



# HEMŞİRELİK **BİLİMİ** Dergisi

---

**Journal of**  
**NURSING **SCIENCE****





HEMŞİRELİK BİLİMİ  
Dergisi

Journal of  
NURSING SCIENCE



# Hemşirelik Bilimi Dergisi

## Journal of Nursing Science

<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

### Editör

Prof. Dr. Gülelgün TÜRK

Doç. Dr. Filiz ADANA

### Yayın Kurulu

Prof. Dr. Fatma DEMİRKIRAN

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi,  
Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Gülelgün TÜRK

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi,  
Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Hüsnüye ÇALIŞIR

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim  
Dalı

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi,  
Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Leyla KÜÇÜK

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa,  
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Raşan ÇEVİK AKYIL

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi,  
Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Sakine BOYRAZ

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi,  
Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Emine GERÇEK ÖTER

Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi,  
Hemşirelik Fakültesi

### Editör Yardımcısı

Doç. Dr. Fatoş KORKMAZ

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik  
Fakültesi

Doç. Dr. Seher SARIKAYA KARABUDAK

Doç. Dr. Filiz ADANA

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi,  
Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Öznur KÖRÜKÇÜ

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği

Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik  
Fakültesi

Doç. Dr. Raşan ÇAM

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi,  
Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Safiye ÖZVURMAZ

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi,  
Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Şebnem ÇINAR YÜCEL

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Şengül CANGÜR

Biyostatik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı

Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi

Doç. Dr. Yıldız DENAT

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi,  
Hemşirelik Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Aygül KISSAL

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sağlık  
Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Belgin YILDIRIM

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi,  
Hemşirelik Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Elem KOÇAÇAL GÜLER

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

İzmir Demokrasi Üniversitesi, Sağlık  
Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Hatice ÖNER

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi,  
Hemşirelik Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Nurdan GEZER

Yönetim Anabilim Dalı

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi,  
Hemşirelik Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Nükhet KIRAÇ

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi,  
Hemşirelik Fakültesi

### Yayın Kurulu Sekreterleri

Arş. Gör. Orkun ERKAYIRAN

Arş. Gör. Bircan KAHRAMAN BERBEROĞLU

### Yayın Yeri ve Adresi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, AYDIN, TÜRKİYE

Tel: +902562138866

e-posta:journalofnursingscience@gmail.com

### Mizanpaj Editörleri

Arş. Gör. Orkun ERKAYIRAN

Arş. Gör. Bircan KAHRAMAN BERBEROĞLU



HEMŞİRELİK BİLİMİ  
Dergisi

Journal of  
NURSING SCIENCE



# Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

İçindekiler

09.01.2021

## Editörden Önsöz

*Prof. Dr. Gülgün TÜRK*

*Doç. Dr. Filiz ADANA*

## Araştırma Makaleleri

- Sezaryen Doğumlarda Uygulanan Anestezi Yönteminin Erken Postpartum Dönemde Anne ve Yenidoğana Etkileri  
Effects of Anaesthesia Approaches to the Mother and New-Born's Comfort and Adaptation Period That Can Apply in the  
Caesarean Births **1-8**  
*Esra GÖKDAĞ BALCI, Ümram YEŞİLTEPE OSKAY*
- 
- Hemşirelik Birinci Sınıf Öğrencilerinin Veri Toplama Sürecinde Karşılaştıkları Güçlüklerin Belirlenmesi  
Determining The Difficulties Experienced By First Year Nursing Students In The Data Collection Process **9-13**  
*Gülgün TÜRK*
- 
- Ameliyathane Hemşirelerinin Stres Kaynaklarının Belirlenmesi  
Determination of Stress Sources of Operating Room Nurses **14-21**  
*Rahşan ÇAM, Nurdan GEZER, Nurcan BOYACIOĞLU, Mehmet Halil ÖZTÜRK*
- 
- Hematopoetik Kök Hücre Nakli Hastalarında Etkileşimsel Eğitim Yaklaşımının Anksiyete Düzeyine Etkisi  
Effect of Interactive Educational Approach to Level of Anxiety in Bone Marrow Transplantation **22-27**  
*Seckin ERDAL, Günay DİKBİYİK, Refika YAZGAÇ, Hüseyin Saffet BEKÖZ, Gülbeyaz CAN*
- 
- Derleme**
- Hemşirelik Bilişimi ve Karar Verme Sürecinde Klinik Karar Destek Sistemlerinin Önemi  
The Impotance of Clinical Decision Support Systems in Nursing Informatics and Decision Making **28-31**  
*İlknur BUÇAN KIRKBİR, Tuğba KURT*
- 
- Rogers'in Üniter Bakışı ile Anksiyete Yönetimi  
Anxiety Management with Rogers' Unitary Perspective **32-36**  
*Ayşegül DÖNMEZ, Tuğba DURMUŞ, Ece MUTLU SATIL*



HEMŞİRELİK BİLİMİ  
Dergisi

Journal of

Değerli Okuyucularımız;

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi olarak Hemşirelik Bilimi Dergisi'nin 2020 yılı üçüncü sayısını siz değerli okurlarımıza ulaştırmanın mutluluğunu yaşıyoruz. Dergimizin bu sayısında; Sezaryen Doğumlarda Uygulanan Anestezi Yönteminin Erken Postpartum Dönemde Anne ve Yenidoğana Etkileri, Hemşirelik Birinci Sınıf Öğrencilerinin Veri Toplama Sürecinde Karşılaştıkları Güçlüklerin Belirlenmesi, Ameliyathane Hemşirelerinin Stres Kaynaklarının Belirlenmesi ve Hematopoetik Kök Hücre Nakli Hastalarında Etkileşimsel Eğitim Yaklaşımının Anksiyete Düzeyine Etkisini konu alan dört araştırma makalesi ile Hemşirelik Bilişimi ve Karar Verme Sürecinde Klinik Karar Destek Sistemlerinin Önemi, Rogers'ın Üniter Bakışı ile Anksiyete Yönetimi ve Bir Hasta Güvenliği Uygulaması ya da Bir Etik İkilem Kaynağı: Kimyasal Tespit'e yönelik yapılmış üç derleme yazısı olmak üzere toplam yedi makale bulunmaktadır.

Dergimizin bu sayısında bilimsel çalışmalarını bizlerle paylaşan ve hemşirelik literatürüne katkı sağlayan yazarlarımıza, dergimize gönderilen makaleleri dikkatle ve özenle değerlendiren hakem kurulu üyelerimize, bu zorlu süreçte yoğun çaba ve titizlikle çalışan dergi yayın kurulu üyelerimize çok teşekkür ediyoruz. Hemşirelik biliminin gelişimine katkı sağlayacak yeni çalışmalarla bir sonraki sayımızda buluşmak dileğiyle.Saygı ve sevgilerimizle.

Editör

Prof. Dr. Güleğün TÜRK

Doç. Dr. Filiz ADANA



HEMŞİRELİK BİLİMİ  
Dergisi

Journal of  
NURSING SCIENCE



## Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

### Orijinal Araştırma

## Sezaryen Doğumlarda Uygulanan Anestezi Yönteminin Erken Postpartum Dönemde Anne ve Yenidoğana Etkileri

### Effects of Anaesthesia Approaches to the Mother and New-Born's Comfort and Adaptation Period That Can Apply in the Caesarean Births

Esra GÖKDAĞ BALCI <sup>a</sup>, Ümram YEŞİLTEPE OSKAY <sup>b</sup>

<sup>a</sup> İstanbul Büyükşehir Belediyesi, Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı, Kadın ve Aile Hizmetleri Müdürlüğü, İSTANBUL, TÜRKİYE

<sup>b</sup> İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İSTANBUL, TÜRKİYE

#### ÖZET

**Amaç:** Çalışma sezaryen doğumlarda uygulanan anestezi yöntemlerinin, annenin doğum sonu dönem konforuna ve uyumuna ve yenidoğanın genel sağlık durumuna etkilerinin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

**Yöntem:** Bu çalışma karşılaştırmalı ve kesitsel tiptedir. Çalışmanın örneklemini, İstanbul'daki bir hastanenin kadın doğum kliniğinde sezaryen ameliyatı geçirmiş 234 anne ve onların 234 yenidoğan oluşturdu. Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Bilgi Formu, Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği, Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu, Genel Konfor Ölçeği, APGAR Skoru ve Vizüel Analog Skala kullanıldı. Genel anestezi ve bölgesel anestezi uygulanan kadınların yaş, çalışma ve eğitim durumu, evlilik süreleri ve gebelik sayılarına ilişkin verileri birbirine benzerdi.

**Bulgular:** Genel anestezi uygulanan kadınlarda bölgesel anestezi uygulanan kadınlara göre bebeğiyle ten tene temasta gecikme, bebeğiyle bağ kurmada gecikme, oral beslenmeye daha geç başlama, ağrı, mide bulantısı gibi sorunların yaşandığı bulundu. Bölgesel anestezi uygulanan kadınlarda Genel Konfor Ölçeği, Doğum Sonrası Ebeveynlik Ölçeği ve Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalamaları daha yüksekti. Bölgesel anestezi uygulanan gruptaki yenidoğanların 5. dk. Apgar puanlarının daha yüksek, 1.gün ve 2.gün tartı kaybı ortalamalarının daha düşük olduğu belirlendi.

**Sonuç:** Bu çalışmada sezaryen doğumlarda uygulanan genel anestezinin annenin doğum sonu dönem konforuna ve uyumuna, yenidoğanın genel sağlık durumuna olumsuz etkileri olduğu belirlendi.

**Anahtar Kelimeler:** Lohusa, obstetrik anestezi, sezaryen, yenidoğan.

#### ABSTRACT

**Aim:** The present study was planned to study effects of the anaesthesia approaches for the cesarean births in the post-partum period.

**Methods:** This study was comparative and cross-sectional type and it was carried out with mothers and their new-born babies between January 2014 and June 2014 in one of the gynecology clinics in Istanbul. The sample groups were consisted of 234 women and their 234 new borns. Seven data collection instruments were used in this study: "Identifier Information Form", "Parenthood Behavior Scales in the Post-Partum Period", "Antenatal Breastfeeding Self-Efficacy Short Form Scale", "APGAR", and "Scale of the Visual Analogue".

**Results:** The findings in the general anesthesia and local anesthesia groups were similar with respect to age, profession, education, marriage durations, economic status and number of pregnancy birth. Unlike to local anesthesia groups, women who were applied to the general anesthesia had some problems such as delaying oral feeding and to face with their new borns, pain and nausea. In the local anesthesia groups; General Comfort Questionary Postpartum Parenting Behavior Scale and Antenatal Breastfeeding Self-Efficacy Short Form Scale data collections were higher. There was a considerable improvement in 5 minutes of Apgar Test and downturn of weight loss in the first and second day of the post-partum period in the local anesthesia groups either.

**Conclusion:** In conclusion, this study showed that general anesthesia affected mother and her newborn's comfort and adaptation negatively unlike to local anesthesia in the cesarean surgeries.

**Key words:** Maternity, obstetrics anesthesia, cesarean surgery, new-born.

\*Sorumlu Yazar: Esra GÖKDAĞ BALCI

Adres: İBB, İstanbul Aile Danışmanlık ve Eğitim Merkezi, Abdurrahmangazi Mahallesi Hızırbey Caddesi No:13, İSTANBUL

e-posta: [esra.gokdag13@gmail.com](mailto:esra.gokdag13@gmail.com)

Geliş tarihi:29.09.2020

Kabul tarihi:06.01.2021

## GİRİŞ

Günümüzde, medikal gereklilik dışında da uygulanabilir hale gelen bir yöntem olması nedeniyle sezaryen oranlarındaki artış küresel bir sağlık problemi olmakla birlikte son yıllarda en sık yapılan majör cerrahi girişim haline gelmiştir (Hopkins ve Amaral, 2006; Kıran ve Jayawickrama, 2002; Thivierge, 2006; Walker ve Wilkinson, 2004). Sezaryen doğum; annenin iyileşmesinde gecikme, daha uzun süre hastanede kalma gerekliliği ve artan maliyet, anne bebek ilişkisinin geç kurulması, emzirme sorunları, beden imajındaki değişiklikler, annelik rolüne uyumda zorlanma gibi sorunları da beraberinde getirmektedir (Peterson, Charles, Dicenso ve Aword, 2005; Thivierge, 2006; Güngör, Gökıldız ve Nahcivan, 2004; Şahin, Güngör ve Sömek, 2007).

Türkiye’de neredeyse her iki kadından biri sezaryen ameliyatı olmakta ve buna bağlı olarak anne ve yenidoğan anestezinin ve uygulanan cerrahi girişimin istenmeyen etkilerine maruz kalmaktadır. Sezaryen doğumda uygulanan anestezinin anneye olduğu kadar yenidoğan üzerinde de pek çok etkileri olduğu için anestezi yöntemi de büyük önem taşımaktadır (Şener ve ark. 2003). Son yıllarda bölgesel anestezi annenin doğumda uyanık olması, aspirasyon riskinin düşük olması, uterus atonisine ve yenidoğanda solunum sorunlarına yol açmaması, postoperatif dönemde analjezinin daha iyi sağlanması gibi nedenlerle daha çok tercih edilmektedir. Ancak genel anestezi acil ve kanama riski yüksek olan olgularda hızlı ve güvenilir bir yöntem olmasıyla fayda sağlamaktadır. Sezaryende uygulanan anestezi türüne göre; doğum sonu döneme özel problemlerin saptanması, çözüm oluşturulması ve annelerin konfor düzeylerinin belirlenmesi, bakım kalitesinin geliştirilmesi açısından önemlidir. Bu durumun annelerin yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu görülmektedir (Kolcaba, 2003).

## Amaç

Bu çalışma sezaryen doğum sırasında uygulanan anestezi yöntemlerinin, annenin doğum sonu dönem konfor ve uyumuna, yenidoğanın genel sağlık durumuna etkilerinin belirlenmesi amacıyla planlandı. Aşağıda yer alan hipotezlere cevap arandı. Bunlar; sezaryen sırasında uygulanan bölgesel anestezi yönteminin kadınların ve yenidoğanın doğum sonu konforu üzerinde olumlu etkisi vardır. Bölgesel anestezi yönteminin kadınların ebeveynlik davranışı ve emzirme öz yeterliliği üzerinde olumlu etkisi vardır. Kadınlarda sezaryen sonrası üşüme, titreme, hipotansiyon görülme ve geç mobilizasyon gibi olumsuz etkileri vardır.

## YÖNTEM

### Araştırmanın Tipi

Bu araştırma karşılaştırmalı ve kesitsel tiptedir.

### Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma İstanbul ilindeki bir hastanede doğum servisinde Ocak-Haziran 2014 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

### Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ocak-Haziran 2014 tarihleri arasında çalışmanın yürütüldüğü hastanede sezaryen doğum yapan tüm anneler oluşturulmuş, örneklemini ise araştırmanın kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden sağlıklı 234 anne ve 234 yenidoğan oluşturdu. Araştırmaya anne-bebek sağlığını etkileyecek tıbbi sorunları olan, anomalili bebeği veya bebeğinde herhangi bir sağlık sorunu olan, bebeği yoğun bakımda olan kadınlar dahil edilmedi.

### Veri toplama araçları

Verilerin oluşturulmasında literatür doğrultusunda hazırlanan tanıtıcı bilgi formu, Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği, Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Kısa Formu (EÖYÖ), Genel Konfor Ölçeği, Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği (DSEDÖ), Visual Analog Skala (VAS), APGAR skor kullanıldı.

Tanıtıcı bilgi formunda demografik ve obstetrik özellikler, doğum şekli ve anestezi tercihini etkileyen etmenler, sezaryen sonrası yaşanan sorunlar, anesteziye bağlı yan etkiler, doğum sonrası yaşamsal faaliyetlere dönüş ile ilgili sorular ve vital bulgulara yönelik bilgiler bulunmaktadır. Postpartum emzirme öz-yeterlilik ölçeğinin kısa formu: Emzirme öz-yeterliliğini değerlendirilen 5’li Likert tipte toplamda 14 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin en yüksek puanı 70 iken en düşük puanı ise 14’tür. Ölçekte yüksek puan yüksek emzirme öz-yeterliliği anlamına gelmektedir (Aluş, Yeygel, Elmas, Okumuş ve Öztürk Haney, 2017). Genel konfor ölçeği: 4’lü likert tipte olup rahatlığa ilişkin pozitif ve negatif ifadeler içeren 48 maddeden oluşmaktadır. Genel konfor ölçeğinde konfor kavramı ferahlama, rahatlama ve üstünlük olmak üzere üç düzey, fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel olmak üzere dört boyutta ele alınmaktadır (Karabacak ve Kuşuoğlu, 2008). Doğum sonrası ebeveynlik davranışı ölçeği: Ebeveynin bebeğine karşı gösterdiği davranışlar gözlemlenerek değerlendirilen ölçekte gözlemlenen davranışa artı (+) ve gözlemlenmeyen davranışa ise eksi (-) işareti koyarak kaydedilir. Ölçekten alınan yüksek puan ebeveynin bebeğine karşı daha olumlu ebeveynlik davranışı gösterdiği tespit edilmektedir (Kara, 2004). Apgar puanlaması: Yenidoğanın kalp atım hızını, solunumunu, kas tonüsünü, uyarıya cevap vermesini ve deri rengini değerlendirmek için 1., 5. ve bazen 10. dakikada yapılmaktadır. Beş objektif bulguyu değerlendirmek için 0, 1, 2 puan verilerek elde edilen toplam puana göre 7-10 puan arası güven vericidir (Letko, 1996). Visual analog skala: Niceliksel olarak ölçülemeyen değerleri sayısal hale çevirmek amacıyla kullanılır. 100 mmlik bir çizgi üzerinde hastadan kendi durumunun nereye uygun olduğu sorularak hastadan bu çizgi üzerine işaretlemesi istenir. İşaretlenen mesafenin başlangıca uzaklığı ağrının şiddetini belirtir (Wewers ve Lowe, 1990).

### Veri Toplama Yöntemi

Tamıtcı bilgi formu, Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Kısa Formu, Genel Konfor Ölçeği, postpartum dönemde anne oral beslenip mobilize olduktan sonra araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek dolduruldu. Doğum sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği ise anne ile bebeğin karşılaştığı ilk 10 dakika içerisinde araştırmacı tarafından dolduruldu. Lohusanın vital bulguları (ateş, nabız, kan basıncı, solunum sayısı, spO2) ve ağrısı ilk satte 15 dakikada bir, 1-3 saatler arası yarım saatte bir ve 3-8 saatler arası saatte bir şekilde değerlendirildi. Yenidoğanın 1. ve 5. dakikada Apgar skoru ile birinci ve ikinci gün tartı değerleri ölçülerek değerlendirildi.

### Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucu elde edilen verilerin analizinde SPSS for Windows (Statistical Package for Social science for Windows, Version 13.0) paket program kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, bağımsız gruplarda t-testi, ki-kare testi, Mann-Whitney U testi, Spearman's korelasyon testi kullanıldı. İstatistiksel testlerin anlamlılık düzeyi için  $p < 0.05$  değeri kabul edilmiştir.

Tablo 1. Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Uygulanan Kadınların Özellikleri

Özellikler	Genel Anestezi Grubu (n:106)		Bölgesel Anestezi Grubu (n:128)		$\chi^2$	p
	Sayı	%	Sayı	%		
11 Yıl ve Altı Eğitim	66	62,3	69	53,9	1,659	0,198
11 Yıl Üzeri Eğitim	40	37,7	59	46,1		
Çalışıyorum	70	66,0	85	66,4	0,004	0,953
Çalışmıyorum	36	34,0	43	33,6		
Gelir-Giderden Fazla	84	79,2	99	77,3	0,037*	0,848
Gelir-Gidere Denk/Yetersiz	22	20,8	29	22,7		
Çekirdek Aile	87	82,1	108	84,4	0,086*	0,769
Geniş Aile	19	17,9	20	15,6		
	Ortalama±SS		Ortalama±SS		t	P
Yaş	31,05 ± 4,48		31,93 ± 4,22		-1,543	0,124
Evlilik Süresi (Yıl)	7,76 ± 5,02		7,48 ± 4,70		-0,149	0,881
Gebelik Haftası	38,01 ± 0,67		37,82 ± 0,84		1,921	0,056
Gebelik Süresi (Gün)	267,86 ± 5,29		266,55 ± 6,17		1,726	0,086
Gebelik Sayısı	2,25 ± 1,06		2,07 ± 1,04		-1,408	0,159
Doğum Sayısı	1,01 ± 0,91		0,86 ± 0,82		-1,206	0,228
Düşük Sayısı	0,16 ± 0,41		0,19 ± 0,35		-1,328	0,184
Kürtaj Sayısı	0,06 ± 0,24		0,08 ± 0,33		-0,160	0,873
Yaşayan Çocuk Sayısı	1,01 ± 0,91		0,86 ± 0,82		-1,206	0,228

$Z_{mw}$ : Mann-Whitney U Test t: Student's-t Test

### Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'na yazılı olarak başvuruldu ve 04.10.2013 tarihinde 091 protokol numarasıyla etik uygunluk kararı alındı. Araştırmanın yapıldığı 12345275 numaralı kurumdan 29.10.2013 tarihinde yazılı uygulama izni alındı. Ölçeklerin yazılı kullanım izinleri ve araştırmaya dahil olan tüm kadınlardan gönüllü onam yazısı alındı.

### BULGULAR

Çalışmaya katılan genel anestezi ve bölgesel anestezi uygulanan kadınların demografik, obstetrik-jinekolojik özellikleri incelendiğinde; yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durum, aile tipi ve süresi, gebelik haftası ve süresi, gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük ve kürtaj sayısı ve yaşayan çocuk sayısı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark yoktu ( $p > 0,05$ , Tablo 1).

Kadınların doğum şekline karar vermelerini etkileyen faktörler incelendiğinde; genel anestezi uygulanan kadınların %56.6'sı doğum şeklini doktorunun belirlediğini, %48.1'i daha önce sezaryen olması nedeniyle, %7.5'i tüp ligasyonu yaptırmak istediğinden bu yöntemi tercih ettiğini ifade etti. Bölgesel anestezi uygulanan grupta ise kadınların %32.3'ü spontan doğum ağrısını ürkütücü bulduğu için, %30.5'i eşi istediği için %17.2'si kendi istediği için %11.7'si cinsel yaşamı etkileyeceğini düşündüğü için bu yöntemi tercih ettiklerini belirtti.

Kadınların genel ve bölgesel anestezi türüne karar vermelerini etkileyen faktörler incelendiğinde; genel anestezi grubunun %5.3'ü yöntemi en sağlıklı anestezi türü olduğunu düşündüğünden, %43.5'i doktorunun bu yöntemi önermesinden, %3.1'i anestezi türleri hakkında bilgisi olmadığından ve en çok %58'i doğum anında hiçbir şey görmek ya da hissetmek istemediğinden bu yöntemi tercih ettiklerini belirtti.

Bölgesel anestezi grubunda ise; %36.2'si ağrısız yöntem olduğundan, %8.5'i doğum sonrası dönemi rahat geçireceğini düşündüğünden, %10'u bebek için daha güvenli olduğundan, %43.8'i doğum anını yaşamak istediğinden, %9.2'si yakınlarının bu yöntemi önermesinden, %16.9'u doğum sonu dönemde bebeğiyle hemen iletişime geçmek ve %25.4'ü doğum sonu dönemde bebeğini kısa zamanda emzirmek istediğinden bu anestezi türünü seçtiklerini ifade etti.

Kadınların sezaryen sonrası bebeğini görmede gecikme, bebeğiyle bağ kurmada gecikme, bebeğini emzirmeye geç başlama özelliklerine göre dağılımları ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında genel anestezi uygulanan grupta evet diyenlerin oranının daha yüksek olduğu saptandı.

Kadınlarda sezaryen sonrası yemek yeme ve su içmenin kısıtlanması, mide bulantısı, ağrı hissi, üriner kateterden kaynaklanan rahatsızlık hissine göre dağılımları ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında; genel anestezi uygulanan grupta sezaryen sonrası sorunlara evet diyenlerin oranının daha fazla olduğu gözlemlendi.

Genel ve bölgesel anestezi uygulanan kadınlar sezaryen sonrası üşüme hissine göre dağılımları ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında; bölgesel anestezi uygulanan grupta üşüyenlerin oranının anlamlı olarak daha fazla olduğu gözlemlendi.

Genel anestezi ve bölgesel anestezi uygulanan kadınlar titreme, hipotansiyon dağılımları ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında ise; bölgesel anestezi uygulanan grupta titreyen ve hipotansiyonu olan kadınların oranının daha fazla olduğu gözlemlendi. Doğumda genel anestezi ve bölgesel anestezi uygulanan gruplar anesteziye bağlı yan etki yaşama durumlarına göre dağılımları ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında; hipertansiyon ve alerjik reaksiyonları açısından fark olmadığı belirlendi.

Kadınların sezaryen sonrası ilk fiziksel gereksinimleri Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldığında; bölgesel anestezi uygulanan grupta ilk analjezi gereksinimi, ilk mobilizasyon süresi ve ilk

defekasyona çıkmak için geçen süre ortalamalarının anlamlı olarak daha fazla olduğu belirlendi ( $p \leq 0.05$ , Tablo 2). Genel anestezi uygulanan grupta ise sezaryen sonrası ilk beslenmeye kadar geçen süre ortalamasının daha fazla olduğu saptandı ( $p \leq 0.05$ , Tablo 2). Her iki grup arasında ilk gaz çıkarma ve ilk spontan idrar yapma süre ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ( $p > 0.05$ , Tablo 2).

**Tablo 2. Genel ve Bölgesel Anestezi Türüne Göre Kadınların Ağrı ve Fiziksel Gereksinimlerin Değerlendirilmesine Yönelik Özelliklerin Karşılaştırılması**

Özellikler	Genel Anestezi Grubu (n:106)	Bölgesel Anestezi Grubu (n:128)	$Z_{mw}$	p
	Ortalama±ss	Ortalama±ss		
İlk Analjezi Gereksinim Süresi	56,70 ± 96,38	217,38 ± 111,35	-11,792	<b>0,000</b>
İlk Mobilizasyon Süresi	373,01 ± 72,19	419,84 ± 78,91	-5,159	<b>0,000</b>
İlk Beslenme Süresi	293,58 ± 50,44	134,68 ± 40,88	-12,984	<b>0,000</b>
İlk Gaz Çıkarma Süresi	1669,14 ± 586,09	1598,48 ± 569,76	-0,708	0,479
İlk Defekasyona Çıkma Süresi	869,43 ± 1199,75	1340,35 ± 1022,24	-2,113	<b>0,035</b>
İlk Spontan İdrar Yapma Süresi	287,78 ± 98,81	288,59 ± 96,66	-0,481	0,680

$Z_{mw}$ : Mann-Whitney U Test

Sezaryen sonrası yaşamsal bulguları açısından değerlendirildiğinde ise genel anestezi uygulanan kadınlarda ilk değerlendirme, 15. dakikada, 30. dakikada, 45. dakikada, 60. dakika ve 90. dakikalardaki VAS değerleri bölgesel anestezi grubundaki kadınlardan anlamlı olarak yüksek bulundu. Kadınlar Genel Konfor Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarına göre karşılaştırıldığında; her iki grup arasında konfor düzeylerinden ferahlama ve rahatlama düzeyleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmazken, bölgesel anestezi uygulanan grubun konfor düzeyi üstünlük alt boyut puan ortalamasının genel anestezi uygulanan grubunkinden anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi.

