



**GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ**
**GUMUSHANE UNIVERSITY
JOURNAL OF HEALTH SCIENCE**



Cilt:10 Sayı: 1

ISSN: 2146-9954

2021

Sahibi

Prof. Dr. Halil İbrahim ZEYBEK

Yazı İşleri Müdürü

Prof. Dr. Mehmet Ferhat ÖZBEK

Baş Editör

Doç. Dr. Nilgün ULUTAŞDEMİR

Editör Kurulu

Prof. Dr. Elif ÇELENK KAYA

Prof. Dr. Huri İLYASOĞLU

Doç. Dr. Afşin Ahmet KAYA

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ÇOLAK

Dr. Öğr. Üyesi Sevil CENGİZ

Dr. Öğr. Üyesi Nurçin KÜÇÜK KENT

Dr. Öğr. Üyesi Aydın KIVANÇ

Dr. Öğr. Üyesi Ali Fuat BODUR

Dr. Öğr. Üyesi Nesibe ARSLAN BURNAZ

Dr. Öğr. Üyesi Yeşim BAYRAKDAROĞLU

Dr. Öğr. Üyesi Özcan KOÇ

Dr. Öğr. Üyesi Aydanur AYDIN

Dr. Elanur ULUDAĞ

Dergi Sekreteryası

Araş. Gör. Hacı Ömer YILMAZ

Araş. Gör. Sefa MIZRAK

Araş. Gör. Cemile AKTUĞ

Araş. Gör. Murat SEMERCİ

Araş. Gör. Merve KARAER

Araş. Gör. Ramazan ASLAN

Araş. Gör. Zekiye GÖKTEKİN

Araş. Gör. Özge PALANCI AY

Araş. Gör. Esra AKTAŞ

Araş. Gör. İbrahim YÜCEL



**GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ**
**GUMUSHANE UNIVERSITY
JOURNAL OF HEALTH SCIENCE**



Cilt:10 Sayı: 1

ISSN: 2146-9954

2021

Sahibi/Owner

Prof. Dr. Halil İbrahim ZEYBEK

Yazı İşleri Müdürü /Editorial Manager

Prof. Dr. Mehmet Ferhat ÖZBEK

Baş Editör/Editor in Chief

Doç. Dr. Nilgün ULUTAŞDEMİR

Editör Kurulu/Editorial Board

Prof. Dr. Elif ÇELENK KAYA
Prof. Dr. Huri İLYASOĞLU
Doç. Dr. Afşin Ahmet KAYA
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ÇOLAK
Dr. Öğr. Üyesi Sevil CENGİZ
Dr. Öğr. Üyesi Nurçin KÜÇÜK KENT
Dr. Öğr. Üyesi Aydın KIVANÇ
Dr. Öğr. Üyesi Ali Fuat BODUR
Dr. Öğr. Üyesi Nesibe ARSLAN BURNAZ
Dr. Öğr. Üyesi Yeşim BAYRAKDAROĞLU
Dr. Öğr. Üyesi Özcan KOÇ
Dr. Öğr. Üyesi Aydanur AYDIN
Dr. Elanur ULUDAĞ

Sekreteryay/Secretary

Araş. Gör. Hacı Ömer YILMAZ
Araş. Gör. Ramazan ASLAN
Araş. Gör. Sefa MIZRAK
Araş. Gör. Zekiye GÖKTEKİN
Araş. Gör. Cemile AKTUĞ
Araş. Gör. Murat SEMERCİ
Araş. Gör. Özge PALANCI AY
Araş. Gör. Esra AKTAŞ
Araş. Gör. Merve KARAER
Araş. Gör. İbrahim YÜCEL

Hakemli süreli yayın / Peer-reviewed journals

Bu dergi TR Dizin, Türkiye Atıf Dizini, İndeks Copernicus tarafından indekslenmektedir./ This journal is indexed in TR Index, Türkiye Citation Index, Index Copernicus

Yılda dört kez yayınlanır / Published four times per year

İletişim /Contact: Bağlarbaşı Mahallesi Gümüşhane Üniversitesi 29100 GÜMÜŞHANE

E-posta/Email: sbd@gumushane.edu.tr

Web Erişim/Web link: <http://dergipark.gov.tr/gumussagbil>

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Bilimsel Danışma ve Hakem Kurulu
Gumushane University Journal of Health Science Advisory and Referee Board

ABDÜLGANİ TATAR, ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
ACLAN ÖZDER, BEZM-İ ÂLEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
AHMET BURHAN ÇAKICI, KARAMANOĞLU MEHMETBEY ÜNİVERSİTESİ
AHMET EROĞLU, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
AHMET KALAYCIOĞLU, BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ
AHMET TİRYAKİ, ANADOLU ÜNİVERSİTESİ
ALİ FUAT BODUR, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
ALİ UTKU ŞAHİN, HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
ARZU YILDIRIM, YALOVA ÜNİVERSİTESİ
ASIM ÖREM, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
ASLI GENÇ, İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
ASLI KÖSE, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
ASLI SİS ÇELİK, ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
ASLI UÇAR, ANKARA ÜNİVERSİTESİ
ASLIHAN GÜRBÜZ, ANKARA ÜNİVERSİTESİ
ATIYE KARAKUL, TARSUS ÜNİVERSİTESİ
AYDIN KIVANÇ, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
AYİŞE KARADAĞ, KOÇ ÜNİVERSİTESİ
AYLİN AYDIN SAYILAN, KIRIKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
AYNUR BÜTÜN AYHAN, ANKARA ÜNİVERSİTESİ
AYSEL KÖKSAL AKYOL, ANKARA ÜNİVERSİTESİ
AYŞE ÇOLAK, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
AYŞE GÜMÜŞLER BAŞARAN, RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
AYŞE KAHRAMAN, EGE ÜNİVERSİTESİ
AYŞE OKANLI, İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
AYŞEGÜL İŞLER DALGIÇ, AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
AYTEKİN TOKMAK, SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
AYTEN DEMİR, ANKARA ÜNİVERSİTESİ
AYTEN YILMAZ YAVUZ, RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
BAYRAM KAYMAK, HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
BELGİN YILDIRIM, AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
BERNA GÜR, HİTİT ÜNİVERSİTESİ
BEYAZIT YEMEZ, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
BİRGÜL TOK, GİRESUN ÜNİVERSİTESİ
BİRGÜL VANİZÖR KURAL, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
CELAL KURTULUŞ BURUK, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
CEMİLE ZEHRA KÖROĞLU, UŞAK ÜNİVERSİTESİ

AFŞİN AHMET KAYA, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
AHMET ALVER, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
CEYDA UZUN ŞAHİN, RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
ÇAĞLA YİĞİTBAŞ, GİRESUN ÜNİVERSİTESİ
DERYA KAYMA, MANİSA CELÂL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
DİLEK ÇİLİNGİR, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
DUYGU AYAR, GAZİANTEP İSLAM BİLİM VE TEKNOLOJİ ÜNİVERSİTESİ
EBRU İNAL, ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
EBRU ÖZTÜRK ÇOPUR, KİLİS 7 ARALIK ÜNİVERSİTESİ
ELANUR YILMAZ KARABULUTLU, ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
ELİF ÇELENK KAYA, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
ELİF GEZGİNCİ, SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ERAY EKİN SEZGİN, MUNZUR ÜNİVERSİTESİ
ERHAN ÇAPKIN, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
ERKAN PEHLİVAN, İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
ERSAN KALAY, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
ESİN ZENGİN TAŞ, İZMİR KAVRAM MESLEK YÜKSEKOKULU
ESRA EREN, İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
EVRİM ÖZKORUMAK KARAGÜZEL, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
EYLEM TOPBAŞ, AMASYA ÜNİVERSİTESİ
FADİME ÜSTÜNER TOP, GİRESUN ÜNİVERSİTESİ
FAHRİ UÇAR, AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
FATMA DEMİR KORKMAZ, EGE ÜNİVERSİTESİ
FATMA GENÇ, GİRESUN ÜNİVERSİTESİ
FATMA GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ, ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
FATMA TAŞ ARSLAN, SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
FATMA YILMAZ KURT, ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
FERHAT YÜKSEL, NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ
FEVZİYE ÇETİNKAYA, ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
FEYYAZ ÖZDEMİR, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
FİGEN CELEP EYÜPOĞLU, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
FİLİZ HİSAR, NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Bilimsel Danışma ve Hakem Kurulu
Gumushane University Journal of Health Science Advisory and Referee Board

FİLİZ OKUMUŞ, İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

GAMZE ÇAN, ÇANAKKALE ONSEKİZ MART
ÜNİVERSİTESİ

GÜL DALGAR, BURDUR MEHMET AKİF ERSOY
ÜNİVERSİTESİ

GÜL ÖZLEM YILDIRIM, EGE ÜNİVERSİTESİ

GÜLBAYAZ CAN, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
(CERRAHPAŞA)

GÜLBU TANRIVERDİ, ÇANAKKALE ONSEKİZ MART
ÜNİVERSİTESİ

GÜLGÜN ERSOY, İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

GÜLHAN YİĞİTALP, DİCLE ÜNİVERSİTESİ

GÜNHAN ERDEM, GİRNE AMERİKAN ÜNİVERSİTESİ

GÜRDAL YILMAZ, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ

GÜZİN YASEMİN TUNÇAY, ÇANKIRI KARATEKİN
ÜNİVERSİTESİ

HACER KOBYA BULUT, KARADENİZ TEKNİK
ÜNİVERSİTESİ

HAFİZE ÖZTÜRK CAN, EGE ÜNİVERSİTESİ

HANDAN ÖZCAN, SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

HASAN BASRİ SAVAŞ, ALANYA ALAADDİN KEYKUBAT
ÜNİVERSİTESİ

HATİCE YILDIRIM SARI, İZMİR KATİP ÇELEBİ
ÜNİVERSİTESİ

HAVVA KARADENİZ, KARADENİZ TEKNİK
ÜNİVERSİTESİ

HAVVA ÖZTÜRK, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ

HAVVA TEL, SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ

HAYRİYE ÜNLÜ, ALANYA ALAADDİN KEYKUBAT
ÜNİVERSİTESİ

HİLAL YILDIRAN, GAZİ ÜNİVERSİTESİ

HURİ İLYASOĞLU, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ

HÜLYA KARADENİZ, KARADENİZ TEKNİK
ÜNİVERSİTESİ

HÜLYA YARDIMCI, ANKARA ÜNİVERSİTESİ

İBRAHİM İKİZCELİ, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
(CERRAHPAŞA)

İBRAHİM TURAN, SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

İBRAHİM YILDIRAN, GAZİ ÜNİVERSİTESİ

İLKNUR AYDIN AVCI, ONDOKUZ MAYIS
ÜNİVERSİTESİ

İLKNUR KAHRİMAN, KARADENİZ TEKNİK
ÜNİVERSİTESİ

İMDAT AYGÜL, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ

İSMAİL AĞIRBAŞ, ANKARA ÜNİVERSİTESİ

KAĞAN KILINÇ, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ

KEMAL MACİT HİSAR, SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

FİSUN ŞENUZUN AYKAR, İZMİR TINAZTEPE
ÜNİVERSİTESİ

KIYMET YEŞİLÇİÇEK ÇALIK, KARADENİZ TEKNİK
ÜNİVERSİTESİ

LALE TAŞKIN, BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

LEYLA DELİBAŞ, HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ

MAKBULE GEZMEN KARADAĞ, GAZİ
ÜNİVERSİTESİ

MEHTAP SOLMAZ, TOKAT GAZİOSMANPAŞA
ÜNİVERSİTESİ

MELİKE DEMİR DOĞAN, GÜMÜŞHANE
ÜNİVERSİTESİ

MELİKE YALÇIN GÜRSOY, ÇANAKKALE ONSEKİZ
MART ÜNİVERSİTESİ

MELTEM SOYLU, BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ

MERİH KUTLU, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ

MİNE EKİNCİ, ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ

MUAMMER AK, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ

MUHAMMET ALİ KÖROĞLU, UŞAK ÜNİVERSİTESİ

MURAT BAŞ, ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR
ÜNİVERSİTESİ

MURAT ERSEL, EGE ÜNİVERSİTESİ

MUSA ÖZATA, KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ

MÜJDAT AVCI, OSMANİYE KORKUT ATA
ÜNİVERSİTESİ

NAZLI HACIALİOĞLU, ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ

NECMİYE TÜLİN İRGE, İSTANBUL AYDIN
ÜNİVERSİTESİ

NESİBE ARSLAN BURNAZ, GÜMÜŞHANE
ÜNİVERSİTESİ

NESLİHAN ÇELİK, ERCİYES ÜNİVERSİTESİ

NESRİN NURAL, KARADENİZ TEKNİK
ÜNİVERSİTESİ

NEŞE KAKLIKKAYA, KARADENİZ TEKNİK
ÜNİVERSİTESİ

NİLGÜN KURU ALICI, HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ

NİLGÜN ULUTAŞDEMİR, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ

NURAY DEMİRCİ GÜNGÖRDÜ, RECEP TAYYİP
ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ

NURCAN ÇALIŞKAN, GAZİ ÜNİVERSİTESİ

NURCAN YABANCI AYHAN, ANKARA ÜNİVERSİTESİ

NURÇİN KÜÇÜK KENT, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ

NURDAN ORAL KARA, BURDUR MEHMET AKİF ERSOY
ÜNİVERSİTESİ

NURGÜL BÖLÜKBAŞ, ORDU ÜNİVERSİTESİ

NURİ GÜLEŞÇİ, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Bilimsel Danışma ve Hakem Kurulu
Gumushane University Journal of Health Science Advisory and Referee Board

ORHAN DEĞER, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
OSMAN ÇEVİK, KARAMANOĞLU MEHMETBEY ÜNİVERSİTESİ
ÖZLEM BİLİK, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
ÖZLEM ŞAHİN ALTUN, ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
RABİA HACIHASANOĞLU AŞILAR, YALOVA ÜNİVERSİTESİ
RABİA SOHBET, GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
RAMAZAN ERDEM, SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
RUKUYE AYLAZ, İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SABRİ MURAT KESİM, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAİME ŞAHİNÖZ, ORDU ÜNİVERSİTESİ
SEBAHAT ALTUNDAĞ, PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SEDA KURT, TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SEDAT BOSTAN, ORDU ÜNİVERSİTESİ
SEMA KANDİL, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SEMA KOÇAN, RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
SEMRA SARUÇ, ANADOLU ÜNİVERSİTESİ
SERAP BATI, NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SERAP TOPATAN, ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SERAP ÜNSAR, TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SERPİL GERDAN, KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SEVİL CENGİZ, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
SEVİL KARAHAN YILMAZ, ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
SEVİL ŞAHİN, ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SEVİLAY HİNTİSTAN, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SEZER AVCI, HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SONGÜL AKTAŞ, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SUZAN YILDIZ, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ (CERRAHPAŞA)
SÜLEYMAN TÜREDİ, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
ŞEYDA FERAH ARSLAN, ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
ŞÜKRAN ÖZKAHRAMAN KOÇ, SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
TARIK ÖZMEN, KARABÜK ÜNİVERSİTESİ
TAŞKIN KILIÇ, ORDU ÜNİVERSİTESİ
TEVFİK ÖZLÜ, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TUBA GÜNER EMÜL, MERSİN ÜNİVERSİTESİ

TUĞBA MENEKLİ, MALATYA TURGUT ÖZAL ÜNİVERSİTESİ
TURGUT ŞAHİNÖZ, ORDU ÜNİVERSİTESİ
VASFİYE BAYRAM DEĞER, MARDİN ARTUKLU ÜNİVERSİTESİ
VOLKAN ÇAKIR, GİRESUN ÜNİVERSİTESİ
YASEMİN AKDEVELİOĞLU, GAZİ ÜNİVERSİTESİ
YASEMİN AYDIN KARTAL, SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
YASEMİN YILDIRIM, EGE ÜNİVERSİTESİ
YEŞİM KAYA YAŞAR, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
YEŞİM YAMAN AKTAŞ, GİRESUN ÜNİVERSİTESİ
YUNUS KARACA, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
YUSUF ÇELİK, HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
YÜKSEL ALİYAZICIOĞLU, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
ZAHİD PAKSOY, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
ZEHRA ÇALIŞKAN, NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
ZEHRA KILINÇ, DİCLE ÜNİVERSİTESİ
ZEYNEP BAŞKAN TAKAOĞLU, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
ZEYNEP ERDOĞAN, ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
ZEYNEP KARAMAN ÖZLÜ, ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
ZEYNEP TEMİZ, ARTVİN ÇORUH ÜNİVERSİTESİ
ZÜMRÜT YILAR ERKEK, TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

Araştırma Makaleleri / Original Articles		Sayfa
		Page
1. Suça Sürüklenen Çocukların Sosyodemografik Özellikleri ile Suç İlişkisinin İncelenmesi Investigation of The Correlation between Crime and Sociodemographic Characteristics of Juvenile Delinquency Derya KAYMA, Rıza GÖKLER		1-10
2. Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Eş Şiddeti Olgularını Bildirme Durumları ve İlişkili Faktörler Nurses and Midwives' Reporting Cases of Intimate Partner Violence and Related Factors Nazan KOŞTU, Aynur UYSAL TORAMAN		11-20
3. Bulaşıcı Hastalık Bildirimlerinin Afet Yönetimi Açısından İncelenmesi Investigation of Communicable Disease Notifications in terms of Disaster Management Nahsan KAYA, Turgut ŞAHİNÖZ		21-31
4. Afet ve Acil Durumlar İçin Sağlık Personelinin Hazırlıklı Olma Durumu Preparedness Situations of Health Personnel for Disaster and Emergencies Samet DİNÇER, Seda KUMRU		32-43
5. 112 İl Ambulans Servisi Personelinin Afete Hazır Olma Durumu ve Hazırlık Algısı: Balıkesir İli Örneği Readiness Status and Preparedness Perception to Disaster of 112 Ambulance Service Staff: The Case of Balıkesir Province Okan ASLANTAŞ, Mesut TABUK		44-55
6. 112 Acil Sağlık Çalışanları Arasında Eşduyum Yorgunluğu, Eşduyum Tatmini ve Tükenmişlik - Kayseri İli Örneği Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction and Burnout among 112 Emergency Health Workers - The Case of Province of Kayseri Ömer DEMİRBİLEK, Ersin UZMAN		56-69
7. Yeni Mezun Hemşirelerde İşe Hazır Olma Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlilik Turkish Adaptation of The Work Readiness Scale for Graduated Nurses: Validity and Reliability Ayşe YILDIZ, Manar ASLAN		70-80
8. Ameliyathane Hemşirelerinde Aleksitimi Düzeyi ve İletişim Becerilerine Etkisi: Doğu Karadeniz Örneği Alexithymia Level in Operating Room Nurses and Their Effect on Communication Skills: The Case of Eastern Black Sea Demet KARAIŞMAİLOĞLU, Nurşen KULAKAÇ, Dilek ÇİLİNGİR		81-87
9. Çalışan Ebeler İle Ebelik Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Eğilimleri Critical Thinking Dispositions of Working Midwives and Midwifery Students Gülcan GÜLER, Ayça ŞOLT KIRCA, Hatice KAHYAOĞLU SÜT, Seçil HÜR		88-97

10. **Göçmenlerin Ülkemizdeki Sağlık Yüküne Etkisi ve Göçmenlere Bakış Açısı: Sağlık Personeli Aday Örneği** 98-104
The Effects of Immigrants on the Health Burden in Our Country and Their Perspective: Candidate Example of Medical Personnel
Beliz YEKELER KAHRAMAN, Meltem ŞAHİN
11. **Ventrogluteal ve Dorsogluteal Bölgeye Uygulanan İntramüsküler Enjeksiyonların Kanama, Ağrı ve Hematom Açısından Karşılaştırılması** 105-113
Comparison of Intramuscular Injections Applied on Ventrogluteal and Dorsogluteal Areas in the Way of Bleeding, Pain and Hematoma
Emine APAYDIN, Havva ÖZTÜRK
12. **Temel Eğitim Kurumlarında Alınan Güvenlik Önlemlerinin Okul Kazalarına Etkisinin İncelenmesi** 114-122
Investigation of The Effects of Security Measures Taken in Primary Education Institutions on School Accidents
Sümeyra GEVREK AKAR, Aysel KÖKCÜ DOĞAN
13. **Occupational Health Assessment of Permanent University Employees in Terms of Clinical Biochemical Data** 123-129
Klinik Biyokimya Verileri Açısından Bir Üniversitede Çalışan Daimi İşçilerin İş Sağlığı Değerlendirilmesi
Hasan Basri SAVAŞ
14. **The Effect of Intercultural Nursing Training on Nursing Students' Intercultural Sensitivity and Empathic Tendency Level: Randomised Controlled Trial** 130-137
Hemşirelik Eğitiminin Hemşirelik Öğrencilerinin Kültürlerarası Duyarlılığı ve Empatik Eğilim Düzeyine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma
Ganime CAN GÜR, Emine YILMAZ
- Derleme / Review**
15. **Pediyatrik Hastalara Yönelik Tıbbi İşlemlerde Sanal Gerçeklik Kullanımının Etkileri: Literatür İncelemesi** 138-143
Effects of Virtual Reality Usage in Medical Procedures for Pediatric Patients: Literature Review
Şeyda BİNAY YAZ, Hatice BAL YILMAZ
16. **Hemşire Liderliğinde Romatoid Artritli Hastalara Verilen Bakımın Etkinliği (Sistemik Derleme)** 144-152
Effectiveness of Maintenance Given to Romatoid Arthritis Disease in Nursing Leadership (Systematic Review)
Halil İbrahim TUNA, Özlem ÖRSAL
- Olgu Sunumu / Case Report**
17. **Orlando'nun Hemşirelikte Etkileşim Modeline Göre Covid-19 Pozitif Lohusanın Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu** 153-158
Using The Orlando's Nursing Process To Nursing Care For A Puerperant Woman Diagnosed With Covid 19: Case Report
Nazlı Emel ÖZER YURDAL, Hilmiye AKSU

Suçta Sürüklenen Çocukların Sosyodemografik Özellikleri ile Suç İlişkisinin İncelenmesi

Investigation of The Correlation Between Crime and Sociodemographic Characteristics of Juvenile Delinquency

Derya KAYMA¹, Rıza GÖKLER²

ÖZ

Bu çalışmada suçta sürüklenen çocukların sosyodemografik özelliklerinin suç davranışı ile ilişkisi incelenmiştir. Araştırma ilişkisel tarama modelinde tasarlanmış olup, çalışma grubu amaçsal örnekleme ile oluşturulmuştur. Çalışmaya 2017 adli yargı yılında suç nedeniyle adli mercilerde bulunan, gönüllü, veli izni alınmış 213 ergen katılmıştır. Analiz sonuçlarına göre; sosyodemografik özelliklerden yaş, eğitim durumu, ebeveyn eğitim durumu ve yaşanan yerleşim yeri ile suç davranışı arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Cinsiyete ve ebeveynle birlikte yaşama durumuna göre suç davranışı farklılık göstermemektedir. Buna göre; yaş arttıkça, eğitim durumu ve ebeveyn eğitim durumu düştükçe suç davranışı artmaktadır. Ayrıca Ankara İli'nin Altındağ ilçesinde yaşayan katılımcıların suç davranışları daha yüksektir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk Suçluluğu, Suç Davranışı, Sosyodemografik Özellikler, Suçta Sürüklenen Çocuk

ABSTRACT

In this study, the relationship between socio-demographic characteristics of children dragged into crime and criminal behavior was investigated. The research was designed in a relational screening model, and the study group was formed by purposeful sampling. 213 adolescents who were in the judicial authorities for dragged into crime in the judicial year of 2017, who were volunteer and whose parents were given consent participated were taken in the study. According to the results of the analysis; there is a statistically significant relationship between socio-demographic characteristics as age, education level, parental education level, residential area and crime behavior. Crime behavior does not differ according to gender and living with parents. According to this; As age increases, educational status and parental education decreases, criminal behavior increases. Also, the criminal behavior of the participants living in Altındağ district of Ankara Province is higher.

