasında X kuşağının %32’sinin işi bırakmayı hiç düşünmediği, %48’inin ise yılda bir kez mesleği bırakmayı düşündüğü, %4’ünün her gün mesleğini bırakmayı düşündüğü, Y kuşağında ise, %38,3’ünün mesleğini asla bırakma niyetinde

olmadığı, % 7’sinin de her gün mesleğini bırakma niyetinde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca X Kuşağının %88’i mesleği sevdiği, %4’ü mesleği sevmediği, Y Kuşağının ise %67’sinin mesleği sevdiği, %12’sinin sevmediği ve %20,9’unun ise henüz bir kararı olmadığı belirlenmiştir (Yılmaz–Esencan ve Özdil 2017). Uluslararası literatürde ise Y, X ve baby boomers kuşaklarındaki hemşirelerin işe bağlılıklarının neredeyse hiç farklı olmadığını (Havens, Warshawsky, ve Vasey, 2013) belirten çalışmanın yanında, kuşaklar arası fark olduğunu belirten çalışma da bulunmaktadır (Huber ve Schubert, 2019). Baby boomers kuşağında iş etiğinin daha belirgin (Sherman, 2006), motivasyonun daha yüksek (Apostolidis ve Polifroni, 2006) olduğu; Y kuşağının iş yaşam dengesine daha önem verdiği (Jamieson, Kirk, ve Andrew, 2013) belirtilmektedir.

Bu sistemantik derleme kapsamında incelenen çalışmalarda hemşirelikte kuşaklara bakılacak olursa; sıklıkla hemşirelerin memnuniyet düzeyleri, iş doyumları, işten ve meslekten ayrılma niyetleriyle ilişkili olarak değerlendirildiği görülmektedir.

SONUÇ

Bu sistemantik derleme kapsamında ele alınan çalışmaların çoğunda X ve Y kuşağına mensup hemşire ve öğrenci hemşirelerle çalışılmıştır. Kuşaklar arasındaki memnuniyet düzeyleri, iş doyumları, işten ve meslekten ayrılma niyetlerinin farklılıklarına vurgu yapılmış ve kuşaklar arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Bu sonuçlardan yola çıkarak, gelecekte hemşirelikte kuşaklar konusunda yürütülecek çalışmalarda, özel hastaneleri, farklı coğrafi bölgeleri kapsayan ve sağlık bakım yöneticilerinin de örneklem dâhilinde ele alındığı çalışmaların planlanması önerilir.

Kısacası kuşakları ve kuşakları arasındaki farklılıkları bilmek, onları anlamak ve bu bilinçle onları yönetmek çalışma hayatında örgütsel ve yönetsel süreçleri geliştirmek açısından son derece önemlidir.

KAYNAKLAR

Apostolidis, B. M., Polifroni, E. C. (2006). Nurse work satisfaction and generational differences. *JONA: the Journal of Nursing Administration*, 36(11), 506–509.

Azak, A., Tamer, A., Savaş, B. (2018). Y kuşağı hemşirelik öğrencilerinin klinik çalışma ortamından beklentileri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 21-27.

Bencsik, A., Horváth-Csikós, G., Juhász, T. (2016). Y and Z generations at workplaces. *Journal of Competitiveness*, 8(3), 90-106.

Bilgiç, Ş., Özcanan, A., Altay, Z. (2017). Y kuşağı hemşirelik öğrencileri mobil telefonun anlamı: Nitel bir araştırma. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 7(3), 644-650.

- Büyükbayram, A., Baysan-Arabacı, L., Arabacıoğlu, İ., Ayyıldız, C., Acar, K. (2017). *Psikiyatri kliniğinde çalışan X ve Y kuşağındaki hemşirelerin alkol-madde bağımlılığı ve ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik tutumları. Bağımlılık Dergisi, 18(4), 122-134.*
- Çetin-Aydın, G., Başol, O. (2014). *X ve Y kuşağı: Çalışmanın anlamında bir değişme var mı? Elektronik Journal of Vocational Colleges, 4(4), 1-15.*
- Demirkaya, H., Akdemir, A., Karaman, E., Atan, Ö. (2015). *Kuşakların yönetim politikası beklentilerinin araştırılması. İşletme Araştırmaları Dergisi, 7(1), 186-204.*
- Dursun-Ergezen, F., Afşar, F., Karateke, Y., İnce, S. (2019). *Farklı kuşaklardaki hemşirelerin iş doyumunun belirlenmesi. ACU Sağlık Bilimleri Dergisi, 10 (4), 720-726.*
- Erden-Ayhün, S. (2013). *Kuşaklar arasındaki farklılıklar ve örgütsel yansımaları. Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi, 2(1), 93-112.*
- Havens, D. S., Warshawsky, N. E., Vasey, J. (2013). *RN work engagement in generational cohorts: The view from rural US hospitals. Journal of Nursing Management, 21(7), 927– 940.*
- Huber, P., Schubert, H. J. (2019). *Attitudes about work engagement of different generations—A cross-sectional study with nurses and supervisors. Journal of Nursing Management, 27(7), 1341-1350.*
- Işık, G., Egelioglu-Cetişli, N., Tokem, Y., Yılmaz, D., İlhan, A. (2018). *Hemşirelerin bireysel ve profesyonel değerlerinde kuşaklararası farklılıklar. HSP, 5(1), 72-80.*
- İzmirlioğlu, K. (2008) *Konumlandırmada kuşak analizi yardımıyla tüketici algılarının tespiti: Türk otomotiv sektöründe bir araştırma, Yüksek lisans tezi. Muğla Üniversitesi SBE, Muğla.*
- Jamieson, I., Kirk, R., Andrew, C. (2013). *Work-life balance: What generation Y nurses want. Nurse Leader, 11(3), 36–39.*
- Karasu, F., Aylaz, R., Dadük, S. (2017). *X ve Y kuşağı hemşirelerde meslek dayanışması ile iş doyumunu arasındaki ilişki. HSP, 4 (3), 180-189.*
- Koç, S., Bardak, A., Yılmaz, K. (2015). *Hemşirelik son sınıf öğrencilerinin iş yerinden beklentilerinin belirlenmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 11(3), 43-50.*
- MacDonnell, J. A., Buck-McFadyen, E. (2016). *How Activism Features in the Career Lives of Four Generations of Canadian Nurses. Policy, Politics, & Nursing Practice, 17(4), 218-230.*
- Mert-Haydari, S., Kocaman, G., Aluş-Tokat, M. (2016). *Farklı kuşaklardaki hemşirelerin işten ve meslekten ayrılma niyetleri ile örgütsel ve mesleki bağlılıklarının incelenmesi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 3(3), 119-131.*
- Polat Ş. (2018). *Farklı kuşaklardan hemşirelerle çalışmak ve hemşireleri yönetmek için ipuçları. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 5(1), 48-56.*
- Polit, D. F., Beck, C. T. (2009). *International differences in nursing research, 2005–2006. Journal of Nursing Scholarship, 41(1), 44-53.*
- Rudolph, C. W., Rauvola, R.S, Zacher, H. (2018). *Leadership and generations at work: A critical review. The Leadership Quarterly, 29(1), 44-57.*
- Sarioğlu, E., Özmen, D. (2017). *Determining sources of motivation for nurses of different generations in Turkey. Journal of Advances in Medicine and Medical Research, 23(5), 1-9.*
- Sherman, R. O. (2006). *Leading a multigenerational nursing workforce: Issues, challenges and strategies. The Online Journal of Issues in Nursing, 11(2), 3.*

Stevanin, S., Gregori, D., Poletti, P. (2015). *Generations of Italian nurses compared: an exploratory study. Professioni Infermieristiche*, 68(4), 211-218.

Şentürk, S., Karahan, B. (2019). *Y kuşağı stajyer öğrencilerin X kuşağı çalışan hemşirelere yönelik görüşleri: Kalitatif bir yaklaşım. MCBU-SBED*, 6(3), 160-168.

Taş, H. Y., Demirdöğmez, M., Küçüköğlü, M. (2017). *Geleceğimiz olan Z kuşağının çalışma hayatına muhtemel etkileri. OPUS-Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 7(13), 1031-1048.

TDK. (2019). 16 Aralık 2019’da, <https://sozluk.gov.tr/?kelime=kuşak>, adresinden erişildi.



Torun, Y., Çetin, C. (2015). *Örgütsel sinizmin kuşaklar bazında değerlendirilmesi: Kuşaklara göre örgütsel sinizmin hedefinde ne var? İş ve İnsan Dergisi*, 2(2), 137-146.

Wardhono, A. (2018). *Connecting generations through technology and education. Prosing SNasPPM*, 3(1), 1-7.

Yılmaz-Esencan, T., Özdil, H. (2017). *X ve Y kuşağındaki hemşirelerin mesleki bağlılıklarının değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3), 91-104.

YENİDOĞANLARDA İLAÇ UYGULAMA HATALARINDA HEMŞİRENİN SORUMLULUĞU

Nurse's Responsibility for Drug Administration Errors in Newborn

Fatma TAŞ ARSLAN¹  Sevinç AKKOYUN² 
¹Selçuk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Konya
²Ereğli Devlet Hastanesi, Konya

Geliş Tarihi / Received: 21.04.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 05.10.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ÖZ

Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri oldukça karmaşık ve yoğun birimlerdir. Çoğunlukla bu ünitelerde prematüre bebekler gibi yüksek riskli bebekler yatmakta olup, yatış süreleri de oldukça uzundur. Yatış süresi içinde birçok tıbbi tedaviye maruz kalmaktadırlar. Yenidoğanlarda çeşitli ilaçların kullanılması, ilaç hazırlama ve uygulama şekillerinin farklı olması, yenidoğan ünitelerinin oldukça yoğun olması gibi sebepler yenidoğan hemşirelerinin ilaç uygulama hatası yapmasına sebep olmaktadır. İlaç uygulama hatası, sağlık profesyoneli veya hastanın uygunsuz ilaç kullanımına veya hastanın zarar görmesine neden olabilecek herhangi bir önlenilebilir olaydır. Yenidoğan hastalarda en fazla bildirilen ilaç uygulama hatası tipi yanlış doz uygulanmasıdır. Profesyonel hemşirelik rolleri doğrultusunda hekim tarafından istem edilen ilaç sorgulanmalı ve gerekli ise tekrar teyit edilmelidir. Hemşirelerin ilaç uygulama hatası ile ilgili yasa, yönetmelik ve sorumluluklarını bilmeleri gereklidir.

Anahtar kelimeler: Hemşire, İlaç Hataları, İlaç Uygulama Hataları, Yenidoğan

ABSTRACT

Neonatal Intensive Care Units are quite complex and intensive units. Mostly, high-risk newborns such as premature babies are hospitalized in these units and the length of stay is also quite long. They are exposed to many medical treatments during their hospitalization. The reasons as the use of various medicines in newborn, different drug preparation and administration methods and the high density of neonatal units, cause neonatal nurses to make drug administration errors. Drug administration error is any preventable event that could result in improper medication use of healthcare professional or patient, or harm of the patient. The most frequently reported drug administration error type in newborn patients is wrong dosage administration. In line with professional nursing roles, the drug requested by the physician should be questioned and, if necessary, should be confirmed again. Nurses are required to know the laws, regulations and responsibilities related to drug administration error.

Keywords: Drug Administration Error, Medication Errors, Newborn, Nurse

GİRİŞ

Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri (YYBÜ), medikal veya cerrahi problemleri olan, sürekli bakım ve invaziv girişimler gerektiren prematüre ve term yenidoğanların izlendiği ünitelerdir (Dündar, Bayat, ve Erdem, 2011; Ovalı ve Dağoğlu, 2007). YYBÜ'ne çoğunlukla prematüre ve riskli bebekler yatmaktadır (Ovalı ve Dağoğlu, 2007). Prematüre ve riskli bebekler genellikle YYBÜ'nde uzun süre tedavi edilmektedirler (Erdeve, Atasay, Arsan, ve Türmen, 2008; Fowlie ve McHaffie, 2004; Jackson, Ternstedt, Magnuson, ve Schollin, 2006). Yenidoğan bebeklere yatış süreci içerisinde birçok tıbbi tedavi uygulanmaktadır.

Hastaların tedavisinde ilk ve temel olan ilke hastaya zarar vermemektir. Sağlık alanında kullanılan teknolojinin gelişmesi, sağlık gereksinim ve ihtiyaçlarının artması gibi durumlar da hatalarının artmasına yol açabilmektedir (Gök ve Yıldırım Sarı, 2016). İlaç hataları, tıbbi hatalar içerisinde oldukça önemli bir boyutta yer almaktadır (Mattei ve Gillespie, 2013). İlaç hatalarına neden olan birçok faktör bulunmaktadır (Mattei ve Gillespie, 2013; Orgeas vd., 2012). Yenidoğan bebeklerin fizyolojik özelliklerinin farklı olması, ilaç dozlarının küçük olması, ilaçların birden fazla seyreltilmesi, yenidoğana yönelik ilaç sayısının sınırlı olması, YYBÜ'de ilaç istemi, dağıtımı ve uygulama sürecinin karmaşık olması, yenidoğanın tedavide işbirliği yapamaması ve YYBÜ'nin karmaşık ve değişken yapısı gibi nedenler yenidoğanlarda ilaç uygulama hatalarının olmasına sebep olmaktadır (Bertsche vd., 2010; Temizsoy, 2018; Woo, Kim, Chung, ve Park, 2015; Yamantürk Çelik ve Eroğlu, 2007; Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Eğitim Programı Kitabı, 2012).

İlaç uygulama hatalarının bildirilmesi ve raporlanması hataların azalmasını sağlamaktadır (Seren İntepeler ve Dursun, 2012). Ancak ilaç uygulama hatalarının bildirilmesinde ve raporlanmasında eksiklikler mevcuttur (Uçar vd., 2013). İlaç uygulama hatalarının bildirilmesinde ilacı uygulayan hemşireler kilit konumdadır. Ancak ilaç uygulama hatalarını hemşireler; ceza alma, işten çıkarılma, dava açılma, eleştirilme kaygısı ve bildirim yapılması süresinde yaşanan zorluklar gibi nedenlerle bildirmemektedirler (Bakr ve Atalla, 2012; Seren İntepeler ve Dursun, 2012; Yılmaz, 2009). Hemşirelerin ilaç uygulama hatası yapmasına sebep olan durumlar ise kliniklerde çalışma yüklerinin fazla olması, hemşire sayısının az olması, stres ve yorgunluk olarak sayılabilir (Özata ve Altuncan, 2010). İlaç uygulama hatalarından doğan zarar, yenidoğan ve çocuk hastaları erişkin hasta grubundan daha fazla olumsuz etkilemektedir (Gök ve Yıldırım Sarı, 2016).

Yapılan çalışmalarda yenidoğan ve çocuklarda ilaç uygulama hatalarının erişkin hastalardan daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Stratton, Blegen, Pepper, ve Vaughn, 2004;

Törüner ve Erdemir, 2010; Woo vd., 2015). Çalışmalarda ilaç uygulama hatalarının en çok hekim ve hemşirelerin sorumlu olduğu istemin yapılması (reçete yazma, order) ve uygulama aşamalarında olduğu görülmektedir (Koumpagioti, Varounis, Kletsiou, Nteli, ve Matziou, 2014; Stavroudis vd., 2010). Hemşirelerin ilaçları uygulama sürecinde sekiz doğru ilkeyi kullanmaları ve ilaçlar hakkında bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Hemşirelerin ilaç hatalarında yasalar karşısında kendilerini koruyabilmeleri için yasal süreci ve yönetmeliği bilmeleri oldukça önemlidir. Ülkemizde hemşirelik yönetmeliğinde hemşirelerin ilaç uygulama, etki, yan etki ve gözlemlenmesi gibi girişimler belirtilmiştir (Resmi gazete, 2011b).

Yenidoğanlarda İlaç Uygulamaları ve Özellikleri

Yenidoğanlarda ilaç uygulamaları çocuk ve erişkin hastalara benzemekte ancak önemli farklılıkları vardır (Temizsoy, 2018). Yenidoğanlarda ilaç uygulama ve kullanımı en zor uygulamalar arasında yer almaktadır (Yamantürk Çelik ve Eroğlu, 2007). Yenidoğanlarda kullanılan ilaçlar hakkında bilgilerin artmasına karşın ilaçların hazırlanması ve uygulanması işlemleri erişkin hastalara göre oldukça karmaşıktır. Yenidoğanlarda kullanılan dozların çok küçük olması ve yenidoğana özgü ilaç sayısının az olması ilaç hazırlamada zorluk oluşturmaktadır (Temizsoy, 2018; Yamantürk Çelik ve Eroğlu, 2007). Ayrıca yenidoğanın kilosu ve gebelik yaşına göre farmakokinetik ve farmakodinamik üzerine araştırma eksikliği, çok sayıda hesaplama ve seyreltme ile tedavilerin karmaşıklığı daha da artmaktadır (Santesteban, Arenas, ve Campino, 2015).

Yenidoğanlarda ilaç uygulamada farklılıkların sebepleri;

- Vücut sistemlerinin immatür olması
- Vücut hacminin geniş olması
- Fizyolojisinin sürekli değişmesi
- İlaçların farmakokinetik etkilerinin değişken olması
- Vücutta emilme, dağılma, metabolizma ve atılım aşamalarının farklılık göstermesi
- Bebeklerin bireysel farklılıklarının (gestasyon haftası, hastalık durumu, bakım düzeyi gibi) olması olarak sayılabilir (Çavuşoğlu, 2019; Temizsoy, 2018; Yamantürk Çelik ve Eroğlu, 2007).

Yenidoğanlarda ilaç dozları bebeğin kilosu veya vücut yüzey alanına göre hesaplanmaktadır (Çavuşoğlu, 2019; Temizsoy, 2018). Prematüre ve yenidoğanlarda vücut yüzey alanının büyük olması sebebiyle vücut yüzey alanına göre hesaplanma çoğunlukla

kullanılmamaktadır (Çavuşoğlu, 2019). Ayrıca yenidoğanlarda ilaç dozlarında kullanılan birimlerin çok küçük olmasından dolayı yenidoğan hemşirelerinin ağırlık, hacim ve uzunluk birimlerine de hâkim olmaları gerekmektedir. Yenidoğanların sözel ifadeleri olmadığından dolayı; taşikardi, oksijen satürasyonunda düşme, apne, ajitasyon vb. komplikasyonların yenidoğan hemşiresi tarafından fark edilmesi oldukça önemlidir. Ancak bu sayede komplikasyonlar önenebilir (Temizsoy, 2018).

Yenidoğanlarda İlaç Uygulama Hataları

Sağlık bakım hizmetlerinde yer alan tıbbi hatalar; ilaç hataları, cerrahi hatalar, laboratuvar hataları ve diğer hatalar olarak gruplandırılabilir (Işık, Akbolat, Çetin, ve Çimen, 2012; SKS Hastane, 2016). Tıbbi hatalar arasında en sık görülen hata tipi, ilaç hatasıdır (Aygin ve Cengiz, 2011). İlaç hatası, sağlık profesyoneli veya hastanın uygunsuz ilaç kullanımına veya hastanın zarar görmesine neden olabilecek veya önenebilecek herhangi bir önenebilir olaydır. Bu tür olaylar; ilaç istemi yapılması (reçete yazma, order), ürün etiketleme, paketleme ve isimlendirme, birleştirme, dağıtım, yönetim, eğitim, izleme ve kullanım dâhil olmak üzere profesyonel uygulama, sağlık ürünleri, prosedürler ve sistemler ile ilgili olabilir (Aygin ve Cengiz, 2011; NCC MERP, 2020; Stucky, 2003; Törüner ve Erdemir, 2010; Uzun ve Arslan, 2008). İlaçların güvenilir şekilde kullanılmasında hasta, hemşire, hekim ve eczacı arasında iletişim ve işbirliği sağlanmalıdır. Bu sebepten dolayı ilaç uygulama ve hataları multidisipliner bir süreçtir (Işık vd., 2012; Uzun ve Arslan, 2008). İlaç kullanımında ilk sorumluluk hekimde olmasına karşın ilaca ilişkin bilgi ve kullanımında eczacı, hemşire ve diğer sağlık personellerinin de rolü bulunmaktadır (Erdil, 2009; Pirinçci ve Bozan, 2016).