Kadınların genel konfor ölçeği alt boyutlarından fiziksel alan, çevresel ve sosyokültürel alan puan ortalamaları arasında fark olmadığı saptandı ( $p > 0.05$ , Tablo 4). Her iki grubun genel konfor ölçeği alt boyutlarından psikospiritüel alan ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu belirlendi. Bölgesel anestezi uygulanan kadınların genel konfor ölçeği alt boyutlarından psikospiritüel alan ve ölçek toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulundu ( $p \leq 0.05$ , Tablo 3).

Doğum Sonrası Ebevenlik Ölçeği toplam puan ortalaması bölgesel anestezi uygulanan kadınlarda genel anestezi uygulanan



gruba göre daha yüksekti ( $p \leq 0.05$ , Tablo 3). Bölgesel anestezi uygulanan kadınların Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi ( $p \leq 0.05$ , Tablo 3).

**Tablo 3. Anestezi Türüne Göre Ölçeklerin ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması**

t: Student's-t test.  $z_{mw}$ : Mann-Whitney U testi

Konfor Düzey	Genel Anestezi Grubu (n:106)	Bölgesel Anestezi Grubu (n:128)	t	p
	Ortalama $\pm$ ss	Ortalama $\pm$ ss		
Ferahlama	41,57 $\pm$ 6,33	42,00 $\pm$ 4,69	-0,572	0,568
Rahatlama	40,88 $\pm$ 5,31	41,89 $\pm$ 4,07	-1,608	0,110
Üstünlük	45,82 $\pm$ 5,55	48,02 $\pm$ 4,18	-3,365	<b>0,001</b>
<b>Konfor Boyut</b>				
Fiziksel	30,04 $\pm$ 4,48	30,81 $\pm$ 3,94	1,175	0,241
Psikosprittüel	36,52 $\pm$ 5,85	38,25 $\pm$ 4,23	-2,531	<b>0,012</b>
Çevresel	35,07 $\pm$ 4,51	35,78 $\pm$ 3,71	-1,312	0,191
Sosyokültürel	26,63 $\pm$ 3,09	27,07 $\pm$ 2,61	-1,176	0,241
<b>Konfer Ölçeği</b>	28,28 $\pm$ 14,96	131,92 $\pm$ 10,65	-2,101	<b>0,037</b>
<b>DSEDÖ</b>	3,52 $\pm$ 1,66	5,21 $\pm$ 1,16	-7,789	<b>0,000</b>
<b>EÖYÖ</b>	53,90 $\pm$ 12,48	57,06 $\pm$ 11,85	-2,007	<b>0,045</b>

Yenidoğan Apgar puanları karşılaştırıldığında; bölgesel anestezi uygulanan gruptaki yenidoğanların 5. dk. Apgar puanı daha yüksek olduğu görüldü ( $p < 0.001$ , Tablo 4). Yenidoğanlar 1. ve 2. gün tartı özelliklerine göre Mann Whitney-U testi ile karşılaştırıldığında; 1.gün ve 2.gün yenidoğan tartı kaybı ortalamalarının genel anestezi uygulanan grubun anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi ( $p < 0.05$ , Tablo 4).

**Tablo 4. Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Türüne Göre Yenidoğan Apgar Skoru ve 1.Gün ve 2.Gün Tartı Kaybına İlişkin Bulgular**

$z_{mw}$ : Mann-Whitney U testi

## TARTIŞMA

Özellikler	Genel Anestezi Grubu (n:106)	Bölgesel Anestezi Grubu (n:128)	$Z_{mw}$	P
	Ortalama $\pm$ ss	Ortalama $\pm$ ss		
Apgar (1.Dk)	8,20 $\pm$ 0,61	8,24 $\pm$ 0,81	-0,962	0,336
Apgar (5.Dk)	9,35 $\pm$ 0,65	9,64 $\pm$ 0,49	-3,381	<b>0,001</b>
Yenidoğan Tartı Kaybı(1.Gün)	-120,90 $\pm$ 37,51	-83,60 $\pm$ 46,25	-6,944	<b>0,000</b>
Yenidoğan Tartı Kaybı (2.Gün)	-112,29 $\pm$ 44,36	-96,27 $\pm$ 58,32	-2,461	<b>0,014</b>

Sezaryen doğumların artmasıyla birlikte, tercih edilecek anestezi yöntemlerinin de önemi artmaktadır. Gülhaş ve arkadaşları (2012) tarafından 2534 kadın ile yapılan çalışmada, kadınların %74'üne reyonel anestezi yönteminin uygulandığını %26'sına genel anestezi yönteminin uygulandığını tespit etmişlerdir (Gülhaş, Şanlı, Özgül, Bergeç ve Durmuş, 2012).

Bukar ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan çalışmada kadınların anestezi tercihleri incelendiğinde %70.1'i genel anesteziyi, %29.9'u reyonel anesteziyi tercih ettiği bulunurken

Günüşen ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında kadınları %22.3'üne genel anestezi ve %77.7'sine bölgesel anestezi uygulandığı belirtilmiştir (Bukar, Kwari, Moruppa ve Ndonga, 2010; Günüşen, Karaman ve Akercan, 2009). Bu çalışmada ise kadınların %45,3'ünün genel anestezi ve %54.7'sinin bölgesel anestezi tercih ettiği görüldü.

Yapılan bir çalışmada sezaryen operasyonlarında bebeğin doğum anını görmek isteyen, ancak yeterli bilgiye sahip olmadığı için bölgesel anesteziyi tercih etmeyen pek çok kadının yeterli bilgilendirme ile bölgesel anestezi yöntemini seçeceğini düşündüklerini bildirmişlerdir (Tekin, 2006). Bu çalışmada anestezi tercih nedenleri incelendiğinde ise; genel anestezi tercih eden kadınların %56.6'sının doğum anında hiçbir şey hissetmemek ve görmemek istenildiğinden, %41.5'inin doktor tarafından önerildiğinden, bölgesel anestezi grubunda ise %43'ünün doğum anının yaşanılması istendiğinden tercih edildiği görüldü. Kadınların çoğunluğunun sezaryende uygulanan anestezi yöntemleri konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve bu konuda danışmanlığa ihtiyaçları olduğu düşüncesindedir.

Pınar ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan çalışmada doğum sonu dönemde kadınların konforunu etkileyen sorunlar incelendiğinde ameliyat bölgesinde ağrı, ayağa kalkmada zorluk, gaz çıkarmada zorluk, emzireme güçlüğü, kusma ve kişisel hijyen eksikliği olarak bulunmuştur (Pınar, Doğan, Algier, Kaya ve Çakmak, 2009). Ergün (2013) tarafından yapılan çalışmada bulantı-kusma genel anestezi grubunda bölgesel anestezi grubuna göre anlamlı olarak düşük olduğu saptanmış (Orhon Ergün, 2013). Bu çalışmada ise genel anestezi tercih edenlerin karşılaştıkları sorunlar ve yan etkiler sırasıyla çok ağrı hissetme %38.7, oral beslenmeye başlamada gecikme %32.1, mide bulantısı %38.7 olduğu görülürken bölgesel anestezi tercih edenlerin karşılaştıkları sorunlar ve yan etkiler sırasıyla titreme %22.7, mide bulantısı %20.3, baş dönmesi %17.2 şeklinde olduğu görüldü.

Sezaryen doğumlarda postoperatif ağrı kontrolündeki başarı yaşam kalitesini artırmaktadır (İsmail, Shahzad ve Shafiq 2012). Postoperatif dönemdeki analjezik gereksinim süresi yönünden bölgesel anestezi uygulanan kadınların genel anestezi uygulananlara göre daha geç analjezi gereksinimi olduğunu bulmuştur (Afolabi, Lesi ve Merah, 2006). Bu çalışmanın sonucuna göre ise bölgesel anestezi uygulanan gruptaki kadınların daha geç analjeziye ihtiyaç duydukları görüldü.

Bölgesel anestezi sonrası gastrointestinal fonksiyonların daha erken normale döndüğü bilinmektedir (Fotiadis, Badvie, Weston ve Allen-Mersh, 2004). Literatürde yer alan benzer çalışmalarda bu sonucu desteklemektedir (Havas ve ark. 2013). Bu çalışmada ise genel anestezi uygulanan kadınlarda ilk oral alımın süresi bölgesel anestezi uygulanan kadınlara göre anlamlı olarak uzun bulunmuştur. Sonucumuz diğer çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu olup, bölgesel anestezinin erken oral alıma yönelik avantajlı olduğu görüldü.

Hawas (2011) tarafından yapılan çalışmada ilk gaz çıkış ve ilk defekasyon süresinin bölgesel anestezi uygulanan kadınlarda anlamlı olarak kısa bulunurken, Ergün (2013) tarafından yapılan

çalışmada ise bölgesel anestezi uygulanan kadınlarda ilk defekasyon zamanı anlamlı olarak kısa bulunurken, ilk idrar yapma zamanı genel anestezi uygulanan kadınlarda anlamlı olarak kısa bulunmuştur (Havas ve ark., 2013; Orhon Ergün, 2013). Bu çalışmada ise diğer çalışmalardan farklı olarak genel anestezi uygulanan kadınlarda ilk defekasyon süresi anlamlı olarak kısa bulundu. Bu duruma genel anestezi uygulanan annelerin daha erken mobilize olmalarının neden olduğu, bölgesel anestezi alan kadınların ise daha geç mobilize edilerek yatakta sürgü kullanma zorunluluğunun defekasyon süresini olumsuz etkilediği düşüncesindeyiz.

Uygulanan anestezi türüne göre kas gücünün tam olarak geri dönme süresi değişmekle birlikte hastanın mobilizasyonunu geciktiren bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Fassoulaki ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan çalışmada bölgesel anestezi uygulanan kadınların genel anestezi uygulananlara kıyasla ilk 24 saatte mobilizasyon insidansının daha yüksek olduğu görülmüştür (Fassoulaki, Sarantopoulos ve Andreopoulou, 2010). Bu çalışmada da ilk mobilizasyon süresi açısından incelendiğinde genel anestezi uygulanan kadınlarda sürenin anlamlı olarak daha kısa olduğu bulundu.

Literatürde bölgesel anesteziye uygulanan ilaçların kas gücünün geri dönme süresini uzatarak, mobilizasyonu geciktirdiği gösterilmiştir (Beaupre, 2005; Kayhan, 2004). Bu çalışmanın sonucu literatür ile uyumludur. Bölgesel anestezi yapılan kadınlarda vücut ısısının genel anestezi yapılan kadınlara göre yüksek olmasına rağmen normal sınırlar içinde bulunması, bu sonuçların göz ardı edilebileceğini göstermektedir.

Konfor alanında yapılmış çalışmalara göre annelerin doğum sonu sorunlarının azaldıkça konforlarının yükseldiği saptanmıştır (Arslan ve Konuk, 2009; Kasai, Nomura, Benute, Lucia, ve Zugaib, 2008). Bu çalışmada sezaryende genel ve bölgesel anestezi uygulanan kadınlarda Genel Konfor Ölçeği alt boyut, alt düzey ve toplam puanlarına göre karşılaştırıldığında; bölgesel anestezi uygulanan grubun konfor düzeyi üstünlük alt boyut puan ortalamasının ve psikospiritüel alan ve ölçek toplam puan ortalamalarının genel anestezi uygulanan grubunkinden anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde bölgesel anestezi uygulanan lohusalarda uyanık olma, daha az ağrı yaşanması, erken beslenmenin, çevresiyle daha rahat iletişim kurabilmesinin, kendisinin ve bebeğinin bakımına aktif katılabilmesinin doğum sonu konforu arttırdığı bildirilmiştir (Fassoulaki, Sarantopoulos ve Andreopoulou, 2010).

Genel konfor ölçeğinin üstünlük düzeyi, bireyin sorunlarla baş etme gücünü belirler. Bölgesel anestezi grubunun postoperatif dönemde uyanık olması, daha az ağrı yaşaması, erken oral beslenmesi nedeniyle üstünlük alt boyutunun daha yüksek olduğu düşüncesindeyiz. Genel konfor ölçeğinin psikospiritüel alt boyutu ise akılsal, duygusal ve ruhsal bileşenlerden oluşmaktadır. Bölgesel anestezi uygulanan kadınların daha az ağrı hissetmeleri, bebeği ile erken iletişime geçerek erken emzirmesi, çevresiyle daha rahat iletişim kurabilmesi, kendisinin ve bebeğinin bakımına aktif

katılabilmenin verdiği huzur nedeniyle bu alt grubun yüksek olduğu düşüncesindeyiz. Çalışma sonuçlarımız literatür ile uyumludur.

Doğum sonu dönemin en önemli özelliklerinden biri, anne-bebek etkileşiminin sağlıklı olarak başlatılıp sürdürülerek yeni ebeveynlik rolüne uyumun sağlanmasıdır Doğum şekilleri de bu süreci etkilemektedir. Sezaryen ile doğan bebekler anneyle buluşmadan önce temizlenmesi, kilosuna bakılması, aşı yapılması gibi süreçlerden geçtiği için ten tene temas ve emzirme gecikmektedir (Çavuşoğlu, 2000; Rowe-Murray ve Fisher, 2002). Bölgesel anestezi uygulanan kadınlarda anestezi yönteminin avantajı olarak doğum sonu dönemde uyanık olması, bebeği ile hemen iletişime geçmesinin ebeveynlik davranışını olumlu etkilediği düşüncesindeyiz. Bu çalışmada bölgesel anestezi uygulanan kadınların Doğum Sonrası Ebeveynlik Ölçeği toplam puan ortalamalarının genel anestezi uygulananlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sezaryende uygulanan anestezi türüne göre anne bebek iletişimine bakıldığında ise bölgesel anestezi uygulanan annelerin hem uyanık olması hem de iyi analjezi sağlaması sayesinde bebekleri ile daha erken sürede buluşmaktadırlar.

Şener (2000) tarafından yapılan çalışmada genel anestezi alan hastaların %3,6'sı, epidural anestezi alan hastaların %41,8'i ilk yarım saatte emzirdikleri belirtilmiştir. Yine bazı çalışmalarda epidural anestezinin postnatal süt salınımını ve emzirme başarısını etkilemediği gösterilmiştir (Wiklund ve ark. 2009; Wilson ve ark. 2010). Ashley ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan çalışmada epidural anestezi grubundaki yenidoğanların emme süresi ve sıklıklarının genel anestezi grubundakilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Ashley ve Szobo, 2013, Morgan, Mikhail ve Murray, 2008; Wiklund, Norman, Uvnas-Moberg, Ransjö-Arvidson ve Andolf, 2009 ; Wilson, MacArthur, Cooper, Bick, Moore ve Shennan, 2010). Emzirme öz-yeterliliği düşük olan annelerin bebeklerini daha kısa süre emzirdikleri bulunurken emzirme öz-yeterliliği yüksek olan annelerin ise emzirmeyi devam ettirmede daha az sorun yaşadıkları belirtilmektedir (Campbell ve ark., 1996). Bu çalışmada uygulanan anestezi türüne göre genel anestezi uygulanan kadınların Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalamaları 54.00±12.48 bulunmuştur. Literatür bilgisiyile uyum göstermektedir (Baysal, Türkoğlu ve Küçüköğlü, 2014). Bölgesel anestezi uygulanan grubun ise Postpartum Emzirme ile genel anestezi uygulanan gruptan anlamlı olarak yüksek bulundu. Bu sonuca göre bölgesel anesteziyle sezeryan uygulanan kadınların ameliyat sonrası uyanık olma ve ağrı kontrolünün sağlanması nedeniyle bebeği emzirme konusunda kendilerini daha yeterli hissettikleri söylenebilir.

Anestezi türüne göre yenidoğan apgar skorunun sonuçlarının değerlendirildiği bazı çalışmalarda; genel anestezi grubunda 1. dk Apgar Skorları daha düşük olduğu ve 5. dk Apgar Skorlarının ise diğer gruplarla benzer olduğu görülmüştür (Kayacan, Bigat ve Yegin, 2004). Kavak ve arkadaşları (2001) tarafından yapılan çalışmada ise 1. ve 5. dakika Apgar skorlarının her iki grup için benzer olduğu bulunurken, Şener ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında ise 1. dakika apgar skoru bölgesel anestezi grubunda daha yüksek bulunmuştur (Kavak, Başgul ve Ceyhan, 2001; Şener ve

ark. 2003). Bu çalışmada ise bölgesel anestezi uygulanan kadınların bebeklerinde, 5. dk. Apgar puanı genel anestezi uygulanan kadınların bebeklerinden anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü.

Doğum sonrası erken dönemde görülen tartı kaybında, çeşitli etkenlerin yanı sıra doğum şekli ve anestezi tipinin etkili olduğu söylenebilir. Literatürde epidural anestezi grubundaki yenidoğanların, emme süresi ve sıklıklarının, genel anestezi grubundakilere göre daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Şener ve ark., 2003). Bu çalışmada genel anestezi grubundaki bebeklerin birinci gün ortalama tartı kaybı %3.79, ikinci gün %5.51 iken bölgesel anestezi grubunda ise birinci gün %2.45, ikinci gün %2.8 tartı kaybı olmuştur. 1. gün ve 2.gün yenidoğan tartı kaybı ortalamalarının bölgesel anestezi uygulanan kadınların bebeklerinde anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlendi. Bölgesel anestezi uygulanan annelerin erken dönemde bebeklerini emzirebildikleri ve bebeklerin de genel anestezideye göre bölgesel anesteziden daha az etkilenerek daha iyi emdiklerini ve bunun sonucunda daha az tartı kaybettikleri düşüncesindeyiz.

### SONUÇ

Bu araştırmanın sonucuna göre sezaryen doğumlarda uygulanan bölgesel anestezide kıyasla genel anestezinin annenin ve yenidoğanın doğum sonu dönem konforunu ve uyumunu olumsuz etkilediği saptandı.

Son yıllarda sezaryen doğumların artışıyla birlikte uygulanan anestezi yöntemlerinin avantajlarının yanı sıra dezavantajları da önem kazanmaktadır. Sezaryen doğum yapacak kadınlara uygulanan anestezi yöntemlerinin doğum sonu döneme etkileriyle ilgili bilgi ve danışmanlık yapılması gereklidir. Bu nedenle ebe/hemşirelerin sezaryen doğumlarda uygulanan anestezi türleri ve yan etkileri hakkında bilgi sahibi olmaları, anne ve yenidoğanın, doğum sonu döneme uyumunu sağlamaya ve konforu artırmaya yönelik girişimleri planlamaları ve bakımın kalitesini artırması açısından büyük önem taşımaktadır.

Sezaryenle doğum yapan kadınlarda uygulanan anestezinin konfor ve uyuma etkisi ile ilgili çalışmalar kısıtlıdır. Bu nedenle gelecekte daha büyük örneklem gruplarıyla benzer çalışmaların yapılması önerilir.

### Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

### Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

### KAYNAKLAR

1. Afolabi, BB., Lesi, FE., Merah, NA. (2006). Regional versus general anaesthesia for caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*, 4:350
2. Aluş Tokat, M., Yeygel, Ç., Elmas, S., Okumuş, H., Öztürk Haney, M., (2017). Preterm yenidoğanlar olan annelere yönelik düzenlenmiş Emzirme Özyeterlilik Ölçeğinin (kısa şekli) güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Adnan Menderes Üniversitesi 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, (ss. 536). Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi.
3. Arslan, H., Konuk, DŞ. (2009). Stigma, spiritüalite ve konfor kavramlarının melis'in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi. 52. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(1),51-58
4. Ashley, L., Szobo, MD. (2013). Intrapartum neuroaxial analgesia and breastfeeding outcomes: Limitations of current knowledge. *Anesth Analg*, (116),399-405.
5. Baysal, H. Y., Türkoğlu, N., Küçükoğlu, S. (2014). Sağlıklı ve hasta bebeği olan annelerin emzirme öz-yeterlilik algılarının karşılaştırılması. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi*, 4(1),31-36.
6. Beaupre, LA., Jones, CA., Saunders, LD., Johnston, DW., Buckingham J, Majumdar SR. (2005). Best practices for elderly hip fracture patients. A systematic overview of the evidence. *J Gen Intern Med*,(20),1019-25.
7. Bukar, M., Kwari, YD., Moruppa, YJ., Ndonya ND. (2010). Anesthesia for caesarean delivery: Choice of technique among antenatal attendees in North-eastern Nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*; 30(8): 822-825.
8. Campbell SH. (1996). Breastfeeding self-efficacy: The effects of a breastfeeding promotion nursing intervention ETD Collection for University of Rhode Island; Paper AA19707172
9. Çavuşoğlu, H. (2000) Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Dördüncü baskı, Ankara:Bizim Büro Basımevi.
10. Fassoulaki, A., Sarantopoulos, C., Andreopoulou, K. (2010). Is early mobilization associated with lower incidence of postspinal headache? A controlled trial in 69 urologic patients. *Greece Anaesthesiol Reanim*;16(6),375-8.
11. Fotiadis, R.J., Badvie, S., Weston, M.D. & Allen-Mersh T.G. (2004). Epidural analgesia in gastrointestinal surgery. *British Journal of Surgery*, Vol. 91, No.7, pp. 828-841, ISSN 0007-1323
12. Gülhaş, N., Şanlı, M., Özgül, Ü., Bergeç, Z., Durmuş, M. (2012). Sezaryenlerde anestezi yönetimi: retrospektif değerlendirme. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*;19(3):142-5.
13. Güngör, I., Gökıldız, Ş., Nahcivan, N. (2004). 'Sezaryen doğum yapan bir grup kadının doğuma ilişkin görüşleri ve doğum sonu erken dönemde yaşadıkları sorunlar'. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 13 (53),185- 197.
14. Günüşen, İ., Karaman, S., Akercan, F. (2009). Elektif sezaryenlerde farklı anestezi yöntemlerinin yenidoğan üzerine etkileri: retrospektif çalışma. *Ege Tıp Dergisi* 48(3):189-194.
15. Havas, F., Orhan Sungur, M., Yenigün, Y., Karadeniz, M., Kılıç, M. Özkan, T. (2013). Spinal Anesthesia For Elective Cesarean Section Is Associated With Shorter Hospital Stay Compared To General Anesthesia *Agri*;25(2),55-63
16. Hopkins, K., Amaral, E. (2006). The Role of Nonclinical Factors in Cesarean Section Rates in Brazil. Population Research Center, Austin: University of Texas. Erişim 23.06.2014.
17. Ismail, S., Shahzad. K., Shafiq, F. (2012). Observational study to assess the effectiveness of postoperative pain management of patients undergoing elective cesarean section. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. Jan; 28 (1),6-40.
18. Kara, F.S. (2004). Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde İki Yıllık Sürede Sezaryen Doğumların Değerlendirilmesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul.

19. Karabacak, Ü., Kuşuoğlu S. (2008). Genel konfor ölçeğinin türkçe'ye uyarlanması *İ.Ü.F.N. Hem. Derg. Cilt 16 - 1(6)*, 16-23.
20. Karakaplan, S., Yıldız, H. (2010). Doğum sonu konfor ölçeği geliştirme çalışması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Derg.*; 1(3), 55-65.
21. Kasai, KE., Nomura, RM., Benute, GR., de Lucia, MC. Ve Zugaib, M. (2008). "Women's Opinions about Mode of Birth in Brazil: a Qualitative Study in a Public Teaching Hospital", *Midwifery*
22. Kavak, Z., N. Basgul, A., Ceyhan, N. (2001). Short term outcome of newborn infants. Spinal versus general anesthesia for elective cesarean section. a prospective randomized study, *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, (100), 50-54.
23. Kayacan, N., Bigat, Z., Yegin, A. (2004). Elektif Sezaryenlerde Epidural, Kombine Spinal-Epidural ve Genel Anestezinin Anne ve Yenidoğana Etkileri Üzerine Randomize Prospektif Bir Çalışma, *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, (24), 476-482.
24. Kayhan Z. (2004). Lokal / bölgesel anestezi yöntemleri. Klinik Anestezi. İstanbul: Logos yayıncılık.
25. Kıran, U., Jayawickrama, N. (2002). Who is responsible for the rising caesarean section rate. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 22 (4), 363-365.
26. Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory And Practice A Vision For Holistic Health Care And Research*, Springer Publishing Company, New York. 57.
27. Letko M. (1996). Understanding the Apgar score, 25:299-303.
28. Morgan, Ge., Mikhail, Ms., Murray, Mj. (2008). *Obstetrik Anestezi, Klinik Anesteziyoloji*. Çev. Edt: Tulunay M, Cuhruk H. 4. Baskı. 890-921. Ankara: Öncü Basımevi.
29. Orhon Ergün, M. (2013). Elektif Sezaryen Ameliyatlarında Anne ve Yenidoğan Üzerine Etkileri Açısından Optimal Anestezi Yöntemi: Genel, Spinal veya Epidural. *Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Anabilim Dalı Uzmanlı Tezi, İstanbul*.
30. Peterson, W.E., Charles, C., Dicenso, A., Sword, W. (2005) The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale: A Valid Measure Of Maternal Satisfaction With Inpatient Postpartum Nursing Care. *Methodological Issues In Nursing Research* (52), 672-81.
31. Pınar, G., Doğan, N., Algier, L., Kaya, R., Çakmak, F. (2009). Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*; 36 (3), 84-190.
32. Rowe-Murray, HJ., Fisher, JR. (2002). Baby friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth*; 29(2), 124-131.
33. Şahin, NH., Güngör, İ., Sömek, A. (2007). 'Kadınların doğum yöntemlerine ilişkin görüşleri ve erken postpartum dönemdeki sorunlarının belirlenmesi: Bir Özel Hastane Örnekleme.' *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* 21 (4), 197-204.
34. Şener, EB., Guldogus, F., Karakaya, D., Baris, S., Kocamanoglu, S., Tur, A. (2003). Comparison of Neonatal Effects of Epidural and General Anesthesia for Cesarean Section. *Gynecol Obstet Invest*; 55(1), 41-5.
35. Tekin, C. (2006). Y. Sezaryenle Ve Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi Ve Doğum Sonrası Tecrübe Ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi) Afyon.
36. Thivierge, B. (2006). Caesarean Section, *Encyclopedia of Medicine*, Erişim 01.10.2014. <http://www.findarticles.com>
37. Walker, R., Turnbull, D., & Wilkinson, C. (2004). Increasing cesarean section rates: exploring the role of culture in an Australian community. *Birth - Issues in Perinatal Care*, 31(2), 117-124.
38. Wewers, M. E., Lowe, N. K. (1990). A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Research in Nursing & Health*, 13(4), 227-236.
39. Wiklund, I., Norman, M., Uvnas-Moberg, K., Ransjö-Arvidson, AB., Andolf, E. (2009). Epidural analgesia breast success and related factors. *Midwife*; 25: 31-38.
40. Wilson, MJ., MacArthur, C., Cooper, GM., Bick, D., Moore, PA., Shennan, A. (2010). COMET Study Group UK. Epidural analgesia and breastfeeding: a randomised controlled trial of epidural techniques with and without fentanyl and a non-epidural comparison group. *Anaesthesia*; (65), 145-53.