Keywords: Juvenile Delinquency, Criminal Behavior, Socio-demographic Characteristics, Children Dragged Into Crime

Bu çalışma Derya Kayma'nın Rıza Gökler danışmanlığında yürüttüğü "Ergenlerin Bazı Kişilik ve Aile Özelliklerinin Suç Davranışına Etkisi" başlıklı doktora tezinden üretilmiştir. Çalışmanın etik izni Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'nun 02.06.2016 tarih, 12105 sıra ve 330 nolu kararı ile alınmıştır.

¹ Derya KAYMA, Dr., Sosyal Hizmet, Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Kırkağaç Meslek Yüksekokulu, Sosyal Hizmet ve Danışmanlık Bölümü, Sosyal Hizmet Programı, deryakayma@gmail.com, ORCID: 0000-0001-7014-8631

² Rıza GÖKLER, Prof. Dr., Sosyal Hizmet, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, rizagokler@gmail.com, ORCID:0000-0002-9821-4095

İletişim / Corresponding Author: Derya KAYMA
e-posta/e-mail: deryakayma@gmail.com

Geliş Tarihi /Received: 28.05.2020
Kabul Tarihi/Accepted: 09.11.2020

GİRİŞ

Çocuk suçluluğu yetişkin suç kariyerinin en önemli belirleyicisidir. Çocukluk döneminde suç davranışı gelişen bireylerin yetişkinlikte de suça sürüklenme riskleri daha yüksektir.¹ Gelişim psikolojisine göre çocukluktaki suç davranışı ve suça eğilim problemleri bir geçiş evresine denk gelmesi nedeniyle gelecek yaşantıyı daha fazla etkilemektedir.² Bu nedenle çocuk suçluluğu alanı yıllardır suçluluk ile ilgilenen sosyal hizmet, kriminoloji, psikoloji, sosyoloji, hukuk gibi birçok disiplinin ilgi odağında bulunmaktadır. Dolayısıyla çocukluk döneminde ortaya çıkan suç davranışının nedenlerinin bilinmesi hem önleyici tedbirler alınması hem de rehabilite edici etkili müdahalelerin geliştirilmesi bakımından oldukça önemlidir.

Literatürde ergen suçluluğu veya genç suçluluğu olarak da ifade edilen çocuk suçluluğu çocukların sapmış davranışlarının yasal müdahaleye ihtiyaç duyması,³ çocuğun ceza kanunlarında suç kabul edilen bir eylemi sergilemiş olması sonucunda ceza yargı sistemi ile karşı karşıya kalması⁴ olarak tanımlanmaktadır. Her iki tanımlamada çocuk suçluluğunun hukuki boyutuna vurgu yapılmaktadır. Çocuk suçluluğu ile ilgilenen sosyoloji disiplinine göre çocuğun bulunduğu sosyal değer ve kurallara ters düşmesi, psikoloji disiplinine göre ise bireysel yetersizliklerle çocuğun yasalarla karşı karşıya kalması olarak çocuk suçluluğu açıklanmaktadır.⁵

Çocuklardaki suç davranışını anlayabilmek için çocuğun hem içinde buldukları ailesel özelliklerin hem de kişisel özelliklerin belirlenmesi önleyici tedbirlerin alınması açısından önemlidir.⁶ Literatüre bakıldığında çocuğa ilişkin kişisel özellikler kapsamında genellikle demografik ve psikolojik değişkenlerin suç ile ilişkisinin araştırıldığı görülmektedir. Baskin, Sommers, Newman ve Newman'a (2013) göre demografik faktörler çocuğun cinsiyeti, yaşı, etnik kökeni, çalışma/okul durumu, madde kullanımı ve zekasıdır.⁷ Bu çalışma kapsamında da suça sürüklenen çocukların sosyodemografik özellikleri ile suç davranışı

ilişkisi incelenmiştir. Sosyodemografik özellikler cinsiyet, yaş, eğitim durumu, ebeveyn eğitim durumu, ebeveynlerle yaşama durumu ve yaşanan semt olarak sınırlandırılmıştır.

Hirshi ve Gottfredson'a göre yaş ile suç davranışı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Buna göre; suç davranışı genç ve orta yaşlarda en üst seviyeye çıkmakta, orta yaş sonrasında da bireyin fiziksel yetersizlikler yaşamaya başlaması ile gerilemeye başlamaktadır.¹ Sweeden, Piquero ve Steinberg (2013)'in gençlik döneminde başlayan suç davranışını incelediği araştırmada ergenlik döneminden sonra suç davranışının %69 azaldığı belirlenmiştir.⁸ Çocuk suçluluğu alanında yapılan araştırmalara bakıldığında ise suç oranının en yüksek olduğu yaş grubunun 17 yaş olduğu,⁹⁻¹⁵ 17 yaş sonrasında ise her yaş diliminde suç davranışının %5 azaldığı¹⁵ görülmüştür.

Çocukların suça sürüklenmesindeki bireysel nedenlerden bir diğeri de cinsiyet faktörüdür. Çocuk suçluluğu alanına dair resmi veriler erkeklerin kadınlara oranla daha fazla suça karıştığını göstermektedir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2017 verilerine göre güvenlik birimine getirilen çocukların 92.849'unun erkek, 15.135'inin ise kadın olduğu belirtilmiştir.¹⁶ Bu durum çocuk suçluluğunda da cinsiyet açısından önemli bir farklılığın olduğunu göstermektedir. Yapılan araştırma sonuçları da çocuk suçluluğunda erkeklerin daha fazla suça sürüklendiğini göstermektedir.^{9,12,17-20} Ancak bunun tersi olarak Siyez ve Aysan (2007) erkek ve kadın ergenlerin risk alma eğiliminin ve davranışlarının değişmediğini,²¹ Okorodudu (2010) cinsiyetin ergenlerdeki suç davranışında anlamlı bir farklılık oluşturmadığını belirtmektedir.²²

Literatürde çocukların okula devamlılığının suç ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Leung'un (2003) ergenlerin zamanı değerlendirme durumlarını incelediği çalışmasında sosyal bir kurum olan okula devam etmenin suç için koruyucu bir faktör olduğu belirtilmektedir.²³

Çocuk gelişiminde aile temelli faktörler diğer faktörler olan sosyal çevre ve okul/akran faktörlerinden daha fazla etkiye sahiptir.²⁴ Bu çalışma kapsamında çocuk suçluluğu aile özelliklerinden ebeveynlerle birlikte yaşama durumu ve ebeveyn eğitim durumu değişkenleri ile sınırlandırılarak incelenmiştir. Aile bütünlüğünün bozulmasının suç davranışına etkisi günümüzde tartışılan bir konudur. Yapılan bazı araştırmalar suç ile aile bütünlüğünün bozulması ilişkisini desteklerken^{23,25-28} bazı araştırmalar suça sürüklenen çocukların çoğunluğunun ailesi ile birlikte yaşadığını göstermektedir.^{6,10,13,14,29} Tunceroğlu (2015) ise yapmış olduğu çalışmada aile bütünlüğünün bozulmasının suç davranışı ilişkisinden ziyade mükerrer suç davranışı ile olan ilişkisinin önemini vurgulamıştır.¹¹

Suçta sürüklenen çocuklar ile yapılan araştırmalar ebeveynlerin eğitim durumunun ilkökul ve altında bir eğitim seviyesinde olduğunu göstermektedir.^{10,13,14,29} Ebeveyn eğitim durumu ile suç ilişkisini inceleyen araştırmalarda ortaya çıkan bir diğer önemli sonuç da toplumsal kültüre bağlı olarak

çocukların eğitiminde ve gelişiminde daha fazla sorumluluk alan annelerin eğitim seviyesinin babalarinkinden daha düşük olmasıdır.^{10,13,30,31}

Ebeveyn eğitim seviyesi ile paralel bir diğer özellik olan sosyoekonomik seviyedir. Ailenin sosyoekonomik seviyesi ile çocukların suça sürüklenme ilişkisini inceleyen araştırmalar suça sürüklenen çocukların genellikle düşük sosyoekonomik seviyeden,^{10,11,14,29} hatta çoğunun yoksulluk ve açlık sınırındaki ailelerden geldiğini^{11,14,29} göstermektedir. Yaşanılan sosyal çevre bulunan ekonomik düzeye göre şekillenmektedir. Bu nedenle suç risklerinin yoğun olduğu bölgelerin daha çok yoksul ve düşük sosyoekonomik seviyedeki yaşam bölgeleri olduğu söylenebilir.

Sonuç olarak bu çalışmada çocuk suçluluğu ile yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ebeveynlerle birlikte yaşama, ebeveyn eğitim durumu ve yaşanılan semt gibi sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOT

Suçta sürüklenen çocukların sosyodemografik özellikleri ile suç davranışı arasındaki ilişkiyi inceleyen bu çalışmada değişkenler arasındaki ilişki değişkenlere müdahale edilmeden incelendiği için bu çalışma nicel araştırma yöntemlerinden ilişkisel tarama modeline bir örnektir.

Araştırmanın evrenini, Ankara'da suç davranışı nedeniyle çocuk adalet sisteminde bulunan ergenler oluşturmaktadır. Amaçsal örnekleme yöntemi ile araştırmaya 2017 Adli yargı yılında (Eylül 2016-Temmuz 2017) suç davranışı iddiası nedeniyle çocuk adalet sisteminde bulunan ve yargı süreci Ankara Doğu Adliyesi'ne bağlı Ankara 1., 2., 3., 4. Çocuk Mahkemeleri ve 1. Çocuk Ağır Ceza Mahkemesinde devam eden, veli onayı alınmış, gönüllü 213 suça sürüklenen çocuk katılmıştır. Katılımcıların 155'i erkek, 58'i kadındır. Yaşları 13-17 arasında değişen katılımcıların %61'i 16-17 yaşlarındadır. Katılımcıların yaş ortalaması 15,75'dir.

Araştırma kapsamında bağımsız değişken olan sosyodemografik özellikleri belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen Kişisel Bilgi Formu (KBF) kullanılmıştır. Bağımlı değişken olan suç davranışı düzeyinin belirlenebilmesi için Kaner (2001) tarafından geliştirilen Suç Davranışı Ölçeği (SDÖ) kullanılmıştır. SDÖ ergenler arasında ergenlerin sergilemiş olduğu ve güvenlik güçlerince yakalanmaları durumunda hukuki açıdan suç olarak görülen ve ergeni yasalar ile karşı karşıya getiren davranışları saptamak amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. 896 ergenin katılımı ile geliştirilen ölçek beşli likert tipi toplam 38 maddeden oluşmaktadır. Dokuz faktörlü bir yapıya sahip ölçekten toplam puan da alınabilmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 38-152 arasında değişmektedir. Düşük puan düşük suç davranışını, yüksek puan yüksek suç davranışını ifade etmektedir. Ölçeğin tümü için Cronbach

Alpha değeri .93'dür.³² Bu çalışmada SDÖ toplam puanı kullanılmıştır ve çalışma için Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı değeri .96 olarak hesaplanmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma etiği kapsamında Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan 02.06.2016 tarihinde Etik Kurul Onayı ve Adalet Bakanlığı Hakimler ve Savcılar Yüksek Kurulu'ndan 30.06.2016 tarihinde uygulama izni alınmıştır. Araştırma kapsamında kullanılan SDÖ için ölçęği geliştiren Sema Kaner' den mail yoluyla kullanım izni alınmıştır.

Araştırmanın katılımcılarının 18 yaş altında olması nedeniyle araştırmada bilgilendirilmiş onam formu kullanılarak gönüllülük esası aranmış ayrıca ebeveyn izni alınabilmesi için de veli onam formu kullanılmıştır.