İlacın hastaya uygulanma süreci 4 aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalar; ilacın istem yapılması (klinik ortamda), istemin alınması (transcription), hazırlanması ve uygulanmasıdır. İstem aşamasındaki hatalardan hekim sorumludur. İlaç uygulama hataları en fazla istemin verilmesi sırasında ortaya çıkmaktadır. İstem aşamasında ilaç hataları en sık yanlış doz, yanlış ilaç, yanlış yol, yanlış hasta ve yanlış sıklıkta olmaktadır (Törüner ve Erdemir, 2010; Uzun ve Arslan, 2008). İlacı hazırlama ve uygulama; yatan hastalarda hemşirelerin sorumluluğundadır (Şahingöz ve Balcı, 2013; Uzun ve Arslan, 2008). Diğer en sık karşılaşılan ilaç hatası uygulamadan kaynaklı hatadır. İlaç uygulama hataları; yanlış yol, yanlış doz, yanlış zaman, yanlış ilaç, yanlış hasta, ilacın atlanması, doz tekrarı yapılması, ilacın yanlış hızla verilmesi, infüzyon pompalarının yanlış ayarlanması, ilacın iki kere kontrol edilmemesi ve uygulanan ilacın kayıt edilmemesi, uygulanan ilacın etkisinin gözlenmemesi, ilacın yan etkilerine karşı

gerekli müdahalenin yapılmaması ve ilacın uygun şekilde muhafaza edilmemesi olarak sayılabilir. Bunların içinden ilaç uygulaması sırasında en fazla yapılan hatalar ise yanlış doz, ilacın atlanması ve yanlış uygulama hızıdır (Gündoğmuş, Özkara, ve Mete, 2004; Işık vd., 2012; Törüner ve Erdemir, 2010; Uzun ve Arslan, 2008).

İlaç uygulamasında yapılan hatalar son yıllarda büyüyen bir sorun haline gelmeye başlamıştır (Bayar ve Kılıçarslan Törüner, 2019). İlaç isteminin her aşamasında (istemin alınması, hazırlanması, uygulanması vb.) ve ilacın güvenlik ölçüleri içinde verilmesinde hemşirenin sorumluluğu ve rolü oldukça büyüktür (Avşar ve Çiftçi, 2014; Çavuşoğlu, 2019; Şahingöz ve Balcı, 2013; Uzun ve Arslan, 2008). Hemşireler ilacı hekimin istemine göre uygulamakla yükümlüdür (Aştı ve Acaroğlu, 2000; Şahingöz ve Balcı, 2013). İlaçların hazırlanması ve uygulanmasında hastanın güvenliğinin sağlanması ilk ve temel noktadır. İlaç uygulama sonrasında meydana gelen bir olumsuzlukta hastayı ilk gözlemleyen, değerlendiren ve hekime bilgi veren hemşiredir. Hastayı ilk gözlemleyen hemşire olduğu için uygulanan ilacın etkisini, yan etkisini, uygulama şeklini, diğer ilaçlarla veya besinlerle etkileşimini bilmeli ve ilacı sekiz doğru ilkeye (doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru çocuk, doğru zaman, doğru yaklaşım, doğru bilgilendirme, doğru kayıt) göre uygulamalıdır. Ayrıca hemşireler ilaç kullanımı ve uygulamasında oldukça akılcı olmalıdırlar (Çavuşoğlu, 2019; Erdil, 2009; Pirinçci ve Bozan, 2016; Şahingöz ve Balcı, 2013; Temizsoy, 2018). Bu nedenle hemşirelik eğitiminde ilaç uygulamalarının önemi anlatılmaktadır (Uzun ve Arslan, 2008).

Hemşirenin rolü sadece ilaçların hekim isteminde yazıldığı gibi uygulanması değildir. Profesyonel sorumluluğu ilacı uygulamanın çok daha ötesindedir. Hemşirenin profesyonel sorumlulukları arasında; farmakolojiye hâkim olma, ilaçları güvenli uygulama, ilaçların endikasyonunu ve kontrendikasyonlarını bilme, ilaçların diğer ilaç ve besinler etkileşimini bilme ve ilaç hakkında hastaya eğitim verme yer almaktadır (Aştı ve Kıvanç, 2003; Avşar ve Çiftçi, 2014; Erdil, 2009). Hemşire ilacı uygulamadan önce ilacın istem nedenini, endikasyonunu ve doğru dozunu mutlaka bilmelidir. Bu durum yanlış ilaç uygulamasını da engellemektedir (Erdil, 2009; Pirinçci ve Bozan, 2016).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde “Sağlık Kalite Standartları-Hastane”de ilaç yönetimi hakkında bilgiler yer almaktadır. İlaç uygulaması bölümünde “İlaç uygulaması sırasında; hastanın kimliği, ilacın adı ve dozu ile uygulama şekli, zamanı ve süresi uygulamayı yapan kişi tarafından doğrulanmalı, doğrulamanın nasıl yapılacağı kurum tarafından tanımlanmalıdır” bilgisi yer almaktadır (Sağlıkta Kalite Standartları Hastane (SKS), 2016). Ayrıca Sağlık Bakanlığı tarafından SKS- Hastane ile uyumlu olarak İlaç Güvenliği Rehberi yayınlanmıştır (İlaç Güvenliği Rehberi, 2015). Bu rehberde Sık

Karşılaşılan İlaç Güvenliği Hataları kısmında ilaç güvenliği hatalarının zarar oranı yer almaktadır. Buna göre ilaçların uygulanması ve hekimin ilaç istemi hataları oldukça büyük zararlara sebebiyet verebilmektedir. İlaç Güvenliği Rehberi'nde hata kaynakları da belirlenmiştir. Tedavi amacıyla yapılan ilaç istemlerinde karşılaşılan sorunlarda yanlış ilaç, doz, farmasötik form, uygulama yolu, kontrendike ilaç istemi, ilaç adlarında kısaltma kullanılması ve okunaklı olmayan el yazısı gibi hatalar olduğu görülmektedir. Yapılan ilaç istemlerinde karşılaşılan sorunlar; yanlış doz (%41), yanlış ilaç (%16), yanlış yol (%16) ve diğer sebepler (%27) olduğu görülmektedir (İlaç Güvenliği Rehberi, 2015).

Yenidoğanlarda ilaç uygulanmadan önce ilacın dozunun bebeğin ağırlığı veya vücut yüzey alanına göre doğru olup olmadığı teyit edilmelidir (Çavuşoğlu, 2019). Çünkü yenidoğanlarda en fazla bildirilen ilaç hatası yanlış doz uygulanmasıdır. Yenidoğanlarda ilaç dozunun bebeğin ağırlığına veya vücut yüzey alanına (metrekare) göre hesaplanması yanlışlık yapılma olasılığını arttırabilmektedir. Yenidoğanlarda özellikle prematüre bebeklerde yüksek dozda ilaç uygulanması vücuttan metabolize edilmesini ve atılmasını etkileyebilir. Ayrıca yenidoğanların ilacın yan etkilerini sözel olarak ifade edememeleri de ilaç hatalarında risk altında olma durumunu arttırabilmektedir (Törüner ve Erdemir, 2010). Yenidoğanlara verilen ilaç dozundaki küçük bir hata, erişkin hastaya kıyasla daha büyük zarar verme riskine sahiptir (Medication Errors, 2016). Yenidoğan ve çocuk hastalar yanlış tedavi uygulamaları ile daha çok karşılaşmaktadırlar (Gündoğmuş vd., 2004; Işık vd., 2012; Uzun ve Arslan, 2008). Yenidoğanlarda küçük ilaç hatalarının bile ciddi sonuçları olabilmektedir (Chedoe, Molendij, Hospes, Van den Heuvel, ve Taxis, 2012). Yenidoğanlarda ilaç hatalarını engellemek için yenidoğan kliniklerinde ilaç uygulama rehberi kullanılmalıdır (Çavuşoğlu, 2019).

Yenidoğan hastalarda ilaç uygulama hataları üzerine yeterli sayıda çalışma mevcut değildir (Santesteban vd., 2015). Yanlış ilaç ve yanlış doza (özellikle fazla doz) bağlı hatalar özellikle yenidoğanlarda yaygın olup uygulama hatalarının %47'si fazla dozdan (en az on kat) kaynaklandığı bildirilmektedir (Krzyzaniak ve Bajorek, 2016). İngiltere'de yapılan bir çalışmada YYBÜ'lerinde ilaç uygulama hata oranlarının yaklaşık %15 olduğunu bildirilmiştir (Ghaleb, Barber, Franklin, ve Wong, 2010). Jain ve arkadaşları çocuk acil servis ve YYBÜ'lerindeki ilaç yazma hatalarını inceledikleri çalışmada, ilaç hatalarını "zararın meydana gelip gelmediğine veya zarar verme potansiyelinin mevcut olup olmadığına bakılmaksızın bir ilacı istem etme, kaydetme, hazırlama, uygulama veya izleme sürecinde meydana gelen herhangi bir önlenemez olay" olarak tanımlanmış ve YYBÜ'nde ilaç hata oranını %70 (27/38) olarak bulmuştur (Jain, Basu, ve Parmar, 2009). Stavroudis ve arkadaşları YYBÜ'nde ilaç hatalarında risk profilini tanımlamak amacı ile yaptıkları

çalışmada hata nedenlerini; %68,4 insan faktörü, %14,4 iletişimsizlik, %6,7 ekipman ve ilaç uygulama cihazları olarak belirlemişlerdir (Stavroudis vd., 2010). Chedoe ve arkadaşları eğitim müdahalesinin YYBÜ’ünde ilaç hazırlama ve uygulama hataları insidansı üzerindeki etkisini incelendiği çalışmada hata insidans oranlarının düştüğü (%49’dan %31’e) gözlemlenmiştir (Chedoe vd., 2012). EL Meneza ve arkadaşları YYBÜ’nde ilaç hatalarının sıklığını belirlemek, ilaç hatalarını ve risk profilini tanımlamak amacı ile yaptıkları çalışmada 649 yenidoğan bebek dâhil edilmiş ve ilaç hata oranını %40,8 (265) olarak bulunmuştur (ELMeneza, Habib, ve Mohamed, 2018). İlaç istemi ve istemin alınması aşamasındaki hatalar en sık görülen hatalar olarak bulunmuştur. Reçete hatalarında ise en yaygın görülen hata yanlış dozaj formu olarak bulunmuştur (ELMeneza vd., 2018). Eslami ve arkadaşları yaptıkları çalışmada 155 yenidoğanın %74,8’inde (116 yenidoğan) en az bir kez ilaç hatası yapıldığı belirlenmiştir (Eslami, Aletayeb, Aletayeb, Kouti, ve Hardani, 2019). Yapılan ilaç hatalarından en sık görülen hatalar; reçete aşamasında hekimler tarafından yanlış doz istemi (142 hata; %28) istemi ve uygulama aşamasında hemşire tarafından ilacın verilmemesi (146 hata; %29) olarak bulunmuştur (Eslami vd., 2019).

İlaç Uygulama Hataları İle İlgili Yasa ve Yönetmelikler

İlaçlar, hatalı kullanımlarında önemli sağlık sorunlarına ve hatta ölümlere yol açabilmektedirler (Aştı ve Acaroğlu, 2000). Hemşirelerin ilaç uygulamalarında etik ve yasal sorumlulukları vardır. Hemşire bir ilacı uygularken sorumluluğunu bilmeli üstlenmelidir (Avşar ve Çiftçi, 2014; Taylor, Lamone, Lillis, ve Lynn, 2011). Hemşire, sağlık bakım hizmetleri içerisinde bağımsız, yarı bağımlı ve bağımlı rollerini uygulamaktadır (Aştı ve Kıvanç, 2003). Bu alanda hemşirenin rol ve sorumlulukları son yıllarda artmakta ve değişmektedir. İlaç uygulama hataları gibi girişimler hemşireleri zor durumda bırakabilmekte ve yasalar önünde suçlu duruma düşürebilmektedir (Aştı ve Acaroğlu, 2000; Uzun ve Arslan, 2008). Bu nedenle hemşirelerin yasalar karşısında kendilerini korumaları için hata alanlarını ve sonuçlarını bilmeleri önemli bir konudur (Brady, Malone, ve Fleming, 2009; Cebeci, 2010; Cebeci, Gürsoy, ve Tekingündüz, 2012). Hemşirenin görev yetki ve sorumlulukları “*Hemşirelik Kanunu*” (2/5/2007 tarih ve 26510 sayılı Resmi Gazete) ve “*Hemşirelik Yönetmeliği*” (19/04/2011 tarih ve 27910 sayılı Resmi Gazete) ile belirlenmiştir (Resmi gazete, 2007; Resmi gazete, 2011b). “*Hemşirelik Yönetmeliği*”nde çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği, yenidoğan hemşiresi ve yoğun bakım hemşiresinin ilaç uygulamaları ile ilgili tanımlanan görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir:

“Pediatri Hemşiresi;

Tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılma:

-Sekiz doğru ilkesine göre ilaç uygulamalarını yapar, ilaçların etkisi ve yan etkisi yönünden gözler, istenmeyen bir etki görüldüğünde uygun girişimlerde bulunur.

-Oral-parenteral ilaçları, kan ve sıvı infüzyonlarını ve harici ilaç uygulamalarını yapar.

Yenidoğan Hemşiresi;

Tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılma:

-İlaç uygulamalarını yapar, ilaçların etkisi ve yan etkisi yönünden gözler, istenmeyen bir etki görüldüğünde uygun girişimlerde bulunur.

Yoğun Bakım Hemşiresi;

Tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılma:

-Her yaş grubuna özgü uygulanması gereken ilaç çeşitlerini, farklı dozlarını ve olabilecek yan etkilerini bilir; ilaç uygulamaları ve ilaç güvenliği ilkelerine bağlı kalarak, hekim istemine göre hastaya enteral, parenteral ve haricen verilecek ilaçları verir; uygulanan ilaç ve tedavilerin etki ve yan etkilerini, hastanın tedavi ve bakıma verdiği yanıtları gözler, kaydeder ve gerektiğinde ilgililere rapor eder” (Resmi gazete, 2011b).

Ayrıca “Hemşirelik Yönetmeliği”nde hemşirelik girişimleri “hemşirelik kararı ile uygulanır”, “hekim kararı ile uygulanır” ve “hekim ile birlikte yapar” olarak belirlenmiştir (Resmi gazete, 2011b). İlaç yönetiminde;

“Hemşire kararı ile uygulanır; “önerilen ilaçla ilgili eğitim”, “sedasyonda olan uyanık (bilinçli) hastanın izlenmesi”

Hemşire ve hekim kararı ile uygulanır; “aşı uygulama/bağışıklama”, “kemoterapi yönetimi (hazırlık, uygulama, izlenmesi, hasta eğitimi)”, “venöz yol açıklığının sürdürülmesi”

Hekim kararı ile uygulanır; “analjezik ilaçların uygulanması”, “oral yolla ilaç uygulama, buruna, göze, kulağa, subkutan (SC), intradermal, intravenöz (IV), intramüsküler (IM) yolla, deriye ilaç uygulama”, “enteral tüp yolu ile ilaç uygulama”, “inhalasyon yoluyla ilaç uygulama”

Hekim ile birlikte yapar; “serebral ventrikül içine ilaç uygulamaya katılım”, “intraplevral ilaç uygulamaya katılım”, “intraspinal ilaç uygulamaya katılım”, “kemik içine ilaç uygulamaya katılım” olarak belirtilmiştir” (Resmi gazete, 2011b).

“Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” de (06/04/2011 tarih ve 27897 sayılı Resmi Gazete) yer alan 6. madde hasta güvenliği uygulamaları ile ilgilidir. Yönetmelikte sağlık kurumlarında; “hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması, hastaya uygulanacak girişimsel işlemler için hastanın rızasının alınması, sağlık hizmeti

sunumunda iletişim güvenliğinin sağlanması, ilaç güvenliğinin sağlanması, kan ve kan ürünlerinin transfüzyon güvenliğinin sağlanması, cerrahi güvenliğin sağlanması, hasta düşmelerinin önlenmesi, radyasyon güvenliğinin sağlanması, engelli hastalara yönelik düzenlemelerin yapılması konusunda sağlık kuruluşlarının gerekli tedbirleri alması ve düzenlemeleri yapar” olarak belirtilmiştir. Aynı yönetmelikte Madde 8/d-1’de ise “*Güvenlik raporlama sisteminin kurulması”* belirtilmiştir (Resmi gazete, 2011a).

Türk Ceza Kanunu’nun (T.C.K.) 4. Maddesi “*Madde 4- (1) Ceza kanunlarını bilmemek mazeret sayılmaz”* şeklindedir (Türk Ceza Kanunu, 2004). Bu nedenle hemşireler hemşirelik yasası, ilgili yasalar ve yönetmelikleri bilmek zorundadır (Aştı ve Acaroğlu, 2000). Ülkemizde yanlış tedavi uygulama davaları özel hukuk ve ceza hukukuna uygun olarak yargılanmaktadır. Sağlık çalışanlarının ceza sorumluluğunun belirlenmesinde T.C.K.’nin 455. ve 459. maddeleri kullanılır. 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu’nun (TCK) 4, 20, 21, 22, 85, 89, 98, 205, 257, 280 ve 281. maddeleri yenidoğan hemşiresini yakından ilgilendiren maddeler içermektedir (Türk Ceza Kanunu, 2004). Yasalar, hemşirenin hekim isteminde istenilen tedaviyi uygulamasını ve uyguladığı ilaçla ilgili gerekli bilgilere sahip olması gerektiğini belirtir (Gündoğmuş vd., 2004; Işık vd., 2012; Uzun ve Arslan, 2008).