HEMŞİRELİK BİLİMİ  
Dergisi

Journal of  
NURSING SCIENCE



## Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

### Orijinal Araştırma

## Hemşirelik Birinci Sınıf Öğrencilerinin Veri Toplama Sürecinde Karşılaştıkları Güçlüklerin Belirlenmesi

### Determining The Difficulties Experienced By First Year Nursing Students In The Data Collection Process

Gülengün TÜRK<sup>ib</sup>\*.a

<sup>a</sup> Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, AYDIN, TÜRKİYE

#### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışma hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin veri toplama sürecinde yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

**Yöntem:** Çalışmanın örneklemini bir hemşirelik fakültesinin birinci sınıfında öğrenim gören 184 öğrenci oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında Öğrenci Tanıtım Formu ve Veri Toplama Sürecinde Yaşanan Güçlükleri Değerlendirme Formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiksel analizler (Aritmetik Ortalama, standart sapma, sıklık, yüzdelik), kullanılmıştır.

**Bulgular:** Öğrencilerin yaş ortalaması 19.38±1.16 (min.18, max. 23) olup %69.6'sı kadın, %66.3'ü Anadolu lisesi mezunudur. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %66.3'ü kullanılan formun veri toplama sürecini kolaylaştırdığını, %97.3'ü hastalardan, %81.0'ı hasta dosyalarından, %79.9'u hasta yakınlarından veri topladığını ifade etmiştir. Veri toplama sürecinde öğrencilerin %52.2'sinin hastadan, %51.1'inin hasta yakınından, %48.4'ünün sağlık personelinde olumsuz tepki almaktan çekindiği belirlenmiştir. Öğrencilerin veri toplamada en çok zorlandıkları alanların sırasıyla cinsellik (%73.4), değer-inanç (%45.7), boşaltım/eliminasyon (%42.4) olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin veri toplamada en az zorlandıkları alanların ise sırasıyla beslenme-metabolik (%57.6), uyku-dinlenme (%44.0), aktivite – egzersiz (%41.3) olduğu belirlenmiştir.

**Sonuçlar:** Öğrencilerin klinik uygulamada verileri daha çok hastanın kendisinden topladığı, veri toplamada en çok cinsellik alanında, en az hastanın beslenme-metabolik alanında zorlandıkları sonucuna varılmıştır.

#### ABSTRACT

**Purpose:** This study was carried out descriptively with the purpose of determining the difficulties experienced by first year nursing students that during data collection.

**Method:** The sample of the study consisted of 184 students education in the first year of a nursing faculty. Data of the study were collected with Student Introduction Form and Evaluation Form for Difficulties Encountered in Data Collection Process. In evaluating the data were used descriptive statistical analyzes (arithmetic mean, standard deviation, frequency, percentage).

**Results:** The average age of the students is 19.38 ± 1.16 (min.18, max. 23), 69.6% of them are women and 66.3% of them are Anatolian high school graduates. 66.3% of the students included in the study stated that the form used facilitated the data collection process, 97.3% collected data from patients, 81.0% from patient files and 79.9% from patient relatives. During the data collection process, it was determined that 52.2% of the students avoided getting negative reactions from the patients, 51.1% from their relatives and 48.4% from the health personnel. It was determined that the areas where students had the most difficulty in collecting data were sexuality (73.4%), value-belief (45.7%), excretion / elimination (42.4%), respectively. It was determined that the areas where students had the least difficulty in collecting data were nutrition-metabolic (57.6%), sleep-rest (44.0%), activity-exercise (41.3%), respectively.

**Conclusions:** It was concluded that the students collected more data from the patient herself in clinical practice, and they had the most difficulty in collecting data in the field of sexuality and the least in the nutrition-metabolic field of the patient.

**Anahtar Kelimeler:** Veri Toplama, Hemşirelik Öğrencisi, Güçlük

**Key Words:** Data Collection, Nursing Students, Difficulties

\*Sorumlu Yazar: Gülengün TÜRK

Adres: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, AYDIN, TÜRKİYE

e-posta: [gturk@adu.edu.tr](mailto:gturk@adu.edu.tr)

Geliş tarihi: 06.01.2021

Kabul tarihi: 08.01.2021

## GİRİŞ

Hemşirelik süreci, sağlıklı/hasta bireyin bakımının sürdürülmesinde öğrenci hemşireye sistematik bir bakış açısı kazandıran bilimsel bir yöntem olup birbiriyle ilişkili veri toplama, tanı koyma, planlanma, uygulama ve değerlendirme basamaklarından oluşmaktadır. Hemşirelik sürecinin önemli ve tüm aşamalarına temel olan veri toplama aşamasının doğru, objektif ve eksiksiz yapılması önemlidir. Hemşirelik tanılarına karar vermek ve hemşirelik girişimlerinin belirlenmesi, toplanan verilerin doğru bir şekilde analizine dayalıdır. Bu süreçte hastadan elde edilen veriler tanımlanır, yorumlanır ve değerlendirilerek hasta hakkında karar verilir. Hastanın bakımı toplanan bu veriler doğrultusunda planlanır. Hasta ile ilgili verilerin doğruluğu bakımın kalitesini doğrudan etkileyecektir. Veri toplama, aynı zamanda hemşirelik sürecinin diğer aşamaları için temel niteliğindedir (Biol, 2009; Carpenito, 2010; Sabancıoğulları, Ata, Kelleci ve Doğan, 2011; Aydın ve Akansel, 2013; Craven, Hirnle ve Jensen, 2013; Mahmoud ve Bayoumy, 2014; El-Rahman, Al Kalaldehy ve Malak, 2015; Türk, 2017).

Sağlıklı/hasta birey ya da aileden, verilerin sistematik ve kapsamlı bir biçimde toplanmasını sağlamak için geliştirilmiş veri toplama modelleri bulunmaktadır. Verilerin toplanmasında kullanılan bu modeller; doğru veri toplamayı ve analiz etmeyi kolaylaştırırken; standardize edilmiş bir yaklaşımı olanaklı kılmaktadır. Hemşirelik bakımının planlanması ve yönetimi için hasta bakım gereksinimlerinin tanımlanmasını sağlayan bu modellerin kullanılması, bakım veren öğrenci ve klinik hemşireler için bir rehber niteliğindedir. Bu modellerin kullanımı bireyin bakım gereksinimlerinin saptanmasını ve gereksinimler arasındaki ilişkinin analiz edilmesini sağlayarak sistematik ve standardize edilmiş veri toplama yaklaşımını olanaklı kılmaktadır. (Biol, 2009; Craven ve ark., 2013; Sabancıoğulları ve ark., 2011; Babacan Gümüş, Şıpkın ve Keskin, 2012; Türk, Tuğrul ve Şahbaz, 2013).

Veri toplama süreci birçok faktörden etkilenir. Hastanede fiziksel ortamın uygunluğu, hasta odalarının kalabalık ve gürültülü olması, hasta mahremiyeti gibi durumlar, veri toplama sürecini doğrudan etkilemektedir. Hasta, hasta yakınları ve sağlık personeli ile iletişimde yaşanan güçlükler, hasta dosyalarına ulaşım vb. ortamdaki kaynaklanan özellikler veri toplamayı etkileyen diğer faktörler olarak bilinmektedir (Uysal ve Yenal, 2016; Akman Yılmaz ve ark., 2019; Akansel ve Palloş, 2020).

Öğrencilere, hasta gereksinimlerinin saptanması ve hastaların yaşadıkları problemlerin adlandırılmasına temel oluşturan veri toplama sürecinin öğretilmesi hemşirelik eğitiminin önemli bir parçasıdır. Hemşirelik süreci eğitimi genellikle birinci sınıfta Hemşirelik Esasları dersinde başlamakta, diğer sınıflarda da teorik ve uygulamalı olarak bu eğitim devam etmektedir. Özellikle birinci sınıfta öğrenciler ilk klinik uygulamalarında veri toplama sürecini gerçekleştirmekte ve bu süreci etkileyen faktörlerle karşı karşıya kalmaktadırlar. Uysal, Arslan, Yılmaz ve Alp (2016), yaptıkları çalışmada hemşirelik ikinci sınıf öğrencilerinin belirledikleri

hemşirelik tanılarında objektif ve subjektif verilerin yetersiz olduğu saptanmıştır. Akansel ve Palloş'un (2020) yaptığı çalışmada öğrenci hemşirelerin hasta bakım planlarının oluşturulmasında insan, metot, malzeme ve çevre ile ilişkili güçlükler yaşadıkları bulunmuştur. Literatür incelendiğinde ve klinik deneyimler göz önüne alındığında; öğrenci hemşirelerin daha çok hemşirelik tanısını belirleme olmak üzere, hemşirelik sürecinin tüm aşamalarında farklı sorunlar yaşadıkları görülmektedir (Erdemir, Altun ve Geçkil, 2004; Hakverdioğlu Yönt, Khorshid ve Eşer, 2009; Aydın ve Akansel, 2013; Collins, 2013; Uysal ve ark., 2016; Orkun ve Yücel, 2017; Sü, 2017). Veri toplama aşamasına yönelik ise; literatürde daha çok öğrencilerin cinsellik alanı ile ilgili yaşadığı zorlukları ele alan çalışmalar bulunmaktadır. Diğer yandan; hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin veri toplama sürecinde yaşadıkları sorunların ayrıntılı olarak incelendiği çalışmalara rastlanmamıştır. Bu nedenle hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin veri toplama süreci ile ilgili yaşadıkları güçlükleri belirlemek amacıyla çalışmanın yapılmasına gerek duyulmuştur.

### Araştırma Sorusu

Birinci sınıf hemşirelik öğrencilerinin veri toplama sürecinde yaşadıkları güçlükler nelerdir?

## YÖNTEM

### Araştırmanın Tipi

Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

### Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini 2018- 2019 eğitim öğretim yılı bahar yarıyılında bir hemşirelik fakültesinin birinci sınıfında öğrenim gören 293 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmada evreni bilinen örnekleme yöntemi kullanılarak  $\alpha=0,05$  ve  $1-\beta=0,80$  alındığında örneklem hacmi 167 olarak hesaplanmıştır. Çalışmada olası kayıplar da göz önüne alınarak örneklem hacmi %10 artırılmış ve araştırma 184 öğrenci ile tamamlanmıştır.

### Verilerin Toplanması

Öğrencilere veri toplama aşaması, Hemşirelik Esasları Dersi kapsamında Hemşirelik Süreci konusu içinde anlatılmıştır. Öğrenciler, dersin klinik uygulamasında bakımından sorumlu oldukları hastalarda veri toplama sürecini gerçekleştirmişlerdir. Araştırma verileri, Hemşirelik Esasları dersinin klinik uygulamasının son haftasında öğrencilere ders arası ulaşıp, çalışmanın amacı ve anket formu açıklanarak toplanmıştır. Bir öğrencinin formları doldurması yaklaşık olarak 10-15 dakikalık bir sürede gerçekleşmiştir.

### Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Öğrenci Tanıtım Formu ve Veri Toplama Sürecinde Yaşanan Güçlükleri Değerlendirme Formu kullanılmıştır.

*Öğrenci Tanıtım Formu:* Bu form, yaş, cinsiyet, mezun olunan lise gibi öğrencilerin tanıtıcı özelliklerinin yer aldığı sorulardan oluşmaktadır.

*Veri Toplama Sürecinde Yaşanan Güçlükleri Değerlendirme Formu:* Bu form öğrencilerin klinik uygulamada veri toplama sürecine ilişkin yaşadıkları güçlükleri tanımlayan 14 sorudan oluşmaktadır. Sorular araştırmacı tarafından klinik deneyimlere dayanarak literatür doğrultusunda oluşturulmuştur.

### Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 21.0 paket programında değerlendirilmiş olup, veriler için tanımlayıcı istatistiksel analizler (aritmetik ortalama, standart sapma, sıklık, yüzde) kullanılmıştır.

### Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yürütülebilmesi için bir üniversitenin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan kurul izni (Protokol No:2018/021) ve araştırmanın yapıldığı kurumdaki yazılı izin alınmıştır. Katılımcılara araştırma hakkında uygulama öncesi bilgilendirme yapılmış ve sözlü onamları alınmıştır.

## BULGULAR

Öğrencilerin yaş ortalaması 19.38±1.16 (min.18, max. 23) olup %69.6'sı kadın, %66.3'ü Anadolu lisesi, %14.7'si sağlık meslek lisesi mezunudur.

**Tablo 1. Veri Toplama Sürecine İlişkin Tanıtıcı Özellikler**

Tanıtıcı Özellikler	N	%
<b>Klinik uygulamada veri toplama formu kullanma durumu</b>		
Evet	184	100
Hayır	-	-
<b>Formun veri toplama sürecini kolaylaştırma durumu</b>		
Evet	122	66.3
Hayır	6	3.3
Kısmen	56	30.4
<b>Veri kaynakları *</b>		
Hasta	179	97.3
Hasta yakını	147	79.9
Hasta dosyaları	149	81.0
Sağlık personeli	9	4.9
<b>Veri toplama yöntemi *</b>		
Görüşme	175	95.1
Gözlem	164	89.1
Fizik muayene	32	17.4
Dinleme	20	10.9
<b>Veri Toplama yeri *</b>		
Hasta odası	183	99.5
Klinikte var olan boş bir oda	39	21.2
Hemşire odası/ deski	12	6.5

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin tamamı klinik uygulamada veri toplama formu kullandığını, %66.3'ü kullanılan formun veri toplama sürecini kolaylaştırdığını, %97.3'ü hastalardan, %81.0'ı hasta dosyalarından, %79.9'u hasta yakınlarından veri topladığını ifade etmiştir. Veri toplamada öğrencilerin %95.1'i görüşme, %89.1'i gözlem yöntemini kullandığını belirtmiştir. Öğrencilerin %99.5'i verileri hasta odasında topladığını ifade etmiştir.

**Tablo 2. Veri Toplama Sürecine İlişkin Yaşanan Güçlüklerin Dağılımı**

Yaşanan Güçlükler	N	%
<b>Hasta ile ilgili yaşanan güçlükler</b>		
İletişimde zorlanma	67	36.4
Kendini ifade etmekte zorlanma	11	6.0
Hastadan olumsuz tepki alma korkusu	96	52.2
Diğer	10	1.8
<b>Hasta yakını ile ilgili yaşanan güçlükler</b>		
İletişimde zorlanma	53	28.8
Kendini ifade etmekte zorlanma	9	4.9
Hasta yakınından olumsuz tepki alma korkusu	94	51.1
Diğer	28	15.2
<b>Sağlık personeli ile ilgili yaşanan güçlükler</b>		
İletişimde zorlanma	47	25.5
Kendini ifade etmekte zorlanma	26	14.1
Sağlık personelinin olumsuz tepki alma korkusu	89	48.4
Diğer	22	12.0
<b>Kayıtlar ile ilgili yaşanan güçlükler*</b>		
Yazılı okumakta zorlanma	84	45.7
Tıbbi terminolojiyi anlamakta zorlanma	75	40.8
Verileri yorumlamakta zorlanma	44	23.9
<b>Ortamla ilgili yaşanan güçlükler*</b>		
Gürültü	43	23.4
Hasta odasının kalabalık olması	96	52.2
Mahremiyetin sağlanamaması	47	25.5
Diğer	8	4.3

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Veri toplama sürecinde öğrencilerin %52.2'si hastadan, %51.1'i hasta yakınından, %48.4'ü sağlık personelinin olumsuz tepki almaktan korktuğunu ifade etmiştir. Öğrencilerin %36.6'sının hasta, %28.8'inin hasta yakını, %25.5'inin sağlık personeli ile iletişim kurmakta zorlandığı belirlenmiştir. Veri toplama sürecinde öğrencilerin %45.7'sinin dosyalardaki yazıları okumakta, %40.8'inin terminolojiyi anlamakta, %23.9'unun verileri yorumlamakta zorlandığı saptanmıştır. Öğrenciler tarafından veri toplama sürecinde ortamla ilgili yaşanan güçlüklerin sırasıyla en çok hasta odalarının kalabalık olması (%52.2), mahremiyetin sağlanamaması (%25.5) ve gürültü (%23.4) olduğu belirtilmiştir.

**Tablo 3. Öğrencilerin Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modelinde Zorlandıkları Alanların Dağılımı**

Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri*	En çok zorlanan örüntüler		En az zorlanan örüntüler	
	n	%	n	%
Sağlığı algılama-sağlığın yönetimi	26	14.1	54	29.3
Beslenme	13	7.1	106	57.6
Eliminasyon/boşaltım	78	42.4	34	18.5
Aktivite-egzersiz	9	4.9	76	41.3
Uyku-dinlenme	14	7.6	81	44.0
Bilişsel-algısal	24	13.0	47	25.5
Kendini algılama	31	16.8	43	23.4
Rol-ilişki	36	19.6	42	22.8
Cinsellik	135	73.4	16	8.7
Başetme-stres toleransı	30	16.3	36	19.6
Değer-inanç	84	45.7	26	14.1

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Öğrencilerin en çok zorlandıkları alanların cinsellik (%73.4), değer-inanç (%45.7), boşaltım-eliminasyon (%42.4) olduğu saptanmıştır. Veri toplamada en az zorlanan alanların ise; sırasıyla

beslenme-metabolik (%57.6), uyku-dinlenme (%44.0), aktivite-egzersiz (%41.3) olduğu saptanmıştır.

## TARTIŞMA

Bu araştırma, hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin veri toplama sürecinde yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin yarısından çoğunun veri toplama formunun veri toplama sürecini kolaylaştırdığını düşündüğü, büyük çoğunluğunun da, veri toplamada görüşme ve gözlem yöntemini kullandığını saptanmıştır. Öğrencilerin büyük çoğunluğunun verileri hastaların kendisinden, hasta yakınlarından ve hasta dosyasından topladığı görülmüştür.

Veri toplama sürecinde öğrencilerin hemen hemen yarısı hastadan, hasta yakınından ve sağlık personelinden olumsuz tepki almaktan korkmakta ve dosyalardaki yazıları okumakta, tıbbi terminolojiyi anlamakta zorlanmaktadır. Öğrencilerin yaklaşık üçte birinin de hasta, hasta yakını ve sağlık personeli ile iletişim kurmakta zorlandığı; yarısına yakınının hasta odalarının kalabalık olmasını, yaklaşık çeyreğinin de mahremiyetin sağlanamaması ve gürültüyü ortama ait yaşanan engeller olarak gördüğü bulunmuştur. Akansel ve Palloş'un (2020) bakım planı hazırlamada yaşanan güçlüklerin belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada, öğrencilerin %47.27'sinin hasta ile iletişim kurmada güçlük yaşadığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada öğrencilerin %29.09'u klinik hemşirelerin tutumunu, %30.08'i hastanın iletişime geçmek istememesi, %23.63'ü hasta verilerinin yetersiz olmasını yaşadıkları güçlükler arasında olduğunu belirtmişlerdir. Akman Yılmaz ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada öğrencilerin %34.7'sinin hemşirelerin tutumu, %33.3'ünün hasta ile iletişim kurma, %33.3'ünün de veri kaynağına ulaşma konularında güçlük yaşadığı belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin veri toplama sürecinde yaşadığı güçlüklerin bu konuda yapılan diğer çalışma bulguları ile uyumlu olduğu görülmektedir. Öğrencilerin hasta, hasta yakınları ve sağlık personeli ile iletişim kurmada yaşadığı güçlüklerin veri toplama sürecini olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Literatürde öğrencilerin genellikle cinsel sağlık sorunlarına ilişkin hastalara soru sorma, konu hakkında iletişime geçme, hastalara danışmanlık yapmada kendilerini yeterli görmedikleri ve konuya ilişkin hazırlanmış düzeylerinin düşük olduğu belirtilmektedir (Dattilo ve Brewer, 2005; Sabancıoğulları ve ark., 2011; Yılmaz ve ark., 2019). Araştırmamızda veri toplama sürecinde öğrencilerin en çok cinsellik alanında zorlandığı saptanmıştır. Uysal ve Yenal'ın (2016) yaptığı çalışmada da hemşirelik birinci ve ikinci sınıf öğrencilerin % 64.2'sinin cinsellik ve üreme ile ilgili hiç veri toplamadığı, %35.8'inin ise topladığı verilerin çok yetersiz olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde Gök Özer ve Kuzu (2006) yaptıkları çalışmada, ikinci sınıf öğrencilerinin hazırladıkları bakım planlarının %78,5'inde cinsellikle ilgili hiç veri toplanmadığını belirlemiştir. Akman Yılmaz ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada hemşirelik öğrencilerinin en fazla cinsellik ve üreme (%60.2) örüntüsünde kendilerini daha az yetkin gördükleri

bulunmuştur. Çalışma bulgularımız literatürde bu konu ile yapılan diğer çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Bu durumun, cinselliğin hasta mahremiyetini ilgilendiren bir konu olması nedeniyle hem öğrencilerin kendilerinin hastaya soru sormakta çekimser davranmasından, hem de hastaların bu konuda açıklama yapmak istememesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda öğrencilerin mesleki eğitimlerinin ilk yılında olmaları nedeniyle cinsellik hakkında yeterli bilgiye sahip olmamalarının, kültürel ve bireysel farklılıkların bu sonuçta etkili olabileceği düşünülmektedir. Araştırmamızda cinsellikten sonra öğrencilerin en çok değer-inanç alanında veri toplamada zorlandıkları belirlenmiştir. Yılmaz ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada da hemşirelik öğrencilerinin cinsellikten sonra en fazla değer-inanç (%34.7) örüntülerinde kendilerini yetersiz gördükleri bulunmuştur. Öğrencilerin değer-inanç örüntüsünde veri toplamada zorlanması, araştırma kapsamına alınan birinci sınıf öğrencilerinin ilk klinik uygulamada hastaların psikososyal sorunlarını görme, bu konulara ilişkin hastalara soru sorma konusunda deneyimsiz olmaları ve bu örüntüye ait verilerin daha soyut olması ile açıklanabilir.

Araştırmada öğrencilerin veri toplamada en az sırasıyla beslenme-metabolik, uyku-dinlenme ve aktivite-egzersiz örüntülerinde zorlandığı saptanmıştır. Öğrencilerin birinci sınıfta veri toplama sürecini henüz öğrenmeye başladıkları süreçte daha çok hastaların fizyolojik gereksinimlerine odaklanmalarının bu sonuçta etkili olabileceği düşünülmektedir.

## SONUÇ

Öğrencilerin klinik uygulamada verileri daha çok hastanın kendisinden topladığı, hastadan, hasta yakınından ve sağlık personelinden olumsuz tepki almaktan korktuğu, dosyaları okumakta, tıbbi terminolojiyi anlamakta güçlük yaşadığı, veri toplama formunda en çok cinsellik alanında, en az beslenme-metabolik örüntüde zorlandıkları sonucuna varılmıştır. Öğrencilerin veri toplama sürecinde güçlük yaşadıkları alanlarda hemşirelik birinci sınıftan itibaren öğretim elemanları tarafından desteklenmesi, yaşanan güçlüklerle çözüm önerilerinin oluşturulması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Akansel, N., Palloş, A. (2020). Hemşirelik öğrencilerinin bakım planı hazırlamada yaşadıkları güçlüklerin kök nedenlerinin incelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2):269-275. <https://doi.org/10.31067/0.2020.265>.
2. Akman Yılmaz, A., Genç, E., Seçkin, Ç., Yılmaz, H., Güven, K.T., Gözütok, S. (2019). Hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik sürecinin veri toplama aşamasına ilişkin görüşleri ve yaşadıkları güçlükler. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(4): 231-239. DOI: 10.17049/ataunihem.439074.
3. Aydın, N., Akansel, A. (2013). Determination of accuracy of nursing diagnoses used by nursing students in their nursing care plans. *International Journal of Caring Sciences (IJCS)*, 6(2):252-257.
4. Babacan Gümüş, A., Şipkin, S., Keskin, G. (2012). Fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli ile bir huzurevinde yaşayan yaşlıların bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(1), 13-21. DOI: 10.5505/phd.2012.03511.



5. Birol, L. (2009). Hemşirelik süreci: Hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım. 9. Baskı, İzmir: Etki Matbaacılık, p.158-70.
6. Carpenito-Moyet., L.J. (2010). Teaching nursing diagnosis to increase utilization after graduation. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 21(3): 124-133. DOI: 10.1111/j.1744-618X.2010.01158.
7. Craven, R., Hirmler, C., Jensen, S. (2013). Fundamentals of nursing, human health and function. 7th international ed. Wolters Kluwer Health/LippincottWilliams&Wilkins, p.199-207.
8. Collins, A. (2013). Effect of Continuing Nursing Education on Nurses' Attitude Toward and Accuracy of Nursing Diagnosis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 24(3): 122-128.
9. Dattilo, J., Kathleen Brewer, M. (2005). Assessing clients' sexual health as a component of holistic nursing practice. *Journal of Holistic Nursing*, 23(2): 208-219. Doi:10.1177/0898010105275839.
10. El-Rahman, M.A., Al Kalaldehy, M.T., Malak, M.Z. (2015). Perceptions and attitudes toward nanda-ı nursing diagnoses: a cross-sectional study of jordanian nursing students. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 28(1):13-18. Doi:10.1111/2047-3095.12100.
11. Erdemir, F., Altun, E., Geckil, E. (2004). Nursing students' self assessment and opinions about nursing diagnosis in clinical practice. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 14(4):34. [https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2003.032\\_4.x](https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2003.032_4.x).
12. Gök Özer, F., Kuzu, N. (2006). Öğrencilerin bakım planlarında hemşirelik süreci ve nanda tanımlarını kullanma durumları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 22(1):69-80.
13. Hakverdioğlu Yönt, G., Khorshid, L., Eşer, İ. (2009). Examination of nursing diagnoses used by nursing students and their opinions about nursing diagnoses. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 20(4):162-168. Doi:10.1111/j.1744-618X.2009.01131.
14. Mahmoud, M.H., Bayoumy, H.M (2014). Barriers and facilitators for execution of nursing process from nurses' perspective. *International Journal of Advanced Research*, 2(2):300-315.
15. Orkun, N., Çınar Yücel, Ş. (2017). Hemşirelik fakültesi öğrencilerinin rahatta (konforda) bozulma hemşirelik tanısını kullanma durumları. *HSP*, 4(3): 162-170. DOI: 10.17681/hsp.288841.
16. Sabancıoğulları, S., Ata, E.A., Kelleci, M., Doğan, S. (2011). Evaluation According to the Functional Health Pattern Model and NANDA Diagnoses of Patient Care Plans Made by Nurses in a Psychiatry Department.. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2(3):117-122.
17. Sü, S. (2017). Nursing students' opinions regarding the nursing process. *International Journal of Humanities and Social Science Invention*, 6(5), 10-14.
18. Türk G. (2017). Marjory Gordon: Fonksiyonel Sağlık Örtüntüleri Modeli. Karadağ A., Çalışkan N., Baykara Z.G. (Eds). Hemşirelik Teorileri ve Modelleri, Bölüm: 24, İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık: 604-619, ISBN: 978-605- 83287-8-5
19. Türk, G., Tuğrul, E., Şahbaz, M. (2013). Determination of nursing diagnoses used by students in the first clinical practice. *International Journal of Nursing Knowledge*, 24(3), 129-133.
20. Uysal, N., Arslan, G.G., Yılmaz, İ., Alp, F.Y. (2016). Hemşirelik ikinci sınıf öğrencilerinin bakım planlarındaki hemşirelik tanıları ve verilerin analizi. *CBU-SBED Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(1), 139-143.
21. Uysal, N., Yenal, K. (2016). Hemşirelik bir ve ikinci sınıf öğrencilerinin bakım planı için cinsellik ve üreme alanına ilişkin veri toplama yaşadıkları güçlükler. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, (7),98-113. Doi: 10.17371/UHD.2016719480.
22. Yılmaz, F.T., Sabancıoğulları, S., Aldemir, K. (2015). The opinions of nursing students regarding the nursing process and their levels of proficiency in Turkey. *Journal Of Caring Sciences*, 4(4), 265. doi: 10.15171/jcs.2015.027.