İşlem ve Veri Analizi

Veri toplama işlemi Eylül 2016- Temmuz 2017 arasında yapılmıştır. Verilerde % 10'un üzerinde eksiklik olanlar araştırma dışında tutularak, 43 suça sürüklenen çocuğa ilişkin bilgiler veri setine dahil edilmemiş, veri analizine 213 ergenden elde edilen veriler değerlendirilmeye alınmıştır.

Verilerin analizinde katılımcılardan toplanan bilgiler Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı kullanılarak bilgisayar ortamına işlenmiştir. Analizlerde hata payı üst sınırı 0,05 olarak alınmıştır. Analizlerde öncelikle değişkenlerin dağılım özellikleri histogram grafiği ile çarpıklık ve basıklık katsayıları ile incelenmiştir. Buna göre normal dağılım özelliği gösteren değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson Korelasyon Analizi, Bağımsız Gruplar için T Testi Analizi; Bağımsız Gruplar Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılarak incelenmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmanın bu bölümünde suça sürüklenen çocukların sosyodemografik özellikleri ile suç davranışı arasındaki ilişkiyi gösteren bulgulara yer verilmiştir.

“Yaş ile suç davranışı arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aramak amacıyla değişkenler arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Analizi ile incelenmiş ve sonuçlar Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Yaş ile Suç Davranışı Arasındaki İlişki

Değişkenler	N	Ort	Ss	r
SDÖ	213	62,33	25,73	-
Yaş	213	15,75	1,09	0,269**

**p<0,01

Suçta sürüklenen çocukların suç davranışı ile yaşları arasında düşük düzeyde ve pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır, r= 0,269, p< 0,01. Buna göre yaş arttıkça suç davranışının arttığı söylenebilir. Alan yazında yaş ile suç davranışı arasında anlamlı bir ilişkinin bulunduğu^{6,9,22,26,33} belirtilmektedir. Yaş ile suç davranışı arasındaki bu ilişkinin temelinde bu yaş döneminin kısacası ergenlik döneminin gelişimsel özelliklerinin bulunduğu

söylenebilir. Psikososyal, bilişsel ve fiziksel gelişimin devam ettiği bu dönemde kimlik arayışında olan ergenler bireysel değişimlerle birlikte etkileşim halinde olduğu diğer sistemlerle (aile, akran, okul gibi) olan ilişkilerinde de hızlı değişimler yaşamaktadır. Fırtınalı dönem olarak adlandırılan bu dönemde ergenler farkı heyecan arayışları, kabul görme, kendini ispatlama gibi gereksinimlerle riskli davranışlara daha fazla eğilim gösterebilmektedir.

“Suç davranışı cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?” sorusuna yanıt aramak amacıyla t testi analizi yapılmıştır ve bulgular Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Cinsiyete Göre Suç Davranışı Farklılaşma Sonuçları

Değişkenler	N	Ort	Ss	Sd	t	p
Kadın	58	59,58	26,77	211	0,95	0,343
Erkek	155	63,35	25,30			

p>0,05

Tablo 2'ye göre araştırmaya katılan kadınların suç davranışı puan ortalaması (\bar{X} =59,58) erkeklerin suç davranışı puan

ortalamasından ($\bar{X}=63,35$) daha düşüktür. Bu durum kadınların erkeklere göre daha düşük suç davranışı sergilediğini göstermektedir. Ancak bağımsız gruplar t testi sonucuna göre; $t(211)=0,95$, $p=0,343>0,05$ olduğu için suç davranışı puan ortalamaları arasındaki bu fark istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık değildir. Buna göre cinsiyet suç davranışı açısından önemli bir belirleyici olmamaktadır. Araştırmanın bu bulgusu Okorodudu'nun (2010) ergenlerin suç davranışını, Siyez'in (2006) ergenlerdeki antisosyal davranışları incelediği araştırma sonuçları ile paralellik göstermektedir. Ancak alan yazında bulunan araştırma sonuçları ile de farklılık göstermektedir.^{6,9,12,17-20,26,33,34} Zaman içerisinde toplumsal rollere ilişkin sosyal algıdaki değişim suç davranışında cinsiyetin belirleyici olmamasında önemli rol oynamış olabilir. Bu bağlamda daha çok bağımsızlaşan kadınlar ergenler gibi benzer suç riskleri ile karşı karşıya kalabilmektedir.

“Suç davranışı eğitim durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?” sorusuna yanıt aramak amacıyla katılımcıların suç davranışı ortalamaları tek yönlü varyans analizi ile incelenmiş olup elde edilen sonuçlar Tablo 3’de sunulmuştur.

Varyans analizi sonuçları, farklı eğitim durumunda bulunan suça sürüklenen çocukların suç davranışı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir, ($F_{3;209}=21,23;p<0,05$). Başka bir deyişle ergenlerin suç davranışları eğitim durumuna göre anlamlı olarak değişmektedir. Bu farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu bulmak amacıyla yapılan Scheffe testinin sonuçlarına göre ortaokul ve lise eğitimine devam eden ergenlerin suç davranışı ortalamalarının

ilkokul ve ortaokul mezunu ergenlerden daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu durum orta ve lise eğitimine devam eden ergenlerin ilkokul ve ortaokul mezunu olan ergenlerden daha az suç davranışı sergilediğini göstermektedir. Bu bulguda dikkat çeken unsur okul yaşantısı devam eden (ilkokul ve ortaokul mezunu) ve devam etmeyen (ortaokul ve lise eğitimine devam eden) suça sürüklenen çocukların suç davranışları arasındaki anlamlı farklılıktır. Bu farklılığın temel nedenlerinin okul yaşantısının sonlanmasıyla ergenin okula bağlılığının sonlanması, okul denetiminden uzak kalması, boş zamanların etkili değerlendirilememesi ve erken yaşta çalışma hayatına girmesi ile açıklanabilir. Çocuk suçluluğunun önlenmesinde sosyal kontrolün önemini belirten Hirchi'ye göre sosyal bağlar ve bağlanma suç davranışının engellenmesinde önemli birer etkidir.¹ Okul bu sosyal bağlardan biri olmakla birlikte sosyal kontrolün önemli parçalarından birini oluşturmaktadır. Okul ortamında ergen gün içinde okul ve okulu oluşturan sistemlerin denetimi altında bulunmakta böylece sosyal çevrenin suç risklerinden uzak kalabilmektedir. Literatürde okul günlerinin sayısının artırılmasının mülkiyet suçları³⁵, zorunlu eğitim yılının yükseltilmesinin de hem şiddet hem de mülkiyet suçlarında düşüşe neden olduğu³⁶ belirtilmektedir. Anderson (2014) Amerika Birleşik Devletleri'nde zorunlu okullaşmaya yönelik yasal düzenleme ile okul terki yaşının 16'dan 18'e yükseltilmesinin çocukların tutuklanmasında %10'luk bir düşüşe neden olduğunu belirtmektedir.³⁶ Bu nedenle çocukların okul yaşantısının devam ediyor olması suç davranışı oluşumunda engelleyici bir etkisi söz konusu olabilmektedir.

Tablo 3. Suç Davranışı Puanlarının Eğitim Durumlarına Göre Farklılaşma Sonuçları

	Bağımsız Değişken	N	SDÖ Ort.	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	p
Suça Sürüklenen Çocuğun Eğitim Durumu	İlkokul Mezunu	13	89,00	Gruplar Arası	32777,829	3	10925,943	21,226	0,000
	Ortaokul Mezunu	43	80,95						
	Ortaokul Devam	23	57,91	Gruplar İçi	107583,166	209	514,752		
	Lise Devam	134	54,52	-	140360,995	212			
	Toplam	213	62,33						
Anne Eğitim Durumu	Alt	116	72,24	Gruplar Arası	26064,448	2	13032,224	23,944	0,000
	Orta	81	51,93						
	Üst	16	43,13	Gruplar İçi	114296,547	210	544,269		
	Toplam	213	62,33	-	140360,995	212			
Baba Eğitim Durumu	Alt	102	73,55	Gruplar Arası	26547,551	2	13273,775	24,492	0,000
	Orta	88	54,14						
	Üst	23	43,91	Gruplar İçi	113813,445	210	541,969		
	Toplam	213	62,33	-	140360,995	212			

“Suç davranışı anne eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?” sorusuna yanıt aramak amacıyla suça sürüklenen çocukların suç davranışı ortalamaları anne eğitim durumuna göre incelenmiş olup elde edilen sonuçlar Tablo 3’de sunulmuştur. Analizlere anne eğitim durumu üç kategoride alınmıştır. Alt eğitim durumunda okuryazar olmayan, okuryazar olan ve ilkökul mezunu; orta eğitim durumunda ortaokul ve lise mezunu; üst eğitim durumunda ise üniversite, yüksek lisans/doktora mezunu olanlar alınmıştır.

Tablo 3’e bakıldığında anne eğitim durumu ile suça sürüklenen çocukların suç davranışı puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmektedir, ($F_{2;210}=23,94;p<0,05$). Başka bir deyişle anne eğitim durumunun farklılaşması katılımcıların suç davranışı ortalamalarında anlamlı bir farklılık yaratmaktadır. Bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu bulmak amacıyla yapılan Scheffe testinin sonuçlarına göre; anne eğitim durumu alt seviyede olan ergenlerin suç davranışı puan ortalaması anneleri orta ve üst eğitim seviyesinde bulunan ergenlerin suç davranışı

ortalamasından daha yüksektir. Bir başka deyişle annesi ilkökul ve altında eğitim seviyesinde olan çocuklar daha fazla suç davranışı sergilemektedir.

“Suç davranışı baba eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?” sorusuna yanıt aramak amacıyla suça sürüklenen çocukların suç davranışı ortalamaları baba eğitim durumuna göre incelenmiş olup elde edilen sonuçlar Tablo 3’de sunulmuştur. Analizlere baba eğitim durumu anne eğitim durumunda olduğu gibi üç kategoride analizlere alınmıştır.

Tablo 3’e göre baba eğitim durumu ile katılımcıların suç davranışı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir, ($F_{2;210}=24,49;p<0,05$). Başka bir deyişle katılımcıların suç davranışları, baba eğitim durumuna bağlı olarak anlamlı bir şekilde değişmektedir. Gruplar arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla yapılan Scheffe testin analizi babası alt eğitim seviyesinde olan suça sürüklenen çocukların suç davranışı puan ortalaması orta ve üst eğitim seviyesinde babaya sahip olanların puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bir başka ifadeyle

ilkokul ve altında eğitim seviyesinde babaya sahip olan çocuklar ortaokul ve üstü eğitim seviyesinde bulunan çocuklardan daha fazla suç davranışı sergilemektedir. Çocuk suçluluğuna ilişkin literatür incelendiğinde suça sürüklenen çocukların ebeveynlerinin eğitim durumunun çoğunlukla ilkök ve altında bir eğitim seviyesinde olduğu, toplumsal kültüre bağlı olarak çocukların eğitiminde ve gelişiminde daha fazla sorumluluk alan annelerin eğitim seviyesinin babaların eğitim seviyesine göre daha düşük olduğu görülmüştür.^{10,13,14,26,27,29} Ebeveyn eğitimine bağlı olarak ergenlerin suç davranışında görülen bu farklılık yapılan çalışmalarla da anlamlı bulunmuştur.^{6,21,33} Araştırma bulguları literatürde belirlenen sonuçlar ile paralellik göstermektedir. Araştırmaya katılan ergenlerin büyük bir çoğunluğunun ebeveyn eğitiminin ilkök ve altında bir eğitim seviyesinde bulunduğu, annelerin eğitim seviyesinin babalarınkinden daha düşük olduğu, ebeveyn eğitim durumu düştükçe ergenlerin suç davranışı ortalamasının arttığı bulgusuna ulaşılmıştır. Ebeveyn eğitime göre bulunan bu farklılık hem anne hem de baba eğitim durumu için istatistiki açıdan anlamlı bir farklılıktır. Çocukların ve ailelerinin karşılaştıkları problemlerle başetme becerileri kazanabilmesi için özellikle ebeveynlerin eğitim durumu önemlidir. Ebeveynlerin eğitim durumu düştükçe çocuğun eğitiminde ve gelişiminde daha fazla yetersizlikler yaşanabilmekte hatta pedagojik olmayan çocuk yetiştirme davranışları görülebilmektedir. Bunun sonucu olarak da ebeveynleri tarafından yeterli düzeyde desteklenemeyen çocukların gelişimleri olumsuz etkilenebilmekte ve beraberinde davranış sorunları eşlik edebilmektedir. Kısacası ebeveynlik becerilerinin gelişmesinde eğitim durumu önemli bir unsur olabilmektedir.