Hemşirelikte malpraktis ise; “*kötü hemşirelik uygulaması sonucu hastanın zarar görmesi”* olarak tanımlanabilir. Yenidoğanda ilaç uygulamaları malpraktis açısından en riskli ve önemli alanlardandır. Malpraktis davalarında, “*meslekte yeterlilik”* kuralları önem kazanmaktadır. Yenidoğan hemşiresi, farmakoloji bilgisi ile istem edilen ilacın dozu, yolu ya da kendisinin hatalı olduğuna ilişkin bir düşüncesi var ise ilacın doğruluğundan emin olmadan ilacı uygulamamalıdır. Yasalar incelendiğinde yenidoğan hemşiresinin ilacı istem edildiği şekilde uygulaması ve uyguladığı ilaçla ilgili farmakolojik bilgilere sahip olması gerektiği görülmektedir (Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Eğitim Programı Kitabı, 2012).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yenidoğanlarda ilaç hazırlama ve uygulama diğer yaş grubundaki hastalara göre daha farklıdır. Bu durum ilaç uygulamada hata oranının artmasına sebep olmaktadır. Hata oranlarının belirlenmesi için yapılan hataların bildirilmesi oldukça önemlidir. Hemşirelerin ilaç hatası durumunda bu konu ile ilgili yasa ve yönetmeliği bilmeleri gerekmektedir. Yasa ve yönetmeliği bilip ona göre davranmaları hem hata oranlarını azaltmada hem de hata yapma durumunda bildirim yapmalarına katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- Aştı, T., Acaroğlu, R. (2000). Hemşirelikte sık karşılaşılan hatalı uygulamalar. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(2), 22-27.
- Aştı, T., Kıvanç, M. (2003). Ağız yolu ile ilaç verilmesine ilişkin hemşirelerin bilgi ve uygulamaları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(3), 1-9.
- Avşar, G., Çiftçi, B. (2014). Hemşirelerin oral ilaç tedavileri ile ilgili bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, 3(2), 710-722.
- Aygin, D., Cengiz, H. (2011). İlaç uygulama hataları ve hemşirenin sorumluluğu. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(3), 110-114.
- Bakr, M. M., Atalla, H. R. (2012). Medications errors, causes, and reporting behaviors as perceived by nurses. *J Pharm Biomed Sci*, 19(17), 1-7.
- Bayar, E., Kılıçarslan Törüner, E. (2019). Yenidoğanlarda ilaç uygulama hataları ve hemşirelik girişimleri. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing*, 6(3), 205-211.
- Bertsche, T., Bertsche, A., Krieg, E., Kunz, N., Bergmann, K., Hanke, G., . . . Haefeli, W. (2010). Prospective pilot intervention study to prevent medication errors in drugs administered to children by mouth or gastric tube: a programme for nurses, physicians and parents. *Qual Saf Health Care*, 19(5), 26-26.
- Brady, A. M., Malone, A. M., Fleming, S. (2009). A literature review of the individual and systems factors that contribute to medication errors in nursing practice. *Journal of nursing management*, 17(6), 679-697.
- Cebeci, F. (2010). Hasta güvenliğinde acil hemşirelerinin rolü. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 2(1), 57-63.
- Cebeci, F., Gürsoy, E., Tekingündüz, S. (2012). Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(3), 188-196.
- Chedoe, I., Molendij, H., Hospes, W., Van den Heuvel, E. R., Taxis, K. (2012). The effect of a multifaceted educational intervention on medication preparation and administration errors in neonatal intensive care. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, 97(6), 449-455.
- Çavuşoğlu, H. (2019). Çocuk sağlığı hemşireliği Ankara: Sistem Ofset, 251-265.
- Dündar, S., Bayat, M., Erdem, E. (2011). Yenidoğan ünitelerinin düzeyleri ve organizasyonu. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(2), 137-142.
- EL Meneza, S., Habib, A., Mohamed, R. (2018). Analysis and identifying risk profile for medication errors in the neonatal intensive care units. *EC Paediatr*, 7(7), 669-684.
- Erdeve, Ö., Atasay, B., Arsan, S., Türmen, T. (2008). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış deneyiminin aile ve prematüre bebek üzerine etkileri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51(2), 104-109.
- Erdil, F. (2009). Yaşlıların ilaç kullanımında eczacı-hemşire işbirliğinin önemi. *Geriatrici, yaşlı sağlığına multidisipliner yaklaşımı. Türk Eczacılar Birliği Eczacılık Akademisi Yayını, Ankara*, 91-96.
- Eslami, K., Aletayeb, F., Aletayeb, S. M., H., Kouti, L., Hardani, A. K. (2019). Identifying medication errors in neonatal intensive care units: a two-center study. *BMC pediatrics*, 19(1), 365.
- Fowlie, P. W., McHaffie, H. (2004). Supporting parents in the neonatal unit. *Bmj*, 329(7478), 1336-1338.
- Ghaleb, M. A., Barber, N., Franklin, B. D., Wong, I. C. K. (2010). The incidence and nature of prescribing and medication administration errors in paediatric inpatients. *Archives of disease in childhood*, 95(2), 113-118.

- Gök, D., Yıldırım Sarı, H. (2016). *Pediyatriye ilaç hataları ve hata bildirim.*, İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast Dergisi, 6(3), 165-173.
- Gündoğmuş, Ü. N., Özkara, E., Mete, S. (2004). *Nursing and midwifery malpractice in Turkey based on the higher health council records.* Nursing Ethics, 11(5), 489-499.
- İlaç Güvenliği Rehberi 2015. 29 Ekim 2019 tarihinde file:///C:/Users/User/Desktop/seminerler/SEM%C4%B0NER-%C4%B0la%C3%A7%20uygulamalar%C4%B1/kaynaklar/3482,ilacguvenligirehberi24072015pdf.pdf adresinden erişildi.
- Işık, O., Akbolat, M., Çetin, M., Çimen, M. (2012). *Hemşirelerin bakış açısıyla tıbbi hataların değerlendirilmesi.* TAF Preventive Medicine Bulletin, 11(4), 421-430.
- Jackson, K., Ternstedt, B. M., Magnuson, A., Schollin, J. (2006). *Quality of care of the preterm infant-the parent and nurse perspective.* Acta Paediatrica, 95(1), 29-37.
- Jain, S., Basu, S., Parmar, V. R. (2009). *Medication errors in neonates admitted in intensive care unit and emergency department.* Indian journal of medical sciences, 63(4), 145-151.
- Koumpagiotti, D., Varounis, C., Kleisiou, E., Nteli, C., Matziou, V. (2014). *Evaluation of the medication process in pediatric patients: a meta-analysis.* Jornal de Pediatria (Versão em Português), 90(4), 344-355.
- Krzyzaniak, N., Bajorek, B. (2016). *Medication safety in neonatal care: a review of medication errors among neonates.* Therapeutic advances in drug safety, 7(3), 102-119.
- Mattei, J. L., Gillespie, G. L. (2013). *Pediatric emergency nurses' self-reported medication safety practices.* Journal of pediatric nursing, 28(6), 596-602.
- Medication Errors: Technical Series on Safer Primary Care, World Health Organization 2016. 29 Ekim 2019 tarihinde <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252274/9789241511643-eng.pdf;jsessionid=01FBE505B4257B30749DDD8EE509246D?sequence=1> adresinden erişildi.
- NCC MERP, About Medication Errors 2020. 29 Ekim 2019 tarihinde <https://www.nccmerp.org/about-medication-errors> adresinden erişildi.
- Orgeas, M., Philippart, F., Bruel, C., Max, A., Lau, N., Misset, B. (2012). *Overview of medical errors and adverse events.* Flannels of Intensive Care a Springer Open Journal, 2(2), 1-9.
- Ovalı, F., Dağoğlu, T. (2007). *Yenidoğan ünitelerinin organizyonu.* T. Dağoğlu & F. Ovalı (Der.), Neonatoloji içinde (ss. 9-14). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Özata, M., Altuncan, H. (2010). *Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği.* Tıp Araştırmaları Dergisi, 8(2), 100-111.
- Pirinççi, E., Bozan, T. (2016). *Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin akılcı ilaç kullanım durumları.* Fırat Tıp Dergisi, 21(3), 129-136.
- Resmi gazete. (2007). 2/5/2007 26510 sayılı "Hemşirelik Kanunu".
- Resmi gazete. (2011a). 06/04/2011 tarih ve 27897 sayılı "Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına dair yönetmelik".
- Resmi gazete. (2011b). 19/04/2011 27910 sayılı "Hemşirelik Yönetmeliği".
- Santesteban, E., Arenas, S., Campino, A. (2015). *Medication errors in neonatal care: a systematic review of types of errors and effectiveness of preventive strategies.* Journal of Neonatal Nursing, 21(5), 200-208.
- Seren İntepeler, Ş., Dursun, M. (2012). *Tıbbi hatalar ve tıbbi hata bildirim sistemleri.* Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15(2), 129-135.

SKS Hastane. Sağlıkta Kalite Standartları Hastane 2016. 10 Ekim 2019 tarihinde <file:///C:/Users/User/Desktop/seminerler/SEM%C4%B0NER-%C4%B0la%C3%A7%20uygulamalar%C4%B1/kaynaklar/3460,skshastanesetiv5r1pdf.pdf/> adresinden erişildi.

Stavroudis T, A., Shore, A., Morlock, L., Hicks, R., Bundy, D., Miller, M. (2010). NICU medication errors: identifying a risk profile for medication errors in the neonatal intensive care unit. *Journal of Perinatology*, 30(7), 459-468.

Stratton, K. M., Blegen, M. A., Pepper, G., Vaughn, T. (2004). Reporting of medication errors by pediatric nurses. *Journal of pediatric nursing*, 19(6), 385-392.

Stucky, E. (2003). Prevention of medication errors in the pediatric inpatient setting. *Pediatrics*, 112(2), 431-436.

Şahingöz, M., Balcı, E. (2013). Hemşirelerin akılcı ilaç kullanımı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(1), 57-64.

Taylor, C. R., Lamone, P., Lillis, C., Lynn, P. (2011). *fundamentals of nursing care: the art and science of nursing care: Walters Kluwer*.

Temizsoy, E. (2018). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde İlaç Uygulamaları. In E. Özek & H. S. Bilgen (Eds.), *Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara*, 121-128.

Törüner E. K., Erdemir, F. (2010). Pediatrik hastalarda ilaç uygulama hatalarının önlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 17(1), 63-71.

Türk Ceza Kanunu. Türk Ceza Kanunu 5237, 26/09/2004 10 Ekim 2019 tarihinde <http://www.ceza-bb.adalet.gov.tr/mevzuat/5237.htm> adresinden erişildi.

Uçar, N., Yıldırım, G., Eser, D., Özçelik, Z., Ayhan, B., Pamuk A, G., . . . Aypar, Ü. (2013). Gece ve Gündüz shiftlerinde, sağlık çalışanlarının hata bildirimlerinin değerlendirilmesi. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 11(3),93-100.

Uzun, Ş., Arslan, F. (2008). İlaç uygulama hataları. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 28(2), 217-222.

Woo, Y., Kim, H. E., Chung, S., Park, B. J. (2015). Pediatric medication error reports in Korea adverse event reporting system database, 1989-2012: comparing with adult reports. *Journal of Korean medical science*, 30(4), 371-377.

Yamantürk Çelik, P., Eroğlu, L. (2007). *Yenidoğan Farmakolojisi. T. Dağoğlu & F. Ovalı (Der.), Noenatoloji içinde (ss. 983-997). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri LTD.ŞTİ.*



Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Eğitim Programı Kitabı. (2012). Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Eğitim Programı Kitabı, Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Yılmaz, A. (2009). *Hemşirelerin ilaç hataları bildirimini önündeki engellere ilişkin alguları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doktora Tezi, Ankara.*

Case Report / Olgu Sunumu

**ZİHİNSEL ENGELLİ ÇOCUĞUN OREM' İN ÖZBAKIM YETERSİZLİK
KURAMI'NA GÖRE BAKIMI: OLGU SUNUMU**

Care of Mentally Handicapped Children by Orem's Self-Inficiency Theory: Case Report

Semiha DERTLİ¹  Seher ÇEVİK AKTURA² 
¹Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Elazığ
²İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Malatya

Geliş Tarihi / Received: 18.09.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 27.09.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ÖZ

Zihinsel engelli çocuklar; özbakım gereksinimleri, aile yükleri ve dünya genelinde artan nüfusları bakımından dikkate alındığında yaşamlarını bağımsız sürdürebilmeleri için özbakım becerisi kazanmaları gereken önemli gruplardan biridir. Orem tarafından geliştirilen özbakım kuramı, hemşirelik bakımında en sık kullanılan kuramlardan biridir. Orem, özbakım gereksinimlerinin karşılanmasında, bireyden kaynaklanan yetersizliklerin hemşireliğe gereksinim duyulmasına neden olduğunu belirtmiştir. Orem'in "Özbakım Eksikliği Hemşirelik Kuramı" kapsamında zihinsel engelli ve epilepsi tanısı mevcut olan 7 yaşındaki çocuğun hemşirelik bakımının yürütüldüğü bu araştırmada, çocuğun en önemli sağlıktan sapma gereksinimlerinin; mental retardasyon, epileptik ataklar, beslenme problemleri, büyüme ve gelişme geriliği, sosyal izolasyon ve iletişim problemleri olduğu belirlenmiştir. Hemşireler bu gereksinimleri dikkate alarak, zihinsel engelli çocuğun ve ailesinin özbakım gereksinimlerini karşılamadaki yeterliliklerini belirlemeli; çocuğu ve aileyi desteklemelidir.

Anahtar kelimeler: Orem, Özbakım, Zihinsel Engelli Çocuk

ABSTRACT

Mentally handicapped children, when taken into account in terms of self-care needs, family burdens and growing populations around the world, are one of the important groups that need self-care skills to live independently. Self-care theory developed by Orem is one of the most frequently used theories in nursing care. Orem stated that the inadequacies of the individual in meeting the self-care needs cause the need for nursing. In this research, where the nursing care of a 7-year-old child with a mental disability and epilepsy diagnosis is carried out within the scope of Orem's "Self-Care Deficiency Nursing Theory", the child's most important requirements in health deviations have been determined as; mental retardation, epileptic attacks, nutritional problems, growth and development retardation, social isolation and communication problems. Taking these requirements into account, the nurses should determine the competencies of the mentally handicapped child and his family to meet the self-care needs; and should support the child and the family.

Keywords: Mentally Handicapped Child, Orem, Self Care

GİRİŞ

Dünyada engelli çocuk sayısı giderek artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından, dünya nüfusunun yaklaşık %15'inin engelli olduğu, 15 yaşın altındaki yaklaşık 93 milyon çocuğun (% 5,1) orta ve ağır bir engelli olduğu bildirilmektedir (WHO, 2015). Türkiye'de ise engelli nüfusunun toplam nüfusa oranının %12,3 olduğu, bunun %0.48' ini ise zihinsel engelli bireylerden oluştuğu belirtilmektedir (TÜİK, 2002; Yıldırım Sarı ve Altıparmak, 2008).

Genel zekâ işlevlerine göre belirli bir düzeyin altında olma durumu olan zihinsel engellilik, doğumda ya da gelişimsel dönemde kendini göstermektedir (Doğan ve Çitil, 2011; Karlıoğlu ve Yıldırım Sarı, 2019; Mikolajczyk ve Jankowicz-Szymanska, 2015). Zihinsel engellilik, mental sorunlara ek olarak epileptik nöbetler ve motor bozukluklar başta olmak üzere duyuşsal ve sistemik birçok soruna yol açması nedeni ile çocuğun sağlık durumunu, özbakım becerilerini karşılama durumunu ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler (Güdücü Tüfekçi, 2018; Kahraman Berberoğlu ve Çalışır, 2020; Törüner ve Büyükgönenç, 2012). Özbakım becerilerini karşılayabilmesine engel olacak birçok faktöre sahip olan zihinsel engelli çocuklar, gereksinimlerini karşılamada yaşamları boyunca bir başkasına bağımlı olabilir (Güdücü Tüfekçi, 2018; Karlıoğlu ve Yıldırım Sarı, 2019).

Hemşirelik bakımının amacı, bireylerin sağlık ve iyilik halini artırmak, sağlığı geliştirmek ve korumaktır (Birimoğlu ve Ayaz, 2015). Hemşireler bakım verdikleri bireylerin sağlığını değerlendirme, bakım sürecinde elde ettiği verileri organize etme, analiz etme ve bu bilgiyi açıklamadan sorumludur (Ekim, Ekim, ve Ocakçı, 2012). Hemşireler bu sorumluluklarını kuram ve model kullanımı sayesinde gerçekleştirebilir (Vicdan, 2010). Kuram ve modeller bakım uygulamalarında hemşireye rehberlik eder, bakım uygulamalarındaki hataları en aza indirir ve ortak bir dil oluşturmayı sağlar (İnan, Üstün, ve Bademli, 2013; Turan ve Vural, 2017; Vicdan, 2010). Orem tarafından geliştirilen özbakım kuramı, hemşirelik bakımında en sık kullanılan kuramlardan biridir. Orem, özbakım gereksinimlerinin karşılanmasında, bireyden kaynaklanan yetersizliklerin hemşireliğe gereksinim duyulmasına neden olduğunu belirtmiştir (Velioğlu, 2012). Orem'in kuramı hastanın gereksinimlerini karşılamak için üç temel hemşirelik sistemini tanımlar. Bunlar; hemşirenin ön planda olduğu ve hastanın öz-bakımda tamamı ile pasif olduğu "Tümüyle eksikliği giderici"; hasta ve hemşirenin bakım gereksinimlerini ve diğer uygulamaları birlikte gerçekleştirdikleri "Kısmen eksikliği giderici" ve hastanın gerekli öz-bakım gereksinimlerini gerçekleştirmek için öğrenebilme yeteneğine sahip olduğu, öğrenmek zorunda olduğu, fakat

bunu yardımcı olmadan yapamadığı “Destekleyici-Eğitsel” hemşirelik sistemidir (Karadağ, Çalışkan, ve Baykara, 2017).

Zihinsel engelli çocuklar özbakım gereksinimleri, aile yükleri ve dünya genelinde artan nüfusları bakımından dikkate alındığında yaşamlarını bağımsız sürdürebilmeleri için özbakım becerisi kazanmaları gereken önemli gruplardan biridir (Güdücü Tüfekçi, 2018; Kahraman Berberoğlu ve Çalışır, 2020; Karlıoğlu ve Yıldırım Sarı, 2019; Törüner ve Büyükgöneç, 2012). Zihinsel engelli çocuğun hemşirelik bakımının Orem'in Özbakım Eksikliği Kuramı'na göre ele alındığı bu araştırmada, temel özbakım becerilerini karşılamakta yetersiz olan çocuk ve ailesi birlikte ele alınarak özbakımını sağlama ve yönetmesi amacı ile hemşirelik bakımı planlanmıştır.

GEREKÇE VE YÖNTEM

E.T.'nin bilgilerine öğretmeni aracılığı ile rehabilitasyon merkezinde iken ulaşıldı. E.T.'nin velisinden yazılı gönüllü onam formu alındı

OLGU

Emir T., 7 yaşında, 115 cm boyunda ve 18 kg ağırlığındadır. Anne, baba ve ablası ile bir apartman dairesinde yaşamaktadır. Annesi ev hanımı, babası bankacı, ablası ortaokul 4. Sınıf öğrencisidir. Emir bir özel eğitim ilkokulunda 1. sınıf öğrencisi olup, aynı zamanda haftada 3 gün rehabilitasyon merkezine devam etmektedir.

Orta düzeyde mental retardasyon ve epilepsi tanıları mevcuttur. Bu tanılar dışında herhangi bir kronik hastalığı bulunmamaktadır. Yaklaşık 5 yıldır bir rehabilitasyon merkezinde takip edilmektedir. Epilepsi atakları nedeni ile yılda 1-2 kez hastane yatışı olduğu bilinmektedir. Emir'in, 26. Gestasyon haftasında, 900 gr ağırlığında doğduğu, doğumda herhangi bir tıbbi tanı almadığı ancak sonraki günlerde yenidoğan yoğun bakım ünitesinde intra kranial kanama geçirdiği, sonrasında konvülsiyonlarının başladığı bilinmektedir.