HEMŞİRELİK BİLİMİ  
Dergisi

Journal of  
NURSING SCIENCE



## Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of NursingScience

<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

### Orijinal Araştırma

## Ameliyathane Hemşirelerinin Stres Kaynaklarının Belirlenmesi Determination of Stress Sources of Operating Room Nurses

Rahşan ÇAM<sup>ID a</sup>, Nurdan GEZER<sup>ID a</sup>, Nurcan BOYACIOĞLU<sup>ID \*, b</sup>, Mehmet Halil ÖZTÜRK<sup>ID c</sup>

<sup>a</sup> Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı, AYDIN, TÜRKİYE

<sup>b</sup> Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, AYDIN, TÜRKİYE

<sup>c</sup> Pamukkale Üniversitesi, Denizli Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, DENİZLİ, TÜRKİYE

### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışma ameliyathane hemşirelerinin stres kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırma Aydın İlinde bulunan Üniversite ve Kamu hastanelerinde çalışan 75 ameliyathane hemşiresi ile yapılmıştır. Araştırmanın verileri “Kişisel Bilgi Formu”, “Ameliyathane Ortamı Stresörleri Formu” ve “Stres Kaynağı Ölçeği” ile toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel analizler, t-test ve ANOVA testleri kullanılmıştır.

**Bulgular:** Ameliyathane hemşirelerinin, “sosyal stres vericiler” ve “fiziksel çevreden kaynaklanan stres vericilerden” aldıkları puanlara bakıldığında hastalık geliştirme eğiliminde olduğu, “işle ilgili stres vericiler” ve “kendini yorumlama ile ilgili stres vericiler” den aldığı puanlara bakıldığında ise hastalık geliştirme olasılığında olduğu saptanmıştır. Ameliyathane hemşireleri çalışma ortamında ekip içi iletişim sorunları yaşadıklarını (%48), ekiple çatıştıklarını (%47) ve agresif davranışlara maruz kaldıklarını (%50) bildirmiştir. Ameliyathane hemşireleri uzun süre kapalı ortamda kalmanın (%50), uzun süren ameliyathane (%37), çalışma ortamındaki fiziksel şartlardan duydukları rahatsızlıkların (%61) ameliyathane ortamına ilişkin stres kaynağı olarak bildirmişlerdir.

**Sonuç:** Ameliyathane hemşirelerinin sağlığını ve motivasyonunu etkileyebilecek stres kaynakları belirlenmeli ve organizasyonel iyileştirmeler yapılandırılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Ameliyathaneler, Ameliyathane hemşireliği, Hemşirelik, Stres

### ABSTRACT

**Aim:** This study was conducted to determine the stress sources of operating room nurses.

**Methods:** This descriptive and cross-sectional study was carried out with 75 operating room nurses working in University and State Hospitals in Aydın. The data were collected with "Personal Information Form", "Operating Room Environment Stressors Form" and "Stress Source Scale". Data were analyzed using descriptive statistical analyzes, t-test and ANOVA tests.

**Results:** It was determined that operating room nurses had a tendency to getting sick according to the scores they received from "social stressors" and "stress or originating from the physical environment", and the probability of getting sick according to the scores they received from "work-related stressors" and "self-interpretation stressors". Operating room nurses reported that they experienced in-team communication problems (48%), conflicts with the team (47%) and were exposed to aggressive behaviors (50%). Operating room nurses reported staying indoors for a long time (50%), long-term surgeries (37%), discomfort due to physical conditions in the working environment (61%) as sources of stress related to the operating room environment.

**Conclusion:** The stress sources that may affect the health and motivation of operating room nurses should be determined and organizational improvements should be structured.

**Keywords:** Operating rooms, Operating roomnursing, Nursing,Stres

\*Sorumlu Yazar: Nurcan BOYACIOĞLU

Adres: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, ADÜ Merkez Kampüsü (Kepez Mevkii) 09010 Efeler / AYDIN, TÜRKİYE

e-posta: [nurcanboyacioglu@hotmail.com](mailto:nurcanboyacioglu@hotmail.com)

Geliş tarihi: 01.09.2020

Kabul tarihi: 31.12.2020

## GİRİŞ

Günümüzde, bireylerin iş hakkındaki endişeleri, kurumların çalışanlardan beklentileri ve teknolojinin ilerlemesi, bireylerin çeşitli stresleri yaşamalarına neden olmuştur (Toubaei, 2007). HansSelye, stresi “bedenin herhangi bir değişim talebine karşı özgül olmayan cevabı” olarak tanımlamıştır. Bu, bir tehdit, çatışma ya da beden uyarlaması gerektiren her türlü hoş ve hoş olmayan bir değişiklik olabilir (Healy ve McKay, 2000). İş stresi, psikolojik veya fiziksel nedenlerle ortaya çıkan, bireylerde gerilim yaratan bir durumdur. İşyerindeki stres sağlığı, esenliği ve kişinin yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (Losyk, 2006). Çalışma şartları bakımından en stresli mesleklerden biri olan hemşirelikte, doğrudan kişilerin iş performanslarını etkileyen strese yol açan faktörlerin belirlenmesi önemli olmaktadır (AbuAlRub, 2004). Hemşirelerde strese neden olan faktörler konusunda yapılan bir meta analizde artmış iş yükü, yönetimsel yetersizlikler, ekip ile olan iletişim, vardiyalı çalışma, zaman baskısı, hasta ve yakınlarının duygusal gereksinimleri, ölüm ve ödülleme yetersizliği olarak tanımlanmıştır (McVicar, 2003). Sağlık çalışanlarında stres duygusal ve fizyolojik sorunlara yol açabilir. Kaygı, gerginlik, öfkeli hal, değersizlik duyguları ve huzursuzluk gibi duygusal sorunlar ile birlikte gastrointestinal rahatsızlıklar, gerilim tipi baş ağrıları, alerjik reaksiyonlar, sigara ve alkol kullanımında artış, immün sistemin zayıflaması gibi fizyolojik sorunlara neden olmaktadır. Bunların sonucunda sağlık çalışanlarının performansları etkilenmekte, motivasyon düşüklüğü, kişiler arası iletişimde yetersizlik, sık hastalanma ve rapor alma gibi durumlar yaşanmaktadır (Şahin, 1999). Hastanelerde sağlık hizmeti sunan hemşirelerin kritik rolleri nedeni ile stres durumlarının belirlenmesi ve gerekli önlemlerin alınması hizmetin kalitesi açısından önemli olmaktadır.

Hastanelerin kritik öneme sahip birimlerinden birisi de ameliyathanelerdir. Ameliyat odası, robotik cerrahi, yapay zeka, simülasyon ve aynı zamanda minimal invaziv teknikler gibi hızlı teknolojik gelişmelere bağlı olarak oldukça karmaşık süreçlerin uygulandığı alanlardır (Espinoza ve ark, 2016). Ameliyathaneler, yüksek meslek stresi ve düşük meslek memnuniyeti olan uygulama alanlarıdır. Hızlı ve anında harekete geçme, tıbbi uyumsuzluklar, belirsiz iş değişimleri, karmaşık ekipmanların kullanılması ve karmaşık cerrahi tekniklerin ustalık gereksinimi, uzun süre kapalı ortamlarda bulunmak gibi uyarıcılar, hemşirelere yüksek düzeyde baskı uygular (Yoosefian, Charkhat, Rezvani ve Shahrakipoor, 2015). Arora ve ark (2010) çalışmasında ameliyathane ortamındaki stresörlerin teknik, hasta ve ekipman sorunlarının olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca Soltanmoradi ve ark (2017)'nin ameliyathane hemşireleri ile ilgili yaptıkları çalışmada ölüm ve ölüme dair belirtilen durumların en önemli mesleki stres kaynağı olduğunu göstermektedir. Ameliyathane ortamının çalışan ekip üzerinde yarattığı anksiyete düzeyinin araştırıldığı bir çalışmada,

çalışanların hem durumluluk hem de süreklilik anksiyete ortalama puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur (Bölükbaş, Karabulut ve Özer, 1998). Yine benzer şekilde ameliyathane hemşirelerinin anksiyete düzeylerinin incelendiği çalışmalarda ameliyathane hemşirelerinin orta düzeyde anksiyete yaşadığı bildirilmiştir (Gürsoy, Çolak, Danacı ve Çakar, 2003; Vural ve Oflaz, 1996). Alkan ve Ayar (2017) ameliyathane hemşirelerinde ameliyathane ortamının, bireylerin yaşam kalitelerini etkilediğini, iş doyumunda yetersizlik veya tükenmişliğe neden olduğunu bildirmiştir.

Ülkemizde ameliyathane hemşirelerinde strese neden olan faktörlerin belirlenmesine yönelik literatür bilgisi bulunmadığından dolayı, konunun araştırılması planlanmıştır. Çalışmanın sonucunda ameliyathane hemşirelerinde strese neden olan kaynakların belirlenmesiyle, elde edilen verilerin stresi azaltmaya yönelik gerekli önlemlerin alınmasına ve kurumların yönetimsel planlamalarına katkı sağlaması beklenmektedir.

Bu araştırma, Aydın iline bağlı üniversite ve kamu hastanelerinde çalışan ameliyathane hemşirelerinin mesleki stres kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın soruları ise;

1. Ameliyathane hemşirelerinin stres kaynakları nelerdir?
2. Ameliyathane hemşirelerinin sosyodemografik özellikleri ve stres kaynakları arasında ilişki var mıdır?
3. Ameliyathane ortamından kaynaklanan stres kaynakları nelerdir?

## YÖNTEM

### Araştırmanın Tipi

Bu araştırma ameliyathane hemşirelerinin stres kaynaklarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılmıştır.

### Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, 10 Temmuz-31 Ağustos 2018 tarihleri arasında, Aydın ilinde, Üniversiteye bağlı Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Kamu hastaneler birliğine bağlı 6 hastanede yapılmıştır.

### Araştırmanın Evreni/ Örnekleme

Araştırmanın evrenini Aydın ilindeki üniversite hastanesi ve Kamu Hastaneler Birliğine bağlı 6 kamu hastanesinin ameliyathanesinde çalışan (n=149) hemşireler oluşturmaktadır. Araştırmada örnekleme yöntemine gidilmemiştir. Evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmaya alınma kriterleri, gönüllü olmak, hemşirelik bölümünden mezun olmak ve en az 6 ay ameliyathanede çalışmış olmak olarak belirlenmiştir. Araştırmanın örnekleme belirtilen tarihlerde yıllık izinde olmayan, çalışmaya katılmayı kabul eden, araştırmanın koşullarını sağlayan 75

hemşireden oluşmaktadır. Çalışma kapsamında evrenin %50'sine ulaşılmıştır.

### Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri, “Kişisel Bilgi Formu”, “Ameliyathane Ortamı Stresörleri Formu” ve “Stres Kaynağı Ölçeği” olmak üzere 3 form kullanılarak toplanmıştır.

#### Kişisel Bilgi Formu

Bu formda, ameliyathane hemşirelerinin sosyo-demografik özellikleri; yaş, medeni durum, mezuniyet durumu, meslekteki toplam çalışma süresi, ameliyathanede çalışma şekli, kronik hastalık varlığı gibi bireysel ve çalışma koşullarının özelliklerini belirlemek amacıyla oluşturulmuş 15 soru bulunmaktadır. Formdaki sorular araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (Erdoğan, Ünsar ve Süt, 2009; Gülseven ve Karabacak, 1999; Sabuncu, Karahan, Gürpınar ve Özyürek, 2007).

#### Ameliyathane Ortamı Stresörleri Formu

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan bu formda, ameliyathane ortamında strese neden olabilecek faktörlere ilişkin 5'li likert formunda 24 soru bulunmaktadır (Kanan, Aksoy ve Akyolcu, 1993; Özbayır, Hergül ve Gök, 2016; Tyler, 1994; Yoosefian ve ark, 2015). Çalışmada “Ameliyathane Ortamı Stresörleri Formu”nun kapsam geçerliliği için 2 hemşirelik öğretim üyesi ve 3 deneyimli ameliyathane hemşiresinden uzman görüşü alınmıştır. Bunun için 5 uzman'dan Lawshe (1975)'nin ortaya koyduğu tekniğe göre her maddeyi 1-Uygun, 2-Uygun Değil, 3-Değiştirilmeli olarak puan vererek değerlendirilmeleri istenmiştir. Formun maddelerine tüm uzmanlar “Uygun” yanıtını vermiştir ve uzman görüşlerine göre maddelerde değişiklik yapılmamıştır. Formun Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ) için önerilen referans değerler dikkate alınarak hesaplanmış KGİ değeri 0.99 olarak bulunmuştur (Yurdugül, 2005). Bu sonuç doğrultusunda formun maddeleri geçerli kabul edilerek uygulamada kullanılmıştır. Formdaki maddelere verilen cevaplar sayı ve yüzde hesaplanarak değerlendirilmiştir.

#### Stres Kaynağı Ölçeği

Araştırmada ameliyathane hemşirelerinin stres kaynaklarının belirlenmesi amacıyla Acar Baltaş ve Zuhul Baltaş tarafından geliştirilmiş, 43 ifadeden oluşan “Stres Kaynağı Ölçeği” kullanılmıştır (Baltaş A ve Baltaş Z, 1997). Bu ölçek ülkemizde yapılan bazı hemşirelik araştırmalarında da kullanılmıştır (Karahan ve ark, 2007; Sabuncu ve ark, 1999). Erdoğan ve ark (2009)'nın çalışmasında ölçeğin Cronbach'salpa katsayısı 0.91 bulunmuştur. Ölçeğin bizim çalışmamızdaki Cronbach'salpa iç tutarlılık katsayısı 0.85 olarak hesaplanarak güvenilir bulunmuştur.

Stres Kaynağı Ölçeği 5'li likert tipte (1-Asla, 2-Seyrek, 3-Bazen, 4-Sık sık, 5-Her zaman) 43 ifadeden oluşan bir ölçektir. Sosyal stres vericiler, işle ilgili stres vericiler, kendini yorumlama biçiminden kaynaklanan stres vericiler ve fizik çevreden

kaynaklanan stres vericiler olmak üzere dört bölümden oluşmaktadır. Bunlar; İnsan ilişkilerinden kaynaklanan stres vericiler “Sosyal stres vericiler”, İş yaşamından kaynaklanan stres vericiler “İşle ilgili stres vericiler”, Kişinin iç ve dış dünyasından kaynaklanan bilgileri yorumlayış biçiminden kaynaklanan stres vericiler “Kendini yorumlama biçiminden kaynaklanan stres vericiler” ve Kişinin yaşadığı fiziki çevreden kaynaklanan, gürültü ve hava kirliliğini de kapsayan stres vericiler ise “Fizik çevreden kaynaklanan stres vericiler” olarak tanımlanmaktadır (Baltaş A ve Baltaş Z, 1997).

Ölçekteki, 1, 5, 10, 17, 19, 21, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 36, 37 ve 38. ifadeler sosyal stres vericilerin, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 15, 16, 17, 18, 20, 26, 32,33 42 ve 43. ifadeler işle ilgili stres vericilerin,1,2, 3, 12, 13, 14, 22, 33, 35 ve 39. ifadeler kendini yorumlama biçiminden kaynaklanan stres vericilerin ve 34, 40, 41, 42 ve 43. ifadeler fiziki çevreden kaynaklanan stres vericilerin değerlendirilmesi amacına yöneliktir. Sosyal stres vericilere ilişkin ifadelerden alınabilecek olan en yüksek puan 85, işle ilgili stres vericilerden 80, kendini yorumlama biçiminden kaynaklanan stres vericilerden 50 ve fiziki çevreden kaynaklanan stres vericilere ilişkin ifadelerden alınabilecek olan en yüksek puan 25'tir. Ölçekten alınan puanların artması stres düzeyinin arttığını ifade etmektedir.

Her bölümden alınan puanlar toplampölçeğe göre dört gruba ayrılarak aşağıdaki gibi gruplandırılmaktadır(Baltaş A ve Baltaş Z, 1997);

- 1.grup: Sağlığı tehdit edici bir nitelik taşımıyor.
- 2.grup: Hastalık geliştirme olasılığı var.
- 3.grup: Hastalık geliştirme eğiliminde.
- 4.grup: Hastalık geliştirme olasılığı oldukça yüksek.

Buna göre;

Sosyal stres vericilerden;

- 85-60 puan alanlar 4. gruba
- 59-40 puan alanlar 3. gruba
- 39-25 puan alanlar 2. gruba
- 24-17 puan alanlar 1. gruba

Kendini yorumlama biçiminden kaynaklanan stres vericilerden,

- 50-35 puan alanlar 4. gruba
- 34-25 puan alanlar 3.gruba
- 24-15 puan alanlar 2. gruba
- 14-10 puan alanlar 1. gruba

İşle ilgili stres vericilerden;

- 80-60 puan alanlar 4. Gruba
- 59-40 puan alanlar 3. Gruba
- 39-25 puan alanlar 2. Gruba
- 24-15 puan alanlar 1. gruba

Fiziki çevreden kaynaklanan stres vericilerden;

- 25-18 puan alanlar 4. Gruba
- 17-13 puan alanlar 3. Gruba

- 12-8 puan alanlar 2. gruba
- 7-5 puan alanlar 1. Gruba

### Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS (Statistical Package for Social Sciences; Lisans no: 10241440) 18.0 for Windows paket programı ile yapılmıştır. Verilerin normal dağılımı Kolmogorov-Smirnov testi kullanılarak doğrulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiksel analizler kullanılmıştır. Tanımlayıcı veriler yüzdeler, aritmetik ortalama±standart sapma ile gösterilmiştir. Çalışmadaki bağımsız değişkenler sayı ve yüzde olarak gösterilmiş ve bu özellikler ile stres kaynağı ölçeği puanları arasındaki ilişkinin incelenmesinde t testi ve ikiden fazla gruba karşılaştırmak için Oneway ANOVA testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

### Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik kurulundan izin alınmıştır (04/07/2018-E.38605). Etik onayın ardından Üniversite hastanesi ve Kamu Hastaneler Birliğinden kurum izni alınmıştır. Araştırma kapsamındaki hemşirelere araştırma hakkında bilgilendirme yapılarak sözel olurları alınmıştır.

### BULGULAR

Araştırma Üniversite Hastanesi ve Kamu Hastaneler Birliğine bağlı 6 kamu hastanesinin ameliyathanesinde çalışan 75 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması  $39.95 \pm 7.2$ , meslekte çalışma yılı ortalaması  $19.35 \pm 8.3$  ve ameliyathanede çalışma yılı ortalaması  $13.09 \pm 8.2$  yıl olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin; cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, çalıştığı kurumu içeren sosyodemografik özellikleri ile meslekte ve ameliyathanede toplam çalışma yılı, çalışma şekli ve memnuniyet durumlarını, sertifikaya ve kongre katılımlarını içeren mesleki deneyim soruları ile ilgili özellikleri Tablo 1’de görülmektedir. Araştırmada katılımcıların çoğunluğunun kadın, evli, lisans mezunu, 6 yıl ve üstü ameliyathanede çalıştığı, kendi isteği ile ameliyathanede çalıştığı ve çalışmaktan memnun oldukları belirlenmiştir. Ayrıca hemşirelerin çoğunluğunun alanında özel kongrelere katılmadıkları, ameliyathane hemşireliği sertifikalarının olmadığı sonuçları elde edilmiştir. Hemşirelerin yarısından fazlasının kendisinde ve ailesinde kronik bir hastalık olmadığı bulunmuştur.

Hemşirelerin ameliyathane ortamındaki stres kaynaklarına ilişkin verdikleri cevapların dağılımı Tablo 2’de görülmektedir. Ameliyathane hemşireleri en çok; çalışma ortamındaki fiziksel şartlardan duyulan rahatsızlık, hastane idarecilerinden yeterince destek görememek, uzun süre kapalı ortamda bulunmanın strese neden olan faktörler olduğunu

bildirmişlerdir. Daha az sıklıkta yaşadıkları stres kaynakları ise; ameliyat esnasında sinirli ve agresif davranışlara maruz kalmak, cerrahi ekip tarafından eleştirilmek, cerrahi ekiple çatışma yaşamak, uzun süren ameliyatlara, ameliyat esnasında sağlık problemleri yaşamak olarak bildirmişlerdir.

Ameliyathane hemşirelerinin stres kaynağı ölçeği puan ortalamaları değerlendirildiğinde, insan ilişkilerinden kaynaklanan “sosyal stres vericiler” ve “fiziksel çevreden kaynaklanan stres vericiler”den aldıkları puanların hastalık geliştirme eğiliminde olduğu bulunmuştur. İş hayatından kaynaklanan “işle ilgili stres vericiler” ve kişinin olayları yorumlama şekline kaynaklanan “kendini yorumlama ile ilgili stres vericiler” den aldığı puanların ise hastalık geliştirme olasılığında olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri (n=75).

Sosyodemografik Özellikler	n	Ort ± SS
Yaş	75	39.95±7.2
Meslekte çalışma yılı	75	19.35±8.3
Cinsiyet	n	%
Kadın	67	89.3
Erkek	8	10.7
Ameliyathanede çalışma yılı		
6 ay-5 yıl	21	28
6 yıl ve üstü	54	72
Medeni durum		
Bekar	17	22.7
Evli	58	77.3
Öğrenim durumu		
Lise ve dengi	4	5.3
Önlisans	16	21.3
Lisans	47	62.7
Yüksek lisans	8	10.7
Çalıştığı Kurum		
Üniversite Hastanesi	15	20.0
Kamu hastaneleri	60	80
Ameliyathanede çalışmaktan memnun olma durumu		
Evet	61	81.3
Kısmen	14	18.7
Hayır	0	0
Çalışma şekli		
Gündüz	15	20.0
Vardiyalı	25	33.3
Nöbet	35	46.7
Çalışma saatlerinden memnun olma durumu		
Evet	28	37.3
Hayır	14	18.7

Kısmen	33	44.0
<b>Ameliyathane çalışma nedeni</b>		
Kendi isteği	62	82.7
Amirlerin isteği	8	10.7
Diğer	5	6.7
<b>Tablo 1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri (n=75). (Devamı)</b>		
<b>Ameliyathane hemşireliği sertifikası olma durumu</b>		
Evet	22	29.3
Hayır	53	70.7
<b>Alamına özel kongrelere katılım durumu</b>		
Evet	15	20
Hayır	60	80
<b>Uzun süredir devam eden hastalık varlığı</b>		
Evet	19	25.3
Hayır	56	74.7
<b>Aile bireylerinde kronik hastalık varlığı</b>		
Evet	17	22.7
Hayır	58	77.3

**Tablo 3. Ameliyathane Hemşirelerinin Stres Kaynağı Ölçeği Puan Ortalamaları.**

Stres Kaynakları	n	Ort ± SS	Gruplandırma*
Sosyal Stres vericiler	75	42.39±8.94	3.grup
Kendini Yorumlama	75	23.28±5.76	2.grup
İş	75	37.23±7.03	2.grup
Fiziksel Çevre	75	14.04±4.50	3.grup

\*1. grup: Sağlığı tehdit edici bir nitelik taşıyor

**Tablo 2. Hemşirelerin Ameliyathane Ortamındaki Stres Kaynaklarına İlişkin Cevaplarının Dağılımı (n=72).**

Stres nedenleri	Asla		Nadiren		Bazen		Sıklıkla		Her zaman	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cerrahi ekiple çatışma yaşamak	7	9.3	19	25.3	36	48	7	9.3	3	4
Cerrahi ekip tarafından eleştirilmek	5	6.7	18	24	35	46.7	11	14.7	3	4
Ameliyat esnasında sinirli ve agresif davranışlara maruz kalmak	3	4	13	17.3	37	49.3	17	22.7	2	2.7
Çalışma ortamındaki problemler hakkında diğer ekip üyeleri ile açıkça konuşma olanağı bulamamak	5	6.7	28	37.3	24	32	14	18.7	1	1.3
Ekip üyeleri ile düşünce ve tecrübelerimi paylaşma olanağı bulamamak	7	9.3	23	30.7	24	32	15	20	3	4
Hastane idarecilerinden yeterince destek görememek	4	5.3	11	14.7	16	21.3	29	38.7	12	16
Sorumlu hemşireden yeterli desteği alamamak	27	36	21	28	15	20	6	8	3	4
Sorumlu hemşireyle çatışma yaşamak	27	36	29	38.7	11	14.7	2	2.7	3	4
Karşı cinsteki meslektaşların ile sorun yaşamak	39	52	20	26.7	6	8	6	8	1	1.3
Meslektaşların arasında ayrımcılık yapılması	13	17.3	23	30.7	25	33.3	5	6.7	6	8
Cinsiyet ayrımı yapılması	33	44	21	28	12	16	4	5.3	2	2.7
Tecrübemin yetersiz olması nedeniyle suçlanmak	26	34.7	23	30.7	18	24	4	5.3	1	1.3
Kontrolüm dışındaki olaylar hakkında sorumlu tutulmak	14	18.7	23	30.7	25	33.3	9	12	1	1.3
Ameliyathane sürekli farklı pozisyonlarda çalışmak	12	16	21	28	19	25.3	13	17.3	7	9.3

2. grup: Hastalık geliştirme olasılığı var

3. grup: Hastalık geliştirme eğiliminde

4. grup: Hastalık geliştirme olasılığı oldukça yüksek

Çalışmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin çalıştıkları kurumlara göre sosyal çevre, iş ile ilgili ve kendini yorumlama biçiminden kaynaklanan stres verici puanları arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Ancak fiziksel çevreden kaynaklanan stres vericilerden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, Üniversite Hastanesi'nde çalışanların puanlarının daha düşük ve hastalık geliştirme olasılığında olduğu, Kamu hastanesinde çalışanların ise fiziksel çevreden kaynaklanan stres vericilerden aldıkları puanların daha yüksek olduğu ve hastalık geliştirme eğiliminde olduğu bulunmuştur (Tablo 4). Kurumlar arasında fiziksel çevreden kaynaklı stres vericilerden alınan puanlar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).