“Suç davranışı ebeveyn ile birlikte yaşama durumuna göre anlamlı bir farklılık

göstermekte midir?” sorusuna yanıt aramak amacıyla katılımcıların suç davranışı ebeveynle birlikte yaşama durumuna göre değişip değişmediğine bağımsız gruplar için t testi analizi yapılmıştır. Çalışmanın t testi sonuçları Tablo 4’de verilmiştir.

Tablo 4. Ebeveynle Birlikte Yaşama Durumuna Göre Suç Davranışı Farklılaşma Sonuçları

	N	Ort	Ss	Sd	t	p
Var	181	62,12	25,08	211	0,282	0,775
Yok	32	63,53	29,55			

p>0.05

Tablo 4’de ebeveynleri ile birlikte yaşayan katılımcıların suç davranışı puan ortalaması (\bar{X} =62,12) birlikte yaşamayan ergenlerin suç davranışı ortalamasından (\bar{X} =63,53) daha düşük olduğu görülmesine rağmen bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Çocuk suçluluğu alanında yapılan çalışmalar suç davranışı sergileyen ergenlerin çoğunluğunun ebeveynleriyle birlikte yaşamaya devam etmediğini belirtirken bazı araştırmalar ebeveynlerle birlikte yaşama durumunun devam ettiğini göstermektedir.^{6,10,13,14,23-25,28,29} Sonuç olarak ebeveynlerle birlikte yaşama durumu ile suç davranışı arasındaki ilişkiye dair araştırma bulgusu ebeveynlerle birlikte veya ayrı yaşamının suç davranışı için belirleyici bir etken olmadığını, ebeveynlerle birlikte yaşamaktan çok çocuk-ebeveyn ilişkisinin ve etkileşiminin niteliğinin suç davranışının oluşumunda daha etkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle ebeveynin fiziksel varlığından çok ebeveynin niteliksel varlığı suçun oluşumunda daha önleyici bir etken olabilmektedir.

“Suç davranışı yaşanan semte göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?” sorusuna yanıt aramak için suça sürüklenen çocukların suç davranışı ortalamaları yaşanan semte göre incelenmiş olup elde edilen sonuçlar Tablo 5’de sunulmuştur.

Tablo 5. Suç Davranışı Puanlarının Yaşanılan Semte Göre Farklılaşma Sonuçları

Bağımsız Değişken								
Yaşanılan Semt	N	SDÖ Ort.	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ort.	F	p
Keçiören	37	47,81	Gruplar Arası	35251,623	5	7050,325	13,885	0,000
Çankaya	20	49,80						
Mamak	53	64,81						
Altındağ	54	81,81	Gruplar İçi	105109,372	207	507,775	13,885	0,000
Yenimahalle	32	52,50						
Diğer*	17	57,53						
Toplam	213	62,33	-	140360,995	212			

*Diğer: Etimesgut, Polatlı, Pursaklar ve Sincan

Tablo 5'e bakıldığında yaşanılan yere göre katılımcıların suç davranışı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($F_{5;207}=13,89$; $p<0,05$). Başka bir deyişle suça sürüklenen çocukların suç davranışları, yaşanılan semte bağlı olarak anlamlı bir şekilde değişmektedir. Bu değişimin hangi gruplar arasında olduğunu bulmak amacıyla yapılan Scheffe testi sonuçları; Altındağ semtinde yaşayan katılımcıların suç davranışı puan ortalamasının Keçiören, Çankaya, Yenimahalle, Mamak ve diğer semtlerde yaşayanların suç davranışı puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak Altındağ semtinde yaşayan çocuklar daha fazla suç davranışı sergilemektedir. Yaşanılan bölgeler arasında bu farklılık ekolojik perspektif ile açıklanabilir. Uluğtekin'e (2012) göre, ekolojik perspektifte birey çevresindeki sistemlerle karşılıklı etkileşim içinde değişmektedir ve gelişmektedir.³⁷ Bu değişim ve gelişim sürecinde bazı çevresel ve bireysel nedenler bu süreci olumsuz etkileyebilmekte ve bunun sonucu olarak suç davranışı gelişebilmektedir.

Yaşanılan bölgenin özellikleri ile suç davranışını açıklayan sosyolojik kuramlardan biri olan gerilim kuramının öncüsü Merton ekonomik açıdan dezavantajlı bölgelerdeki alt sınıftaki çocukların sosyal yapı içinde bir üst sınıfa

geçiş yapabilmek için suça sürüklenebileceğini belirtmektedir.³⁸ Alt kültür kuramına göre ekonomik açıdan daha alt düzeyde yaşayan çocuklar üst ve orta sınıftakilerin değer sistemleri ile sürekli çatışma yaşamakta, bu çatışma ile öz güven duygusu zedelenmekte, kendi kültüründeki çocuklar ile çeteleşme içine girmekte ve suça sürüklenmektedir.³⁹ Sosyal öğrenme kuramına göre; çocuklarda suç davranışının etkileşim halinde olunan sosyal sistemlerde suç davranışlarının model alınması ve taklit edilmesi ile gerçekleşebileceği belirtilmektedir. Tüm bu kuramlar çevrenin suç davranışı oluşumunda önemli etkisini belirtmektedir. En yüksek suç davranışı sergileyen çocukların yaşadığı Altındağ bölgesinin sosyoekonomik özelliklerine bakıldığında sosyoekonomik düzeyin diğer bölgelerden daha düşük olduğu, kentleşmenin henüz tamamlanmamış olmasından dolayı gecekondulaşmanın ve göç alımının halen devam ettiği görülmektedir. Coşar (2005)'e göre, şehir bölgelerindeki farklı suç oranlarının düşük sosyoekonomik düzey, yüksek göç alımı ve gecekondulaşma ile ilgili olduğu, dolayısıyla suça sürüklenen çocukların da göç olgusu ile birlikte daha çok gecekondulaşma bölgelerinde yaşadığı belirtilmektedir.⁴⁰ Bu nedenle yaşanılan bölgenin özelliklerinin çocuğun suça sürüklenmesinde etkili olabileceği söylenebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonuçlarına göre; ergenlik döneminde yaşa bağlı olarak suç davranışının arttığı, düşük eğitim seviyesinde olan ve okula devam etmeyen çocukların daha fazla suç davranışı sergilediği belirlenmiştir. Bu kapsamda ergenlik döneminde olan çocuklara yönelik okul temelli koruyucu ve önleyici hizmetlere, okul sosyal hizmet uygulamalarının başlatılmasına yönelik yasal düzenlemelerin hızlı bir şekilde hayata geçirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Okul sosyal hizmeti uygulamalarında önleyici programlar geliştirilerek belirli aralıklarla okul terk riski bulunan öğrencilerin belirlenmesi ve risk altındaki çocukların okula bağlılıklarının güçlendirilmesi için psikoeğitsel çalışmalar yapılmasının suç davranışının önlenmesinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca çocukların okula bağlılıklarının güçlenmesi için okul içinde kültürel ve sportif faaliyetlerin arttırılmasının hem serbest zamanlarını etkili değerlendirilmesi hem de sosyal çevredeki suç risklerinden de korunabilmesi için yararlı olabileceği düşünülmektedir. Araştırma bulgularına göre yaşanan semte göre çocukların suç davranışında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Bu nedenle özellikle dezavantajlı bölgelerde okul içi eğitici ve geliştirici programlara daha fazla ihtiyaç duyulmaktadır.

Araştırmada ergenlik döneminde suç davranışının yaş ile birlikte arttığı

belirlenmiştir. Özellikle Türkiye'deki çocuk adalet sisteminde ceza sorumlğunun 12 yaş ile başladığı düşünüldüğünde, 12 yaş öncesinde çocukların adalet kavramı, suçun hukuki yaptırımları, riskleri ve korunma yöntemleri gibi konularda farkındalık kazanmalarına yönelik düzenli olarak psikoeğitim programlarının uygulanması önerilmektedir.

Araştırma sonuçlarına göre ebeveyn eğitim seviyesi düştükçe çocukların suç davranışı artmaktadır. Araştırmanın bir diğer bulgusu da ebeveynlerle birlikte yaşama veya yaşamama durumunun suç davranışında bir farklılık oluşturmamasıdır. Bu durum fiziksel açıdan çocuğun yanında olmaktansa psikososyal açıdan çocuğa destek olmanın daha önemli olduğunu düşündürmektedir. Bu kapsamda çocukların suç davranışlarının engellenebilmesi için ebeveynlerin ebeveynlik becerilerini geliştirmeleri gerekmektedir. Dolayısıyla ergenlik dönemi özellikleri, çocukla iletişim ve sağlıklı ebeveyn uygulamaları konularında ebeveynlerin becerilerini geliştirmelerine yönelik hizmetlerin geliştirilmesi gerekmektedir. Ebeveynlerin bu konularda bilgi ve becerilerini geliştirmeleri durumunda çocukların suça eğilimli gelişimlerinde erken uyarı işaretlerini görebileceği ve etkili ebeveyn müdahaleleri sergileyebileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Hirschi, T. and Gottfredson, M. (1983). "Age and The Explanation of Crime". The American Journal Sociology, 89 (3), 552-584.
2. Yavuzer, H. (2011). Çocuk ve Suç. İstanbul: Remzi Kitabevi.
3. İçli, T.G. (2007). Kriminoloji. Ankara: Seçkin Yayınları.
4. Akyüz, E. (2000). Ulusal ve Uluslararası Hukukta Çocuğun Haklarının ve Güvenliğinin Korunması. Ankara: Milli Eğitim Basımevi.
5. Hablemitoğlu, Ş. (2011). "Aile İçi Şiddeti Önlemek Çocuk Suçluluğunu ve Mağduriyeti Azaltır mı?". Hançerli S, Sevinç B, Gürer C, Öner M.C. (Ed.). Suça Sürüklenen ve Mağdur Çocuklar (93-102). Ankara: Sabev Yayınları.
6. Balkaya, A. ve Ceyhan, E. (2007). "Lise Öğrencilerinin Suç Davranışı Düzeylerinin Bazı Kişisel ve Ailesel Nitelikler Bakımından İncelenmesi". Aile ve Toplum Dergisi, 3 (11), 13-27.
7. Baskin, A.R, Sommers, D.R, Newman, I.B. and Newman, J.P. (2013). "The Intersectionality of Sex, Race and Psychopathology In Predicting Violent Crimes". Criminal Justice and Behavior, 40, 1068-1091.
8. Sweeten, G, Piquero, A.R. and Steinberg, L. (2013). "Age and The Explanation of Crime". Journal Youth Adolescence, 10. doi: 10.1007/s10964-013-9926-4.
9. Kaner, S. (2001). "Anababa Denetimleriyle Ergenlerin Suç Kabul Edilen Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi". İçinde: 1.Ulusal Çocuk ve Suç: Nedenler ve Önleme Çalışmaları Sempozyum Bildiri Kitabı (229-254). Ankara: Yeniden Özgürlük Vakfı Yayını.