Emir'in yürüme gibi kaba motor hareketleri neredeyse normale yakın ancak desteksiz merdiven çıkamamakta ve ince motor aktivitelerinde desteklenmektedir. Konuşmasında bazı sesler, kelimeler tam anlaşılmasa da genel olarak iletişimini engellememektedir. Tuvalet alışkanlığını kazanmış ancak tuvalete gitmesi için belirli aralıklarla uyarılmakta ve sonraki el yıkama vb. aktivitelerde de yanında bulunularak yönergeler verilmektedir.

Yeme, giyinme, ilaç takibi vb. tüm öz bakım uygulamaları annesi tarafından karşılanmaktadır. Babasının çalışma saatlerinin uzun olduğu ve yoğun çalıştığı; babası ve

ablasının annesinin yetişemediği durumlarda yardımcı olduğu bilinmektedir. Rehabilitasyon merkezi ve okulda da tüm öz bakım uygulamaları öğretmenleri tarafından desteklenmektedir.

Emir'in aile üyeleri, okullardaki öğretmen ve arkadaşları ile iletişiminin iyi olduğu ancak yabancı ortam ve kişiler ile iletişime girmekte zorlandığı bilinmektedir. Yüksek sesli, kalabalık ortamlardan (AVM, kapalı eğlence merkezleri, vb.) aşırı derecede rahatsızlık duyduğu, girmek istemediği bilinmektedir. Emir, okul ve rehabilitasyon merkezi dışındaki vaktinin çoğunu evde geçirmektedir. Açık hava gezileri, bahçe etkinlikleri ve spor faaliyetlerinden (egzersiz gibi) hoşlanmaktadır.

Emir'i, bu yıl özel eğitim ilkokuluna başlamış olması fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak olumsuz etkilemiş. İlk aylarda gitmek istememiş, uyum sağlayamamış, yaklaşık bir yıl geçirmemesine rağmen okula başladıktan iki hafta sonra epilepsi atağı geçirmiş ve hastane yatışı olmuştur. Bunlar sonrasında agresyon ve regresyon davranışları ortaya çıkmış. İkinci dönemde okula biraz daha uyumlu sağlamış. Bu nedenle bazı ince motor aktiviteleri ve öz bakım becerileri yeniden kazandırılmaya başlanmıştır.

Ailesi, Emir'in doğum sonrasında hastaneden taburcu edilirken yürüme, konuşma vb. aktivitelerin neredeyse hiçbirini yapamayacağı konusunda bilgilendirilmiş. Buna rağmen aile yaşamının ilk yıllarından itibaren uzman kişi ve kuruluşlardan destek almış ve almaya devam etmektedir. Ailesinin, Emir'in mevcut durumundan memnun ve geleceğe yönelik umutlu olduğu ancak bu yıl okul nedeni ile yaşadıkları sıkıntılardan dolayı hem fiziksel hem mental olarak yorgun oldukları, özellikle annesinin neredeyse tüm vaktini Emir ile geçirdiği bilinmektedir. Ablasının adölesan dönemde olması, aynı zamanda Liseye Giriş Sınavına girecek olması nedeni ile son 1-2 yıldır aile üyeleri ile sorunlar yaşamakta ve bu sorunlar da annesi üzerinde ciddi etkiler oluşturmaktadır.

Öz Bakım Gereksinimlerinin Tanılanması

1. Temel durumsal faktörler:

Yaş: 7

Cinsiyet: Erkek

Sağlık durumu: Orta düzey Mental Retardasyon (MR) ve Epilepsi tanısı mevcut.

Gelişim Durumu: 115 cm boyunda (10. persantil altı) ve 18 kg ağırlığındadır (10. persantil altı). Sosyo-kültürel özellikler: Anne, baba ve ablası ile birlikte yaşıyor. Son 5 yıldır haftada üç gün rehabilitasyon merkezine düzenli gitmektedir. Okula yeni başlamış olması, uyum problemi ve buna bağlı agresyon ve regresyon yaşaması.

Sağlık bakım sistemi: Anne

Aile sistemi: Çekirdek aile

Yaşam şekli: Hareketli bir yaşama sahip

Çevresel durum: MR nedeni ile aile üyeleri ve uzun zamandır tanıdığı kişiler ile iletişimi var, bunun dışında etkileşim yok.

Kaynakların varlığı - yeterliliği: Ekonomik durumu iyi; aile ve rehabilitasyon merkezi destekleyici.

2. Öz bakım:

Öz bakım ajanı: Emir T.

Öz bakım yeteneği: Tüm öz bakım gereksinimlerini destek alarak karşılıyor.

Bağımlı bakım ajanı: Anne

3. Öz Bakım Gücü:

Kendine güven ve saygısı: Etkinlikler sırasında kendine güvenli, uyumlu iken bulunduğu ortamda yabancı biri olduğunda isteksiz ve kendine güvensiz.

Enerjisini kontrol etme ve başlatma becerisi: Değişken, genel olarak isteksiz

Anlama yeterliliği: Düşük düzeyde

Motivasyon: Anne- baba ve öğretmenleri motive ediyor

Öz bakımı hakkında karar verebilme: Sürekli anne ve öğretmenler karar veriyor

Teknik bilgi elde etme ve uygulama becerisi: Düşük

Algısal, bilişsel durumu ve iletişim becerisi: Düşük

Hedeflerine ulaşmak için özbakım davranışlarını düzenleme ve özbakım davranışlarını bireysel ve toplumsal yaşamına entegre etme becerisi: Düşük.

4. Terapötik Öz bakım gereksinimleri:

4.1. Evrensel öz bakım gereksinimleri:

Beslenme: Besinleri çiğneme ve yutmada zorlanması, oral kavitede biriktirmesi. Besinler çok küçük lokmalar halinde hazırlanarak iyice çiğnediğinden ve yutabildiğinden emin olunana kadar beklenmesi. Beslenmesine dikkat edilmesine rağmen iştahsız, isteksiz olması. Yabancı bir ortam/kişi durumunda yemeyi reddetmesi. Okula başladıktan sonra 2 kilo vermesi. Fiziksel gelişimi olması gerekenin altında.

Ağız sağlığı: Dişlerde konvülsiyonlara bağlı çok küçük deformasyonlar mevcut, dişlerini fırçalama alışkanlığı aile ve öğretmen yönetiminde var, destekli kendisi yapabiliyor.

Aktivite ve dinlenme: Anne ve rehabilitasyon merkezi sayesinde hareketli bir yaşama sahip. Ekran süresi günde 1 saati geçmiyor. Yaş grubuna göre kas kuvveti ve kas koordinasyonu zayıf.

Tehlikelerden korunma: Konvülsiyon riski ve buna bağlı aspirasyon ve düşme riski mevcut.

Geliştirilen durumlar: Annesi ve öğretmenleri dışındaki bireylerle iletişim kurmak istemiyor. Göz teması kurmuyor.

4.2. Gelişimsel öz bakım gereksinimleri:

Okul çağı çocukluğuna yönelik incelendiğinde;

- Öğretmeni önemli bir otorite, sevgisini ve davranışlarını buraya kanalize etmiş durumda.
- Uzun zamandır tanıdığı akranları ile iletişimi iyi, tombala gibi (resimli-şekilli) akademik oyunlar oynamaktan zevk alıyor ve kazanmaktan hoşlanıyor.
- Katıldığı aktivitelerde arkadaşlarının özellikle aynı cins ya da karşı cins olmasına dikkat etmiyor.

4.3. Sağlıktan sapma öz bakım gereksinimleri:

- Orta düzeyde mental retardasyonu (MR) bulunması.
- Epilepsi atakları geçirmesi.
- MR nedeni ile epilepsi aurasını tanıma gibi koruyucu-önleyici durumları tanıyamaması.
- Gelişim geriliğinin olması.
- Yaklaşık 4 ay önce 2 kilo vermesi ve iştahsız olması.

5. Öz bakım eksikliği

Öz bakım ajanının öz bakım açığı: MR nedeni ile yaşamını sürekli başkalarına bağımlı olarak sürdürmesi. Tüm bakım gereksinimlerinin farkında olamaması ya da bağımsız başaramaması.

Bağımlı bakım ajanının gücü: Annesi Emir'in tüm sağlıktan sapma ve bilişsel durumunun farkında ve bunu güçlendirmek için çabalıyor ancak Emir'in mevcut durumu öz bakımını üstlenmeyi engelliyor.

6. Hemşirelik Sistemi:

6.1. Tümüyle Eksikliği Giderici Sistem

Hemşirelik Tanısı 1: Boy ve kilosunun 10. persantilin altında olması ve yaş grubuna özgü davranış ve becerileri yerine getirememesine bağlı olarak *Büyümede ve gelişmede gecikme*

Amaç: Büyüme ve gelişmesinin yaşına uygun düzeye çıkarılmasını sağlamak.

Girişimler:

- Çocuğun fiziksel gelişimi düzenli aralıklar ile izlenecek.
- Çocuğa yaşıyla ilgili gelişimsel görevleri karşılayacak ortam ve olanakların devam etmesi sağlanacak.
- Çocuğun öz bakım aktivitelerini bağımsız gerçekleştirmesi desteklenecek.
- Çocuğun yaş grubuna uygun oyunlar oynaması sağlanacak.
- Çocuk ile yapılacak her uygulama ve işlemden önce yaşına uygun olarak açıklama yapılacak.
- Çocuğun tepkileri, sözel ve sözel olmayan istek ve ifadeleri değerlendirilecek.
- Çocuğa rahat hareket edebileceği ortam sağlanacak.
- Çocuğun olumlu davranışları abartıdan kaçınılarak ödüllendirilecek (Carpenito, 2012).

Hemşirelik Tanısı 2: İştahsız olması, yemeye isteksiz olması, günlük alması gereken kalori ve besini alamamasına bağlı olarak *Beden gereksiniminden az beslenme*

Amaç: Çocuğun günlük metabolik gereksinim ve aktivite düzeyine uygun beslenmesini sağlamak.

Girişimler:

- Diyetisyenle işbirliği yapılarak uygun diyet planlanacak ve diyete uyumu desteklenecek.
- Gün içinde az miktarlar halinde ve sık beslenmesi sağlanacak.
- Çocuğa yüksek kalorili kilo almasına katkı sunacak besinlerin yedirilmesi sağlanacak.
- Çocuğun sevdiği besinlerin diyet listesine eklenmesi ve sevmediği besinlerin diyet listede azaltılması sağlanacak.
- Yemek yerken terapötik oyun tekniklerinden yararlanılacak (Yemekler ile ilgili hikayeleştirme, o yemeğin vücuduna yararlarına ilişkin anlayabileceği düzeyde bilgilendirme, vb).
- Çocukların birlikte yemek yemesi sağlanacak ve rekabet-ödüllendirme (alkışlama vb) gibi yöntemlerden yararlanılacak (Carpenito, 2012).

Hemşirelik Tanısı 3: Besinleri çiğnemedi, yutmada zorlanması ve oral kavitede biriktirmesine bağlı olarak *Yutmada bozulma*

Amaç: Çocuğun yutma yeteneğinde ilerlemenin sağlanması.

Girişimler:

- Yemek yedirirken yutma gözlemlenecek ve ağız içinin tamamen boşaldığından emin olunacak.
- Aspire etme riskine karşı dikkatli davranılacak.
- Her defasında ağızdaki tüm besinleri yutana kadar sözel emirler ile yönlendirilerek, tüm dikkatini toplaması sağlanacak.
- Yemek süresince tüm dışsal uyaranlar olabildiğince azaltılacak.
- Ağızı aşırı doldurmaktan kaçınılacak.
- Katı ve sıvı besinler ayrı ayrı verilecek.
- Davranışlar basit, tek sözcüklü yorumlar ile ödüllendirilecek (Carpenito, 2012).

Hemşirelik Tanısı 4: Öz bakım gereksinimlerinin farkında olmaması, kirli-temiz farkındalığının olmaması ve hijyen ihtiyaçlarını bağımsız giderememesine bağlı olarak *Enfeksiyon riski*

Amaç: Çocuğun olası enfeksiyonlardan korunması.

Girişimler:

- Çocuğun hijyen davranışı gerektiren durumları ve öz bakım becerilerini öğrenmesi sağlanacak.
- Hijyen davranışı gerektiren durumlarda (Yemeklerden önce ve sonra, tuvalet kullanımından sonra, dış ortamdan geldiğinde) gerekli el vb. temizliğini yapması sağlanacak.
- Enfeksiyon belirti ve bulguları yönünden izlenecek.
- Bağışıklık sistemini destekleyecek biçimde beslenmesi sağlanacak (Carpenito, 2012).

Hemşirelik Tanısı 5: Tehlikelerin farkında olamamasına, kas koordinasyonunu sağlayamamasına, bağımsız merdiven-basamak çıkamamasına ve olası epilepsi ataklarına bağlı olarak *Travma/Düşme riski*

Amaç: Çocuğun düşmesinin önlenmesi.

Girişimler:

- Evde, okulda ve rehabilitasyon merkezinde düşmeyi engelleyici (kaymayan yüzeyler ile kaplanması, halı vb. eşyaların sabitlenmesi, ayakkabı- terlik seçimine dikkat edilmesi gibi) önlemler alınması için aile ve diğer kişiler ile iş birliği yapılacaktır.

- Evde ve diğer kurumlarda olabildiğince yalnız bırakılmayacak.
- Balkon ve merdiven gibi riskli yerlere yalnız çıkmaması öğretilecek ve izlenecek.
- Balkondan, merdiven boşluklarından sarkmaması için gerekli önlemler alınacak.
- Epilepsi ataklarının periyotları ve auraları hakkında aile ve kurumların gözlem yapması, bunları çocuğun yerine öğrenmeleri ve bu durumlarda dikkatli olmaları açıklanacak.
- Epileptik ataklardan olabildiğince hasarsız kurtulabilmesi için gerekli önlemlerin alınması sağlanacak (Carpenito, 2012) .

Hemşirelik Tanısı 6: Tehlikelerin farkında olamamasına, yutma güçlüğüne ve olası epilepsi ataklarına bağlı olarak *Aspirasyon riski*

Amaç: Aspirasyonun önlenmesi.

Girişimler:

- Yemek yerken oturur pozisyonda olması sağlanacak.
- Yemek yerken ve bitirdiğinde ağız içi kontrolü yapılarak yuttuğundan emin olunacak.
- Oyun oynarken yutabileceği oyuncak parçaları vb. ile yalnız bırakılmayacak, bir yetişkin gözetiminde oynayacak ve sonrasında saklanacak.
- Mısır, fıstık gibi durumu yönünden riskli besinler sınırlandırılacak ve yetişkin gözetiminde azar azar iyice çiğneyebileceği şekilde, yönergeler ile yemesi sağlanacak.
- Epileptik ataklar yönünden dikkat edilecek ve atak durumunda aspire etmesini engelleyecek uygulamalar hakkında aile ve öğretmenler bilgilendirilecek.
- Aile ve öğretmenlere hava yolu obstrüksiyonuna yönelik müdahaleler (Heimlich vb.) öğretilecek (Carpenito, 2012).

6.2.Kısmen Eksikliği Giderici Sistem

Hemşirelik Tanısı 7: Kendi kendine beslenme, kişisel bakım, tuvalete gitme ve giyinmemesine bağlı, *Öz bakım eksikliği*

Amaç: Çocuğun kendi öz bakım gereksinimlerini karşılayabilme becerilerinin sağlanması.

Girişimler:

- Öz bakım uygulamalarına üst düzeyde katılımı sağlanacak.
- Her bir öz bakım aktivitesine katılımı değerlendirilecek.
- Bağımsız olma ve katılım konusunda cesaretlendirilecek ve katılımı ödüllendirilecek.
- Yapabilecekleri için fırsat verilecek.

- Öğretim süreçleri kısa ve basit tutulacak ve sık tekrarlanacak. Dikkati dağıtacak faktörler azaltılacak.
- Yemek, diş fırçalama, giyinme vb. uygulamalar için gün içinde rutinler oluşturulacak.
- Daha güvenli yeme için kırılmayan malzemelerden yapılmış kaplar, kulplu bardaklar vb. kullanması sağlanacak.
- Diş fırçalama ve banyo yapması için gerekli malzemeyi tehlikeli olmayacak biçimde, sürekli aynı yerlere koyarak kullanımı kolaylaştırılacak.
- Aktiviteler için planlama ve uygulamalardan sonra ilerleyişi takip edilecek
- Tutarlı-benzer bir giyinme rutini oluşturulması sağlanacak.
- Giyinme becerileri geliştirilirken bir defada sadece bir giysi denenecek ve pekiştirilecek.
- Ayakkabı giyinme, bağlama, telefon kullanımı, düğme ilikleme, gibi enstrümental öz bakım becerilerinin gelişmesi sağlanacak (Carpenito, 2012).

Hemşirelik Tanısı 8: Sosyal ilişki kuramama ve sürdürmemeye, sosyal becerilerinin olmamasına bağlı olarak *Sosyal Etkileşimde Bozulma*

Amaç: Çocuğun sosyalizasyonunda artış sağlanacak.

Girişimler:

- Uygun oyun ve iletişim becerilerini öğrenmesi için desteklenecek.
- Talimatlar verilmeden önce göz teması kurulacak ve tekrarlanacak.
- Yeni bir ortama girildiğinde önce bir kişi ile iletişimi sağlanacak ve daha sonra kişi sayısı yavaş yavaş artırılacak.
- Zamanında/davranışı takiben ve tutarlı geribildirimler verilecek.
- Tüm bunları ailenin öğrenmesi sağlanacak ve sert-yıkıcı eleştirilerden kaçınılması sağlanacak (Carpenito, 2012).

6.3. Destekleyici Eğitsel Sistem

Hemşirelik Tanısı 9: Ailenin çocuğun durumuna uyum gerekliliklerine ve durumun seyrine, tüm aile üyelerinin emosyonel gereksinimlerinin karşılanamamasına bağlı olarak *Aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma*

Amaç: Aile üyelerinin birbirini karşılıklı olarak destekleyen fonksiyonel bir sistem sürdürmesinin sağlanması.

Girişimler:

- Ailenin güçlü yönleri vurgulanacak.

- Emir'in okulda ve rehabilitasyon merkezinde olduğu zaman diliminde anne kendine ve kızına zaman ayırması için yönlendirilecek.
- Haftanın uygun olan bir gününde annenin kızı ile vakit geçirmesi için bir rutin oluşturması konusunda yönlendirilecek.
- Baba ile çocukların ayrı ayrı ve birlikte kaliteli vakit geçirmesi açısından yönlendirilecek.
- Ailenin tüm üyelerinin birlikte vakit geçirmesi için uygun bir rutin oluşturulması sağlanacak (Carpenito, 2012).

Hemşirelik Tanısı 10: Annenin tüm vaktini, enerjisini Emir için harcamasına ve diğer sorumluluklarını yerine getirememesini ifade etmesine bağlı olarak *Yorgunluk*

Amaç: Annenin yorgunluğun yaşamı üzerine etkilerine ilişkin duygularını paylaşması ve azaltılmasının sağlanması.

Girişimler:

- Annenin evin diğer işleri için destek alması için yönlendirilecek.
- Ailenin yakın akraba ve arkadaşlarından varsa sosyal destek sistemleri belirlenecek ve destek alması yönünde cesaretlendirilecek.
- Annenin güçlü yönlerinin, yeteneklerinin ve ilgi alanlarının fark etmesi sağlanacak.
- Önceliklerini belirlemesi ve vazgeçilebilir olanları bırakması için anneye yardım edilecek.
- Annenin ilgi alanına yönelik bir rutin belirlemesi ve devam etmesi konusunda cesaretlendirilecek (Carpenito, 2012).