Ameliyathane hemşirelerinin cinsiyet değişkeni ile stres vericilerden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 5'te görülmektedir. Kadın cinsiyetin sosyal stres verici puanları erkek cinsiyete göre yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel anlamlılık olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Kadın cinsiyetin sosyal stres vericilerden aldıkları puan ortalamaları değerlendirildiğinde hastalık geliştirme eğiliminde olduğu bulunmuştur. Çalışmamızın diğer bağımsız değişkenleri ile stres vericilerden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Medeni durum, ameliyathane çalışma yılı, çalışma şekli, eğitim durumu kronik hastalık varlığı ve ailede kronik hastalık varlığı ile stres vericilerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

Ameliyathanedeki fiziksel şartlardan rahatsız olmak	1	1.3	10	13.3	15	20	25	33.3	21	28
Çok geç saatlere kadar çalışmak	12	16	23	30.7	18	24	15	20	4	5.3
Vardiyalı çalışmak	21	28	13	17.3	15	20	14	18.7	9	12
Uzun süren ameliyatlara	2	2.7	10	13.3	32	42.7	23	30.7	5	6.7
<b>Tablo 2. Hemşirelerin Ameliyathane Ortamındaki Stres Kaynaklarına İlişkin Cevaplarının Dağılımı (n=72). (Devamı)</b>										
Karmaşık cerrahi teknikler	8	10.7	17	22.7	32	42.7	14	18.7	1	1.3
Uzun süre kapalı ortamda bulunmak	4	5.3	8	10.7	22	29.3	20	26.7	18	24
Ameliyata ilişkin araç-gereç yetersizliği yaşamak	1	1.3	17	22.7	28	37.3	21	28	5	6.7
Sabit bir ekip ile çalışmamak	12	16	20	26.7	15	20	15	20	10	13.3
Ameliyat esnasında olumsuz ilişkiler yaşamak	7	9.3	24	32	25	33.3	13	17.3	3	4
Ameliyat esnasında sağlık problemleri yaşamak	10	13.3	24	32	31	41.3	6	8	1	1.3
Missingdata=3										

Tablo 4. Ameliyathane Hemşirelerinin Çalıştıkları Kurum ile Stres Kaynağı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.

Hastaneler	Sosyal Stres Vericiler		Kendini Yorumlama		İş		Fiziksel çevre			
	n	%	Ort ± SS	Grup*	Ort ± SS	Grup*	Ort ± SS	Grup*		
Üniversite Hastanesi	15	20	42.20±8.51	3.Grup	22.73±4.75	2.Grup	35.66±8.40	2.Grup	12.86±4.27	2.Grup
Kamu Hastaneleri	60	80	42.68±8.13	3.Grup	23.56±5.74	2.Grup	37.61±6.69	2.Grup	14.21±4.64	3.Grup
<i>t testi</i>			t (73)=-.204 p=0.839		t (73)=-.518 p=0.606		t (73)=-.958 p=0.341		t (73)=-1.022 p=0.310	

\*1.grup: Sağlığı tehdit edici bir nitelik taşıyor, 2.grup: Hastalık geliştirme olasılığı var, 3.grup: Hastalık geliştirme eğiliminde, 4.grup: Hastalık geliştirme olasılığı oldukça yüksek.

Tablo 5. Cinsiyet Değişkeni ile Stres Verici Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.

Cinsiyet	Sosyal Stres Vericiler		Kendini Yorumlama		İş		Fiziksel çevre			
	n	%	Ort ± SS	Grup*	Ort ± SS	Grup*	Ort ± SS	Grup*		
Kadın	67	89.3	43.14±8.88	3.grup	23.65±5.72	2.grup	37.15±7.19	2.grup	13.90±4.35	3.grup
Erkek	8	10.7	35.57±6.65	2.grup	19.85±5.39	2.grup	38.00±5.71	2.grup	15.28±5.93	3.grup
<i>t testi</i>			t(69)=2.182 p=0.033		t(69)=1.67 p=0.098		t(69)=-.299 p=0.765		t(69)=-.767 p=0.445	

\*1.grup: Sağlığı tehdit edici bir nitelik taşıyor, 2.grup: Hastalık geliştirme olasılığı var, 3.grup: Hastalık geliştirme eğiliminde, 4.grup: Hastalık geliştirme olasılığı oldukça yüksek.

## TARTIŞMA

Bu çalışma ameliyathane hemşirelerinin stres kaynaklarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak Aydın ilinde yapılmıştır. Ameliyathane hemşirelerinin sosyal stres verici ve fiziksel çevre stres verici puanlarının yüksek olduğu, kadın cinsiyetteki hemşirelerin sosyal stres verici puanlarının erkek cinsiyetteki hemşirelere göre daha yüksek olduğu, diğer bağımsız değişkenlerin stres verici puan ortalamalarında farklılık olmadığı sonuçları elde edilmiştir.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin yaklaşık yarısı bazen cerrahi ekiple çatışma yaşadığını, agresif ve sinirli davranışlara maruz kaldığını ve ekip tarafından eleştirilmenin kendilerini stresli hissetmelerine neden olduğunu belirtmiştir. Ameliyathane ekip iletişiminin önemli olduğu alanlardır ve ameliyathane hemşirelerinin ekip üyeleri ile yaşadıkları sorunlar, iş doyumunu etkileyen faktörlerden birisidir. İnce (2014) çalışmasında hemşirelerin yaklaşık %80'inin hekim tarafından yıkıcı davranışa maruz

kaldığını, en fazla yoğun bakım ünitelerinde olmak üzere cerrahi birimler ve ameliyathanelerde yıkıcı davranışların izlendiğini ve bu davranışların hemşirelerin mesleki doyum ve motivasyonlarını etkilediğini bildirmiştir. Koraş ve ark (2015) çalışmasında ameliyathane hemşirelerinin %96'sının cerrahların ameliyathanede gergin davranışlarına maruz kaldığını, yarısının bu davranışlardan olumsuz etkilendiğini ve ekip içi iletişimi olumsuz yönde etkilediğini bildirmişlerdir. Hasta bakım kalitesini etkileyen önemli faktörlerden birisi multidisipliner bakımın sağlandığı ameliyathanelerde ekip içi iletişimin iyi olmasıdır (Attri ve ark, 2015). Çalışmamızdaki katılımcıların ekip içi iletişimi bozan davranışlara az maruz kaldığı belirlenmiş olup, bunun nedeni olarak da hemşirelerin ameliyathanede uzun yıllar çalışmaları, alanlarında deneyimli olmaları ve süreci iyi yönetebilmeleri ile açıklanabilir.

Ameliyathane ortamı, multidisipliner ekip çalışmasından kaynaklanan sorunların yanı sıra çalışanların çevresel faktörlerden etkilendiği özellikli çalışma alanlarından birisidir. Ameliyathane

ortamından kaynaklanan gürültü, ışık, radyasyon, ısı, nem gibi çevresel faktörler nedeniyle stresli bir ortam olarak kabul edilir (Tyler, 1994). Vural ve Oflaz (1996)'ın ameliyathane hemşireleri ile yaptıkları çalışmalarında hemşirelerin çoğunluğunun fiziksel ortamdan rahatsızlık duyduğunu (%86) ve bu rahatsızlığın en önemli nedeni olarak da uzun süre kapalı ortamda çalışmak olduğu bildirilmiştir. Uzun süre kapalı ortamda çalışmak ve gün ışığından yararlanamamak ameliyathane hemşirelerinde iş memnuniyetini azalttığı ve iş stresini artırdığı bildirilmiştir (Alimoğlu ve Dönmez, 2005). Çalışmamızda da literatür ile benzer şekilde hemşirelerin çoğunluğu uzun süre kapalı ortamda kalmanın bir stres nedeni olduğunu bildirmiştir. Kaymakçı ve ark (2003) çalışmasında ameliyathane hemşirelerinin karşılaştıkları fiziksel, kimyasal ve biyolojik riskleri içeren çevresel risklere karşı alınan önlemlerin yeterli olmadığını saptamışlardır. Ameliyathane odalarındaki fiziksel çevre değerlendirildiğinde hava kalitesinin yetersiz olması en sık belirtilen şikayet olarak belirtilirken, sıcaklık, nem, havalandırma, ışık, gürültünün hava kalitesine göre tatmin düzeyi daha yüksek olarak ifade edilmiştir (Özbayır ve ark, 2016). Çalışmamızda da ameliyathane hemşirelerinin çoğunluğu fiziksel çevreden rahatsız olduklarını bildirmiştir ve katılımcıların fiziksel çevreden kaynaklanan stres vericileri puanlarının hastalık geliştirme eğiliminde olduğu bulunmuştur. Dascalaki ve ark (2009), ameliyathane ortamındaki fiziksel çevreden kadınların daha çok etkilendiğini bildirmiştir. Çalışmamızda fiziksel çevreden etkilenme durumu bakımından cinsiyetler arasında farklılık olmadığı bulunmuştur. Ameliyathanelerin kapalı ortamlar olması, yapay aydınlatma ve havalandırmanın sağlandığı birimler olması ve çalışanların uzun süre kapalı ortamda kalması nedenleri ile ameliyathane hemşirelerinin fiziksel çevreden rahatsız olduğu kanısına varılmıştır.

İnsan ilişkilerinden kaynaklanan sosyal stres vericiler bakımından literatür incelendiğinde, medeni durumun sosyal stres kaynağı olduğu, evli çalışanların bekarlara göre daha fazla stres yaşadıkları bildirilmiştir (Erdoğan ve ark, 2009; Karahan ve ark, 2007). Çalışmamızda medeni durumun stresi etkileyen bir faktör olmadığı bulunmuştur. Çalışmamıza katılan hemşirelerin sosyal stres vericileri puan ortalamalarının cinsiyetler arasındaki farkı değerlendirildiğinde kadın cinsiyetin erkek cinsiyete göre sosyal stres vericileri puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Ülker (2016) hastane çalışanlarında stres yönetimi ile ilgili çalışmada araştırmamız ile benzer şekilde kadınların sosyal stres verici puan ortalamalarının yüksek olduğunu ve erkekler ile istatistiksel farklılık gösterdiğini bildirmiştir. Ancak Erdoğan ve ark (2009) stres vericilerin cinsiyetler üzerinde aynı etkiye sahip olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmanın sağlık meslek mensuplarında uygulanmamış olmasının mesleki farklılıktan dolayı çalışmamız bulgusu ile farklılık göstermesinin nedeni olabileceği söylenebilir. Çalışmamızda hemşirelerin büyük çoğunluğunun kadın olması,

evli olması, nöbetli-vardiyalı çalışması, hastane idaresinden yeterince destek göremediklerini bildirmeleri ve toplumsal rolleri gibi faktörler nedeni ile sosyal stres verici puan ortalamalarının yüksek olduğu düşünülmektedir.

İş yaşamından kaynaklanan stres işle ilgili stres vericilerdir. Sabuncu ve ark (1999) çalışmasında kendi isteği ile bölümde çalışan hemşirelerin işle ilgili streslerinin daha düşük olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda da hemşirelerin işle ilgili stres vericileri puan ortalamaları, sosyal ve fiziksel çevre kaynaklı stres vericilerin puan ortalamalarından daha düşük bulunmuştur. Bunun nedeni olarak, katılımcıların büyük bir çoğunluğunun kendi isteği ile ameliyathanede çalışıyor olması nedeni ile açıklanabilir. Erdoğan ve ark (2009) çalışmasında işin yapısından kaynaklanan stres vericilerin etkilerinin çalışanların yaşları artmasıyla azaldığını bildirilmiştir. Çalışmamızda da hemşirelerin yaş ortalamasının yaklaşık olarak 40 olması ve ameliyathanede çalışma yıllarının uzun olması işle ilgili stres verici puan ortalamasının düşük olmasının bir diğer nedeni olarak gösterilebilir. Erdoğan ve ark (2009) öğrenim düzeyi yüksek olanların işin yapısından kaynaklanan stres vericilerden daha çok etkilendiklerini bildirmesine karşın çalışmamızda öğrenim durumunun iş ile ilgili stres verici puanlarını etkileyen bir faktör olmadığı bulunmuştur. Çalışmamızda ki hemşirelerin ameliyatların uzun sürmesi, karmaşık cerrahi teknikler ve malzeme yetersizlikleri nedeni ile sorunlar yaşadıklarını bildirmelerine karşın ameliyathanede çalışmaktan memnun olduklarını ve kendi istekleri ile çalıştıklarını bildirmelerinin işle ilgili stres verici puanlarının daha düşük olmasının nedeni olarak açıklanabilir.

Bireylerin iç ve dış dünyasını yorumlama şeklinden kaynaklanan sorunlar, kendini yorumlama ile ilgili stres vericilerdir. Çalışmamızda katılımcı hemşirelerin kendini yorumlama ile ilgili stres vericileri puan ortalaması hastalık geliştirme olasılığında bulunmuştur. Aksu ve Erdim (2018) çalışmalarında ameliyathane hemşirelerinin iş kaynaklı gerginlikleri arttıkça kendine güvenleri ve iyimser yaklaşımlarının azaldığı, bunun sonucunda çaresiz ve boyun eğici davranış eğilimlerinde artış olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızda ki hemşirelerin yarıya yakınının cerrahi ekip tarafından eleştirilmek ve tecrübesi nedeni ile eleştirilmenin stres kaynağı olduğunu bildirmesi ile kendini yorumlama ile ilgili stres vericileri puan ortalamasının yüksek olmasının nedeni olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan ameliyathane hemşirelerinin çalıştıkları kurumlara göre stres vericileri karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunamamıştır. Ancak üniversite hastanesinde çalışanların fiziksel çevreden kaynaklanan stres vericiler puan ortalaması ve grup değerlendirmesi daha düşük bulunmuştur. Çalışmamız ile benzer şekilde Karahan ve ark (2007)'nin çalışmasında üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin fiziksel çevreden kaynaklanan stres vericilerden aldıkları puanların düşük olduğunu, bunun



nedeni olarak da fiziksel çevrenin neden olduğu olumsuzluklar, araç-gereçlerden kaynaklanan gürültü ve enfeksiyon riskinin üniversite hastanesinde diğer hastanelere oranla daha az olmasına bağlamışlardır. Çalışmamızda da kurumlar arasında fiziksel çevreden kaynaklanan stres vericilerin puan farklılıkları kurumların teknik donanım ve fiziksel çevrenin düzenlenmesinde ki farklı yaklaşımları ile açıklanabilir.

bilgiler örneklem grubunu temsil edebilir ve genellenemez. Ayrıca elde edilen veriler araştırmanın yapıldığı zaman için geçerli olup zamana bağlı olarak değişebilir. Daha büyük örneklem grupları ile başka merkezlerde benzer çalışmaların planlanması önerilir.

## SONUÇ

Ameliyathane ortamının doğası gereği ameliyathane hemşireleri birçok stres faktörü ile karşı karşıya kalmaktadır. Ameliyathane hemşirelerinde, fiziksel çevreden kaynaklanan stres vericiler ve sosyal stres vericiler hastalık geliştirme eğiliminde, işle ilgili stres vericiler ve kendini yorumlama ile ilgili stres vericilerin ise hastalık geliştirme olasılığında olduğu belirlenmiştir. Ayrıca çalışmamızda ameliyathane hemşirelerinin; ameliyathane fiziksel çevresinden rahatsızlık, ekip içi iletişim sorunları, uzun süren ve karmaşık cerrahi teknikler, yöneticiler tarafından desteklenememek gibi birçok stres kaynağının olduğu sonucuna varılmıştır. Bu nedenle kurumların, çalışan sağlığı açısından kurum politikalarının belirlenmesi, fiziksel yetersizlikten kaynaklanan sorunlara çözüm bulunması ve etkili ekip içi iletişim için destekleyici eğitim programlarının düzenlenmesi önerilir. Belirli dönemlerde ameliyathane hemşirelerinin stres durumlarının değerlendirilmesi ve stresle baş etme yöntemleri konusunda hizmet içi eğitimler ile desteklenmesi önerilir.

## Çıkar Çatışması

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

## KAYNAKLAR

1. AbuAlRub, R. F. (2004). Job stress, job performance, and social support among hospital nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(1), 73-78.
2. Aksu, İ., Erdim, A. (2018). Ameliyathane hemşireleri işe bağlı gerginlik ve stresle nasıl baş ediyorlar? *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 10(1), 28-37.
3. Alimoğlu, M.K., Dönmez, L. (2005). Daylight exposure and the other predictors of burnout among nurses in a University Hospital, *International Journal of Nursing Studies*, 42(5), 549-555.
4. Alkan, S.A., Ayar, T. (2017). Ameliyathane hemşirelerinin nesnel yaşam kaliteleri ve iş doyumları, *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 23-37.
5. Arora, S., Hull, L., Sevdalis, N., Tierney, T., Nestel, D., Woloshynowych, M., Darzi, A., Kneebone, R. (2010). Factors compromising safety in surgery: stressful events in the operating room, *The American Journal of Surgery*, 199, 60-65.
6. Attri, J.P., Sandhu, G.K., Mohan, B., Bala, N., Sandhu, K.S., Bansal, L. (2015). Conflicts in operating room: Focus on causes and resolution, *Saudi Journal of Anesthesia*, 9(4), 457-463.
7. Baltaş A. Baltaş Z. (1997). Stres ve başa çıkma yolları, *Remzi Kitabevi*, 16.basım,179-181.
8. Bölükbaş, N., Karabulut, N., Özer, H. (1998). Ameliyathane ortamının çalışan ekip üzerinde yarattığı anksiyete düzeyinin incelenmesi, *Düşünen Adam*, 11(1), 27-31.
9. Dascalaki, E.G., Gaglia, A.G., Balaras, C.A., Lagoudi, A. (2009). Indoor environmental quality in Hellenic hospital operating rooms. *Energy and Buildings*, 41, 551-560.

## Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Tanımlayıcı ve kesitsel tipte planlanmış olan çalışmada tüm evrendeki hemşire sayısına ulaşılması planlanmıştır. Ancak ameliyathanelerde ki iş yoğunluğu nedeni ile hemşirelerin yarısı çalışmaya katılmaya gönüllü olmamışlardır. Bu nedenle elde edilen

10. Erdoğan, T., Ünsar, S., Süt, N. (2009). Stresin çalışanlar üzerindeki etkileri: Bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 14(2), 447-461.
11. Espinoza, P. Galaz Letelier, L.M., Cunill Leppe, M.D., Yercic Bravo, M., Ferdinand, C., Lagunas, L.P. (2016). The healthcare team's perception of the role of the perioperative nurse: A qualitative study. *International Clinical Feature*, 26(9), 189-195.
12. Gürsoy, A.A., Çolak, A., Danacı, S., Çakar, Y. (2003). Ameliyathane çalışan hemşirelerde iş doyumunu, tükenmişlik ve anksiyete: Trabzon örneği. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1, 28-37.
13. Healy, C.M., McKay, M.F. (2000). Nursing stress: the effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3),681-688.
14. İnce, S. (2014). Hekim davranışlarının hemşirelerin stresle baş etme durumları üzerine etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 16(2), 41-53.
15. Kanan, N., Aksoy, G., Akyolcu, N. (1993). Ameliyathane hemşirelerinde iş doyumunu etkileyen faktörler, *Hemşirelik Bülteni*, 7(30), 1-9.
16. Karahan, A., Gürpınar, K., Özyürek, P. (2007). Hizmet sektöründeki işletmelerin örgüt içi stres kaynakları: Afyon il merkezindeki hastanelerde çalışan cerrahi hemşirelerinin stres kaynaklarının belirlenmesi. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(1), 27-44.
17. Kaymakçı, Ş., Demir, F., Candan, Y., Dramalı, A. (2003). İzmir ili hastanelerindeki ameliyathanelerde hemşirelerin çalışma durumları ve karşılaştıkları risklere yönelik durum saptama. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 19(1-3), 47-61.
18. Koray, K., Öcalan, D., Solak, O. (2015). Cerrahi hekimlerin ameliyathanedeki gergin davranışlarının hemşireler üzerindeki etkileri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(4), 502-515.
19. Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel psychology*, 28(4), 563-575.
20. Losyk, B. (2006). Sakin ol, sınırlarına hakim ol: Stresle başa çıkma yolları. (Engin G). *Mess Yayınları*, İstanbul, 17-31.
21. McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 633-642.
22. Özbayır, T., Hergül, F.K., Gök, F. (2016). Ameliyathane çevre güvenliği: Sistematiik derleme. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32(3), 146-157.
23. Sabuncu, N., Gülseven, B., Karabacak, Ü. (1999). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin stres kaynaklarının belirlenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi*, 3(1),10-14.
24. Soltanmoradi, Y., Ansari, A., Heidari, S.H. (2016). Occupational stress among operating room nurses of hospitals affiliated to Kerman universities of medical sciences, Iran (2016): A cross-sectional study. *Journal of Occupational Health and Epidemiology*, 6(4),225-233.
25. Şahin, A. (1999). Sağlık çalışanlarının psikolojik sağlığı ve etkileyen faktörler. *Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1. Ulusal Kongresi*, 80.
26. Toubaei, S.H., Sahraeian, A. (2007). Burnout and job satisfaction of nurses working in internal, surgery, psychiatry burn and burn wards. *The Horizon of Medical Sciences*, 12(4),405.
27. Tyler, P.A. (1994). Ellison RN. Sources of stress and psychological well-being in high-dependency nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(3), 469-76.
28. Ülker, N. (2016). Hastanede Çalışanların Stres ve Yönetimi. *Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(2), 28-37.
29. Vural, H., Oflaz, F. (1996). Ameliyathane hemşirelerinin anksiyete düzeylerinin incelenmesi. *I. Ulusal Ameliyathane Hemşireliği Sempozyumu Bildiri Kitabı*, İzmir, 129 - 134.
30. Yoosefian Miandoab, N., Charkhat Gorgich, E., Rezvani Amin, M., Shahrakipoor, M. (2015). Occupational stress in operating room and anesthesia technicians of Zahedan Ali Ebne Abitaleb hospital. *Journal of Student Research Center*, 20(2), 35-48.
31. Yurdugül H.(2005). Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliliği için kapsam geçerlilik indekslerinin kullanılması. *XIV.Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi,Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi*,28-30 Eylül,Denizli,1-5.



HEMŞİRELİK BİLİMİ  
Dergisi

Journal of  
NURSING SCIENCE



# Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

## Orijinal Araştırma

# Hematopoetik Kök Hücre Nakli Hastalarında Etkileşimsel Eğitim Yaklaşımının Anksiyete Düzeyine Etkisi

## Effect of Interactive Educational Approach to Level of Anxiety in Bone Marrow Transplantation

Seckin ERDAL <sup>a,\*</sup>, Günay DİKBIYIK <sup>b</sup>, Refika YAZGAÇ <sup>c</sup>, Hüseyin Saffet BEKÖZ <sup>b</sup>, Gülbeyaz CAN <sup>d</sup>

<sup>a</sup> Acıbadem Altunizade Hastanesi, Erişkin Kemik İliği Nakli Ünitesi, İSTANBUL, TÜRKİYE

<sup>b</sup> İstanbul Medipol Üniversitesi, Erişkin Kemik İliği Nakli Ünitesi, İSTANBUL, TÜRKİYE

<sup>c</sup> ALTIS Nöroloji ve Psikoloji Merkezi, İSTANBUL, TÜRKİYE

<sup>d</sup> İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İSTANBUL, TÜRKİYE

### ÖZET

**Amaç:** Hematopoetik kök hücre nakli nedeniyle zorlu tedavi sürecinde çoğu hastada anksiyete ve duyu durum bozuklukları ortaya çıkabilmektedir. Hematopoetik kök hücre nakli hemşiresi, hastaları yakından takip etmeli ve tedaviye bağlı gelişebilecek ciddi komplikasyonları ve anksiyeteyi önlemede etkili yaklaşımlar konusunda hasta ve yakınlarını bilgilendirmelidir. Bu çalışmanın amacı etkileşimli eğitimin hastaların anksiyete düzeyini azaltmada etkisini anlayıp değerlendirebilmektir.

**Yöntem:** Çalışma Ocak – Ağustos 2016 tarihleri arasında, bir üniversite hastanesinin erişkin kemik iliği nakli ünitesinde gerçekleştirildi. Çalışmaya kök hücre nakli planlanan 50 hasta alındı. 25 eğitim ve 25 kontrol olarak iki gruba ayrıldı. Eğitim grubuna araştırmacılar tarafından nakil süreci ve nakil sürecinde kullanılan malzemeler konusunda etkileşimli eğitim verildi, kontrol grubuna ise kliniğin rutin bilgilendirme yaklaşımı uygulandı.

**Bulgular:** Hastaların nakil için yattığı gün %56'sında majör anksiyete vardı, nakil öncesi -1. gün hastaların %58'inde majör anksiyetenin devam ettiği ve nakil sonrası +1. günde sadece %6'sında olduğu saptandı. Nakil sürecinde anksiyete düzeyi her iki grupta benzer seyir gösterdi ve nakil işlemi bitene kadar düşmedi.

**Sonuç:** Bilgilendirmelere rağmen hastaların anksiyete düzeyinin her iki grupta da nakil işlemi bitene kadar düşmediği görülmektedir. Bu nedenle hastaya nakil süreciyle ilgili bilgilendirmelerin yapılmasının yanı sıra hastaya yattığı günden itibaren hemşire tarafından hasta bakımı planlanırken hastaların bireysel özellikleri dikkate alınarak eğitim verilmesi eğitimin etkinliğini artırmada yarar sağlayabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Anksiyete, Hematopoetik Kök Hücre Nakli, Etkileşimsel Eğitim Yaklaşımı

### ABSTRACT

**Aim:** Anxiety can occur during bone marrow transplantation. The hematopoietic stem cell transplant nurse should inform the patients and their relatives about the possible complications. This study was planned to assess the effectiveness of the interactive educational approach in management of bone marrow transplantation related anxiety.

**Method:** Fifty patients who underwent stem cell transplantation were enrolled in the study between January 2016 and August 2016. Interactive training was given to the informed group. Routine information approach of the clinic was provided to the control group.

**Findings:** Major anxiety was in 56% of patients on the day of hospitalization. Major anxiety continued 1 day prior to transplantation in 58% of the patients. Anxiety level followed a similar course in both groups during the transplantation and it did not resolve until end of the transplantation process.

**Conclusions:** Anxiety level of the patients did not decrease until the end of transplantation in both groups. For this reason, as well as informing the patient about the transplantation process from the day of hospitalisation, care needs to be taken to repeat the information and pay attention to patients individually in order to be ensure about their understanding of the transplant process.

**Keywords:** Anxiety, Hematopoietic Stem Cell Transplantation, Interactive Educational Approach

\*Bu çalışma 26-29 Mart 2017 tarihinde 43rd Annual Meeting of the European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT), 33rd Meeting of the Nurses Group kongresinde Marsilya, Fransa'da poster bildirisi olarak sunulmuştur.