10. Şahinli, K. (2012). Çocuk Suçluluğuna Sebep Olan Ailesel Faktörler: Ankara Kapalı Çocuk Ve Gençlik Ceza İnfaz Kurumu'nda Bulunan Tutuklu ve Hükümlü Çocuklar Üzerine Bir Çalışma. Güvenlik Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
11. Tunceroğlu, Z. (2015). Suça Sürüklenen Çocuklarda Mükerrerliğin İrdelenmesi. Adli Tıp Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
12. Delikara, İ. (2001). Ergenlerin Akran İlişkileri ile Suç Kabul Edilen Davranışlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İçinde: 1.Ulusal Çocuk ve Suç: Nedenler ve Ölleme Çalışmaları Sempozyum Bildiri Kitabı (147-160). Ankara: Yeniden Özgürlük Vakfı Yayını.
13. Kara, İ, Demircan, E, Hançerli, S, Sevinç, B, Cüneyt, G, Kaya, A. ve Öner, M.C. (2011). "Suça Sürüklenen Çocuklar İçin Yeni Yaklaşımlar: Diyarbakır Örneği". Hançerli, S, Sevinç, B, Güner, C, Öner, M.C. (Ed.). Suça Sürüklenen ve Mağdur Çocuklar (353-365). İstanbul: Sabev Yayını.
14. Dinç, A. (2013). Çocuk Suçluluğunda Ailenin Rolü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kırıkkale.
15. McKoy, D.H. and Cui, M. (2013). "Parental Control, Adolescent Delinquency and Young Adult Criminal Behavior", J Child Fam Study,22, 836-843.
16. Türkiye İstatistik Kurumu. (2017). <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=98&locale=tr>. Erişim Tarihi: 15 Ekim 2017.
17. Hodgins, S, Kratzer, L. and McNeil, T.F. (2001). "Obstetric Complications, Parenting and Risk of Criminal Behaviour". Arch Gen Psychiatry, 58, 746-752.
18. Robles, S.C. and Gamble, W. (2006). "Parent-Adolescent Process and Reduced for Delinquency:The Effect of Gender for Mexican American Adolescents". Youth and Society, 37 (1), 375-392.
19. Ünal, H. (2010). "Ebeveynlerle Olan İlişkiler, Sapkın Arkadaşlar ve Sapkın Davranışlar". Sosyoloji Araştırmalar Dergisi, 13 (2), 215-248.
20. Şahin, F.Y. (2015). "Predicting Delinquency Levels in Turkish Adolescents". Hacettepe Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 30 (1), 313-323.
21. Siyez, D.M. and Aysan, F. (2007). "Ergenlerde Görülen Problem Davranışların Psiko-Sosyal Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler Açısından Yordanması". Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 20(1), 145-171.
22. Okorodudu, G.N. (2010). "Influence of Parenting Styles on Adolescent Delinquency in Delta Central Senatorial District". Edo Journal of Counselling, 3 (1), 58-86.
23. Leung, A. (2003). "Delinquency, Schooling and Work: Time Allocation Decision of Youth". Applied Economics Letters, 10, 943-949.
24. Duncan, G.J, Boisjoly, J. and Harris, M.K. (2001). "Sibling, Peer, Neighbour and Schoolmate Correlations as Indicators of The Importance of The Context For Adolescent Development". Demography, 38(3), 437-447.
25. Zimmermann, G. (2006). "Delinquency of Male Adolescents: The Role of Alexithymia and Family Structure". Journal of Adolescent, 29, 321-332.
26. Akduman, G.G, Akduman, B. ve Cantürk, G. (2007). "Çocuk Suçluluğunda Bazı Kişisel ve Aile Özelliklerinin İncelenmesi". Türk Pediatri Araştırmaları Dergisi, 42, 156-161.
27. Uludağlı, N.P. (2011). Suça Karışmış ve Karışmamış Ergenlerin Aile, Akran, Mahalle Özellikleri ile Psikolojik ve Akademik Niteliklerinin İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara
28. Çoban, S. (2014). "Bazı Sosyal Etkenlerin Çocuk Suçluluğu ile İlişkisi Üzerine Karşılaştırmalı Bir Araştırma". Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi, 31 (2), 77-95.
29. Afşin, R.Ş. (2017). Suça Sürüklenen Çocuklar ile Suça Sürüklenmeyen Çocukların Algıladıkları Anne Baba Tutumları, Bağlanma Stilleri ve Benlik Algılarının İncelenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
30. Öter, A. (2003). Çocuk Suçluluğunun Toplumsal Nedenleri: Antalya Örneği. Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Isparta.
31. Kunt, V. (2003). Suç ve Çocuk. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
32. Kaner, S. (2001). "Suç Davranışı Ölçeği Geliştirme Çalışması". İçinde: 1.Ulusal Çocuk ve Suç: Nedenler ve Ölleme Çalışmaları Sempozyum Bildiri Kitabı (1-13). Ankara: Yeniden Özgürlük Vakfı Yayını.
33. Bulut, F. (2010). Ergenlerde Görülen Kuraldışı Davranışların Aile İşlevselliği, Aile Risk Faktörü ve Yaşam Kalitesi Açısından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
34. Kim, H.S. and Kim, H.S. (2008). "The Impact of Family Violence, Family Functioning and Parental Partner Dynamics on Korean Juvenile Delinquency". Child Psychiatry Human Development, 39, 439-453.
35. Luallen, J. (2006). "School's Out Forever: A Study of Juvenile Crime, at-Risk Youths and Teacher Strikes". Journal of Urban Economics, 59, 75-103.
36. Anderson, M. (2014). "In School and Out of Trouble? The Minimum Dropout Age and Juvenile Crime". The Review of Economics and Statistics, 96 (2), 318-331.
37. Uluğtekin, S. (2012). Denetimli Serbestlik Altındaki Gençler ve Ailelerine İlişkin Araştırma: İhtiyaçlar ve Beklentiler. Ankara: Özgürlüğünde Yoksun Gençlerle Dayanışma Derneği Yayını.
38. Kızmaz, Z. (2005). "Sosyolojik Suç Kuramlarının Suç Olgusunu Açıklama Potansiyelleri Üzerine Bir Değerlendirme". Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 29 (2), 149-174.
39. Shoemaker, D.J. (2010). Theories of Delinquency: An Examination of Explanations of Delinquent Behavior. New York: Oxford University Press.
40. Çoşar, Y. (2005). "Kentleşen Türkiye'de Çocuk Suçluluğu". Türk Tabipler Birliği Dergisi, 56, 281- 327.

Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Eş Şiddeti Olgularını Bildirme Durumları ve İlişkili Faktörler

Nurses and Midwives' Reporting Cases of Intimate Partner Violence and Related Factors

Nazan KOŞTU¹, Aynur UYSAL TORAMAN²

ÖZ

Bu çalışma, hemşirelerin ve ebelerin kadına yönelik eş şiddeti olgularını bildirme durumlarını ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmış, tanımlayıcı ilişkisel tipte bir çalışmadır. Araştırma, İzmir ve Denizli'de bulunan kamu ve üniversite hastanelerinde Ocak-Mart 2015 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evreni 382 hemşire ve ebedir. Araştırmaya katılmayı kabul eden 258 hemşire ve ebe araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Veri toplama formu literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Veriler anket yöntemiyle toplanmıştır. Verilerin analizi SPSS 22.0 programında; sayı, yüzde, ortalama ve ki kare testiyle yapılmıştır.

Son bir yılda şiddet olgusuyla karşılaşanların oranı %37,2, karşılaştığı şiddet olgu sayısı ortalaması ise $7,73 \pm 10,10$ dur. Katılımcıların %89,5'i şiddet olgusu ile karşılaştığında bildirim yapabileceğini belirtmiştir. Hemşire ve ebelerin şiddet konusunda yeterli bilgisinin olması, kadına yönelik eş şiddeti bildiriminin mesleki uygulamalarının içinde yer alması, çalıştığı serviste kadına yönelik eş şiddeti kayıt formu bulunması, şiddet olgusuyla karşılaşıldığında müdahale etme, adli durumlar ve yasal danışmanlık sağlamak için kullanılacak doküman/prosedür/uygulamanın bulunması şiddet olgularını bildirmelerinde istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olan faktörlerdir ($p < 0,05$).

Çalışmanın sonuçları doğrultusunda; hemşire ve ebeler şiddet bildirimlerinin önemi ve bildirim yapmalarına ilişkin eğitim programlarının düzenlenmesi, kadına yönelik şiddet olguları ile karşılaşma olasılığı yüksek olan servislerden başlamak üzere konuya duyarlı çalışma ortamlarının yaratılması, gerekli bildirim formlarının ve izlenmesi gereken müdahale düzenlerinin oluşturulması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ebe, Hemşire, Kadına yönelik eş şiddeti, Şiddet bildirimini.

ABSTRACT

This study was conducted to determine the status of nurses and midwives reporting cases of intimate partner violence and the factors affecting this. This descriptive relational study was carried out in public and university hospitals in Izmir and Denizli between January-March 2015. The universe of the research is 382 nurses and midwives. In the study, 258 nurses and midwives were included in the study. The data collection form was created by the researchers in line with the literature. The data were collected by survey method. Data; In SPSS 22.0 statistics program; average, number, percent and chi-square were evaluated by analysis.

The proportion of those who have experienced violence in the last one year is 37.2%, and the average number of cases experienced violence is 7.73 ± 10.10 . 89.5% of the participants stated that they can report when they encounter violence. Having sufficient knowledge of nurses and midwives about violence, involving in the professional practices of the spouse of intimate partner violence, having a registration form for women in the service where she works, intervention in the event of violence, finding documents/procedures/practices that can be used to provide legal advice and legal counseling. It was determined as the factors that had a statistically significant effect in reporting violence cases ($p < 0.05$).

In line with these results, it is recommended to organize training programs on the importance of reporting violence to nurses and midwives and to make notifications, to create working environments sensitive to the subject, to create necessary notification forms and intervention schemes to be followed, starting from the services that are likely to encounter intimate partner violence.

Keywords: Abuse reporting, Intimate partner violence, Midwife, Nurse.

* Bu çalışma 17-20 Haziran 2015 tarihinde İzmir/Türkiye'de düzenlenen 1. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

¹ Öğr. Gör. Dr. Nazan KOŞTU, Halk Sağlığı Hemşireliği, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, nkostu@pau.edu.tr, ORCID: 0000-0003-3458-8204

² Prof. Dr. Aynur UYSAL TORAMAN, Halk Sağlığı Hemşireliği, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, aynur.uyosal@ege.edu.tr, ORCID: 0000-0001-8176-4042

İletişim / Corresponding Author: Nazan KOŞTU
e-posta/e-mail: nkostu@pau.edu.tr

Geliş Tarihi / Received: 24.05.2020

Kabul Tarihi/Accepted: 14.02.2021

GİRİŞ

Kadına yönelik eş şiddeti; cinsiyet eşitsizliğine dayalı bir insan hakları ihlalidir. Tüm dünyada giderek artan bir halk sağlığı problemidir ve sürdürülebilir kalkınmaya engeldir.¹ Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) (2019) göre; dünyada her üç kadından biri (%35) hayatının herhangi bir kesitinde fiziksel ya da cinsel şiddete uğramaktadır. Avrupa bölgesinde ise bu oran %27'dir. Dünya genelinde kadınlar en yaygın olarak (%30) eşi veya partneri/birlikte yaşadığı kişiden şiddet görmektedir. Dünyada kadın cinayetlerinin üçte biri de (%38) yine kadınların eşi veya partneri/birlikte yaşadığı kişi tarafından gerçekleştirilmektedir.¹ Türkiye'de yapılan ülke tabanlı bir çalışmada kadınların %36'sı hayatının herhangi bir kesitinde eşi veya birlikte yaşadığı erkekten fiziksel şiddet görmektedir. Son bir yılda ise kadınların eşlerinden fiziksel şiddet görme sıklığı %8, cinsel şiddet görme sıklığı %5, psikolojik şiddet görme sıklığı %26, ekonomik şiddet görme sıklığı %15 olarak saptanmıştır.² Türkiye'de yapılan sistematik ve meta analiz çalışmalarında kadınların şiddet görme oranları %13-78 arasında değişmektedir.^{3,4} Bu araştırmalar, dünyada olduğu gibi Türkiye'de de şiddete maruz kalan kadınların prevalansının yüksek olduğunu göstermektedir.