SONUÇ

Orem'in "Özbakım Eksikliği Hemşirelik Kuramı" kapsamında zihinsel engelli ve epilepsi tanısı mevcut olan 7 yaşındaki erkek hastanın hemşirelik bakımının yürütüldüğü bu araştırmada, ilk olarak çocuk ve ailesine yönelik temel-durumsal faktörler değerlendirilmiştir. Çocuğun özbakım becerilerinde yetersiz olduğu alanlar belirlenmiştir.

Olgunun özbakım ajanı ve özbakım gücü değerlendirilmiş ve terapötik özbakım gereksinimleri belirlenmiştir. Bu olgunun özbakım ajanı annedir. Annenin, çocuğunun özbakım gereksinimleri, eğitimi, diğer yük ve sorumlulukları nedeniyle kendisine ve diğer aile üyelerine yeterince vakit ayıramadığı ve sorunlar yaşadığı belirlenmiştir. Çocuğun bağımsız olarak gerçekleştiremeyeceği özbakım gereksinimlerinin karşılanabilmesine yönelik "*Tümüyle Eksikliği Giderici Sistem*" desteklenerek gerçekleştirebileceği özbakım gereksinimlerinin karşılanabilmesine yönelik "*Kısmen Eksikliği Giderici Sistem*" ve özbakımını gerçekleştiren annesi ve diğer aile üyelerini desteklemek amacı ile "*Destekleyici*

Eğitsel Sistem” uygulanmıştır. Olguda özbakım becerilerini olumsuz yönde etkileyen en önemli faktörün, bakım vericilerin ve destek mekanizmalarının aşırı koruyucu tutumu olduğu belirlenmiştir. Hastanın özbakım gücünün bakım vericiler tarafından algılananın üzerinde olduğu saptanmıştır. Orem'e göre çocuğun en önemli sağlıktan sapma gereksinimlerinin; mental retardasyon, epileptik ataklar, beslenme problemleri, büyüme ve gelişme geriliği, sosyal izolasyon ve iletişim problemleri olduğu belirlenmiştir. Hemşireler bu gereksinimleri dikkate alarak, zihinsel engelli çocuk ve ailesinin özbakım gereksinimlerini karşılamadaki yeterliliklerini belirlemeli; çocuğu ve aileyi desteklemelidir.

KAYNAKLAR

- Birimoğlu, C., Ayaz, S. (2015). *Hemşirelik öğrencilerinin bakım davranışlarını algulamaları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2(3), 40-48.
- Carpenito, L. (2012). *Hemşirelik tanuları el kitabı. (çeviri: Firdevs Erdemir), Ankara: Nobel Kitabevi.*
- Doğan, İ., Çitil, M. (2011). *Engelli çocuk ve ergenlerin sosyolojik boyutu, A. Kulaksızoğlu (Ed). Engelli Çocuk ve Ergenlerin Hakları El Kitabı. İstanbul: Çocuk Vakfı Yayınları.*
- Ekim, A., Ekim, G., Ocakçı A. F. (2012) *Ülkemizde teori temelli hemşirelik araştırmaları: Bir gözden geçirme. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(4), 157-161.
- Güdücü Tüfekçi, F. (2018). *Zihinsel engelli ve rehabilitasyonu. S.T. Timur ve B. Erci (Ed.). Her Yönüyle Engellilik. Elazığ: Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri.*
- İnan, F. Ş., Üstün, B., Bademli, K. (2013). *Türkiye'de kuram/modele dayalı hemşirelik araştırmalarının incelemesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(2), 132-39.
- Kahraman Berberoğlu, B., Çalışır, H. (2020). *Serebral Palsili bir çocuğun Orem Öz-Bakım Eksikliği Kuramı'na göre hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(2), 154-167.
- Karadağ, A., Çalışkan, N., Baykara, Z. G. (2017). *Hemşirelik teorileri ve modelleri. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.*
- Karlıoğlu, A., Yıldırım Sarı, H. (2019). *Zihinsel engelli çocuğa sahip babalarda ebeveyn öz yeterliliği, algılanan sosyal destek ve aile yükü ilişkisi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 16(2), 112-118.
- Mikolajczyk, E., Jankowicz-Szymanska, A. (2015). *“Does Extending The Dual-Task Functional Exercises Workout Improve Postural Balance in Individuals with ID?”, Research in Developmental Disabilities*, No.38.
- Törüner, K. E., Büyükgönenç, L. (2012). *Çocuk sağlığı temel hemşirelik yaklaşımları. Ankara: Göktuğ Yayıncılık.*
- Turan, Z., Vural, G. (2017). *Endometrium kanserli bir kadının Joyce Travelbee'nin İnsan İnsana İlişki Modeli'ne göre incelenmesi: Olgu sunumu. JACSD*, 4(11), 165-190.
- TÜİK, *Engelli istatistikleri. (2002). 21.05.2020 tarihinde http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=1017 adresinden erişildi.*
- Velioğlu, P. (2012). *Hemşirelikte Temel kavram ve kuramlar. İstanbul: Alaş Ofset.*

Vicdan, A. K. (2010). Hemşirelik bakımında model kullanımına bir örnek: Modifiye radikal mastektomi olmuş bir bayanın, Roy'un adaptasyon modeline göre incelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(3),106-119.

WHO Global Disability Action Plan 2014-2021, Better health for all people disability. Geneva, 2015.

Yıldırım Sarı, H., Altıparmak, S. (2008). Ebe ve hemşirelerin zihinsel engelli çocuklarla ilgili bilgileri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 7(2), 127-13.

Case Report/ Olgu Sunumu

**NAZOPALATİN KANAL KİSTLERİ - 3 OLGU SUNUMU VE LİTERATÜR
DERLEMESİ**

Nasopalatine Duct Cysts - 3 Case Series and Literature Review

Pembe BOĞAÇ¹  Ferah ONAY KARAKAŞ² 
Mehmet Emin TOPRAK³  Selda YENEL⁴ 
^{1,2,3,4} Gazi Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ankara

Geliş Tarihi / Received: 16.04.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 24.08.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ÖZ

Nazopalatin kanal kisti ya da diğer adıyla insiziv kanal kisti, nazopalatin kanalın embriyolojik kalıntılarından meydana gelir. Gelişimsel, epitelyal ve non-odontojenik bir kisttir. Palatinal ön bölgede orta hatta lokalize olup genellikle rutin radyografik muayene sırasında tespit edilir. Bu yazıda kliniğimizde opere edilen üç adet nazopalatin kanal kisti olgusu bildirilmiş ve bu kist tipinin tanı, tedavi ve özellikleriyle ilgili literatür derlemesine yer verilmiştir.

Anahtar kelimeler: Derleme, Kist, Nazopalatin Kanal, Non-odontojenik, Olgu Raporu

ABSTRACT

Nasopalatine duct cyst, also known as incisive duct, arises from the embryological residue of the nasopalatine duct. It is a developmental, epithelial and nonodontogenic cyst. It is localized in the midline in the palatinal anterior region and is usually detected during routine radiographic examination. In this study, three nasopalatine duct cysts which were operated in our clinic have been reported and literature information related to the diagnosis, treatment and other features of this cyst type has been investigated.

Keywords: Case Report, Cyst, Nasopalatine Duct, Non-odontogenic, Review

GİRİŞ

Nazopalatin kanal, anatomik olarak ilk kez Lebouck tarafından 1881 yılında tanımlanmıştır. İçerisinde kan damarları, yağ dokusu, bağ dokusu ve müköz tükürük bezlerini barındırır (Ezirganlı, Köşger ve Kırtay, 2010). Bu kanal maksilla ön bölge ile burun boşluğunun bağlantısını sağlar. Yerleşim olarak maksillada palatinal bölgede, orta hatta ve insiziv papillanın altında lokalizedir. Kemik içindeki seyirinden sonra nazopalatin foramenlerle birleşir. Bu foramenlerin sayısı genellikle 2 adettir. Ancak literatürde 6 adet görüldüğü varyasyonlar da rapor edilmiştir (Shylaja, Balaji ve Krishna, 2013).

Nazopalatin kanal kisti ise ilk kez Meyer tarafından 1914 yılında tanımlanmıştır. İnsiziv kanal kisti olarak da adlandırılmaktadır. İnsiziv kanal ile olan pozisyonuna bağlı olarak median palatin kisti, palatin papilla kisti, median alveolar kist gibi varyasyonları vardır (Ezirganlı vd., 2010; Srivastava, Misra, Agarwal ve Pandey, 2013). Nazopalatin kanalın içinde veya yakınında lokalizedir. Kanal içindeki embriyojenik epitelyal artıklardan köken alan kemik içi yerleşimli gelişimsel, epitelyal ve non-odontogenik bir kist tipidir (Gümüşok, Özle, Küçükkurt, Barış, ve Üçok, 2015). Nazopalatin kanal kistleri, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 2017 yılında yayımlandığı baş ve boyun tümörleri ile ilgili yapılan güncel sınıflamaya dâhil edilen tek non-odontojenik kist tipidir (Wright ve Vered, 2017).

Bu kistlerin görülme sıklığı tüm çene kemiklerinde görülen kistler içerisinde yaklaşık %1 civarındadır. En sık 30-60 yaş aralığında karşılaşılmamasına rağmen bütün yaş gruplarında görülebilir. Erkeklerde görülme ihtimali kadınlara göre 3 kat daha fazladır (Cecchetti, Ottria, Bartuli, Bramanti, ve Arcuri, 2012; Shylaja vd., 2013; Suter, Sendi, Reichart, ve Bornstein, 2011).

Nazopalatin kanal kistleri çoğunlukla asemptomatiklerdir; ancak bu kist tipinin görüldüğü vakaların yaklaşık %17'sinde kiste yapışık anatomik dokularda sıkışma meydana gelmesi; kistin enfekte olması veya bu bölgeye baskı uygulayan protez kullanımına bağlı olarak ağrı görülebilmektedir (Srivastava vd., 2013). Maksiller anterior bölgenin palatinal kısmında ve daha nadir olarak labial tarafta şişlik ve akıntı görülebilir. Ayrıca, yüzeye yakın yerleşimi olan kistlerde fluktuasyon ve renk değişikliği ile nazopalatin sinir üzerinde baskı oluşmasına bağlı yanma hissi veya hissizlik bu kist tipinde karşılaşılabilecek diğer semptomlardır. Gelişimleri yavaş seyreder. Rutin radyolojik kontroller sırasında fark edilirler (Derindağ, Sarıca, ve Harorlu, 2018). Radyolojik olarak maksillada interinsizal hattın üst kısmında iyi sınırlı, yuvarlak, kalp ya da oval şekilde radyolusent bir görüntü verirler. Kistin kalp şeklinde görüntü vermesinin nedeni spina nasalis anterior üzerine süperpoze olmasıdır.

Genellikle 1cm çapındadırlar. Ancak literatürde daha büyük boyutlara ulaşan vakalar da (çapı 6cm'e kadar) rapor edilmiştir (Cecchetti vd., 2012; Ezirganlı vd., 2010). Kistlerin bu gibi büyük boyutlara ulaştığı durumlarda komşu dişlerde yer değiştirme ve nazal kavite ile maksiller sinüs perforasyonları görülebilir (Derindağ vd., 2018). Nazopalatin kanal kistine komşu dişlerde kök rezorpsiyonu genellikle görülmez ve bu dişler pulpa canlılık testine pozitif cevap verirler (Suter vd., 2011).

Bu kist tipinin tedavisi kistin kanal içindeki damar ve sinir dokuları ile beraber enükleasyondur. Ancak kistin büyük boyutlara ulaştığı durumlarda marsupyalizasyon alternatif bir tedavi seçeneğidir. Operasyon sonrası dönemde nüks görülme ihtimali çok düşük olup muhtemel nedeni kist kavitesinin operasyon sırasında iyi temizlenememesidir (Ciccü vd., 2010; Ezirganlı vd., 2010).

Bu yazıda kliniğimizde opere edilen 3 adet nazopalatin kanal kistinin teşhis, tedavi ve takibi ile bu konu ile ilgili yapılan literatür taramasında edinilen bilgiler paylaşılmaktadır.

OLGU SUNUMU

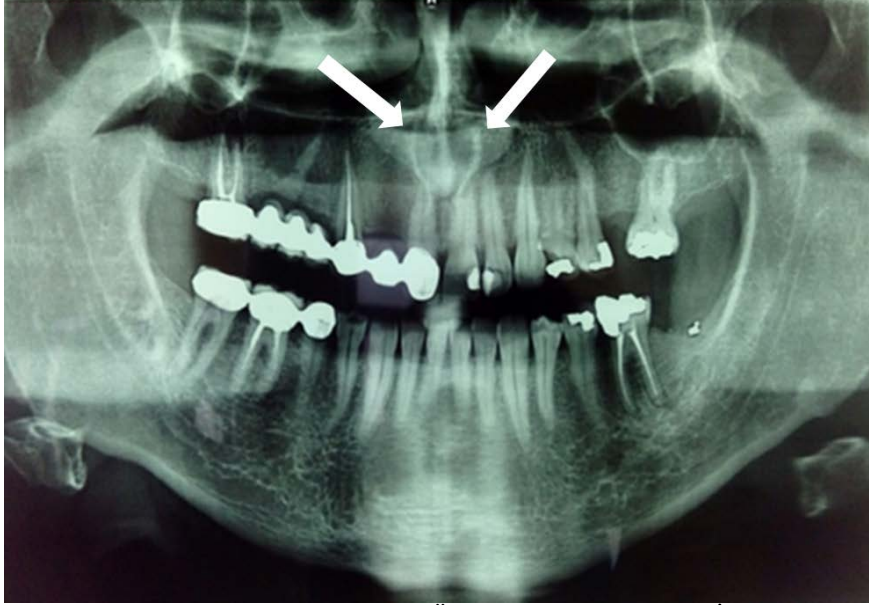
Olgu sunumu 1

32 yaşındaki erkek hasta Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı'na üst çene kesici dişler bölgesinde zonklayan ağrı şikayetiyle yönlendirilmiştir. Alınan sistemik anamnezde hastanın ankilozan spondilit hastası olduğu ve buna bağlı olarak 3 yıldır Salazopyrin 500 mg (Pfizer, İstanbul, Türkiye) kullandığı öğrenilmiştir. Yapılan intraoral muayenede 11 ve 21 numaralı dişlerde perküsyonda hafif ağrı, palatinal ruga bölgesinde palpasyonda ağrı tespit edilmiş fakat ilgili bölgede herhangi bir fistül veya şişlik izlenmemiştir (Resim 1).



Resim 1: Olgu 1'in ağız içi görüntüsü

Alınan panoromik radyografide maksillanın ön bölgesinde orta hatta iyi sınırlı, kalp şeklinde, radyolüsent lezyon tespit edilmiştir (Resim 2). Daha detaylı bir inceleme yapmak, lezyonun yerleşimini ve boyutunu net olarak belirleyebilmek için konik ışınli bilgisayarlı tomografi (KIBT) çekilmiştir (Resim 3). Maksiller kesici dişlere yapılan elektrikli pulpa vitalite testinde her iki diş için de pozitif sonuç elde edilmiştir.



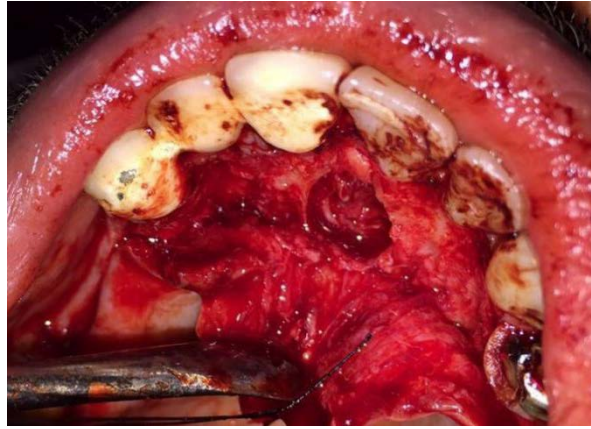
Resim 2: Olgu 1'de Panoromik Radyografide Maksilla Ön Bölgede Tespit Edilen İyi Sınırlı Kalp Şeklinde Lezyon



Resim 3: Olgu 1'in KIBT' te Aksiyal Kesitte Cross-Sectional Kesit Görüntüleri

Yapılan klinik ve radyolojik değerlendirmeler sonucu nazopalatin kanal kisti ön tanısı konulmuştur. Operasyon öncesi hastaya operasyonla ve sonrasında görülebilecek olası komplikasyonlar ile alakalı gerekli bilgiler verilmiş ve hastaya bilgilendirilmiş gönüllü onam formu imzalatılmıştır. Lokal anestezi altında palatinal bölgede sağ ve sol kanin dişler arasında sulkuler insizyon yapıp tam kalınlıkta mukoperiostal flep kaldırılmıştır. Kist enükle edilmiş ve kist kavitesi kürete edilmiştir (Resim 4). Yapılan histopatolojik değerlendirme sonucu

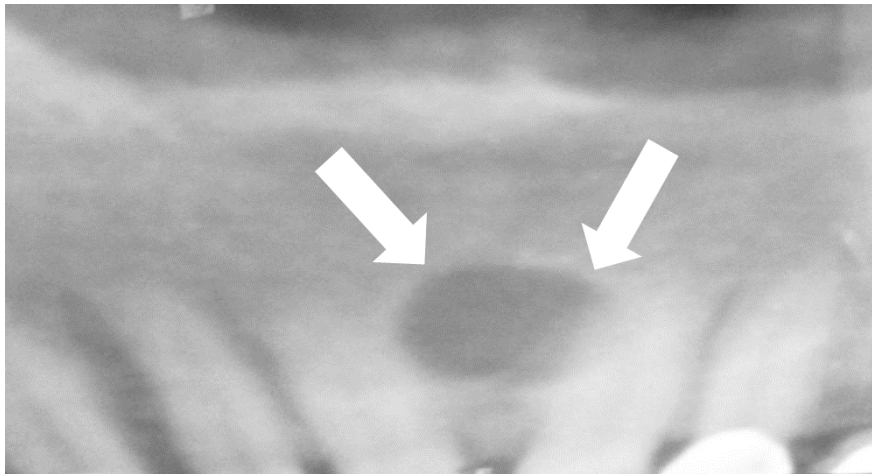
nazopalatin kanal kisti tanısı konulmuştur. Postoperatif dönemde hasta kontrol seanslarına çağrılmış; herhangi bir komplikasyon ve rekürrens durumuyla karşılaşmamıştır.