\*Sorumlu Yazar: Seckin ERDAL

Adres: Acıbadem Altunizade Hastanesi, Erişkin Kemik İliği Nakli Ünitesi, İSTANBUL, TÜRKİYE

e-posta: [seckin-erdal@hotmail.com](mailto:seckin-erdal@hotmail.com)

Geliş tarihi:03.10.2020

Kabul tarihi:08.01.2021

## GİRİŞ

Hematolojik maligniteli hastalarda, kök hücre nakli, hastaların yaşam kalitesini arttıran ve yaşam süresini uzatan, hastalık kontrolü ve kür sağlama başarısı olan başlıca tedavi yaklaşımlarından biridir. Hastaların iyileşme beklentisini arttırsa da kök hücre nakli hasta ve ailesini sosyal, ekonomik ve psikolojik açıdan etkileyen ve tedavi süreci boyunca pek çok sorunla karşı karşıya kalmasına neden olan zorlu bir dönemdir. Literatürde, izolasyona bağlı hastaların %41’inde mental bozuklukların geliştiği ve en sık tanımlanan bozuklukların ise anksiyete ve depresyon olduğu belirtilmiştir (Karacan ve Sun, 2013a; Pillay ve ark., 2014; Manne ve ark., 2004). Başka bir çalışmada ise, hastanın psikolojik durumunun nakil mortalitesi ile ilişkili olabileceği rapor edilmiştir (Karacan ve Sun, 2010). Farklı bir çalışmada ise, nakil öncesi hastaların %52’sinin yüksek düzeyde anksiyete yaşadığı saptanmıştır (Seo ve ark., 2019a).

Kök hücre nakli, hastaların beden bütünlüğünü ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediğinden hastaların kendini güvende hissetme algısını olumsuz etkileyebilir. Ayrıca hastaların izolasyona alınması sonucunda sevdikleriyle görüşmemesi ve sürekli yatmak zorunda kalması, hastaların anksiyete düzeyini artırarak tedavi süreci ile ilgili açıklamaları anlamasını engelleyebilir. Bu konuyu ele alan bir çalışmada, hasta eğitim ve bilgilendirilmesinde transplantasyona bağlı anksiyete yönetiminin önemli olduğu vurgulanmıştır (Karacan ve Sun, 2013b). Bu nedenle iyi bir kök hücre nakli sürecinin tamamlanmasında, hastaların anksiyete düzeyinin tedavi sürecinde de değerlendirilmesinin önemli olduğu bazı çalışmalarda gösterilmiştir (Seo ve ark., 2019b).

Yapılan çalışmalarda hematopoetik kök hücre nakli ile ilişkili anksiyetenin yönetiminde hemşirelerin hastaların anksiyete ve depresyona yol açabilecek fiziksel ve psikososyal gereksinimlerini iyi saptamaları, uygun bakım planını oluşturmaları ve bütüncül bakım verilmesi gibi yaklaşımların kullanılabileceği bildirilmiştir (Packman ve ark., 2010a; Lee ve ark., 2005). Hemşire nakil sürecinde hastanın anksiyete ve depresyonunu azaltmak için gerekli girişimleri planladığında, eğitim yaklaşımının nakil süreciyle ilgili belirsizlikleri azalttığı, semptom kontrolünü artırdığı ve hem hasta hem de ailesinin bakıma aktif katılımını sağladığı çalışmalarda gösterilmiştir. Aynı zamanda hastaların kaygılarını ve nakil sonrası beklentilerini ifade etmelerinin korku ve endişenin ortadan kaldırılmasında etkili olduğu da bildirilmiştir (Packman ve ark., 2010b; Cooke ve ark., 2009). Eğitim yaklaşımının anksiyeteyi azaltmada etkili olduğunu destekleyen çalışmalar etkileşimsel eğitimin yararlı olacağı düşüncesini pekiştirmektedir. Etkileşimsel (interaktif) kelimesinin sözlük anlamı İngilizce iş birliği demektir. Karşılıklı faaliyeti yani öğrenenle öğretmenin karşılıklı, eşit düzeyli faaliyetini öngörmektedir. Etkileşimsel (interaktif) eğitim yaklaşımı; düz anlatım, soru-cevap ve demonstrasyon (eğitici video, fotoğraflar, maket, vb) yöntemlerinin kullanıldığı hasta ve sağlık çalışanı

arasında karşılıklı etkin iletişimi sağlayan bir eğitim yaklaşımıdır (Mehdizade, 2016).

Bu uzun ve zorlu tedavi sürecinde muhtemel sorunların gelişimini engellemek, hastanın yaşam kalitesini yükseltmek ve iyi bir tedavi sürecinin tamamlanması için, hem allojenik (doku grubu uyumlu başkasından) hem de otolog (kendisinden) nakil hastalarının psikolojik durumunun nakil sürecine başlamadan değerlendirilmesi önemlidir (Karacan ve Sun, 2013c; Seo ve ark., 2019c). Bireyleri hastalıklardan korunma yolları konusunda bilgilendiren, beden veya ruh sağlığının bozulması halinde hekim tarafından verilen tedaviyi uygulayan, hasta bakımını planlayan, uygulayan, denetleyen ve izleyen kişi olarak 7/24 hizmet veren hemşirelere önemli görevler düşmektedir (Yeğin, 2014).

Bu çalışma hematopoetik kök hücre nakli yapılan hastalarda, etkileşimli (interaktif) eğitim yaklaşımının anksiyete düzeyini azaltma ve anlama düzeyini arttırmadaki etkisini değerlendirmek amacı ile planlandı.

## YÖNTEM

Çalışma, Ocak – Ağustos 2016 tarihleri arasında, Özel Bir Üniversite Hastanesinde yer alan erişkin kemik iliği nakli ünitesinde nakil yapılan 50 hasta ile gerçekleştirildi. Medipol Üniversitesinden etik kurul izni (Sayı:10840098-604.01.01-E.13019) ve hastane izni alındı. Çalışmanın örneklemini hematolojik malignite tanısı ile kök hücre nakli planlanan, iletişim problemi olmayan, 18 yaş ve üzeri olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar oluşturdu. Tüm hastalar çalışmaya dâhil edildi ve 50 hastanın katılımı ile tamamlandı. Çalışmaya alınan hastalara çalışmanın amacı açıklandıktan sonra, hastalardan bilgilendirilmiş onam yazılı ya da imza atmak istemeyen hasta ve yakınlarından sözel olarak alındı.

Hastalar önceden bilgisayar destekli randomizasyon ortamında hazırlanmış rastgele kontrol listesi kullanılarak 25’i eğitim ve 25’i kontrol olmak üzere iki gruba ayrıldı. Eğitim grubuna araştırmacılar tarafından nakil sürecinin nasıl olacağı ve nakil sürecinde kullanılan malzemeler konusunda etkileşimli (interaktif) eğitim verildi. Kontrol grubuna ise kliniğin rutin bilgilendirme yaklaşımı uygulandı.

### Etkileşimli Eğitim Sürecinde

Hasta ve hemşirenin diyalogunun kopmaması açısından hemşire hasta ile eşit hizada oturdu. Hastaya soru soruldu ve yanıt beklendi. Hastaların endişeleri dinlendi. Endişe ettiği konular tekrar anlatıldı. Görüşme sırasında nakil sürecinde kullanılan malzemeler tanıtıldı, ne için nasıl kullanılacağı anlatıldı, malzemelere dokunması sağlandı. Eğitim sohbet şeklinde, 30 dakikayı geçmeyecek şekilde yapıldı.

Hastaya kök hücre nakli sırasında yapılacak işlemler (kemoterapi uygulanması, kök hücre transfüzyonu) anlatıldı. Kök

hücre nakli sırasında kullanılacak malzemeler (IV kataterler, kemoterapi ilaçları ve ilaç uygulama torbaları, içleri kök hücre rengine benzer sıvı ile doldurulmuş kök hücre torbaları, kök hücre taşıma çantası, santral venöz katatere yapılan bağlantılar, oksijen sistemi, monitörizasyon, vb) belli bir sıralama takip edilerek gösterildi ve bu ürünlere hastanın dokunması sağlandı. Daha önce nakil yapılan hasta görselleri (sözel izin alınmış) kullanılarak hastanın yalnız olmadığına dikkat çekildi.

Çalışmaya ilişkin veriler Hasta Tanılama Formu ve Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A) kullanılarak üç aşamada elde edildi. Araştırmacı hasta ile yüz yüze görüşme yaparak Hasta Tanılama Formunu ve Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeğini (HAM-A) yatış gününde, hematopoetik kök hücre naklinden önce -1. günde ve nakilden sonra +1. günde doldurdu.

#### Hasta Tanılama Formu

Hastaların yaş, cinsiyet, meslek, eğitim, gelir düzeyi, medeni durumu, çocuk sayısı, doğum yeri, yaşadığı yer gibi demografik özellikleri gösteren ve hastaların tanıları, nakil türü, psikiyatrik tanıların var olup olmadığını değerlendiren, 10 maddelik araştırmacılar tarafından oluşturulmuş tanılama formudur.

#### Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A)

Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A), anksiyete çalışmalarında hastalık süreci ile ilişkili anksiyete düzeyinin değerlendirilmesinde sağlık çalışanları tarafından sık kullanılan, yarı yapılandırılmış bir tanılama aracıdır (Yazıcı ve ark., 1998). Hamilton tarafından 1959 yılında geliştirilmiş olan bu beşli likert tipi değerlendirme aracı, son 72 saat içinde bireyin anksiyete ile ilişkili yaşadığı ruhsal ve bedensel belirtilerini sorgulayan 14 soruyu içermektedir (Hamilton, 1959). Hastaların anksiyete düzeyini, anksiyete ile ilişkili belirtilerin dağılımını tespit eder ve şiddetindeki değişimleri ölçer. Her maddenin puanı 0-4, ölçeğin toplam puanı ise 0-56 arasındadır. Puan artışı bireyin anksiyete düzeyinin arttığını göstermektedir: 0-5 puan, anksiyete yok, 6-14 puan, minör anksiyete, 15 puan ve üzerinde olması majör anksiyete olarak kabul edilir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Yazıcı ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmış ve anksiyetenin tanımlanmasında geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirlenmiştir (Yazıcı ve ark., 1998).

#### İstatistiksel Değerlendirme

Çalışmadan elde edilen bulgular IBM SPSS Statistics 22.0 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanılarak değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistiklerin (ortalama, standart sapma, frekans) yanı sıra niceliksel verilerin iki grup arası karşılaştırılmalarında normal dağılım gösteriyor ise Student-t Testi, normal dağılım göstermiyor ise Mann Whitney U Testi kullanıldı. Tekrarlayan ölçümlerin değerlendirilmesinde Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi kullanıldı. Niteliksel verilerin değerlendirilmesinde Ki-Kare testi, Continuity

(Yates) düzeltmesi ve Fisher Tam Ki-Kare testi kullanıldı. Anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirildi.

#### BULGULAR

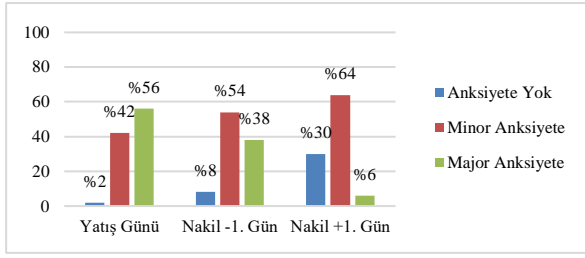
Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalaması  $42.98 \pm 14.71$  olan %50'si erkek ve %50'si kadın hasta katıldı. Gelir düzeyi düşük olan hastaların çoğu çocuk sahibiydi. Çoğu evli olan hastaların %34'ü ev hanımı ve %22'si memurdu. Hastaların %16'sı yaşamını kırsal bölgede, %84'ü kentte sürdürmekteydi. Hastaların %50'sine otolog, %50'sine allojenik kemik iliği nakli yapıldı. Çalışmaya alınan hastaların hiçbiri psikiyatrik tanı almamıştı. Eğitim verilen ve kontrol grubundaki hastalar yattıkları gün tanı, nakil tipi ve bireysel özelliklerine göre karşılaştırıldığında anksiyete düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ( $p > 0.05$ ). Eğitim grubu ve kontrol grubunun bireysel özelliklerine göre dağılımı Tablo 1' de gösterilmiştir.

Tablo 1. Bireysel Özelliklerin Dağılımı

	Eğitim Grubu		Kontrol Grubu	
	n	%	n	%
<b>Nakil Tipi</b>				
Allojenik	13	52.0	12	48.0
Otolog	12	48.0	13	52.0
<b>Tanı</b>				
Lösemiler	15	60.0	11	44.0
Lenfomalar	5	20.0	6	24.0
MM	5	20.0	8	32.0
<b>Yaş Aralığı</b>				
18-28	7	28.0	3	12.0
29-39	6	24.0	6	24.0
40-50	5	20.0	6	24.0
51-61	5	20.0	5	20.0
62 ve üzeri	2	8.0	5	20.0
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek	12	48.0	13	52.0
Kadın	13	52.0	12	48.0
<b>Eğitim</b>				
Okul bitirmemiş	4	16.0	4	16.0
İlköğretim	7	28.0	7	28.0
Lise	11	44.0	3	12.0
Yüksek öğrenim	3	12.0	11	44.0
<b>Medeni durum</b>				
Evli	18	72.0	21	84.0
Bekâr	7	28.0	4	16.0
<b>Çocuk</b>				
Var	16	64.0	20	80.0
Yok	9	36.0	5	20.0
<b>Meslek</b>				
Memur/İsci	7	28.0	6	24.0
Ev hanımı	9	36.0	8	32.0
Esnaf/Diğer	9	36.0	11	44.0
<b>Gelir düzeyi</b>				
<1000	13	52.0	14	56.0
>1000	12	48.0	11	44.0
<b>Yaşadığı yer</b>				
Kırsal	5	20.0	3	12.0
Kentsel	20	80.0	22	88.0

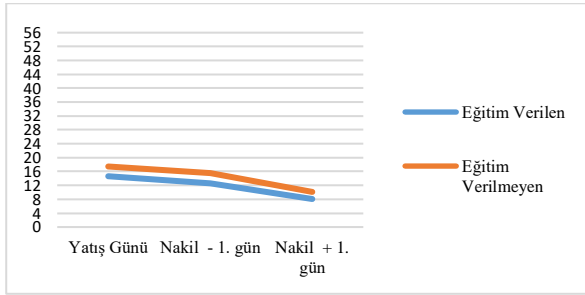
Yatış günü hastaların %42'sinde, nakil öncesi +1. gün %54'ünde ve nakil sonrası +1. gün %64'ünde minör anksiyete vardı. Yatış günü hastaların %56'sında, nakil öncesi -1. gün %38'inde ve nakil sonrası +1. gün %6'ında major anksiyete vardı (Şekil 1).

Şekil 1. Nakil Sürecinde Hastaların Anksiyete Düzeyi Dağılımı



Etkileşimli eğitim yapılan ve yapılmayan hastaların, nakil sürecinde anksiyete puan ortalamalarının seyrini incelediğimizde, her iki grupta anksiyete düzeyinin benzer şekilde seyrettiği saptandı (Şekil 2).

Şekil 2. Nakil Sürecinde Etkileşimli Eğitim Yapılan ve Yapılmayan Hastaların Anksiyete Puan Ortalamalarının Seyri



Kemik İliği Nakli (KİT) sürecinde eğitim grubu ve kontrol gruplarının anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan bir fark yoktu, her iki grup içindeki değişim de benzerdi. Hastaların anksiyete puanının nakil sonrası her iki grupta düştüğü belirlendi ( $p < 0.05$ ) (Tablo 2).

Tablo 2. KİT Sürecinde Eğitimin Anksiyete Düzeyine Etkisi

	Eğitim Verilen	Eğitim Verilmeyen	t
	$\bar{x} \pm sd$	$\bar{x} \pm sd$	
Yatış günü	14.64±5.83	17.44±5.67	-1.72
Nakil -1	12.54±5.92	15.60±6.71	-1.65
Nakil +1	8.08±3.87	10.12±6.57	-1.33
Yatış günü vs Nakil -1	0.06	0.19	
Yatış günü vs Nakil +1	<b>0.0001</b>	<b>0.001</b>	
Nakil -1 vs Nakil +1	<b>0.0001</b>	<b>0.006</b>	

## TARTIŞMA

Hematopoetik kök hücre nakli yapılan hastalarda, etkileşimli eğitim yaklaşımının anksiyete düzeyini azaltma ve anlama düzeyini arttırmada etkisini değerlendirmek amacı ile yaptığımız çalışma grubunun çoğu ev hanımı, evli ve çocuk sahibiydi. Yine hastaların çoğu memur ve kent yaşamını sürdürmekteydi. (Tablo 1).

Yatış gününde çoğu hastada, nakil öncesi - 1. günde ve nakil sonrası +1. günde azalan majör anksiyete vardı (Şekil 1). Kuba ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Yaptıkları çalışmada araştırmacılar

hastalarında nakil öncesi anksiyete oranlarının arttığını bildirmiştir (Kuba ve ark., 2017a). Hastaların yatış günü majör anksiyete düzeylerinin yüksek olup kemoterapi ve nakil sonrası anksiyete düzeylerinin düşmesi tedavi sürecinin bitmesine bağlı olarak hastaların endişelerinin azaldığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda minör anksiyete düzeyi yatış günü %42, nakil öncesi -1. gün %54, nakil sonrası +1. gün %64 bulunmuştur (Şekil1). Hjernstad ve arkadaşları bu konuda yaptıkları çalışmada hastalarda minör anksiyete bildirmişlerdir ve çalışma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir. Majör anksiyete düzeyi azalırken minör anksiyete düzeyinin artması hastaların tedaviye, hastane ortamına, servis çalışanlarına uyumun arttığını ancak yaşamsal bilinmezliğin getirdiği endişenin devam ettiğini düşündürmektedir. Aynı zamanda majör anksiyete düzeyinin düşmesi ve minör anksiyetenin devam etmesi psikolojik desteğin hastalar tarafından yeterli olarak algılandığı şeklinde de yorumlanabilir (Hjernstad ve ark.,2004). Prieto ve arkadaşlarının otolog ve allojeneik nakil yapılan hastaların nakilden iki hafta sonraki anksiyete ve depresyon düzeylerinin %85 oranında olduğunu göstermiş olmaları hastaların engrafment olup taburcu olana kadar endişelerinin devam edebileceğini düşündürmektedir (Prieto, Blanch ve Atala, 2006; Tecchio ve ark., 2013).

Packman'da konuyla ilgili araştırmasında hastaların anksiyete durumlarının nakil sürecinde değişebileceğini göstermiştir ((Packman ve ark.,2010c). Bu da sonuçlarımızdaki nakil sürecinde hastaların majör ve minör anksiyete düzeylerindeki değişimleri destekler niteliktedir. Anksiyete düzeylerinin devam ediyor olması, hastaların kök hücre toplama süreci, nakil protokolünde yer alan kemoterapilerle duysal ve fiziksel yüklenmelerinin yanı sıra hastalara kök hücre nakli öncesinde gerekli desteklerin sağlanamaması ve klinik ortamda iletişiminin yeterli olamaması ile açıklanabilir. Bu nedenlerle Karacan ve Sun'un çalışmalarında önerdikleri gibi hemşirelerin hastayı pozitif düşünme, hayal kurma, gevşeme ve stresle baş etme teknikleri konusunda desteklemesi, hastanın klinik ortamda nakil öncesi ailesiyle iletişiminin sağlanması, hastaların anksiyete düzeyinin azaltılmasına katkı sağlayabilir (Karacan ve Sun.,2010).

Bu çalışmada amacımız hematopoetik kök hücre nakli yapılan hastalarda etkileşimli eğitim yaklaşımının hastalarda anksiyete düzeyini azaltmada ve işlemler için anlama düzeyini arttırmada etkisini değerlendirmektir. Elde ettiğimiz sonuçlar, eğitim grubu ve kontrol grubunun yatış günü, nakil öncesi -1. gün ve nakil sonrası +1. günü hastaların anksiyete puan ortalamalarının benzer olduğunu, her iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığını gösterdi ( $p > 0.05$ ), (Tablo 2). Nakil sürecinde etkileşimli eğitim yapılan ve yapılmayan hastaların anksiyete puan ortalamalarının seyri Şekil 2' de gösterilmiştir. Hematopoetik kök hücre nakli yapılan hastalarda koruyucu izolasyonun anksiyete ve depresyon üzerine etkisi değerlendirmek üzere yapılan bir

çalışmada, otolog ve allojenik nakil hasta grubunun anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel açıdan bir fark olmadığı bulunmuş ve sebebin her iki grupta da koruyucu izolasyon ve tedaviye bağlı toksisite ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir (Tecchio ve ark., 2013). Bu nedenle sonuçlarımızdaki eğitim verilen ve verilmeyen hasta gruplarında nakil sürecindeki anksiyete düzeyleri arasında fark olmaması nedenlerinin koruyucu izolasyon ve tedaviye bağlı komplikasyonlar ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda, yatış gününe göre nakil sonrası +1. gün ve Nakil öncesi -1. güne göre nakil sonrası +1. günler karşılaştırıldığında eğitim grubu ile kontrol grubunun anksiyete düzeyinin nakil sonrası azaldığı saptandı ( $p<0.05$ ), (Tablo 2). Bu sonuçlar hastalarda anksiyete düzeyi tam olarak ortadan kalkmasa da nakil sonrası hastaların nakil ile ilişkili endişesinin azaldığını ve anksiyete düzeyinin düştüğünü göstermektedir.

Sarıtürk ve arkadaşlarının kök hücre alıcıları ve vericilerinde bilgilendirmede görsel yöntemlerin etkinliği üzerine yaptıkları çalışmada görsel-işitsel materyallerin ve standart yöntemlerin kullanılmasının, hasta / verici algısını olumlu yönde etkileyebileceğini ve gereksiz kaygıların üstesinden gelebileceklerini göstermişlerdir (Sarıtürk ve ark., 2017). Çalışma sonuçlarımız ise bu çalışmanın aksine hastaların anksiyete düzeylerini azaltmada etkileşimli eğitimin etkili olmadığını ancak nakil sürecinin ilerlemesiyle hastaların anksiyete düzeylerinin düştüğünü göstermektedir. Etkileşimli eğitim hastaların anksiyete düzeylerine etki etmese de nakil hastalarında eğitim programlarının geliştirilmesine yönelik yapılan bir çalışmada hemşireler ve farklı disiplinlerden sağlık çalışanlarının hasta eğitiminden sorumlu oldukları net bir şekilde gösterilmiştir (Yoon ve ark., 2006).

## SONUÇ

Hematopoetik kök hücre nakli yapılan hastalarda, etkileşimli eğitim yaklaşımının anksiyete düzeyini azaltma ve anlama düzeyini arttırmada etkisini değerlendirmek amacı ile yaptığımız çalışma sonuçlarına göre hastaların anksiyete puanının nakil öncesi ve sırasında devam ettiği ancak nakil sonrası eğitim verilen grup ile eğitim verilmeyen grupta düştüğü belirlendi.

Bu sonuçlar hastaların yattığı günden başlayarak anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesinin önemini ortaya koymaktadır. Hastaya daha çok zaman geçiren hemşireler tarafından anksiyete düzeyini azaltmak için, hastaya uygulanacak tedavi protokolü ve işlemin yapılışının anlatılması, tedavi ekibiyle ve diğer nakil hastalarıyla tanıştırılması, endişelerinin paylaşılması ve cesaretlendirilmesi önem taşımaktadır. Bu nedenle hastaya nakil süreciyle ilgili bilgilendirmelerin yapılması, yapılan bilgilendirmelerin tekrarlanması yanı sıra hastaya yattığı günden itibaren hemşire tarafından hasta bakımı planlanırken psikolog ile işbirliği yapılması, hastaya yattığı günden itibaren hemşire tarafından hasta bakımı planlanırken hastaların bireysel özellikleri dikkate alınarak eğitim verilmesi, hastanın anksiyete yaşadığı fark edildiğinde anksiyeteye neden olan faktörlerin, anksiyete düzeyinin

belirlenmesi önemlidir. Ayrıca anksiyete ile başetme yöntemlerinin belirlenmesi, tedavi sonuçları olumlu olan diğer hasta ve yakınları ile görüşürme gibi hastaların anksiyete düzeylerini düşürmeye yönelik belli bir programın oluşturulması hastaya yarar sağlayabilir.