Dünyada şiddete maruz kalan kadınların çoğunluğu (%55-95) bunu açıkla(ya)mamaktadır ya da yardım alabileceği herhangi bir hizmet bulamamaktadır.¹ Türkiye'de de durum benzerdir. Kadınlar yaşadıkları şiddeti çoğunlukla anlatmamakta ve yalnız göğüslemektedirler.^{2,3,5} Şiddet gören kadınların yardım istemek için bu konuda hizmet veren bir kurum/kuruluşa başvurma oranları son derece düşüktür.²

Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde kadına yönelik şiddetin yüksek yaygınlığına rağmen şiddet olgularını gerekli kurumlara bildirimini yetersiz olduğu görülmektedir. Avrupa Birliği ülkelerinde yapılan bir çalışmada (2014), şiddete uğrayan

kadınların çok azının kayıtlara geçtiği, kadına yönelik eş şiddeti olgularının sadece %14'ünün, diğer kadına yönelik şiddet olgularının ise sadece %13'ünün rapor edildiği bildirilmektedir.⁶ Literatürde özellikle sağlık çalışanlarının şiddet olgusuyla karşılaştığında olguları rapor etme ve bildirmede yaşayabilecekleri bazı sorunlardan ve engellerden bahsedilmektedir. Şiddet olgularını rapor etmenin; şiddete uğramış kadınların güvenliği ve refahı için bir tehdit oluşturabileceği, mağdur kadının yardım isteme ve sağlık profesyonelleriyle şiddet konusunda iletişim kurma konusunda engel oluşturabileceği ifade edilmektedir.⁷⁻⁹ Yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının çoğu mağdur itiraz ederse eğer şiddet olgusunu rapor etmeyeceğini ve etik kaygılarını dile getirmişlerdir.¹⁰ Türkiye'de yapılan çalışmalarda da sağlık çalışanlarının karşılaştıkları şiddet olgularını rapor etme ile ilgili engellerinin olduğunu ve şiddet olgularını gerekli kurumlara bildirimini yetersiz olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır.¹¹⁻¹³

Sağlık sektörü, cinsel ve üreme sağlığı dâhil olmak üzere kapsamlı bir sağlık hizmetleri sunarak ve diğer destek hizmetlerine sevk sağlayarak kadına yönelik şiddetle mücadelede önemli bir rol oynamaktadır. DSÖ, sağlık sektörünün şiddetin tespit edilmesi, diğer sektörlerle iş birliği yaparak önleme politikalarının geliştirilmesi, kadına yönelik şiddetin halk sağlığı sorunu olarak tanınması ve uygun kaynakların tahsis edilmesi için savunuculuk yapmasının gerekliliğine işaret etmektedir.¹ Sağlık sektörü içerisinde yer alan hemşire ve ebeler çalışma yaşamlarında hizmet verdikleri kadınlarla etkileşimde bulunabilme fırsatları olmaktadır. Bu nedenle şiddete uğrayanları belirleme ve onlara müdahalede bulunmada önemli bir grupturlar. Hemşire ve ebelerin; şiddet yaşayan kadınların belirlenmesi, risk grubunda olan kadınların desteklenmesi ve bakımında önemli rolleri bulunmaktadır.^{14,15}

Dünyada ve ülkemizde kadına yönelik şiddetle ilgili geniş toplum tabanlı araştırmalar olmasına karşın, sağlık çalışanlarının karşılaştıkları şiddet olgularını bildirmeleri ile ilgili araştırmalar sınırlı sayıdadır.^{1-3,6,9,10-12,16} Bu nedenle, hemşire ve ebelerin kadına yönelik eş şiddet olgularını bildirme durumlarının değerlendirilmesi

amacıyla yapılan bu araştırmanın kadına yönelik şiddetle mücadele çalışmalarına bilgi sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın amacı hemşire ve ebelerin kadına yönelik eş şiddet olgularını bildirme durumlarını ve bununla ilişkili faktörleri belirlemektir.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, tanımlayıcı ilişkiyel tipte bir araştırmadır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Türkiye’de Ege Bölgesinde İzmir ve Denizli illerinde bulunan dört Kamu, iki Üniversite Hastanesinde Ocak-Mart 2015 tarihlerinde yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini İzmir ve Denizli illerinde bulunan altı hastanenin (dört kamu, iki üniversite hastanesi) kadına yönelik eş şiddet vakalarıyla karşılaşma olasılığı daha yüksek olan Kadın Doğum ve Acil Servislerinde çalışan toplam 382 hemşire ve ebe oluşturmaktadır. Araştırmada örnekleme seçimine gidilmeden evrenin tamamının katılımı hedeflenmiştir. Fakat çalışmaya katılmayı kabul etmeme veya araştırmanın yapıldığı tarihlerde izinde olma gibi sebeplerle 258 hemşire ve ebe araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırmaya katılım oranı %67,5’tir.

Veri Toplama Araçları

Veri toplama formu literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur.^{2,6,9,12,13,16} Veri toplama formunda hemşire ve ebelerin

sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu vb.), mesleki özellikleri (unvan, çalıştığı kurum, servis, çalışma yılı vb.) şiddet olguları ile ilgili müdahale ve bildirim durumlarına ilişkin 28 soru bulunmaktadır.

Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacılar tarafından, anket yöntemi ile toplanmıştır. Soruların yanıtlanması 10-15 dakikalık bir süre almıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Science; Chicago, IL, USA) programında yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama ve ki kare analizi kullanılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında, $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırma Etik Yönu

Araştırma için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar etik kurul izni (Sayı:70198063-050.06.04), araştırmanın yapıldığı İzmir ve Denizli ilindeki dört kamu ve iki üniversite hastanesinden kurum izinleri, katılımcılardan sözel izin alınmıştır. Katılımcılar anket formlarında isim belirtmemişlerdir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmaya katılan hemşire ve ebelerin yaş ortalamaları $34,37 \pm 8,43$ yıldır. Katılımcıların %65,9’u hemşire, %34,1’i ebedir. Hemşire ve ebelerin %67,8’i lisans ve üstü eğitim durumuna sahipken, %68,6’sı altı yıl ve üstü süredir çalışmaktadır. Hemşire ve ebelerin buldukları serviste çalışma

sürelerinin ortalaması ise $4,41 \pm 4,82$ yıldır (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

Değişkenler	Sayı	%
Yaş grupları		
18-25 yaş	52	20,2
26-30 yaş	39	15,1
31-40 yaş	107	41,5
41 ve üzeri yaş	60	23,2
Cinsiyet		
Kadın	227	88,0
Erkek	31	12,0
Medeni durum		
Evli	168	65,1
Bekâr	90	34,9
Çalıştığı kurum		
Üniversite Hastanesi	79	30,6
Doğum ve Kadın Hast. Hastanesi	79	30,6
Devlet Hastanesi	100	38,8
Servis		
Kadın Doğum Servisi	124	48,1
Acil Servis	134	51,9
Unvan		
Hemşire	170	65,9
Ebe	88	34,1
Eğitim durumu		
Sağlık Meslek Lisesi/Ön lisans	83	32,2
Lisans ve üzeri	175	67,8
Çalışma yılı		
0-5 yıl	81	31,4
6 yıl ve üzeri	177	68,6
Serviste çalışma yılı		
0-5 yıl	163	63,2
6 yıl ve üzeri	95	36,8
Toplam	258	100,0

Hemşire ve ebelerin %75,2'si öğrenimleri süresinde kadına yönelik şiddete ilişkin herhangi bir eğitim almamıştır. Katılımcıların sadece %22,9'u çalışma süresi boyunca kadına yönelik şiddetle ilgili hizmet içi eğitim aldığını belirtmiştir. Şiddetle ilgili hizmet içi eğitim aldığını belirtenlerin de %54,2'si çalıştıkları hastanede, %35,6'sı il sağlık müdürlüğünde, %10,2'si ise katıldıkları sempozyum/kongre gibi etkinliklerde şiddet konusunda eğitimi aldığını ifade etmiştir. Son bir yılda ise katılımcıların %93,4'ü kadına yönelik şiddetle ilgili herhangi bir eğitim almamıştır. Hemşire ve ebelerin %63,6'sı kadına yönelik eş şiddetiyle ilgili yeterli bilgisinin olmadığını, %76,4'ü şiddet konusunun mesleki uygulamaları içerisinde yer alması gerektiğini ifade etmiştir.

Tablo 2. Çalışılan Serviste Kadına Yönelik Eş Şiddetine İlişkin Uygulamalar

Uygulamalar	Sayı	%
Bilgilendirici poster/afiş/broşür		
Var	30	11,6
Yok	228	88,4
Kadına yönelik eş şiddeti tarama formu		
Var	55	21,3
Yok	203	78,7
Kadına yönelik eş şiddeti kayıt formu		
Var	61	23,6
Yok	197	76,4
Şiddet olgularına müdahale etmeye yönelik doküman/prosedür/uygulama		
Var	59	22,9
Yok	199	77,1
Adli durumlar için doküman/prosedür/uygulama		
Var	67	26,0
Yok	191	74,0
Kurbanla görüşme ve güvenlik değerlendirmesine yönelik doküman/prosedür/uygulama		
Var	46	17,8
Yok	212	82,2
Yasal danışmanlık sağlamaya yönelik doküman/prosedür/uygulama		
Var	87	33,7
Yok	171	66,3
Toplam	258	100,0

Hemşire ve ebelerin %88,4'ü çalıştığı serviste herkesin kolayca görebileceği veya ulaşabileceği şekilde şiddetle ilgili bilgilendirici herhangi bir poster/afiş/broşür bulunmadığını belirtmiştir. Katılımcıların çoğunluğu çalıştıkları serviste kadına yönelik eş şiddetine ilişkin tarama formu (%78,7) ve kayıt formunun (%76,4) bulunmadığını ifade etmiştir. Hemşire ve ebelerin çoğunluğu şiddet olgularıyla karşılaştığında; müdahale etme, kurbanla görüşme ve güvenlik değerlendirmesi yapma, yasal danışmanlık sağlama ve adli durumlar için kullanılacak doküman/uygulama/prosedürün olmadığını belirtmiştir (Tablo 2).

Tablo 3. Son Bir Yılda Kadına Yönelik Eş Şiddeti Olgusuyla Karşılaşma Durumu

Değişkenler	Sayı	%
Şiddet olgusuyla karşılaşma		
Evet, karşılaştım	96	37,2
Hayır, karşılaşmadım	162	62,8
Toplam	258	100,0
Karşılaştığı şiddet olgu sayısı		
1-2 olgu	36	37,5
3-4 olgu	22	22,9
5 ve üzeri olgu	38	39,6
Toplam	96*	100,0
Karşılaştığı olguyla ilgili nasıl bir girişimde bulunduğu		
Tedavi ve bakım/İleri tıbbi tanı ve tedaviye yönlendirme	71	22,4
Polise bildirme	65	20,5
Kadına yönelik aile içi şiddet formu doldurma	54	17,0
Yasal hakları konusunda bilgilendirme	38	12,0
Psikolojik destek	37	11,7
Kadın ve çocuk koruma hizmetlerine yönlendirme	31	9,8
Güvenlik planı geliştirme	14	4,4
Hiçbir şey yapmama/Kadının şikâyeti yoktu	7	2,2
Toplam	317**	100,0

* Şiddet vakasıyla karşılaşanlar arasında

** Birden çok yanıt verilmiştir

Son bir yılda şiddet olgusuyla karşılaşanların oranı %37,2, karşılaştığı şiddet olgu sayısı ortalaması ise $7,73 \pm 10,10$ dur. Karşılaştığı olguyla ilgili %22,4'ü tedavi ve bakımını yaptığını, %20,5'i polise bildirdiğini, %17,0'si kadına yönelik aile içi şiddet formu doldurduğunu, %12,0'si yasal hakları konusunda bilgilendirdiğini ifade etmiştir (Tablo 3).