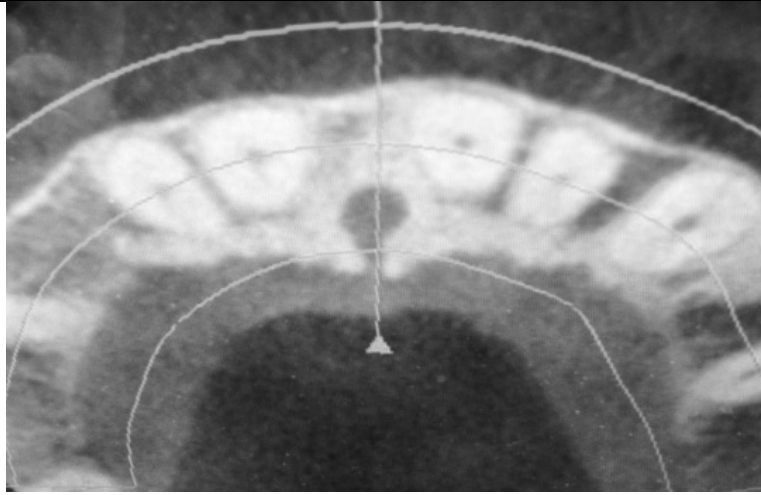
Resim 4: Olgu 1'deki lezyonun cerrahi aşamasındaki görüntüsü

Olgu sunumu 2

39 yaşındaki erkek hasta maksiller ön bölgede ağrı ve şişlik şikayetiyle kliniğimize başvurmuştur. Alınan anamnezde hastanın mevcut sistemik bir rahatsızlığının olmadığı ve devamlı kullandığı herhangi bir ilaç bulunmadığı öğrenilmiştir. Yapılan ağız içi muayenede maksillada palatinal bölgede orta hatta şişlik ve kızarıklık görülmüştür. Ancak renk değişimi, diş etinde hiperplazi ya da fistül ağzı gibi bulgulara rastlanmamıştır. Komşu dişlerde yer değiştirme ve kök rezorpsiyonu görülmemiştir. Lezyonun komşu dişlerle ve anatomik yapılarla olan ilişkisini inceleyebilmek için panoramik film ve KIBT alınmıştır (Resim 5, 6).



Resim 5: Olgu 2'nin panoramik radyografideki görüntüsü

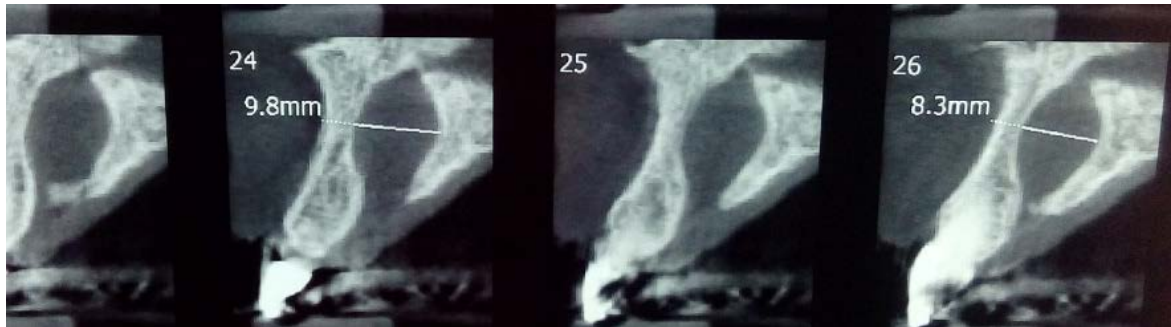


Resim 6: Olgu 2'nin KIBT'de aksiyel kesit görüntüsü

Yapılan radyografik incelemede üst çenede kesici dişler arasında sınırları belirgin, oval şeklinde radyolüsent bir lezyon tespit edilmiştir. Hastaya operasyon ve sonrasında görülebilecek olası komplikasyonlar ile ilgili gerekli bilgiler verilerek bilgilendirilmiş gönüllü onam formu imzalatıldı. Hasta lokal anestezi altında opere edilmiş ve lezyon enükle edilerek çıkartılmıştır. Enükleasyon sonrası oluşan kavite duvarlarına osteoplasti yapılmıştır. Yapılan histopatolojik değerlendirme sonucu nazopalatin kanal kisti tanısı konulmuştur. Yapılan rutin kontrollerde şikayetlerin geçtiği ve nüks bulgusu olmadığı görülmüştür.

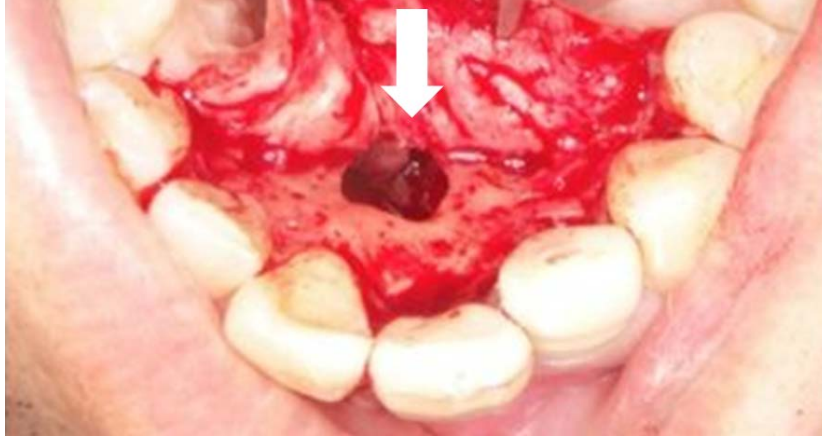
Olgu sunumu 3

49 yaşında erkek hasta üst kesici dişler bölgesinde şişlik ve ağrı nedeniyle kliniğimize başvurmuştur. Yapılan ağız içi muayenede ilgili vital dişler bölgesinde palatinal bölgede ağrılı şişlik saptanmıştır. Alınan anamnezde hastanın sistemik bir rahatsızlığının olmadığı öğrenilmiştir. Hastadan alınan panoramik filmde üst çene ön bölgede iyi sınırlı, oval şekilli, radyolüsent lezyon tespit edilmiştir. Daha detaylı inceleme yapabilmek için alınan KIBT görüntüsünde lezyonun nazopalatin kanalı içine aldığı ve ilgili bölgede alveol kemiğin palatinal kısmında ekspansiyon yarattığı gözlenmiştir (Resim 7).



Resim 7: Olgu 3'ün KIBT görüntüsü

Hastaya operasyon ve olası komplikasyonlar ile ilgili gerekli bilgiler verilip; bilgilendirilmiş gönüllü onam formu imzalatılmıştır. Lezyon lokal anestezi altında enükle edilmiş ve kist kavitesi kürete edilmiştir (Resim 8). Yapılan histopatolojik değerlendirme sonucu nazopalatin kanal kisti tanısı konulmuştur. Yapılan düzenli kontrollerde şikayetlerin geçtiği, nüks olmadığı görülmüştür.



Resim 8: Olgu 3'ün cerrahi sırasındaki görüntüsü

TARTIŞMA

Nazopalatin kist, çene kemiklerinde ortaya çıkabilecek birçok patolojik durumdan biridir. Ancak sadece maksillanın ön bölgesinde orta hatta lokalize olmasıyla diğer patolojilerden farklılık gösterir (Shylaja vd., 2013).

Yapılan araştırmalarda nazopalatin kanal kistlerinin beyaz ırkta daha fazla görüldüğü belirtilmekle beraber, siyahi ve Asya ırklarında da görülme insidanslarının benzer olduğu rapor edilmiştir (Escoda, Francolí, Almendros Marqués, ve Berini Aytés, 2008) .

Nazopalatin kanal kistleri erkeklerde kadınlara göre daha sıklıkta ve genellikle 3. ve 6. dekat arasında görülmektedir (Elliott, Franzese, ve Pitman, 2004). Kadınlarda erkeklere göre daha az görülmesinin nedeni olarak kadınların erkeklere göre dental problemleri olduğu zaman daha erken bir aşamada tedavi için yardım almaları olarak düşünülmektedir (Shylaja vd., 2013). Bu çalışmamızdaki her üç hastamızın da cinsiyeti erkekti ve yaşları bu literatür bilgisiyle uyuşmaktaydı.

Nazopalatin kistlerin teşhisi yapılırken hem radyolojik hem klinik hem de histolojik bulguların birlikte değerlendirilmesi önerilmektedir (Dedhia, Dedhia, Dhokar, ve Desai, 2013; Gümüşok vd., 2015).

Suter ve arkadaşları yaptıkları çalışmada nazopalatin kanal kistinin çapıyla hastanın yaşı ve cinsiyeti arasında istatistiksel olarak belirgin bir korelasyon bulunmamasına rağmen, erkek

hastalarda kist çapı ile palatinal defekt boyutunun kadınlara göre daha büyük olması ve erkek hastalarda bukkal kemik duvarının daha ince olması yönünde bir eğilim bulduklarını belirtmişlerdir. Ayrıca, araştırmacılar palatinal ve vestibül kemik duvarındaki defekt büyüklüğü ve şişlik gibi semptomların arasında belirgin bir korelasyon olmadığını rapor etmişlerdir (Suter vd., 2011). Yapılan benzer bir çalışmada ise kist boyutlarıyla hastanın yaşı ve kistin semptom verip vermemesi arasında bir korelasyon olmadığını vurgulamışlardır (Nelson ve Linfesty, 2010).

Nazopalatin kanal kistin oluşumu için gerekli olan stimülasyon ile ilgili kesin bir bilgi yoktur. Ancak spontan gelişim, enfeksiyon, travma ve mukoz retansiyonu gibi faktörler tetikleyici olarak kabul edilmektedir. Bu faktörler arasında spontan gelişim en çok kabul görendir (Çakur, Sümbüllü, Durna, ve Bilge, 2014). Bu çalışmadaki olgularda da herhangi bir travma veya enfeksiyon bulgusu olmadığından her üç vakada da kistlerin oluşum sebebinin spontan gelişim olduğu düşünülmektedir.

Nazopalatin kanal kisti genellikle merkezi ya da tek taraflı oluşur (Dedhia vd., 2013). Bilateral yerleşim çok nadir karşılaşılan bir durumdur (Cicciù vd., 2010). Bu çalışmada da her üç vaka da merkezi bölgede konumludur. Bu kist tipinin ayırıcı tanısının radiküler kist, odontojenik keratokist, median palatinal kist ve genişlemiş insiziv foramen ile yapılması gerekmektedir. Radyografik olarak nazopalatin kanal kisti ile genişlemiş insiziv kanallar birbirleriyle çok kolay şekilde karıştırılabilir. Kistin insiziv kanalla ayırımını yapabilmek için radyolüsent görüntünün boyutu incelenmelidir. 6 mm'ye kadar olan radyolüsen alanı herhangi bir klinik bulgu ya da semptom yoksa genişlemiş insiziv kanal olarak kabul edilir. Periapikal granülomaların ve radiküler kistlerin nazopalatin kanal kistinden ayırımının yapılması için de genellikle pulpa canlılık testleri kullanılır. Radiküler kist ve periapikal granüloma varlığında komşu dişler devitaldir yani pulpa canlılık testine pozitif cevap vermezler. Nazopalatin kanal kisti varlığında ise kiste ilişkili dişler vitaldir. Bu durum gereksiz endodontik tedaviden kaçınılması açısından oldukça önemlidir. Ancak nazopalatin kanal kistlerinin büyük boyutlara ulaştığı bazı durumlarda kist sıvısının basıncına bağlı olarak kiste komşu dişler canlılıklarını kaybedebilirler (Çakur vd., 2014; Derindağ vd., 2018). Bu çalışmadaki vakalarda komşu dişlere canlılık testi uygulandığında bütün dişlerde pozitif cevap alınmıştır. Diğer malign ve benign lezyonlar nazopalatin kanal kistini taklit edebildiğinden, nazopalatin kanal kistlerinin sadece radyografik bulgularla tanımlanmasının yeterli olmamasından dolayı mutlaka biyopsi yapılmasının gerekli olduğu vurgulanmıştır (Ezirganlı vd., 2010).

Nazopalatin kanal kistleri çoğunlukla asemptomatiktirler. Ancak semptomu olmayan kistin daha sonra enfekte olmasına bağlı olarak ağrı, şişlik, drenaj ya da ülserasyon gibi semptomlar görülebilir (Gümüşok vd., 2015). Kist eğer yüzeye yakınsa ilgili bölgede fluktuan şişlik ve mukozada mavi renk görülebilir. Nazopalatin kanal kisti eğer daha derinde lokalize ise ve çiğneme travmasına bağlı bir ülserasyon oluşmamışsa mukoza normal görünümündedir. Bazı vakalarda kist sıvısı, bir fistül ağzı ya da nazopalatin kanalın bir uzantısı aracılığıyla ağız boşluğuna akabilir. Hastalar böyle durumlarda genellikle ağız içinde tuzlu bir tat olduğunu belirtirler (Srivastava vd., 2013). Bu çalışmada ise her üç vakada ağrı duyusu hastaların kliniğe başvurusundaki birincil sebeptir. Ayrıca ikinci ve üçüncü vakada ağız içi muayenede şişlik tespit edilmiştir. Büyük boyutlara ulaşan vakalarda çok seyrek de olsa labial mukozadan anterior palatinal kemiğe kadar kemiği rezorbe eden fluktuan defekt ile karşılaşılabilir (Shylaja vd., 2013). Bu çalışmadaki vakalarda, lezyonların palatinal bölge ile sınırlı oldukları tespit edilmiştir.

Nazopalatin kanal kistinin görüntülemesinde oklüzal, periapikal, panoramik radyografiler, bilgisayarlı tomografi ile KIBT'den yararlanılabilir (Gümüşok vd., 2015). Bu vakalarda da rutin olarak alınan panoramik film dışında lezyonun boyutunu ve anatomik yapılarla olan ilişkilerini değerlendirmek için KIBT kullanılmıştır.

Büyük boyutlardaki nazopalatin kanal kistleri çoğunlukla diş köklerinin birbirinden uzaklaşmasına sebep olur. Ayrıca bu kist tipinde komşu dişlerde kök rezorpsiyonuyla nadiren karşılaşılır (Elliott vd., 2004). Bu çalışmaya dahil edilen üç hastada da dişlerde herhangi bir rezorpsiyon görülmemiş ve dişlerde yer değişimi tespit edilmemiştir.

Nazopalatin kanal kistinin eksizyonu sırasında ilgili bölgedeki nörovasküler demetin kesilmesiyle aşırı kanama görülebilmektedir. Bu nedenle cerrahi işlem sırasında piezoelektrik cerrahi cihazının kullanımının daha güvenli olduğunu ve işlem sonrası ağrı ve ödem miktarını önemli oranda azalttığını belirten çalışmalar mevcuttur (Cecchetti vd., 2012).

Enükleasyon sonrası nazopalatin kanal kistinde nüks görülme oranının %0-%11 arasında değiştiği bildirilmiştir. Ayrıca enükleasyon sonrası vakaların %20-%30'unda iyileşmenin skar dokusuyla gerçekleştiği ve kemik rejenerasyonunun oluşmadığı belirtilmektedir (Kılınç vd., 2015). Burada üç vakada da kemik grefti veya rejeneratif materyaller kullanılmamış ve iyileşme döneminde herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmamıştır. Yapılan bir çalışmada nazopalatin kanal kisti büyüklüğü ile iyileşme sürecinin uzaması ve komplikasyon oranları arasında bir korelasyon olmadığını belirtmiştir (Elliott vd., 2004).

Nazopalatin kanal kistinden malign transformasyon gerçekleşmesi çok nadir karşılaşılan bir durumdur. Buna örnek olarak literatürde sadece iki vakanın nazopalatin kanal kistinden skuamöz hücreli karsinomaya dönüştüğü rapor edilmiştir (Cicciù vd., 2010).

SONUÇ

Nazopalatin kanal kisti toplumun sadece %1'inde görülmektedir. Non-odontojenik kökenlidir. Genellikle asemptomatiktir. Ancak sert damakta şişlik, ağrı veya drenaja sebep olabilir. Radyografilerde iyi sınırlı, yuvarlak, oval ya da kalp şeklinde radyolüsent görüntü verir. Tedavisinde çoğunlukla enükleasyon tercih edilir ve rekürrensi oranı çok düşüktür. Üst çene ön bölgede keser dişler arasında görülen kist görüntüsündeki lezyonların ayırt edici tanısı yapılmalı, gereksiz endodontik tedavilerin cerrahi girişimlerin önüne geçilmelidir.

KAYNAKLAR







- Cecchetti, F., Ottria, L., Bartuli, F., Bramanti, N., Arcuri, C. (2012). *Prevalence, distribution, and differential diagnosis of nasopalatine duct cysts. Oral & Implantology, 5(2-3), 47-53.*
- Cicciù, M., Grossi, G. B., Borgonovo, A., Santoro, G., Pallotti, F., Maiorana, C. (2010). *Rare bilateral nasopalatine duct cysts: a case report. The Open Dentistry Journal, 4, 8-12.*
- Çakur, B., Sümbüllü, M. A., Durna, D., Bilge, O. M. (2014). *Nazopalatin kanal kisti: bir olgu sunumu. Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, 24(2), 258-261.*
- Dedhia, P., Dedhia, S., Dhokar, A., Desai, A. (2013). *Nasopalatine duct cyst. Case Reports in Dentistry, 1, 1-5.*
- Derindağ, G., Sarıca, İ., Harorlu, A. (2018). *Nazopalatin kanal kisti: bir olgu sunumu. Ege Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dergisi, 39(1), 60-63.*
- Elliott, K. A., Franzese, C. B., Pitman, K. T. (2004). *Diagnosis and surgical management of nasopalatine duct cysts. The Laryngoscope, 114(8), 1336-1340.*
- Escoda, F. J., Almendros-Marqués, N., Berini Aytés, L., Gay, E. C. (2008). *Nasopalatine duct cyst: report of 22 cases and review of the literature. Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal, 13(7), 438-443.*
- Ezirganlı, Ş., Köşger, H. H., Kırtay, M. (2010). *Nazopalatin kanal kisti: bir olgu sunumu. Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, 27(3), 195-199.*
- Gümüşok, D. M., Özle, D. M., Küçükkurt, D. S., Barış, E., Üçok, Ö. (2015). *Büyük boyutlu nazopalatin kanal kisti: olgu sunumu. Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi, 10, 6-9.*
- Kılınç, A., Saruhan, N., Ertas, Ü., Tepecik, T., Gündoğdu, B., Gürsan, N. (2015). *Deviated nasal septum as a rare symptom of nasopalatine duct cysts: two case reports and review of the literature. Türkiye Klinikleri Diş Hekimliği Bilimleri Olgu Dergisi, 1(1), 1-6.*
- Nelson, B. L., Linfesty, R. L. (2010). *Nasopalatine Duct Cyst, Head and Neck Pathology, 4, 121-122.*
- Shylaja, S., Balaji, K., Krishna, A. (2013). *Nasopalatine duct cyst: Report of a case with review of literature. Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery, 65(4), 385-388.*
- Srivastava, S., Misra, N., Agarwal, R., Pandey, P. (2013). *Nasopalatine canal cyst: often missed. Case Reports, 1, 1-3.*

Suter, V. G., Sendi, P., Reichart, P. A., Bornstein, M. M. (2011). The nasopalatine duct cyst: an analysis of the relation between clinical symptoms, cyst dimensions, and involvement of neighboring anatomical structures using cone beam computed tomography. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 69(10), 2595-2603.

Wright, J. M., Vered, M. (2017). Update from 4th Edition of the world health organization classification of head and neck tumors: odontogenic and maxillofacial bone tumors. Head and Neck Pathology, 11, 68-77.