Çalışmamızda örneklem sayısı azdır bu nedenle etkileşimli eğitim yaklaşımının anksiyete düzeyine etkisini doğrulamak için daha fazla hasta grubuyla ileriye dönük yapılacak çalışmalar uygun olacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Cooke, L., Gemmill, R., Kravits, K., & Grant, M. (2009). Psychological Issues of Stem Cell Transplant. *Seminars In Oncology Nursing*, 25(2), 139-150. doi: 10.1016/j.soncn.2009.03.008
2. Hamilton, M. (1959). The Assessment Of Anxiety States By Rating. *British Journal Of Medical Psychology*, 32(1), 50-55. doi: 10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x
3. Hjermstad Mj, Knobel H, Brinch L. (2004). A Prospective study of health-related quality of life, fatigue, anxiety and depression 3-5 years after stem cell transplantation. *Bone Marrow Transplantation* 34, 257-266. <https://www.nature.com/articles/1704561>/ Erişim Tarihi: 01.01.2021
4. Karacan, Y., & Kapucu, S. S. (2010). Periferik kök hücre naklinde hastalarda görülen anksiyete ve depresyon. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(1), 77-82. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/29512>. Erişim Tarihi: 01.01.2021
5. Karacan Y, Sun S. (2013). Otolog ve allojenik kök hücre nakli olan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 39 (2) 93-99. <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/421163>. Erişim Tarihi: 01.01.2021
6. Kuba K, Esser P, Mehnert A, Johansen C, Schwinn A, Schirmer L, Schulz-Kindermann F, Kruse M, Koch U, Zander A, Kröger N, Götze H, Scherwath A. (2017). Depression and anxiety following hematopoietic stem cell transplantation: a prospective population-based study in Germany. *Bone Marrow Transplant*. 52(12),1651,1657. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28892083>. Erişim Tarihi: 01.01.2021
7. Manne, S., DuHamel, K., Ostroff, J., Parsons, S., Martini, D., & Williams, S. et al. (2004). Anxiety, Depressive, and Posttraumatic Stress Disorders Among Mothers of Pediatric Survivors of Hematopoietic Stem Cell Transplantation. *PEDIATRICS*, 113(6), 1700-1708. doi: 10.1542/peds.113.6.1700
8. Lee, S. J., Loberiza, F. R., Antin, J. H., Kirkpatrick, T., Prokop, L., Alyea, E. P., Cutler, C., Ho, V. T., Richardson, P. G., Schlossman, R. L., Fisher, D. C., Logan, B., & Soiffer, R. J. (2005). Routine screening for psychosocial distress following hematopoietic stem cell transplantation. *Bone marrow transplantation*, 35(1), 77-83. <https://doi.org/10.1038/sj.bmt.1704709>
9. Mehtizade G. (2016). Ana dilinin eğitimi zamani interaktif eğitim metodunun uygulama imkanları. *Western Anatolia Journal of Educational Science, Inoved Özel Sayı*, 251 -260. <http://docplayer.biz.tr/69156329-Anadilinin-egitimi-zamani-interaktif-egitim-metodunun-uygulama-imkanlari-gulsen-mehtizade-azerbaycan-devlet-pedagoji-universitesi.html>. Erişim Tarihi: 01.01.2021
10. Packman, W., Weber, S., Wallace, J. et al. Psychological effects of hematopoietic SCT on pediatric patients, siblings and parents: a review. *Bone Marrow Transplant* 45, 1134-1146 (2010). <https://doi.org/10.1038/bmt.2010.74>

11. Pillay, B., Lee, S., Katona, L., De Bono, S., Burney, S., & Avery, S. (2014). A prospective study of the relationship between sense of coherence, depression, anxiety, and quality of life of haematopoietic stem cell transplant patients over time. *Psycho-Oncology*, 24(2), 220-227. doi: 10.1002/pon.3633
12. Prieto, J., Blanch, J., Atala, J., Carreras, E., Rovira, M., Cirera, E., & Gastó, C. (2006). Stem cell transplantation: Risk factors for psychiatric morbidity. *European Journal Of Cancer*, 42(4), 514-520. doi: 10.1016/j.ejca.2005.07.037
13. Sartürk, Ç., Gereklioğlu, Ç., Korur, A., Asma, S., Yeral, M., & Solmaz, S. et al. (2017). Effectiveness of Visual Methods in Information Procedures for Stem Cell Recipients and Donors. *Turkish Journal Of Hematology*, 34(4), 321-327. doi: 10.4274/tjh.2016.0118
14. Seo, H., Baek, Y., Cho, B., Kim, T., Um, Y., & Chae, J. (2019). Anxiety and Depression of the Patients with Hematological Malignancies during Hospitalization for Hematopoietic Stem Cell Transplantation. *Psychiatry Investigation*, 16(10), 751-758. doi: 10.30773/pi.2019.07.12
15. Tecchio, C., Bonetto, C., Bertani, M., Cristofalo, D., Lasalvia, A., & Nichele, I. et al. (2012). Predictors of anxiety and depression in hematopoietic stem cell transplant patients during protective isolation. *Psycho-Oncology*, 22(8), 1790-1797. doi: 10.1002/pon.3215
16. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. (1998). Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 9, 114-117. <http://www.turkpsikiyatri.com/default.aspx?modul=turkceOzet&gFPrkMakale=131>
17. Yeğin, ZA. Hematopoietik kök hücre nakli alıcılarında uzun dönem komplikasyonların yönetiminde bütüncül yaklaşım ve destek tedavileri. (2014, 3). 8. Ulusal Kemik İliği Transplantasyonu ve Kök Hücre Tedavileri Kongresi, Antalya. <http://www.thd.org.tr/thdData/Books/889/hematopoetik-kok-hucre-nakli-alicilarinda-uzun-donem-komplikasyonlarin-yonetimin.pdf> Erişim Tarihi: 01.01.2021
18. Yoon, S. J., Conway, J., & McMillan, M. (2006). An exploration of the concept of patient education: implications for the development of educational programmes for relapsed post-bone marrow transplantation patients and their families in Korea. *International journal of nursing practice*, 12(3), 129-135. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2006.00561.x>



HEMŞİRELİK BİLİMİ  
Dergisi

Journal of  
NURSING SCIENCE



## Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

### Derleme

## Hemşirelik Bilişimi ve Karar Verme Sürecinde Klinik Karar Destek Sistemlerinin Önemi

### The Impotence of Clinical Decision Support Systems in Nursing Informatics and Decision Making

İlknur BUÇAN KIRKBİR \*,<sup>a</sup>, Tuğba KURT  <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, TRABZON, TÜRKİYE

<sup>b</sup> Karadeniz Teknik Üniversitesi, Farabi Hastanesi, TRABZON, TÜRKİYE

#### ÖZET

Hemşirelik bilişimi, hemşirelik bakım planı uygulamaları, değerlendirilmesi, hasta öyküsü takibi, ilaç temini, ilaç uygulamalarının takibi gibi birçok hemşirelik mesleğine ait verinin saklanması ve yönetilmesi gibi konularda önem taşıyan bir alandır. Hemşireler günlük hizmet süreleri içinde doküman kaydı yapmak zorunda oldukları için hasta bakım hizmetleri açısından büyük zaman kaybı yaşamaktadırlar. Günümüzde özellikle sağlık bilişimi alanında yardımcı karar destek sistemleri, risk hesaplama modelleri veya hastalıkların sınıflandırılması gibi birçok alanda bilgisayar destekli modeller kullanılmaktadır. Bu açıdan hemşirelikte klinik karar desteklerini kullanmak, iş yükünü azaltarak sonuçları değerlendirmede kolaylık sağlayabilir, klinik karar verme sürecinde, hastaların tedavi ve bakım aşamalarında yardımcı olabilir. Aynı zamanda bu sistemler aracılığıyla elde edilen veriler kayıt altına alınarak analiz edilebilmektedir. Böylece hemşirelik mesleğinin bakım standartlarının ve verilen sağlık hizmeti kalitesinin teknoloji ile paralel olarak gelişmesinde katkıda bulunulabilir.

**Anahtar kelimeler:** Hemşirelik Bilişimi, Klinik bilgi sistemleri, Klinik karar destek sistem

#### ABSTRACT

Nursing informatics is an important field in terms of storing and managing data of many nursing professions such as nursing care plan applications, evaluation, patient history follow-up, drug supply, drug application follow-up. Because nurses have to record documents during their daily service periods, they suffer a great loss of time in terms of patient care services. Nowadays, computer aided decision support systems are used in many areas such as risk calculation models or classification of diseases, especially in the field of health informatics. In this respect, using clinical decision support in nursing can help to reduce the workload and evaluate the results, and help in the clinical decision-making process, treatment and care of patients. At the same time, the data obtained through these systems can be recorded and analyzed. Thus, could be both contributed to the nursing decision process and made the practices visible.

**Key words:** Clinical decision support system, Clinical information Systems, Nursing informatics

\*Sorumlu Yazar: İlknur BUÇAN KIRKBİR

Adres: Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, TRABZON, TÜRKİYE

e-posta: [ilknurbucan@gmail.com](mailto:ilknurbucan@gmail.com)

Geliş tarihi: 17.02.2020

Kabul tarihi: 06.01.2021



## GİRİŞ

Hemşirelik bilişimi, hemşirelik mesleğinin klinik uygulama alanlarında toplanan veriyi ve bilgiyi yönetmek, depolamak, kullanabilmek için hemşirelik bilimi ve bilgisayar bilimi alanlarının birleşimi olan multidisipliner bir bilim dalıdır (Daniel ve Oyetunde, 2013). Hemşirelik bilişimin temelleri, Florence Nightingale'in 1857'de orduda bir istatistik bölümünün kurması ve elde edilen verileri değerlendirmesi ile atılmıştır. Bilgisayarların sağlık alanına girmesi 1950'li yıllarda olmuştur, yani hemşirelikte veri saklama ve işleme gibi kavramlar bilgisayarlar kullanıma girmeden 100 yıl öncesine kadar dayanmaktadır (Saba, 2001). Bilgisayar teknolojisinin kullanımı özellikle son 50 yılda her alanda yaygınlaşmış olsa da, bu teknolojinin sağlık hizmetlerine, özellikle hemşirelik hizmetlerine entegrasyonu oldukça yavaş olmuştur.

Hemşirelik bilişimi hareketi 1970'lerin başında farklı ülkelerde, sağlık hizmetlerinin farklı alanlarında başlamıştır ve ulusal, uluslararası düzeyde ilerlemeye başlamıştır. 1974 yılında yeni kurulan Uluslararası Tıp Bilişim Derneği tarafından düzenlenen ilk Tıbbi Bilişim Konferansında (MEDINFO) sunulan hemşireliğin bilgisayar kullanımı ile ilgili 5 makalesi, hemşirelik bilişimi alanında uluslararası ilk kayıtlar olma niteliği taşımaktadır (Saba, 2001). Hemşirelik bilişimi terimi ilk kez 1980 yılında literatürde yer almıştır. Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association-ANA) 1992 yılında hemşirelik bilişimini bir uzmanlık alanı olarak tanımlanmıştır. 1995 yılında, durum belirleme, hastayla ilgili sorunların saptanması, sonuçların tanımlanması, hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulanması gibi hemşirelik bilişimi standartları yayınlanmıştır (Çakırlar ve Mendi, 2016). Günümüzde hemşirelik sürecinde kullanılan 235 adet NANDA hemşirelik tanısı bulunmaktadır (Herdman ve Kamitsuru, 2017). Bu anlamda hastane bilgi yönetim sistemlerine bütünleşmiş hemşirelik verileri saklama alanlarının uygulamaya geçirilmesi ve hemşirelik tanılarında kullanılan terminolojinin standartlaştırılması konusu önem taşımaktadır. Yapılan bu derleme çalışması ile hemşirelik bilişiminin önemi ve hemşirelikte karar destek sistemlerinin kullanımının gerekliliğine ışık tutmak amaçlanmıştır.

### Hemşirelik Bilişimi

ANA hemşirelik bilişimi tanımını "hemşirelik bakımını sağlamak ve uygulamalarını desteklemek için hemşirelik ile ilgili verilerin ve bilgilerin işlenmesinde ve yönetilmesinde bilgisayar, bilgi ve hemşirelik biliminin kullanıldığı uzmanlık dalıdır" şeklinde yapmıştır (American Nurses Association [ANA], 1994). Literatürde hemşirelik bilişimi, hemşirelik bakımını sağlamak ve hemşirelik uygulamalarını desteklemek için elde edilen hemşirelik verilerinin depolanması, işlenmesi ve yönetilmesinde yardımcı olmak amacıyla bilgisayar biliminin, hemşirelik mesleğine entegrasyonu olarak belirtilmektedir (Graves ve Corcoran, 2017). Hemşirelik alanında elde edilen verilerde ortak bir terminolojinin yokluğu, kullanılan hemşirelik tanılarının çokluğu bu verilerin işlenmesi ve bilgisayar destekli kullanımını zorlaştırmaktadır<sup>4</sup>. Hemşirelik bilişimi 1992

yılında ANA tarafından uzmanlık alanı olarak resmen kabul edilmiştir. Ayrıca ABD, Avustralya, Brezilya, Finlandiya, Almanya, Norveç gibi ülkelerde hemşirelik bilişimi ile ilgili yüksek lisans ve doktora programları mevcuttur (Bilgiç ve Şendir, 2014). Ülkemizde, hemşirelik lisans eğitimi müfredatında hemşirelik bilişimi dersi zorunlu ders olarak henüz mevcut değildir. Ancak, Akdeniz Üniversitesi, Dokuz Eylül Üniversitesi ve Karadeniz Teknik Üniversitesi gibi bazı üniversitelerde Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi yüksek lisans programlarına hemşirelik lisans mezunları kabul edilmektedir. Hemşirelik Bilişiminin söz konusu olması ile birlikte bilişim hemşiresi kavramı ortaya çıkmıştır. Hemşireler, uzmanlık bilgileri ile bilgi teknolojileri konusundaki eğitimlerini birleştirerek, oluşturulan sistemlerin yapılandırılması, kullanılması ve sonuçların değerlendirilmesi aşamalarında aktif rol oynayabilir, hemşirelik mesleğine özgün veri yönetme, depolama veya işleme gibi alanlarda alt yapı eksiklerini giderebilecektir (Herdman ve Kamitsuru, 2017).

### Hemşirelikte Karar Verme

Hemşirelikte karar verme hastanın fizyolojik, ruhsal ve sosyal yönden değerlendirilmesi, hemşirenin mesleki bilgilerini de kullanarak bireyin sağlık problemlerinin, önceliklerinin ve uygun hemşirelik bakım planının belirlenmesidir (Liao, Hsu and Chu, 2015). Hemşirelik uygulamalarında doğru müdahale ve uygun hasta bakımı gibi klinik kararların verilmesinde kullanılan verinin kalitesi önem taşımaktadır. Veri ne kadar doğru ve iyi ise verilen karar da o kadar iyi olur (Byrne, 2010). Sağlık çalışanları karar verme sürecinde geçmiş bilgilerini ve tecrübelerini kullanmaktadırlar. Kişinin mevcut tüm olasılıkları aklında tutamaması, aynı düzeyde deneyime sahip olmaması, uzmanlaştığı alan yönünde seçim yapmaya meyilli olması, dalgınlık gibi birtakım diğer insani durumlar nedeniyle karar verme süreci tıbbi hata yapmaya açık hale gelebilmektedir (Polat, 2015). Sağlık alanında karar verme sürecini de kapsayan tüm uygulamalar, sağlık hizmeti verilen bireyin sağlık durumunu etkiler. Günümüz sağlık bakımında hemşirelik uygulamaları karmaşık bir yapıya sahip olması nedeniyle hemşirelerin doğru karar vermeleri daha da zorlaşmıştır (Sucu, Dicle ve Saka, 2012). Bu bağlamda klinik karar destek sistemlerinin hemşirelik mesleğinde de kullanımı yaygınlaşmaya başlamıştır.

### Klinik Karar Destek Sistemlerinin Hemşirelik Bilişiminde Kullanımı

Klinik karar destek sistemleri (KKDS), hastalarla ilgili olarak sağlık çalışanlarına doğru karar almada yardımcı olmak için tasarlanan bilişim sistemi uygulamalarının genel adıdır (Ömürberk ve Altın, 2009). Ani gelişen riskli durumlarda eğer uzman kişi yoksa klinik karar alması gereken diğer sağlık personeli, bilgisayar destekli bu sistemlerden faydalanarak hızlı ve işlevsel bir şekilde hastalara müdahale edebilmektedir (Özata ve Aslan, 2004). Olası hata ve gecikmeler uyarı sistemleri ile engellenebilmektedir (Mutluay ve Özdemir, 2014). Klinik karar destek sistemlerinin kullanımı multidisipliner çalışma anlayışının gelişmesine, tıbbi hatalar ve ilaç

hatlarının azaltılmasına, verilen sağlık bakım hizmetinin kalitesini arttırmaya yardımcı olmaktadır (Cennet, Meryem ve Dilek, 2020).

Hemşirelik alanında geliştirilen ilk klinik karar destek sistemi modeli Creighton Çevrimiçi Çoklu Modüler Uzman Sistemidir. Bu sistem 1970 yılında geliştirilmiştir ve hemşirelere bakımı planlama, değerlendirme gibi aşamalarda yardımcı olmuştur (Anderson ve Willson, 2008). Brezilya'da Ocak 2005 - Haziran 2008 yılları arasında yürütülen bir araştırmada hemşireler için Bilgisayarlı Hemşirelik Uyarı Sistemi (The Nursing Indicators Computerized System-NICS) geliştirilmiştir. Bu sistem, hemşirelik ekibi tarafından hastaya sağlanan bakım prosedürleri sırasında oluşabilecek planlanmamış ekstrezyon, hipotermi, cilt yaralanmaları, üriner kateter yerinde çıkma riski, vasküler kateterin yerinden çıkması, gastrointestinal Sistem kateterinin yerinden çıkma riski, hasta düşme riski ve basınç ülseri oluşma riski gibi istenmeyen durumlar ile ilgili uyarılar vermektedir. Ayrıca bu sistem, hastalarla ilgili olumsuz olayları, risk belirleme ve sınıflandırma, basınç ülsürinin görülme sıklığının belirlenmesiyle ilgili raporları da içermektedir. Bu sistem aracılığıyla verilere hızlı bir şekilde ulaşma ve değerlendirme imkânı sağlamaktadır (Labbadia ve ark., 2011). 2007 yılında yayınlanan bir çalışmada kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları aracılığıyla üç farklı karar destek sistemi Columbia Üniversitesi Tıp Merkezi klinik bilgi sistemlerine entegre edilmiştir. Bu modeller: Dijital kanıt kaynaklarına özel erişim sağlayan bağlantı sekmeleri, otomatize edilmiş düşme-yaralanma risk değerlendirmesi, obezite, depresyon ve tütün bırakmanın tanımlanması ve yönetimi gibi kişisel dijital asistan tabanlı hatırlatıcıdır (Bakken ve ark., 2008). Ayrıca hemşirelikte klinik karar verme sürecinde kullanılacak çeşitli klinik karar verme modelleri ve bunların hemşirelik mesleğine olası katkıları ile ilgili literatür çalışmaları da mevcuttur (Thompson, 1999; Banning, 2008; Hoffman ve ark., 2004). 2015 yılında yayımlanan bir sistematik derleme çalışmasında uzun dönemli bakım hizmetlerinde karar destek sistemlerinin kullanımının bakım hizmetinin kalitesini arttırabileceği, özellikle ilaç kullanımı ve güvenliği gibi konularda avantajlarından bahsedilmiştir (Marasinhe, 2015). Akut bakım gerektiren hemşirelik uygulamalarında klinik karar desteklerinin kullanılmasını inceleyen bir çalışmada, klinik karar destek sistemlerinin direk bakım odaklı alınan hemşirelik kararları üzerine olumlu etkileri olduğu ve hasta çıktıları bakımından da herhangi bir olumsuz etkisi olmadığı belirtilmiştir (Dunn ve ark., 2017). 2016 yılında Johansson ve arkadaşları tarafından yapılan bir diğer çalışmada bakım evlerinde hizmet veren hemşirelerin ilaç takibinde kullanmaları için geliştirilen karar destek sisteminin, karar verme sürecinde bir standardizasyon sağlayarak özellikle de ilaç kullanımının güvenliği ve hasta güvenliği bakımından olumlu etkileri olduğu vurgulanmıştır (Johansson, Gustafsson, Jorsater, Fastbom ve Martin, 2017). Aydın tarafından 2011 yılında yapılan ve elektronik hemşirelik kayıt sistemlerinin değerlendirildiği bir çalışmada, bu sistemlerin kullanımının klinik sonuçlar ve bakım kalitesi üzerinde olumlu etkileri olduğu, hemşirelerin kayıt için ayırdıkları sürenin azaldığı ve kalan sürenin etkin hasta bakımı için kullanıldığı

belirtilmiştir (Aydın, 2011). Temoçin ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan bir çalışmada enfeksiyon kontrolü için geliştirdikleri ve kullandıkları bir klinik karar destek sistemi yardımı ile enfeksiyon kontrolü için erken dönemde etkin ve doğru izolasyon yöntemlerinin uygulanabileceği belirtilmiştir (Temoçin, Köse ve Sürel, 2019).

## SONUÇ

Hemşirelik verileri kullanılarak yeni bilgiler keşfedebilmesi, çalışma alanlarının teknolojik ilerlemeler ile desteklenmesi için hemşirelik bilimi kavramının önemini vurgulamak şarttır. Bu anlamda, veri saklama, depolama, işleme gibi önemli olan kavramların hemşirelik mesleğinde de oturtulması gerekmektedir. Bu amaçla hemşirelik bilimi alanında yapılan farklı çalışmalarının sayısını arttırmak ve lisans eğitim düzeyinden başlamak üzere bilimsel kavramının temellerini atmak gerekir. Ülkemizde lisans düzeyinde hemşirelik bilimi dersi veren üniversite sayısı çok az olmakla birlikte lisansüstü eğitim ile desteklenmesi gereken açık bir alandır. Hemşirelik bilimi için bir tanımlamanın yapılması, hemşirelikle ilgili veya bağlantılı çalışmaların geçerliliğini arttıracaktır. Hemşirelik bilimi, hasta sonuçları ve klinik veri kullanımı üzerindeki etkisinin araştırılması, hemşirelik bilimi kavramının önemini temellerini sağlamlaştırmada bir sonraki adım olmalıdır. Bilimsel uzmanı hemşirelerin sahaya çıkması ile birlikte mesleğin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirilebilecek bilgisayar tabanlı karar destek modelleri hem klinik karar verme sürecinde hemşirelere yardımcı olacaktır hem de mesleğin kanıta dayalı uygulamalarını destekleyecektir. Son yıllarda özellikle tıp bilimi alanında atılan yeni adımlarda hemşireliğin de yerini alması mesleğin görünürlüğünü desteklemesi anlamında büyük önem taşımaktadır.

## KAYNAKLAR

- American Nurses Association, Society of Otorhinolaryngology, and Head-Neck Nurses (1994). Standards and scope of practice of otorhinolaryngology clinical nursing practice. American Nurses Publishing.
- Anderson, J.A. Willson, P. (2008). Clinical decision support systems in nursing: synthesis of the science for evidence-based practice. CIN: Computers, Informatics, Nursing, 26(3), 151-158.
- Aydın, N. (2011). Klinik karar destek sistemleri ve hemşirelikte kullanımı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 8 (3), 59-63.
- Bakkens, S., Currie, L.M., Lee, N.J., Roberts, W.D., Collins, S.A., Cimino, J.J. (2008). Integrating evidence into clinical information systems for nursing decision support. International journal of medical informatics, 77(6), 413-420.
- Banning, M. (2008). A review of clinical decision making: models and current research. Journal of Clinical Nursing, 17(2), 187-195.
- Bilgiç, Ş., Şendir, M. (2014). Hemşirelik bilişimi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 3(1), 24-28
- Byrne, M.D. (2010). Nursing informatics and ASPAN: clinical decision support through the perianesthesia data elements. Journal of PeriAnesthesia Nursing, 25(2), 108-111.
- Cho, I., Kim, E., Choi, W.H., Staggers, N. (2016). Comparing usability testing outcomes and functions of six electronic nursing record systems. International Journal of Medical Informatics, 88, 78-85.
- Çakırlar, A., Mendi, B. (2016). Hemşirelerin elektronik sağlık kaydı ve bilişim uygulamaları kapsamındaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi, 2(1), 32-39.
- Daniel, G.O., Oyetunde, M.O. (2013). Nursing informatics: A key to improving nursing practice in Nigeria. International Journal of Nursing and Midwifery, 5(5), 90-98.
- Dunn-Lopez, K., Gephart, S.M., Raszewski, R., Sousa, V., Shehom, L.E., Abraham, J. (2017). Integrative review of clinical decision support for registered nurses in acute care settings. Journal of the American Medical Informatics Association, 24(2), 441-450.
- Graves, J.R., Corcoran, S.(1989). The study of nursing informatics. The Journal Of Nursing Scholarship, 21(4), 227-231.
- Herdman, H.T., Kamitsuru, S. (2017). NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2018-2020, Thieme.
- Hoffman, K., Donoghue, J., Duffield, C. (2004). Decision-making in clinical nursing: investigating contributing factors. Journal of Advanced Nursing, 45(1), 53-62.
- Johansson-Pajala, R.M., Gustafsson, L.K., Jorsäter-Blomgren, K., Fastbom, J., Martin, L. (2017). Nurses' use of computerised decision support systems affects drug monitoring in nursing homes. Journal of nursing management, 25(1), 56-64.
- Labbadia, L.L., D'Innocenzo, M., Fogliano, R.R.F., Silva, G.E.F., Queiroz, R.M.R.M.D., Carmagnani, M.I.S., Salvador, M.E. (2011). Computerized system for managing nursing care indicators at Hospital São Paulo. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 45(4), 1013-1017.
- Liao, P.H., Hsu, P.T., Chu, W., Chu, W.C. (2015). Applying artificial intelligence technology to support decision-making in nursing: A case study in Taiwan. Health Informatics Journal, 21(2), 137-148.
- Marasinghe, K.M. (2015). Computerised clinical decision support systems to improve medication safety in long-term care homes: a systematic review. BMJ open, 5(5), 1-8.
- Mutluay, E., Özdemir, L. (2014). Sağlık Bilişim Sistemleri Kapsamında Hemşirelik Bilişiminin Kullanımı. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 22(3), 180-186.
- Ömürbek, N., Altın, F.G. (2009). Sağlık bilişim sistemlerinin uygulanmasına ilişkin bir araştırma: izmir örneği. SDÜ Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi, 19(1), 211-32.
- Özata, M., Aslan, Ş. (2004). Klinik karar destek sistemleri ve örnek uygulamalar. Kocatepe Tıp Dergisi, 5(2), 11-17.
- Özel, H.Ö., Ürkmez, D.Ö., Demiray, S., Cebeci, Z. (2014). Hemşirelik bilişimi ve hastane bilgi yönetimi sistemi. Okmeydanı Tıp Dergisi, 30(3), 158-160.
- Polat, O. (2005). Tıbbi uygulama hataları. Seçkin Yayıncılık, 117-131.
- Saba, V.K. (2001). Nursing informatics: Yesterday, today and tomorrow. International Nursing Review, 48(3), 177-187.
- Sucu, G., Dicle, A., Saka, O. (2012). Hemşirelikte klinik karar verme, etkileyen etmenler ve karar verme modelleri. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 9(1), 52-60.
- Temoçin, F., Köse, H., Sürel, A.A. (2019). Enfeksiyon kontrol önlemlerine ilişkin klinik karar destek sistemlerinin hazırlanması ve etkililiğinin değerlendirilmesi. Journal of Health Sciences and Medicine, 2(2), 54-57.
- Thompson, C. A. (1999). Conceptual treadmill: the need for 'middle ground'in clinical decision making theory in nursing. Journal of Advanced Nursing, 30(5), 1222-1229.
- Yıldız, C. Ç., Başbüyük, M., Yıldırım, D. (2020). Klinik Karar Destek Sistemlerinin Hemşirelikte Kullanımı. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 8(2), 483-495.



HEMŞİRELİK BİLİMİ  
Dergisi

Journal of  
NURSING SCIENCE



## Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

### Derleme

## Rogers'ın Üniter Bakışı ile Anksiyete Yönetimi Anxiety Management with Rogers' Unitary Perspective

Ayşegül DÖNMEZ <sup>a</sup>, Tuğba DURMUŞ <sup>\*,b</sup>, Ece MUTLU SATIL <sup>c</sup>

<sup>a</sup> Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İZMİR, TÜRKİYE

<sup>b</sup> Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İZMİR, TÜRKİYE

<sup>c</sup> İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İZMİR, TÜRKİYE

### ÖZET

Psikiyatri hemşireleri, bakım verdiği insanın davranışlarını anlayabilmek için çeşitli kuramsal yaklaşımlardan yararlanır. Hemşirelik girişimlerine yenilikçi ve özgün bir yaklaşım getiren kuramcılardan biri de Rogers'tır. Rogers'ın felsefesinde tanımlayıcı bir yaklaşım yoktur ve hemşireler insanı ve yaşam sürecini çok iyi anlamalıdır. Psikiyatri hemşireliğinin özünde de insanı anlamak vardır. Bu derleme makalede, Rogers bakışı ile anksiyeteyi yönetme ile ilgili okuyucuya bilgi aktarılması amaçlanmıştır. Anksiyetenin belirli bir düzeye kadar bireye hizmet eden bir yapıda olduğu bilinmektedir. Bireyin enerji alanındaki bozulma dengelenmediği sürece anksiyete belirtileri birey için rahatsız edici düzeye ulaşabilir. Üniter insan kuramı ile anksiyeteyi yönetmek mümkündür ve kolaydır. Rogers'ın Üniter İnsan Kuramı'nın, anksiyete yönetimi ile ilgili olarak hemşirelik girişimleri üzerine birçok yansımada olduğu ancak kuramın genellikle girişimsel ve daha kompleks hemşirelik uygulamalarında kullanıldığı görülmektedir. Bu bağlamda, anksiyete temelli yapılan hemşirelik girişimleri ve araştırmalarında Rogers'ın Üniter İnsan Kuramı'nın hemşirelik uygulamalarına ışık tutacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Anksiyete, Anksiyete Yönetimi, Üniter İnsan

### ABSTRACT

Psychiatric nurses use various theoretical approaches to understand the behaviors of the persons they provide care for. One of the theorists who have brought an innovative and original approach to nursing interventions is Rogers. There is no descriptive approach in Rogers' philosophy and nurses must understand human beings and the course of life, life process very well. Understanding human beings constitutes the core of psychiatric nursing. In this hereby review article, conveying information to the reader on managing anxiety with Rogers' view has been aimed. It is known that anxiety has a structure that serves individuals up to a certain level. Anxiety symptoms may reach an irritating level for the individual unless the deterioration in the energy field of the individual is balanced. It is possible and easy to manage anxiety with Unitary Human Beings Theory. It is seen that Rogers' Unitary Human Theory has many reflections on nursing interventions related to anxiety management, but the theory is generally used in interventional and more complex nursing practices. In this context, it is thought that Rogers' Unitary Human Beings Theory will shed light on nursing practices in the anxiety-based nursing interventions and researches conducted.