ALLERJİK HASTALIĞI OLAN ÇOCUKLARDA TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TIP KULLANIMI

Complementary and Alternative Medicine Methods Use in Children with Allergic Disease

Yağmur SEZER EFE¹  Harun ÖZBEY²  Nuray CANER³ 
Meral BAYAT⁴  Fulya TAHAN⁵  Murat CANSEVER⁶ 
^{1,2,3,4,5,6}Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kayseri

Geliş Tarihi / Received: 25.06.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 18.11.2020

Yayın Tarihi / Published: 30.11.2020

ÖZ

Bu çalışma, alerjik hastalığı olan çocuklarda kullanılan tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini bir üniversite hastanesinin çocuk allerji polikliniğinde 1 Temmuz-31 Aralık 2019 tarihleri arasında takip edilen çocukların anneleri (n=150) oluşturmaktadır. Veriler, Çocuk ve Ebeveyn Tanıtım Formu ve Tamamlayıcı Bakım Uygulamalarının Kullanımına İlişkin Form ile toplanmıştır. Araştırmaya katılan annelerin %46.0'ının TAT kullandığı ve bunların %39.7'sinin tedaviye destek sağlamak amacıyla TAT kullandıkları, %88.7'sinin TAT kullanımı hakkında sağlık personelinin bilgilendirmediği saptanmıştır. TAT kullanan ebeveynlerin %36.4'ünün TAT yöntemi olarak doğal/bitkisel ürünleri tercih ettikleri saptanmıştır. Kızlarında alerjik hastalık olan (p≤0.001) ve tanıya ilişkin eğitim alan (p≤0.001) ebeveynlerin daha fazla TAT kullandıkları saptanmıştır. Bu doğrultuda TAT kullanımının hasta değerlendirmesinde araştırılması ve ebeveynlerin kullandıkları TAT uygulamaları konusunda sağlık personelinin bilgilendirmeleri için teşvik edilmesi önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Allerji, Hemşirelik, Tamamlayıcı Alternatif Tıp

ABSTRACT

This study was carried out to determine the complementary and alternative medicine methods (CAMs) used in children with allergic diseases. The sample of the study consists of the mothers (n = 150) of the children who were followed up between July 1 and December 31, 2019 in a child allergy polyclinic of a university hospital. The data were collected through the Child and Parent Identification Form and the Form on the Use of Complementary Care Practices. In the study; 46.0% of the mothers participating in the study used CAM and 39.7% of them used CAM to support the treatment and 88.7% did not inform healthcare personnel about the use of CAM. Of parents who use CAM; 36.4% prefer natural / herbal products as CAM methods. It was found that parents with allergic diseases in their daughters (p≤0.001) and receiving training on diagnosis (p≤0.001) used more CAM. Accordingly, it may be suggested to investigate the use of CAM in patient assessment and encourage parents to inform healthcare staff about the CAMs they use.

Keywords: Allergy, Complementary Alternative Medicine, Nursing

GİRİŞ

Son yıllarda özellikle gelişmiş ülkelerde çocukluk çağı allerjik hastalıklarında önemli ölçüde artışlar görülmektedir (Li, 2009). Yapılan çalışmalarda çocuklarda astım prevalansının dünyada %1-18 (GINA, 2019), ülkemizde %2-16 (Demir, Celikel, Karakaya, ve Kalyoncu, 2010) arasında olduğu belirlenmiştir. Türkiye’de yapılan çalışmalarda çeşitli yaş gruplarında atopik dermatit sıklığının %2.8-7.8 (Akbaş, Kılın, Yakut, ve Metin, 2015; Baççioğlu, Kılın, Yakut, ve Metin, 2015; Cetemen ve Yenigün, 2012), besin alerjisi sıklığının %5.7-13.4 (Baççioğlu vd., 2015; Barlık, Güner, Barlık, Söğüt, ve Sancak, 2013; Orhan vd., 2009; Yardımcı vd., 2015) ve allerjik rinit sıklığının ise %8.3-9.1 (Baççioğlu vd., 2015; Cetemen ve Yenigün, 2012; Yardımcı, Camitez, Sapan, ve Rağbetli, 2015) arasında değiştiği ve bu hastalıkların görülme sıklığının giderek arttığı gösterilmiştir. Ciddi boyutlara ulaşan bu rakamlar çocuklarda allerjik hastalıkların önemli bir sorun haline geldiğini göstermektedir.

Her geçen gün görülme sıklığı artan allerjik hastalıklar, çocuklarda morbiditeye neden olmakta, çocuğun ve ailesinin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (CDC, 2018; Liyanage, 2017). Güncel tedavi yaklaşımları uzun dönem ilaç kullanımını gerektirmekte ve allerjik hastalıklar tam olarak tedavi edilememektedir. Alerjik hastalıkların kronik ve potansiyel olarak hayatı tehdit eden doğası, kesin önleyici ve iyileştirici tedavilerin olmaması birçok ailenin tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) tedavileri aramasına yol açmaktadır (Berg, Mophew, Tran, Kilgore, ve Galant, 2015; Pawankar, Holgate, Canonica, ve Lockey, 2011; Sancaklı, Tuncel, ve Özdoğru, 2018).

Son yıllarda kullanımı giderek artan TAT uygulamaları, sağlığı korumak ve iyileştirmek için geleneksel tıbbi tedaviyle birlikte kullanılan, teoriler, felsefeler ve deneyimlerden elde edilen bilgi, beceri ve uygulamalara dayanan çeşitli terapiler ve uygulamalar olarak tanımlanmaktadır (EUROCAM, 2020). The National Health Interview Survey-2012 verilerinde 18 yaş altındaki çocukların %12’sinde TAT uygulamalarının kullanıldığı ve en sık kullanılan TAT yöntemlerinin bitkisel ilaçlar ve probiyotikler gibi vitamin ve mineral içermeyen besin takviyeleri, osteopatik veya kayropratik manipülasyon, yoga, tai chi ve qi-gong olduğu belirtilmiştir (Esparham vd., 2018; McClafferty vd., 2017). TAT uygulamalarının kronik hastalıklarda daha çok kullanıldığı ve ailelerin özellikle semptomları azaltmak amacıyla TAT uygulamalarına başvurdukları yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (Meyer vd., 2013; Taşar, Potur, Kara, Bostancı, ve Dallar, 2011; Valji vd., 2013). Astımlı çocuklarla yapılan bir çalışmada TAT kullanımının %33-89 arasında değiştiği bildirilmiştir (Slader, Reddel, Jenkins, ve Armour, 2006). TAT kullanımının incelendiği bir başka

çalışmada ise, astımı olan hastaların %43'üne, astım ve alerjik riniti olan hastaların %39.7'sine, alerjik riniti olan hastaların %25.7'sine TAT uygulandığı ve en sık kullanılan yöntemin bal, bitki çayları ve karışımları içeren bitkisel yöntemler olduğu saptanmıştır (Tuncel vd., 2014). Hsaing Hsu ve vd. (2005) yaptıkları bir çalışmada, 5-18 yaş arası astımlı çocuklara verilen Çin bitkisel (Mai-Men-Dong-Tang) karışımının çocukların astım semptomlarını hafiflettiği ve akciğer fonksiyonlarında iyileşme sağladığı belirtilmiştir (Hsu, Lu, ve Chang, 2005). Yapılan bir sistematik derlemede, aktif akupunktur uygulamasının astım tedavisi üzerinde etkili olduğuna ilişkin yeterli düzeyde kanıt olmadığı belirtilmiştir (McCarney vd., 2009).

TAT uygulamaları, genellikle aileler tarafından güvenli ve etkili olduğu düşünüldüğü için sağlık personellerine bildirilmemektedir (Sancaklı vd., 2018; Tuncel vd., 2014). Alerjik hastalığı olan çocuklarla çalışan sağlık personelleri, çocuklara uygulanan TAT yöntemlerini belirlemeli, çocuk ve aileye TAT yöntemlerinin yarar ve zararlarına ilişkin eğitim vermelidir. Bu çalışma, alerjik hastalığı olan çocuklarda kullanılan TAT uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın örneklemini bir üniversite hastanesinin çocuk allerji polikliniğinde 1 Temmuz-31 Aralık 2019 tarihleri arasında, takip edilen çocukların anneleri (n=150) oluşturmaktadır. Etik Kurul (No: 2019/387) ve kurum izni alınarak yapılan çalışmada çocukların annelerine çalışmanın amacı açıklanarak yazılı onamları alınmıştır.

Çocukların anneleri, özbildirime dayalı yaklaşık 15 dakika süren bir anket formu doldurmuşlardır. Anket formunun işlevselliğini değerlendirmek amacıyla çalışmaya dahil edilmeyen 5 anne ile ön uygulama yapılmıştır. Yapılan ön uygulama sonrasında ankette herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

Veri Toplama Araçları

Çocuk ve Ebeveyn Tanıtım Formu

Allerji polikliniğinde takip edilen çocukların ve ebeveynlerin yaş, cinsiyet, eğitim, sosyoekonomik durum gibi tanıtıcı özelliklerine ilişkin sorulardan oluşmaktadır.

Tamamlayıcı Bakım Uygulamalarının Kullanımına İlişkin Form

Bu form, tamamlayıcı bakım uygulamaları ile ilgili literatür taraması (Berg vd., 2015; Esparham vd., 2018; Li, 2009; McClafferty vd., 2017; Meyer vd., 2013; Sancaklı vd., 2018;

Shaw, Thompson, ve Sharp, 2006; Shen ve Oraka, 2012; Tuncel vd., 2014) sonucu araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Bu form, annelerin şu anda çocukları için herhangi bir TAT yöntemi kullanıp kullanmadığını, kullanılan yöntemin türünü (bitkiler, masaj, dua vb.), kullanım nedenlerini ve TAT uygulamasına yönelik bilgi kaynağını inceleyen sorulardan oluşmaktadır. Anketteki TAT uygulamaları literatür doğrultusunda bitkisel ürünler, masaj, psikoterapi, yoga, meditasyon, aromaterapi, akupunktur, gevşeme teknikleri, egzersizler, müzik terapisi ve diğerleri şeklinde oluşturulmuştur.

İstatistiksel Analiz

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS Statistics 22.0 paket yazılımı (IBM Corp, Armonk, NY, ABD) kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sayı (n), yüzde dağılımı (%) ve ortalama \pm standart sapma olarak verilmiştir. Kategorik değişkenler için gruplar arasındaki farkları karşılaştırmak amacıyla Pearson Ki-kare testi uygulanmıştır. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Post-power güç analizi 0.92 olarak tespit edilmiştir ($\alpha = \%5$ ve $\beta = \%80$).

BULGULAR

Araştırmaya katılan çocukların yaş ve tedavi süresi ortalamalarının sırasıyla 6.98 ± 4.51 yıl ve 29.98 ± 27.64 ay, anne ve baba yaş ortalamalarının sırasıyla 34.46 ± 6.44 yıl ve 38.62 ± 6.49 yıl olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan çocukların %53.3'ünün kız, %40.0'nin 0-5 yaş grubunda, %45.9'unun astım tanısı olduğu saptanmıştır. Ebeveynlerin %65.3'ünün gelirini giderine denk olarak algıladığı, %78.7'sinin 2-3 çocuğa sahip olduğu, %64.0'nin şehir merkezinde yaşadığı, %53.3'ünün hastalığa ilişkin eğitim almadığı belirlenmiştir. Çocukların annelerinin %34.0'nin eğitim seviyesi ilköğretim, babaların %38.7'sinin ise lise mezunu olduğu bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. Alerjik Hastalığı Olan Çocuklar ve Ebeveynlerinin Tanıtıcı Özellikleri (n= 150)

Tanıttıcı Özellikler	Ort\pmSD	Min-Max
Çocuk yaş (yıl)	6.98 \pm 4.51	1 ay-17 yıl
Tedavi süresi (ay)	29.98 \pm 27.64	1 ay -10 yıl
Anne yaş	34.46 \pm 6.44	22-60 yıl
Baba yaş	38.62 \pm 6.49	27-65 yıl
Tanıttıcı Özellikler	N	%
Cinsiyet		
Kız	80	53.3
Erkek	70	46.7
Çocuk yaş (yıl)		
0-5	60	40.0
6-10	52	34.7
11-18	38	25.3

Tanı* (n=157)		
Astım	72	45.9
Besin alerjisi ^a	31	19.8
Atopik dermatit	9	5.7
Arı alerjisi	28	17.8
Polen alerjisi	17	10.8
Ekonomik durum		
Düşük	21	14.0
Orta	98	65.3
Yüksek	31	20.7
Yaşanılan yer		
İl	96	64.0
İlçe	50	33.3
Köy	4	2.7
Anne eğitim düzeyi		
İlkokul	52	34.7
Ortaokul	15	10.0
Lise	37	24.7
Üniversite	46	30.6
Baba eğitim düzeyi		
İlkokul	21	14.0
Ortaokul	26	17.3
Lise	58	38.7
Üniversite	45	30.0
Ailedeki çocuk sayısı		
1 çocuk	18	12.0
2-3 çocuk	118	78.7
4 +	14	9.3
Taniya ilişkin eğitim alma		
Evet	70	46.7
Hayır	80	53.3

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

^a Süt, yumurta, ceviz, fındık, yer fıstığı, çikolata

Araştırmaya katılan annelerin %46.0'ının TAT kullandığı ve bunların %39.7'sinin tedaviye destek sağlamak amacıyla TAT kullandıkları belirlenmiştir. Annelerin %31.8'inin çocuklarına tanı konulduktan sonra ilk bir yıl içerisinde TAT uygulamalarına başvurdukları, %88.7'sinin TAT kullanımı hakkında sağlık personelinin bilgilendirmediği saptanmıştır. TAT kullanımı hakkında sağlık personellerini bilgilendirmeyenlerin %42.9'u sağlık personelinin bilgilendirmediğini düşündüğü, TAT kullanımı hakkında sağlık personelinin bilgilendirenlerde ise sağlık personelinin tutumunun %28.0 ile TAT kullanımının desteklenmemesi olarak belirlenmiştir. TAT kullanan annelerin %28.4'ü TAT uygulamalarının akrabaları tarafından tavsiye edildiğini ifade etmişlerdir. Annelerin %40.5'i TAT uygulamasının hastalığı tedavi etmediğini ancak rahatlama sağladığını, %56.5'i TAT uygulamasını bıraktığını, %63.7'si TAT uygulamalarını başkalarına önermediklerini belirtmişlerdir (Tablo 2).

Tablo 2. Alerjik Hastalığı Olan Çocuklarda Kullanılan TAT Uygulamalarına İlişkin Özellikler (n= 150)

TAT uygulamalarına ilişkin özellikler	N	%
TAT kullanımı		
Evet	69	46.0
Hayır	81	54.0
TAT tercih etmeme nedeni* (n= 81)		
Zarar vereceğinden korkma	27	16.9
Yararı olmadığını düşünme	37	23.3
Yönteme ulaşamama	7	4.5
Doktorun önermemesi	40	25.2
Yöntemin çok pahalı gelmesi	5	3.2
Çevrenin karşı çıkması	6	3.7
Tıbbi tedavinin daha doğru olduğunu düşünme	37	23.2
TAT tercih etme nedeni* (n= 69)		
Hastalığın yan etkilerini azaltmak	16	13.2
Tedaviye destek sağlamak	48	39.7
Daha yararlı olduğunu düşünme	11	9.2
Doğal olması	26	21.5
Hastalığa karşı her şeyi yapmış olmak	10	8.2
Psikolojik olarak rahatlamak	10	8.2
TAT kullanım başlangıç zamanı (n= 69)		
Tanı konar konmaz	20	28.9
Tanı konulduktan sonra ilk bir yıl içinde	22	31.8
Tanı konulduktan 2-3 yıl sonra	18	26.1
Tanı konulduktan 4 yıl ve üstü	9	13.2
Sağlık personelinin TAT kullanımı hakkında bilgilendirilmesi (n= 69)		
Evet	16	11.3
Hayır	53	88.7
TAT kullanımına yönelik sağlık personelinin tutumları*		
TAT kullanımını desteklediler	6	24.0
TAT kullanımı hakkında yorum yapmadılar	4	16.0
Tedavi süresinde TAT kullanımını önermediler	5	20.0
TAT kullanımını desteklemediler	7	28.0
Gelişebilecek zararları açıklayıp, desteklemediler	3	12.0
Sağlık personeline TAT kullanımı hakkında danışmama nedeni*		
Azarlamalarından korkma	13	8.1
Onları ilgilendirmediğini düşünme	69	42.9
Bu konuda bilgilerinin olduğunu düşünme	11	6.8
Ciddiye almamalarından çekinme	37	22.9
Bu yöntemleri kullanmaya engel olacaklarını düşünerek gizleme	31	19.3
TAT kullanımı tavsiye eden kişi* (n= 69)		
Akraba	27	28.4
Arkadaşlar	16	16.9
Komşu	14	14.7
Hastalar	9	9.5
İnternet/gazete/televizyon	21	22.1
Sağlık personeli	8	8.4
TAT kullanımında beklediği sonuca ulaşma durumu (n= 69)		
Tedavi etmedi, ancak rahatlama sağladı	28	40.5
Henüz beklediğim sonucu alamadık	6	8.7
Yararını veya zararını göremedik	21	30.5
Hiçbir yararını göremedik	14	20.3

TAT uygulamasını kullanmaya devam etme durumu (n= 69)

Evet	30	43.5
Hayır	39	56.5

TAT uygulamasını başkalarına önerme durumu (n= 69)

Evet	25	36.3
Hayır	44	63.7

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

TAT kullanan ebeveynlerin %36.4'ünün TAT yöntemi olarak doğal/bitkisel ürünleri tercih ettikleri (%8.7 keçiyoynuzu özü, %7.3 ısırgan otu, %4.7 tarçın), %30.5'inin zihin ve beden uygulamaları (%70.5 egzersiz) ve %33.1'inin diğer TAT uygulamalarını (%93.6'sının dua/muska) tercih ettikleri belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Alerjik Hastalığı Olan Çocuklar İçin Kullanılan TAT Yöntemleri

TAT yöntemleri	N	%
Kullanılan TAT yöntemleri^{a, b} (n= 69)		
Doğal/bitkisel ürünler	53	36.4
Zihin ve beden uygulamaları	44	30.5
Diğer tamamlayıcı tıp uygulamaları	48	33.1
Kullanılan doğal/bitkisel ürünler (n=53)		
Isırgan otu	11	7.3
Tarçın	7	4.7
Kekik suyu	5	3.3
Çörek otu yağı	4	2.7
Aloe vera	2	1.3
Maydanoz suyu	2	1.3
Sarımsak	3	2.0
Zeytin yaprağı	1	0.7
İncir yaprağı	2	1.3
Keçiyoynuzu özü	13	8.7
Rezene/papatya çayı	2	1.3
Karanfil	1	0.7
Zihin ve beden uygulamaları (n= 44)		
Egzersiz	31	70.5
Masaj	7	15.9
Akupunktur	6	13.6
Diğer tamamlayıcı tıp uygulamaları (n= 48)		
Dua/muska	45	93.6
Speleoterapi	3	6.4

a Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

b Tamamlayıcı ve Bütüncü Sağlık Ulusal Merkezi (NCCIH) tamamlayıcı sağlık yaklaşımları sınıflandırılmasına göre sınıflandırılmıştır.

Kızlarında alerjik hastalık olan ($p \leq 0.001$) ve tanıya ilişkin eğitim alan ($p \leq 0.001$) ebeveynlerin daha fazla TAT kullandıkları saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Alerjik Hastalığı Olan Çocukların Özelliklerine Göre TAT Kullanımı

Özellikler	TAT kullanımı		χ^2	p
	Evet (%)	Hayır (%)		
Çocuk yaş (yıl)				
0-5	29 (48.3)	31 (51.7)	1.749	0.417
6-10	26 (50.0)	26 (50.0)		
11-18	14 (36.8)	24 (63.2)		
Cinsiyet				
Kız	61 (76.3)	19 (23.8)	63.151	$\leq 0.001^*$
Erkek	8 (11.4)	62 (88.6)		

Ailedeki çocuk Sayısı				
1 çocuk	6 (33.3)	12 (66.7)	3.635	0.162
2-3 çocuk	59 (50.0)	59 (50.0)		
4 +	4 (28.6)	10 (71.4)		
Yaşanılan yer				
İl	45 (46.9)	51 (53.1)	0.740	0.691
İlçe	23 (46.0)	27 (54.0)		
Köy	1 (25.0)	3 (75.0)		
Ekonomik durum				
Gelir giderden az	7 (33.3)	14 (66.7)	2.332	0.312
Gelir gidere denk	45 (45.9)	53 (54.1)		
Gelir giderden fazla	17 (54.8)	14 (45.2)		
Anne eğitim düzeyi				
İlkokul	17 (32.7)	35 (67.3)	7.805	0.069
Ortaokul	7 (46.7)	8 (53.3)		
Lise	17 (45.9)	20 (54.1)		
Üniversite	28 (60.9)	18 (39.1)		
Baba eğitim düzeyi				
İlkokul	7 (33.3)	14 (66.7)	4.496	0.213
Ortaokul	10 (38.5)	16 (61.5)		
Lise	26 (44.8)	32 (55.2)		
Üniversite	26 (57.8)	19 (42.2)		
Taniya ilişkin eğitim alma				
Evet	48 (68.6)	22 (31.4)	26.919	≤0.001*
Hayır	21 (26.3)	59 (73.8)		

* $p < 0.05$

TARTIŞMA

Astım ve allerjik rinit gibi allerjik hastalıklar dünya çapında giderek artan önemli sağlık problemleridir (Pawankar vd., 2011). Allerjik hastalıklarda, uzun süreli tedavi gereksiniminin olması, tedaviye rağmen hastalığın tamamen düzelmemesi, anne-babaların tedavide kullanılan ilaçların lokal ve sistemik yan etkileri ve hastalığın kronikleşmesi konusundaki endişeleri, önleyici ve iyileştirici tedavilerin olmaması nedeniyle TAT uygulamalarına başvurulmaktadır (Sancaklı vd., 2018). Allerjik hastalıklarda TAT kullanımını incelendiğinde; astımlı çocuklarda TAT kullanma oranlarının çeşitli çalışmalarda %26.7-77.0 arasında değiştiği (Berg vd., 2015; Özkars ve Kırık, 2018; Shen ve Oraka, 2012); allerjik rinitli çocukların %14-63.11'inin (Sancaklı vd., 2018; Yen vd., 2015), allerjik rinit ve astımlı çocuklarla yapılan çalışmalarda TAT kullanım sıklığının %38.4-48.8 olduğu belirlenmiştir (Işık, Gül, ve Çetin, 2018; Tuncel vd., 2014). Allerjik çocuklarda TAT kullanım sıklığı ülkeden ülkeye değişmektedir. Bu çalışmada da allerjisi olan çocukların annelerinin %46.0'ının çocukları için TAT kullandığı saptanmıştır (Tablo 2). Tüm bu sonuçlara göre allerjisi olan çocukların ebeveynlerinin yaklaşık yarısının TAT kullanımına başvurduğu görülmektedir.

Etiyolojisi bilinmeyen, yaşam boyu tedavileri olan astım, allerjik rinit gibi allerjik hastalıklar, korkuya, sıkıntı hissine ve modern tıp dışındaki tedavi yöntemlerine başvurulmasına yol açabilir (Özkars ve Kırık, 2018). Bu süreçte aileler çocuklarının

solunumunu rahatlatmak, paniği gidermek, tıbbi tedaviye destek olmak ve tıbbi tedavinin yol açtığı yan etkilerle baş etmek için TAT uygulamalarına yönelebilirler (Doğan, 2016; Sancaklı vd., 2018; Shaw vd., 2006). Bu çalışmada da annelerin %39.7'sinin tedaviye destek sağlamak ve %13.2'sinin tedavinin yan etkilerini azaltmak için TAT kullandıkları belirlenmiştir. Ayrıca annelerin %21.5'i TAT'ları doğal olduğu için kullandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 2). Doğan (2016) astımlı çocuklarda TAT kullanımını incelediği çalışmasında, ailelerin %57.5'i doğal ve güvenli olup yan etkisinin az olması, %44.1'i çevreden faydalı olduğunu duyması nedeniyle TAT yöntemlerini kullandığını ifade ettiklerini belirtmiştir.

Sancaklı ve arkadaşları (2018) allerjik rinitli çocukların annelerinin en çok aile büyükleri/çevrelerinden (%71.4) ve internet/televizyondan (%18.6) TAT kullanımına ilişkin bilgi aldıklarını belirtirken (Sancaklı vd., 2018), Doğan (2016) astımlı çocukların %61.2'sinin aile üyeleri (eş, dost, akraba) ve %44.8'inin internette bilgi aldığını saptamışlardır (Doğan, 2016). Işık ve ark. (2018), ailelerin TAT yöntemleri hakkında en sık sırasıyla akraba, arkadaş ve aktarlar, medya, eczacı, doktor gibi sağlık çalışanlarından bilgi aldıklarını belirlemişlerdir (Işık vd., 2018). Bu çalışmada TAT kullanan ebeveynlerin %28.4'ünün TAT uygulamalarını akrabalarından, %22.1'inin internet/gazete/televizyondan bilgi aldığı belirlenmiştir (Tablo 2). Bu sonuç TAT kullanımında annelerin kanıt temelli güvenilir kaynaklardan değil, daha çok aile üyeleri ve arkadaşlar gibi bilgi kaynaklarından yararlandıklarını göstermektedir.

Çalışmada TAT kullanan annelerin %36.4'ünün doğal/bitkisel ürünleri (%8.7 keçiyoynuzu özü, %7.3 ısırgan otu, %4.7 tarçın), %30.5'inin zihin ve beden uygulamaları (%70.5 egzersiz) ve %33.1'inin diğer TAT uygulamalarını (%93.6'sının dua/muska) tercih ettikleri belirlenmiştir (Tablo 3). Sancaklı ve ark. (2018), allerjik rinitli çocuklarda en sık kullanılan TAT'ların bitkisel ürünler olduğunu, en çok kullanılan yöntemlerin; çörek otu/çörek otu yağı, karaturp/bal alınması ve çay sürülmesi olduğunu belirtmişlerdir (Sancaklı vd., 2018). Astım kontrolü kötü olan çocuklar arasında TAT kullanım sıklığı %34 olan bir çalışmada ise, en sık kullanılan TAT yöntemleri nefes alma teknikleri, vitaminler/şifalı bitkiler veya bitkisel ürünlerdir (Shen ve Oraka, 2012). Berg ve arkadaşları (2015) Vietnam-Amerikan astımlı çocuklarda TAT kullanım sıklığını değerlendirdikleri çalışmalarında, en sık kullanılan TAT yöntemlerini buhar inhalasyonu, kremler/topikal yağlar, gıdalar, dua, yağ inhalasyonu, masaj, bitkisel ilaç olduğunu bulmuşlardır (Berg vd., 2015). Bu sonuçlar, allerjik çocukların ailelerinin en çok bitkisel yöntemleri tercih ettiklerini göstermektedir. Ancak kullanılan bitkisel ürünlerin allerjik hastalığı olan çocukların tedavisini nasıl etkileyeceği (ilaç-bitki/besin etkileşimi) bilinmediği için, bu ürünleri kullanırken sağlık personeline danışmaları ve kullandıkları ürüne ilişkin sağlık personeline bilgilendirmeleri önemlidir. Bu çalışmada

TAT kullanan annelerin %88.7'sinin sağlık personeline danışmadıkları belirlenmiştir (Tablo 2).

TAT kullanımını eğitim durumu, cinsiyet, yaş gibi birçok faktörden etkilenebilir. Bu çalışmada kızlarında alerjik hastalık olan ($p \leq 0.001$), tanıya ilişkin eğitim alan ($p \leq 0.001$), sağlık personeline TAT konusunda bilgilendirmeyen ($p \leq 0.001$) ebeveynlerin daha fazla TAT kullandıkları belirlenmiştir. Çocuğun yaşı, ailedeki çocuk sayısı, yaşanılan yer, ekonomik durum ve anne-baba eğitim düzeyinin TAT kullanımını etkilemediği saptanmıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4). Tuncel ve ark. (2014) yaptığı çalışmada ebeveynlerin eğitim düzeyi (Tuncel vd., 2014); Işık ve ark. (2018) gelir düzeyi ile TAT kullanım sıklığı arasında ilişki bulamamıştır (Işık vd., 2018).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada annelerin yaklaşık yarısının TAT kullandığı, TAT kullanan annelerin yaklaşık üçte birinin tedaviye destek amacıyla, özellikle doğal/bitkisel ürünleri tercih ettikleri saptanmıştır. Ayrıca annelerin çoğunluğunun TAT uygulaması hakkında sağlık personeline bilgilendirmediği ve sağlık personeline bilgilendirmeyen annelerin yaklaşık yarısının sağlık personeline ilgilendirmediğini düşündüğü için sağlık personellerini bilgilendirmedikleri belirlenmiştir. Kullanılan TAT yöntemlerinin alerjik hastalığı olan çocukların tedavisini nasıl etkileyeceği (ilaç-bitki/besin etkileşimi) bilinmediği için, hasta değerlendirmesinde sağlık personelinin ebeveynleri ve çocukları TAT kullanımını konusunda incelemesi önemlidir. Hastaların rutin poliklinik kontrollerinde alınan öyküde ebeveynlerin TAT kullanımına ilişkin soruları içermelidir. Ebeveynlere TAT kullanımının olumlu etkilerinin yanı sıra uygun kullanılmadığı zaman olumsuz yan etkilerinin olabileceği ile ilgili bilgilendirme yapılmalıdır. Ebeveynler TAT kullanımları hakkında sağlık personeline bilgilendirmeleri için teşvik edilmelidir. Alerjik hastalığı olan çocuklarda TAT kullanımının kısa ve uzun süreli etkilerinin belirlenmesi için kanıt sağlayan daha kapsamlı bir örnekleme daha ileri çalışmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Akbaş, A., Kılın, F., Yakut, İ., Metin, A. (2015). Çocuklarda dermatolojik hastalıklar: 4025 hastanın prospektif analizi, *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 1, 6-11.
- Baççioğlu, A., Söğüt, A., Kılıç, Ö., Beyhun, E. (2015). Erzurum'da okul çağı çocuklarında ve erişkinlerde alerjik hastalıkların sıklığı ve etkileyen risk faktörleri, *Türk Toraks Derg.*, 16, 68-72.
- Barlık, F., Güner, Ş. N., Barlık, M., Söğüt, A., Sancak, R. (2013). Samsun ili kreş ve anaokulu çocuklarında besin alerjisi yaygınlığı, *Türk Ped Arş*, 48, 288-293.

- Berg, J., Morphey, T., Tran, J., Kilgore, D., Galant, S. P. (2015). *Prevalence of complementary and alternative medicine usage in Vietnamese American asthmatic children, Clinical Pediatrics, 55(2), 157-164.*
- CDC.gov. (2018). *CDC- Asthma- Most Recent Asthma Data. [online] 9 Kasım 2020 tarihinde https://www.cdc.gov/asthma/most_recent_data.htm adresinden erişildi.*
- Cetemen, A., Yenigün, A. (2012). *Aydın il merkezinde okul çocuklarında astım ve allerjik hastalıkların prevalansı, Asthma Allergy Immunol, 10, 84-92.*
- Demir, A. U., Celikel, S., Karakaya, G., Kalyoncu, A. F. (2010). *Asthma and allergic diseases in school children from 1992 to 2007 with incidence data, J Asthma, 47(10), 1128-1135.*
- Doğan, B. Ö. (2016). *Çocukluk çağı astımında geleneksel ve tamamlayıcı tedavi kullanımı ve astım şiddeti. Tıpta uzmanlık tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Eskişehir.*
- Esparham, A., Misra, S., Sibinga, E., Culbert, T., Kemper, K., McClafferty, H., ... Rosen, L. (2018). *Pediatric integrative medicine: Vision for the future, Children (Basel), 5(8), 111.*
- EUROCAM. (2020). *The contribution of Complementary and Alternative Medicine to sustainable healthcare in Europe. Belgium.*
- Global Initiative For Asthma (GINA) web site [homepage on the internet] <http://www.ginasthma.com/> *Global Strategy For Asthma Management And Prevention Updated 2019. Erişim tarihi: 12.06.2020*
- Hsu, C. H., Lu, C. M., Chang, T. T. (2005). *Efficacy and safety of modified Mai-Men-Dong-Tang for treatment of allergic asthma, Pediatr Allergy Immunol, 16, 76-81.*
- Işık, S., Gül, İ., Çetin, M. (2018). *Van ilinde astım ve/veya allerjik rinitli çocuklarda tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları, Turkish J Pediatr Dis, 2, 131-135.*
- Li, X. M. (2009). *Complementary and alternative medicine in pediatric allergic disorders Curr Opin Allergy Clin Immunol, 9(2), 161-167.*
- Liyanage, G. (2017). *Food allergy in children, Sri Lanka Journal of Child Health, 46(4), 366-372.*
- McCarney, R. W., Brinkhaus, B., Lasserson, T. J, et al. (2004). *Acupuncture for chronic asthma, Cochrane Database Syst Rev, CD000008.*
- McClafferty, H., Vohra, S., Bailey, M., Brown, M., Esparham, A., Gerstbacher, D., ...Yeh, A. M. (2017). *Pediatric integrative medicine, Pediatrics, 140, e20171961.*
- Meyer, S., Gortner, L., Larsen, A., Kutschke, G., Gottschling, S., Graber, S., ...Scrhoeder, N. (2013). *Complementary and alternative medicine in paediatrics: A systematic overview/synthesis of Cochrane Collaboration reviews, Swiss Med Wkly, 143, w13794.*
- Orhan, F., Karakas, T., Cakir, M., Aksoy, A., Baki, A., Gedik, Y. (2009). *Prevalence of immunoglobulin E mediated food allergy in 6-9-year-old urban school children in the eastern Black Sea region of Turkey, Clin Exp Allergy, 39 (7), 1027-1035.*
- Özkars, M. Y., Kırık, S. (2018). *Astım tanılı çocuk hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı: Astımda alternatif tedavi, Ortadoğu Medical Journal, 10(4), 403-406.*
- Pawankar, R., Holgate, T. S., Canonica, W. G., Lockey, R. F. (2011). *WAO White Book on Allergy. 1st ed. United States of America: World Allergy Organization.*
- Sancaklı, Ö., Tuncel, T., Özdoğru, E. (2018). *Allerjik rinitli çocuklarda tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımının araştırılması, Asthma Allergy Immunol, 16, 11-16.*

-
- Shaw, A., Thompson, E. A., Sharp, D. (2006). *Complementary therapy use by patients and parents of children with asthma and the implications for NHS care: A qualitative study*, *BMC Health Serv. Res*, 6, 76.
- Shen, J., Oraka, E. (2012). *Complementary and alternative medicine (CAM) use among children with current asthma*, *Preventive Medicine*, 54, 27-31.
- Slader, C. A., Reddel, H. K., Jenkins, C. R., Armour, C. L., Bosnic-Anticevich, S. Z. (2006). *Complementary and alternative medicine use in asthma: Who is using what?* *Respirology*, 11(4), 373-387.
- Taşar, M. A., Potur, D., Kara, N., Bostancı, I., Dallar, Y. (2011). *The complementary or alternative medicine practices in children of low-income families: Data of Ankara Hospital*, *The Turkish Journal of Pediatric*, 5, 81-88.
- Tuncel, T., Çetemen, A., Karabel, M., Keleş, S., Şen, V., Gürkan, M. F. (2014). *Astım ve/veya allerjik rinitli çocuklarda tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları*, *Asthma Allergy Immunol*, 12, 146-151.
- Valji, R., Adams, D., Dagenais, S., Clifford, T., Baydala, L., King W. J., ... Vohra, S. (2013). *Complementary and alternative medicine: A survey of its use in pediatric oncology*, *Evid Based Complement Alternat Med*, 2013, 527163.
- Yardımcı, G., Canitez, Y., Sapan, N., Rağbetli, C. (2015). *Bir İl Merkezinde 6-14 Yaş Grubu Çocuklarda ve Ailelerinde Görülen Besin Alerjisi ve Alerjik Hastalıkların Sıklığı.*, *KÜ Tıp Fak Derg*, 17(2), 21-28.
- Yen, H. R., Liang, K. L., Huang, T. P., Fan, J. Y., Chang, T. T., Sun, M. F. (2015). *Characteristics of traditional Chinese medicine use for children with allergic rhinitis: A nationwide population-based study*, *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 79(4), 591-597.

DÜZELTME (Correction)

Original Article / Araştırma Makalesi

SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN KARDİYOVASKÜLER HASTALIK RİSK FAKTÖRLERİNE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ: ARTVİN ÇORUH ÜNİVERSİTESİ ÖRNEĞİ Determination of Health Services Vocational School Students' Knowledge Levels About Cardiovascular Disease Risk Factors: Example of Artvin Coruh University

Emre ERKAL¹ 

Sevgi DEMİR² 

¹Artvin Çoruh Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Artvin

²Artvin Çoruh Üniversitesi, Şaşıat Meslek Yüksekokulu, Artvin

Geliş Tarihi / Received: 01.04.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 15.05.2020

Yayın Tarihi / Published: 21.06.2020

<https://doi.org/10.33715/inonusaglik.712383>. doi numaralı Erkal, E., Demir, S. (2020). Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörlerine İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi: Artvin Çoruh Üniversitesi Örneği. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 8(2), 293-301

makalesi ile ilgili düzeltmeler aşağıdaki gibidir.

- sayfa:298

1-Gelir değişkeni makalede ($F=1.512$, $df=2$, $p=0.049$) sehven hatalı yazılmış doğru olanı ($F=3,353$ $df=2$, $p=0.030$)

2-Ailede kalp damar hastalığı değişkeni makale de sehven hatalı yazılmış olup ($t=2.282$, $p=0.049$) gerçek değeri anlamlı bulunmamıştır. ($t=0,382$ $p=0.703$)

-sayfa:301

Kaynaklarda yer alan ;

1-Sanlıkturk, D. University Students' Knowledge Levels about Cardiovascular Risk Factors and Assessment of their Health Behaviours in Turkey. International Journal of Caring Sciences, 2018;11(2): 1269-1281. İsimli kaynak sehven hatalı yazılmış olup orjinal hali;

Kes D, Sanlıkturk D. Polat U. University Students' Knowledge Levels about Cardiovascular Risk Factors and Assessment of their Health Behaviours in Turkey. International Journal of Caring Sciences, 2018;11(2):1269-1281.

2-Oğuz, S., Cesur, K., & Koç Tütüncü, S. Hemşirelik öğrencilerinde koroner kalp hastalığı risk faktörlerinin belirlenmesi. Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 2011; 2(2): 18-21 İsimli kaynak sehven hatalı yazılmış olup orjinal hali;

Oğuz S, Cesur K, Koç S. Hemşirelik öğrencilerinde koroner kalp hastalığı risk faktörlerinin belirlenmesi. Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 2011;2(2):18-21

3-Risk, S., Bilgi, F. (2014). The knowledge about cardiovascular risk factors among students in a faculty of health sciences. Euras J Fam Med, 3, 79-84. İsimli kaynak sehven hatalı yazılmış olup orjinal hali;

Gurdoğan Paslı E, Kurt S, Unsar S. The knowledge about cardiovascular risk factors among students in a faculty of health sciences. Euras J Fam Med, 2014;3:79-84.

Bu minör değişiklikler çalışmadan elden edilen toplam puanı veya diğer değişkenlerin sonucunu etkilememiştir.