**Keywords:** Anxiety, Anxiety Management, Unitary human

\*Sorumlu Yazar: Tuğba DURMUŞ

Adres:Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İZMİR, TÜRKİYE

e-posta: [tugbasiviloglu@hotmail.com](mailto:tugbasiviloglu@hotmail.com)

Geliş tarihi:25.06.2020

Kabul tarihi:06.01.2021

## GİRİŞ

Kuramlar, olayları tanımlamak, açıklamak, öngörmek ve/veya kontrol etmek amacıyla, kavramlar arasındaki özel ilişkileri planlayarak onlara sistematik bir görünüm kazandırır (Pektekin, 2013). Bilimsel nitelikli bir kuram; olguları açıklamak üzere araştırmacı tarafından oluşturulan birbiriyle ilişkili kavram ve varsayımlardan oluşan ve araştırmacıların tümdengelim yöntemini kullanarak sınamabilir hipotezler geliştirmelerini sağlayan kavramsal bir sistemdir (İnanç & Yerlikaya, 2018). Kuramların içerisindeki kavram ya da terimler olguları tümdengelim ve tümevarımsal çalışma yoluyla anlamak için örgütlenmiş ve mantıksal bir yapı sağlar (Malinski, 2006). Ortaya koyduğu bilimsel bilgi ile kuramlar, profesyonel bir disiplinin mesleki uygulamaları için zemin oluşturur. Hemşirelik kuramları, klinik çevredeki belli değişkenlerin hemşirelik bakımı üstündeki etkilerini önceden tahmine imkan sağlayan, araştırmaya dayalı bir dizi ifade olarak tanımlanabilir (Velioğlu, 2012). Günümüzde hemşirelerin, hemşirelik bakımı çerçevesinde yaptıkları girişimlerin etkilerini incelemelerinin ve sonuçlara ilişkin verileri kontrol etmelerinin gerekliliği bilinmektedir. Bununla birlikte özellikle bilim uzmanlığı alanlarına göre hemşire profesyonellerin bilimsel bilgiye nasıl ulaşacaklarını bilmelerinin, bilgiyi sentezleyerek kanıt dayalı bakımda kullanmalarının önemi de vurgulanmaktadır. Tüm bilim uzmanlıklarında olduğu gibi psikiyatri hemşireliğinde de kuramsal bakış önemlidir (Engin, 2017). Hemşirelikte bakım standartlarının gelişmesinden yana olan anlayışın varlığını sürdürebilmesinde hemşirelik bakımını kuramsal bilgi zemininde gerçekleştirmek önemli bir yer tutar. Psikiyatri hemşireleri, bakım verdiği insanın davranışlarını anlayabilmek için çeşitli kuramsal yaklaşımlardan yararlanır (Neeraje, 2008). Aynı zamanda insana bakım verebilmek için farklı hemşirelik kuramlarını da rehber edinmektedir. Hemşirelik girişimlerine yenilikçi ve özgün bir yaklaşım getiren kuramcılardan biri de Rogers'tır. Bu derleme makalede Rogers bakışı ile anksiyeteyi yönetme ile ilgili okuyucuya bilgi aktarılması amaçlanmıştır.

### Üniter İnsan ve Anksiyete

Rogers felsefesinde tanımlayıcı bir yaklaşım yoktur ve hemşireler insanı ve yaşam sürecini çok iyi anlamalıdır (Pektekin, 2013). Psikiyatri hemşireliğinin özünde de insanı anlamak vardır. Bireyin tanısına değil, yaşadıklarına ve sürecine odaklanmak, hemşirelerin semptomlar dizisi olan hastalığa değil, insana yardım sürecini başlatır. Rogers hemşireliği, insanın iyileşmesi ve iyilik hali ile ilişkili olarak tanımlamıştır (Farren, 2009). Hemşireliğin amacını ise üniter insan bilimi ile tutarlı, olumlu ve iyimser bir yaklaşımla sağlığın korunması olarak vurgulamıştır ve hastalığın önlenmesi ifadesinden kaçınmıştır (Wright, 2007). Üniter bakış açısında hemşireler, bakım verdikleri kişilerle sürekli karşılıklı bir süreç içerisinde ve bu şekilde değişim alanını şekillendirme fırsatına sahiptirler (Rogers, 1992).

Rogers insanı; psikolojik, fizyolojik ve sosyal bir sistem ya da sistemin parçaları olarak ele almaktan çok, onu çevresi ile etkileşim içinde olan bir enerji alanı olarak açıklar (Pektekin, 2013).

Kuramın temelinde "üniter insan" tanımlanmaktadır. Üniter insan tam boyutludur, bölünemez, tekrarlanamaz, öngörülemeyen ve sürekli değişim gösterir. Üniter insanın tam boyutlu-pandimensional olması, mekansal ve zamansal niteliklere sahip olmayan, doğrusal olmayan bir alanı vurgular (Rogers, 1992). Üniter insanın bölünemez olması fikri ise insanların bütünü indirgenemeyen parçaları olduğunu açıklar (Parse, 1998; Rogers, 1992). Üniter insanın tekrarlanamaz oluşu, paradoksal ve sürekli değişen insan-evren alanlarını ifade eder, bu yüzden hiç kimse farklı kişiler, düşünceler, nesnelere ya da olaylar ile etkileşim halindeyken aynı kalmaz (Parse, 1998). Rogers 1970'deki kitabında ve derslerinde insan ve çevre alanı arasındaki sürekli değişim ile ne anlatmak istediğini göstermek için kaleydoskop kullanmıştır (Malinski, 2006). Türkçe karşılığı "çiçek dürbünü" olarak da bilinen kaleydoskop kelimesi Yunanca'dan gelmektedir ve kalos-güzel, eidos-biçim ve scopos-izlemek anlamına gelen sözcüklerin birleşiminden oluşmuştur. Kaleydoskop, her çevrildiğinde farklı kombinasyonlarda şekil ve rengi gösterir. Butcher (2005), Rogers'ın yazdıklarına gömülü iki epistemolojik metafor olan kaleydoskop ve senfoninin, desenin öngörülemeyen ve ritmik doğasını tanımladığını belirtilmiştir (Butcher, 2005). Rogerian terminolojide, nedensellik, koruma ve tahmin yoktur ve olasılıktan ziyade öngörülemeyenlik anahtardır (Malinski, 2006). Üniter insanın öngörülemeyen oluşu ile kastedilen insan ve evren arasındaki karşılıklı sürecin nedensel olmayan doğasıdır (Parse, 2002). Malinski (2006) aktardığına göre; Rogers (1970) insanların değişim sürecini başlatmak, durdurmak ya da değiştirmek yerine insan-çevre etkileşimi içerisinde sürekli olan değişim sürecine katıldıklarını ileri sürmüştür (Malinski, 2006). İnsanın tüm bu özelliklere sahip olması fikri, sağlık ve dolayısıyla sağlık hizmetleri ile ilgili farklı bir görüşü de ortaya koyar. Üniter bakış açısına göre, insan sağlığı, yaşanmış deneyimler, davranış kalıplarını gözlemlenme ve tanımaya odaklanan bir sağlık hizmeti yaklaşımı ile en iyi şekilde açıklanabilir (Parse, 2002).

Genel ruh sağlığı yaklaşımında insanın ruhsal iyilik hali ve işlevselliği duygu, düşünce ve davranış bütünlüğü içerisinde değerlendirilmektedir. Karşılıklı etkileşim halinde olan bu üçlüyü ortak ele almak psikopatolojilerin değerlendirilmesi ve ruhsal iyileştirim açısından gereklidir. Duygular evrensel, bununla birlikte duyguların ifadesi bireysel, kültürel, toplumsal farklılıklar gösterebilmektedir. Bazı kültürlerde duyguların ifadesi daha fazla kabul görünürken bazılarında daha çok bastırılması alışlagelmıştır. Duyguların bastırılması bireylerin kendilerini ifade etmesini sınırlar. İnsanın temel duygularından biri de anksiyetedir. Anksiyete tehlikeli durumlar karşısında ortaya çıkan ve organizmanın korunmasını sağlayarak yaşamı devam ettiren biyolojik bir korunma sistemi olarak tanımlanabilir (Uzay, 2002). Bu normal anksiyete olarak ifade edilen haliyle, anksiyete belirli bir düzeye kadar kişiye hizmet eder. Anksiyete kavram olarak açıkça ayırt edilebilir bir uyarana ilişkili ya da ilişkisiz olabilen korku, endişe ile belirli bir duygu durumu (Eşel, 2003), otonomik ve somatik belirtilerle seyreden öznel bir rahatsızlık ve huzursuzluk hissi (Tekin & Tekin, 2014) şekillerinde de

tanımlanmaktadır. Anksiyetenin kişi için ne zaman uyum sağlayıcı, hangi boyutta uyum bozucu olduğunun belirlenmesi önemlidir. Belirli bir düzeye kadar bireye hizmet eden anksiyete, belirli bir eşiği aşmaya başladığında birey için ruhsal iyilik halini ve günlük yaşamını tehdit eden bir hale gelmektedir. Sürengen hale gelen anksiyete, kişinin verimini düşüren, sıklıkla fizyolojik belirtilerin (titreme, çarpıntı, ağzı kuruluğu, kas gerginliği gibi) eşlik ettiği hale geldiği durumda patolojik olarak değerlendirilmektedir (Karamustafahoğlu & Yumrukçal, 2011).

İnsan yaşamı sürekli değişimi içerir. Rogers'ın homeodinamik ilkeleri (bütünlük, sarmallık, yansıma) değişimin bağlamını, doğasını ve sürecini tanımlar (Malinski, 2006; Wright, 2004). Rogers (1992) homeodinamik ilkelerinden bütünlük ilkesini, insan ve çevre alanı arasındaki karşılıklı ve sürekli süreç olarak açıklamıştır. Sarmallık ilkesi, yaratıcı ve öngörülemez şekilde ancak sürekli, tekrarlamayan ritimlerin enerji alanında meydana getirdiği doğrusal olmayan değişimi tanımlar. Yansıma ilkesi ise, insan ve çevre arasındaki değişimin alçak frekanstaki uzun dalgaların, yüksek frekanstaki kısa dalgalara doğru hareket etmesiyle oluştuğunu ifade eder (Rogers, 1992). Homeodinamik ilkeler insanın çevresi ile olan uyumuna yardım eder. Üniter İnsan Kuramında birey çevresi ile etkileşim halindedir ve bazen yavaş bazen de hızlı hareket ederek etkileşimine devam eder ve denge içinde kalmaya çalışır. Bu dengenin bozulması ise bireyin enerji alanı ile ilgili bozulmalara sebep olabilir (Pektekin, 2013). Rogers sağlıklı bir bireyde enerji alanının simetrik ve dengeli olduğunu, enerjinin eşit şekilde akmasının sağlandığını açıklar. Anksiyete ve ağrı gibi fiziksel ve psikolojik belirtiler bu alanda dengesizliklere neden olur (Maksum, Sujianto, & Johan, 2019). Anksiyete ve anksiyete sonucu meydana gelen değişiklikler, Rogers'ın helezonluk ilkesinin özelliği olabilir (McBride, Graydon, Sidani, & Hall, 1999). Anksiyete bağlı (*psikolojik duruma*) solunum hızında ve kalp hızında değişiklikler (*fizyolojik duruma*) ortaya çıkmaktadır. Birbirini tetikleyen durumlara bağlı oluşan bu semptomlar kuramda söz edilen sürekliliğe; oluşan semptomların süresinin, etkisinin her bireyde farklı bir biçimde gelişmesi de öngörülemezliğe örnek olabilir. Anksiyete belirtildiği gibi belirli bir eşiğe kadar bireye hizmet eden bir yapıdadır. Bireyin enerji alanındaki bozulma dengelenmediği sürece anksiyete belirtileri birey için rahatsız edici eşiğe ulaşabilir. Üniter insan kuramı ile anksiyeteyi yönetmek mümkündür ve kolaydır.

### Üniter İnsanın Anksiyete Yönetimi

Sağlık ve hastalıktan çok üniter insan ve çevresi arasındaki karşılıklı ilişki, Rogerian hemşirelerin odağı halindedir (Malinski, 2006). Rogers'a göre hemşirelik girişimleri kişi ve çevre arasındaki harmonik etkileşimi desteklemeyi ve bireyin enerji alanının bütünlüğünün güçlendirilmesini hedefler. Burada amaç, mümkün olan en yüksek sağlık potansiyeline ulaşmak için kişinin alanının ve çevresinin organizasyonu ve senkronizasyonuna uygun şekilde rehberlik etmektir (Papathanasiou, 2013).

Rogers'ın kuramında "sağlığın korunması ve sürdürülmesi önemli bir yer tutmaktadır. Anksiyete, tıpkı bir senfoni ezgisi gibi

alçalıp yükselebilir. Rogers hemşireliğin amacını, insan ve çevre arasındaki senfonik ilişkiyi geliştirmek olarak tanımlamıştır (Velioğlu, 2012). Bu doğrultuda, anksiyetenin önlenmesi ve uygun şekilde yönetilmesi için "Üniter İnsan Kuramı"nın etkili olacağı düşünülmektedir. Böylece insan yaşamında anksiyetenin önemi, anksiyeteden nasıl faydalanılacağı ve dengeyi bozan anksiyetenin fiziksel ve psikolojik belirtilerinin üniter insan kuramı bakışı ile nasıl yönetileceği sağlanmış olacak sonuçta sağlık korunacak ve sürdürülecektir. Bir insan üniter insan yapısı öncülüğünde anksiyeteyi yaşamında nasıl kılavuz alabilir?

Rogers üniter insan'ı tanımlarken "parçaların toplamı"ndan kaçınılmazsa bütünlüğün özünün kaçınılmazlığını ifade etmiştir. Bu bilgi ışığında, birey ve çevresi hakkında bilgi toplanılan hemşirelik sürecini, sadece birey ve çevre bağlamında ele almak anksiyetenin özünü kaçırmamıza neden olabilir. Toplanan bilgilerin bütünü yansıtması için birçok değerlendirme yapılması ve soru sorulması gerekmektedir (Rogers, 1992). Bu birinci kuraldır.

Rogers'ın da belirttiği gibi insan duyan ve düşünen bir varlıktır (Velioğlu, 2012). Daha önce deneyimlediği bir anksiyete ve bu anksiyetenin düzeyi, bireyin anksiyete ile ilgili bilişini etkileyerek, şuan ki anksiyetesini etkileyebilir. Bu nedenle, hemşirelerin daha önceki anksiyete deneyimini değerlendirmesi önemlidir (Engin, 2014). Rogers'ın kuramı yaşam sürecinin helezonluk ilkesi ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Velioğlu, 2012). Buna göre anksiyeteyi değerlendirme sürecinde, **helezonluk ilkesinin** etkili olduğu düşünülmektedir.

Her insan alanı kendine özgüdür (Rogers, 1992). Hem Rogers'ın kuramı hem de hemşirelik felsefesinde yer alan insanın biricikliği doğrultusunda, anksiyete yönetiminde bireye özgü müdahalelerin yapılması gerekmektedir. Tüm girişimlerden önce hemşire hasta ile iletişim halindedir. Bütünsellik ilkesinden hareketle hemşire hasta ile bütündür (Velioğlu, 2012), bu nedenle çevresel faktörlerin belirlenmesi hemşireliğin bir fonksiyonudur. Etkili bir iletişim için iyi bir gözlemci olmalıdır. Anksiyete, bireyin yaşadığı durum ve/veya mevcut bir hastalığın prognozunun yansıması olabilir (Aranha, 2018). Bu nedenle Rogers'ın yansıma ilkesi kapsamında, anksiyetenin oluşmasına ve artmasına neden olan faktörler belirlenmelidir. Bu ikinci kuraldır.

Anksiyete düzeyinde çevrenin etkisi kaçınılmazdır. Rogers'ın yansıma ilkesine göre, çevre anksiyeteye sebep olabilir (İnci, 2017). Hemşire, hastanın çevresi içinde yer alır. Hastanın anksiyete duygusu hemşireye yansiyabilir, bu nedenle hemşire kendi duygularının farkında olmalıdır. Empatik, sakin bir ilişki ile olumlu kişilerarası ilişki geliştirmelidir. Böylece hasta ile birlikte yeni bir çevre oluşturarak bireyin yaşam sürecini değiştirebilir (Gorman & Sultan, 2014). Gürültü, ses ve ışık gibi uyaranların daha az olduğu sakin bir ortam sağlanarak, çevre ile etkileşim sayesinde bireyin anksiyete düzeyi azaltılmalıdır. Bireyin çevresinde sadece hemşire ve cansız nesnelere değil, diğer bireylerde yer almaktadır bu nedenle hastanın diğer anksiyöz hastalarla ilişkisi kısıtlanmalıdır (Engin, 2014). Bu bilgileri Rogers'ın temel ilkeleri ışığında incelediğimizde, her insanın enerji alanı olduğu, bütünsellik ve yansıma ilkelerinin

(Rogers, 1992) hemşirelik girişimleri üzerindeki yansımaları olarak açıklanabilir. Yansıma ilkesi ile ilişkili olarak, etkinliği kanıtlanmış bir uygulama olan dokunma ve terapötik dokunuş, enerji alanlarının etkileşime girmesi ile bireye rahatlama hissettirilmektedir. Turner ve ark. tarafından Rogers'ın kuramını temel alınarak yapılan çalışmada, terapötik dokunma uygulanan grupta, sahte dokunma uygulanan gruba göre kaygı puanlarında daha fazla azalma olduğunu belirlenmiştir (Turner, Clark, Gauthier, & Williams, 1998). Hemşire, hastaya dokunarak anksiyetenin azalmasını sağlarken, aynı zamanda terapötik ilişkiyi geliştirerek bütünsellik ilkesini destekleyebilir. Bu ise üçüncü kuraldır.

Anksiyete yönetiminde davranışsal (*maruz bırakma, model alma/rol provası*) ve bilişsel (*düşünce durdurma, oyalama, düşünce kaydı*) tekniklerin yanı sıra gevşeme teknikleri (*nefes alma, gevşeme egzersizi, ılık banyo, sırt masajı, yürüyüş yapma gibi*) kullanılabilir (Engin, 2014; Gorman & Sultan, 2014). Bireyin parçalarına yapılan girişimlerin bütünü etkilemesi ile bütünsellik ve yansıma ilkesinin (Rogers, 1992) hemşirelik girişimleri üzerinde etkili olduğu söylenebilir. Terapötik masaj (Smith, Kemp, Hemphill, & Vojir, 2002) ve reiki uygulamalarının (Vitale & O'Connor, 2006) anksiyete üzerinde etkili olması bu çıkarılamayı destekler niteliktedir. Hastanın anksiyete düzeyi arttığı zaman, hemşire bireyin yanında olmalı ve gerekli girişimleri hasta ile birlikte yapmalıdır (Engin, 2014). Rogers'ın kuramını temel alan Malinski ve Todaro-Franceschi'nin çalışmasında, katılımcılar hemşire ile birlikte uygulanan bir aylık ortak meditasyon sonrasında, daha sakin, rahat, dengeli ve merkezlenmiş hissettiklerini bildirmiştir (Malinski & Todaro-Franceschi, 2011). Girişimlerin hasta ile birlikte yapılması Rogers'ın bütünsellik ilkesini destekler niteliktedir (Velioğlu, 2012).

Anksiyete yönetiminde hemşireler noninvaziv birçok yöntem uygulayarak bireyin yaşam kalitesini desteklemektedir. Üniter insan kuramının *sarmalık ilkesi* de, anksiyete yönetimi için yapılan tüm girişimler sonrasında bireyin, dinamik ve uyumlu yeni modeller geliştirebileceğini ortaya koymak suretiyle hemşirelere, kuram kullanımının bakımda yol haritası olabileceğini göstermektedir (Rogers, 1992; Velioğlu, 2012). Bu bilgi anksiyete yönetiminde son adım olan kuramsal çıkarılamadır.

## SONUÇ

Sonuç olarak, literatürde Rogers'ın kuramı, teröpatik dokunma, reiki, müzik terapi, aromaterapi, refleksoloji, yoga, masaj, meditasyon gibi invaziv olmayan uygulamalar (Leddy, 2003) ve kendine güven, güç, iyilik hali, stres, aitlik hissi, ağrı, yaşam kalitesi, depresyon gibi kavramlar (Kim, 2008) ile ilişkilendirilmiştir. Rogers'ın "Üniter İnsan Kuramı"nın, anksiyete yönetimi ile ilgili olarak hemşirelik girişimleri üzerine birçok yansıması olduğu ancak kuramın genellikle girişimsel ve daha kompleks hemşirelik uygulamalarında kullanıldığı görülmektedir. Bu bağlamda, anksiyete temelli yapılan hemşirelik girişimleri ve araştırmalarında Rogers'ın "Üniter İnsan Kuramı"nın hemşirelik uygulamalarına, klinik alandaki çalışmalara ve özellikle lisansüstü eğitim sürecindeki öğrencilere rehberlik edeceği düşünülmektedir.

## KAYNAKLAR

- Aranha, P. R. (2018). Application of Rogers' system model in nursing care of a client with cerebrovascular accident. *Manipal Journal of Nursing and Health Sciences*, 4(1), 51–56.
- Butcher, H. K. (2005). The Unitary Field Pattern Portrait Research Method: Facets, Processes, and Findings. *Nursing Science Quarterly*, 18(4), 293–297. <https://doi.org/10.1177/0894318405280390>
- Engin, E. (2014). Anksiyete Bozuklukları. In M. O. Çam & E. Engin (Eds.), *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı* (1. Baskı, pp. 293–312). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Engin, E. (2017). Kanıtı Dayalı Uygulamalar, Bilgi Kaynakları ve Tanılama Sistemleri. In M. O. Çam & E. Engin (Eds.), *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı* (2. Baskı). İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.
- Eşel, E. (2003). Genelmiş Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Bülteni*, 13, 78–87.
- Farren, A. T. (2009). An Oncology Case Study Demonstrating the Use of Rogers's Science of Unitary Human Beings and Standardized Nursing Languages. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 20(1), 34–39. <https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2008.01111.x>
- Gorman, M. L., & Sultan, D. F. (2014). Anksiyete problemleri. In F. Öz & M. Demiralp (Eds.), *Genel hasta bakımı için psikososyal hemşirelik* (pp. 57–72). Ankara: Akademişyen Kitabevi.
- İnaç, B. Y., & Yerlikaya, E. E. (2018). *Kişilik Kuramları*. (B. Y. İnaç & E. E. Yerlikaya, Eds.) (14. Baskı). Ankara: Pegem Akademi.
- İnci, F. (2017). Martha E. Rogers: Üniter İnsan Kuramı. In A. Karadağ, N. Çalışkan, & Z. Göçmen Baykara (Eds.), *Hemşirelik Teorileri ve Modelleri* (1. Baskı, pp. 465–488). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Karamustafaloğlu, O., & Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65–74.
- Kim, T. S. (2008). Science of Unitary Human Beings. *Nursing Science Quarterly*, 21(4), 294–299. <https://doi.org/10.1177/0894318408324333>
- Leddy, S. K. (2003). A Unitary Energy-Based Nursing Practice Theory: Theory And Application. *Visions: The Journal of Rogerian Nursing Science*, 11(1), 21–28.
- Maksum, Sujianto, U., & Johan, A. (2019). Effects of Therapeutic Touch to Reduce Anxiety As a Complementary Therapy: A Systematic Review. *KnE Life Sciences*, 162–175. <https://doi.org/10.18502/ks.v4i13.5237>
- Malinski, V. M. (2006). Rogerian Science-Based Nursing Theories. *Nursing Science Quarterly*, 19(1), 7–12. <https://doi.org/10.1177/0894318405284116>
- Malinski, V. M., & Todaro-Franceschi, V. (2011). Exploring Co-Meditation as a Means of Reducing Anxiety and Facilitating Relaxation in a Nursing School Setting. *Journal of Holistic Nursing*, 29(4), 242–248. <https://doi.org/10.1177/0898010111398334>
- McBride, S., Graydon, J., Sidani, S., & Hall, L. (1999). The Therapeutic Use of Music for Dyspnea and Anxiety in Patients with COPD who Live at Home. *Journal of Holistic Nursing*, 17(3), 229–250. <https://doi.org/10.1177/089801019901700302>
- Neeraje, K. P. (2008). *Essentials of Mental Health and Psychiatric Nursing*. (K. P. Neeraje, Ed.) (1st Ed.). New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers.
- Papathanasiou, I. (2013). Holistic Nursing Care: Theories and Perspectives. *American Journal of Nursing Science*, 2(1), 1–5. <https://doi.org/10.11648/j.ajns.20130201.11>
- Parse, R. R. (1998). *The human becoming school of thought: A perspective for nurses and other health professionals*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Parse, R. R. (2002). Transforming Healthcare with a Unitary View of the Human. *Nursing Science Quarterly*, 15(1), 46–50. <https://doi.org/10.1177/089431840201500108>
- Pektetin, Ç. (2013). *Hemşirelik Felsefesi/Kuramlar-Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar* (1. Baskı). İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.
- Rogers, M. E. (1992). Nursing Science and the Space Age. *Nursing Science Quarterly*, 5(1), 27–34. <https://doi.org/10.1177/089431849200500108>
- Smith, M. C., Kemp, J., Hemphill, L., & Vojir, C. P. (2002). Outcomes of Therapeutic Massage for Hospitalized Cancer Patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(3), 257–262. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2002.00257.x>
- Tekin, M., & Tekin, A. (2014). Anksiyete Bozukluklarında Dissosiyatif Belirtiler. *Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar*, 6(3), 330–339. <https://doi.org/10.5455/cap.20140210075959>
- Turner, J. G., Clark, A. J., Gauthier, D. K., & Williams, M. (1998). The effect of therapeutic touch on pain and anxiety in burn patients. *Journal of Advanced Nursing*, 28(1), 10–20. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00770.x>
- Uzbay, İ. T. (2002). Anksiyetenin Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(1), 5–13.
- Velioğlu, P. (2012). *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar* (1. Baskı). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Vitale, A. T., & O'Connor, P. C. (2006). The effect of Reiki on pain and anxiety in women with abdominal hysterectomies: a quasi-experimental pilot study. *Holistic Nursing Practice*, 20(6), 263–272.
- Wright, B. W. (2004). Trust and Power in Adults: An Investigation Using Rogers' Science of Unitary Human Beings. *Nursing Science Quarterly*, 17(2), 139–146. <https://doi.org/10.1177/0894318404263303>
- Wright, B. W. (2007). The Evolution of Rogers' Science of Unitary Human Beings: 21st Century Reflections. *Nursing Science Quarterly*, 20(1), 64–67. <https://doi.org/10.1177/0894318406296>