Katılımcıların %89,5'i şiddet olgusu ile karşılaştığında bildirim yapabileceğini belirtirken, %10,5'i bildirim yapmayacağını belirtmiştir. Bildirim yapmama nedeni olarak %34,3'ü yasal süreçleri bilmediği, %20,0'si konuyla uğraşmak istemediği, %17,1'i sosyal hizmetlerin/polisin konuyla ilgilenmeyeceğini düşündüğü ve %17,1'i de kadını daha kötü bir duruma sokacağından

korktuğu için olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Şiddet Olgusuyla Karşılaşma Durumunda Bildirim Yapmaya Yönelik Bulgular

Değişkenler	Sayı	%
Bildirim yapma davranışı		
Bildirim yaparım	231	89,5
Bildirim yapmam	27	10,5
Toplam	258	100,0
Bildirim yapmama nedeni		
Yasal süreçleri bilmiyorum	12	34,3
Konuyla uğraşmak istemiyorum	7	20,0
Sosyal hizmetlerin/polisin konuyla ilgilenmeyeceğini düşünüyorum	6	17,1
Kadını daha kötü duruma sokacağımdan korkuyorum	6	17,1
Kime bildireceğimi bilmiyorum	3	8,6
Zamanım yok	1	2,9
Toplam	35*	100,0

* Birden çok yanıt verilmiştir

Hemşire ve ebelerin şiddet konusunda yeterli bilgisinin olması, kadına yönelik eş şiddeti bildiriminin mesleki uygulamalarının içinde yer alması, çalıştığı serviste kadına yönelik eş şiddeti kayıt formu bulunması, şiddet olgusuyla karşılaşıldığında müdahale etme, adli durumlar ve yasal danışmanlık sağlamak için kullanılacak doküman/prosedür/uygulamanın bulunması şiddet olgularını bildirmelerinde istatistiksel olarak anlamlı faktörlerdir ($p < 0,05$) (Tablo 5).

Hemşireler ve ebeler, şiddete uğramış ve toplumdan izole olmuş kadınların evleri dışında ilişki kurabilecekleri en yakın sağlık profesyonelleri olmaları nedeniyle önemli bir konumdadırlar. Bu nedenle şiddetle mücadelede anahtar bir roledirler.¹⁵

Çalışmamızda hemşire ve ebelerin çoğunluğu öğrenimleri süresinde ve çalışma süreleri içerisinde son bir yılda kadına yönelik şiddete ilişkin herhangi bir eğitim almamıştır. Literatürde konuyla ilgili yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmaktadır.^{11-13,17} Oysaki kadına yönelik şiddetle mücadelede sağlık çalışanlarının konuyla ilgili eğitilmeleri üzerinde durulması gereken bir konudur.

Tablo 5. Bazı Değişkenlere Göre Katılımcıların Bildirim Yapma Davranışıyla İlişkili Faktörler

	Bildirim yaparım		Bildirim yapmam		
	Sayı	%*	Sayı	%*	
Şiddetle ilgili yeterli bilgisi					
Evet, yeterli bilgim var	92	97,9	2	2,1	$X^2= 10,971$ $p= .000$
Hayır, yeterli bilgim yok	139	84,8	25	15,2	
Şiddet konusunun mesleki uygulamaları içerisinde yer alması					
Evet, yer almalıdır	186	94,4	11	5,6	$X^2= 21,189$ $p= .000$
Hayır, yer almamalıdır	45	73,8	16	26,2	
Kadına yönelik eş şiddeti kayıt formu					
Var	59	96,7	2	3,3	$X^2= 4,403$ $p= .024$
Yok	172	87,3	25	12,7	
Şiddet olgularına müdahale etmeye yönelik doküman/prosedür/uygulama					
Var	57	96,6	2	3,4	$X^2= 4,087$ $p= .029$
Yok	174	87,4	25	12,6	
Adli durumlar için doküman/prosedür/uygulama					
Var	65	97,0	2	3,0	$X^2= 5,404$ $p= .012$
Yok	166	86,9	25	13,1	
Yasal danışmanlık sağlamaya yönelik doküman/prosedür/uygulama					
Var	83	95,4	4	4,6	$X^2= 4,823$ $p= .020$
Yok	148	86,5	23	13,5	
Toplam	231	89,5	27	10,5	

* Satır % si alınmıştır

Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet olgularını tespit edebilmesi, olgulara yönelik gerekli müdahaleleri yapabilmesi ve şiddete uğrayan kadınları uygun kurumlara yönlendirebilmesi için bu konuda yeterli eğitim almış olması gerekir.¹⁸ Yapılan çalışmalarda şiddet olgularına uygun müdahale etmede eğitim programlarının etkili olduğu belirtilmektedir.^{8,19-23}

Sağlık çalışanlarında kadına yönelik şiddete karşı duyarlılık oluşturmada, mesleki rol ve yasal sorumlulukları bilmelerini sağlamada mezuniyet öncesi, mezuniyet sonrası ve sürekli eğitim programlarıyla desteklenmeleri önemlidir.⁸ Oysaki çalışmaya katılan hemşire ve ebelerin çoğunluğu kadına yönelik eş şiddetiyle ilgili bilgisinin yetersiz olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca çalışmamızda katılımcıların şiddet konusunda yeterli bilgisinin olması şiddet olgularını bildirmede istatistiksel olarak anlamlı faktörlerden birisidir.

Acil servis personeliyle yapılan bir çalışmada katılımcıların çoğunun şiddet kurbanına nasıl profesyonel yaklaşacakları konusunda eğitimsiz oldukları, şiddet kurbanına yardım etmede kendilerini yetersiz hissettikleri bulunmuştur.¹³ Başka bir çalışmada da hemşirelerin çoğunluğu şiddet konusunda yeterli bilgisi olmadığı için şiddete maruz kalan kadınlara müdahale edemeyeceklerini ve müdahale etmede kendilerini yeterli hissetmediklerini belirtmişlerdir.¹⁶ Kadına yönelik şiddetle mücadelede anahtar rol konumundaki hemşire ve ebelerin çoğunluğunun bilgilerinin yetersiz olması şiddetin saptanmasında ve bildirimini yapılmasında önemli bir engel oluşturabilir.

Çalışmamızda hemşire ve ebelerin üçte biri son bir yılda şiddete maruz kalmış bir kadınla karşılaşmış olup, son bir yılda karşılaştıkları şiddet olgu sayısı ortalaması $7,73 \pm 10,10$ dur. Literatürde de sağlık çalışanlarının çoğunluğu şiddete maruz kalmış bir kadınla karşılaşmıştır.^{13,17,24}

Çalışmamızda hemşirelerin ve ebelerin şiddete uğramış bir kadınla karşılaştığında en çok tedavi ve bakımını yapma (%22,4), polise bildirme (%20,5), kadına yönelik aile içi şiddet formu doldurma (%17,0), yasal hakları konusunda bilgilendirme (%12,0), psikolojik destek verme (%11,7) şeklindedir. Çalışmaya katılanların yalnızca %2,2'si hiçbir şey yapmadığını belirtmiştir. Bu bulgu literatürdeki çalışmalarla benzerdir. Yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının şiddet olgularıyla karşılaştıklarında benzer müdahalelerde buldukları görülmektedir.^{12,17,25} Diğer yandan, bazı çalışmalarda ise hemşirelerin şiddet olgularıyla karşılaştığında nasıl sorular soracağı, ne yapması ya da ne söylemesi gerektiğini bilmede zorlandığı belirtilmektedir.^{25,26,27} Bu nedenle hemşire ve ebelere şiddet olgularıyla karşılaştıklarında nasıl müdahale etmeleri gerektiği, şiddet mağduruyla görüşme yöntemleri, uygun soru sorma teknikleri gibi konularda yeterli eğitim ve destek sağlanmalıdır. Böylece hemşire ve ebeler şiddete maruz kalmış kadınların fiziksel, duygusal ve güvenlik gereksinimlerini karşılamada daha etkin olabilirler.¹⁸

Çalışmamızda hemşire ve ebelerin çoğunluğu şiddet olgusu ile karşılaştığında bildirim yapabileceğini belirtirken, %10,5'i bildirim yapmayacağını belirtmiştir. Bildirim yapmama nedeni olarak en çok; yasal süreçleri bilmediği, konuyla uğraşmak istemediği, sosyal hizmetlerin/polisin konuyla ilgilenmeyeceğini düşündüğü ve kadını daha kötü bir duruma sokacağından korktuğu için olduğu ifade edilmiştir. Başka çalışmalarda da benzer bulgular bulunmuştur. Yayla (2009)'nın çalışmasında sağlık çalışanlarının çoğunluğunun kadına yönelik şiddet olgusuyla karşılaştıklarında bildirimde bulunacağı saptanmıştır.²⁸ Sarıbyık (2012)'in çalışmasında hemşire ve ebelerin çoğunun kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaştığında bildirim yapacağı belirlenmiştir.¹² Aynı çalışmada bildirim yapmama nedenleri incelendiğinde katılımcıların şiddet gören kadını daha kötü duruma düşüreceğini düşündüğünden, yasal süreçlerle ilgili bilgilerinin yetersizliğinden,

sosyal servislerin konuyla ilgilenemeyeceğini düşündüğünden bildirim yapmadığı belirtilmiştir.¹² Kurt ve Gün (2017) çalışmasında aile içi şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaştığında bildirim yapmayı düşünen sağlık personeli oranı %84,1'dir.¹¹ Aynı çalışmada sağlık personeli bildirim yapmama nedeni olarak en fazla mağduru şimdiki durumundan daha kötü bir duruma sokuyor olmaktan korkma ve yasal süreçlere ait bilgisinin olmaması gösterilmiştir.¹¹ Yapılan bu çalışmalar bizim bulgularımızı destekler niteliktedir. Ancak literatürde şiddet olgusuyla karşılaşıldığında bildirimde bulunma konusunda farklı bulgular da vardır. Barnett ve arkadaşları (2005), sağlık profesyonellerin şüpheli olguların yaklaşık %50'sini bildirmediğini belirtmektedir.²⁹ Davas Aksan ve Aksu (2007)'nin çalışmasında, acil servis personelinin çoğunluğu aile içi şiddet vakalarında adli vaka raporu tutmaya gerek olmadığını belirtmiştir.¹³ Ramsay ve arkadaşlarının (2012) İngiltere'de sağlık çalışanlarıyla yaptıkları çalışmada mağdur kadın şiddete uğradığını ortaya koymadığı müddetçe bildirimde bulunulmaması görüşüne her beş sağlık çalışanından biri katılmaktadır.²⁴ Smith ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında hemşirelerin %27'si istismardan şüphelendiklerini ancak "yeterli kanıtın bulunmaması" nedeniyle şiddet olgularını rapor etmediklerini belirtmişlerdir.⁹

Çalışmamızda bildirim yapmanın ilişkili olduğu faktörlerden birisi, hemşire ve ebelerin çoğunluğu tarafından şiddete maruz kalanlara bakım vermenin ve kadına yönelik şiddet konusunun hemşirelik görevi/uygulamaları içerisinde yer alması gerektiği görüşüdür. Kadına yönelik şiddet olgusuyla karşılaştığında bildirim yapabileceğini belirten hemşirelerin ve ebelerin çoğunluğu bu konunun mesleki uygulamaları içerisinde yer aldığını ifade etmişlerdir.

İsveç'te birinci basamak sağlık hizmetlerindeki hemşirelerde yapılan bir çalışmada çoğunluğu şiddet konusunda soru sormadıkları veya soru sorma konusunda tereddüt yaşadıklarını söylemişlerdir. Aynı

çalışmada şiddete maruz kalan kadınları tanımlamanın kendi sorumlulukları olmadığı, özellikle hekimler veya sosyal çalışmacıların kadınların ihtiyaçlarını daha iyi karşılayabileceklerini düşündüklerinden soru sorma sorumluluklarını diğer profesyonellere aktarmışlardır.²⁶ Yaman Efe ve Taşkın (2012)'ın çalışmasında hemşirelerin neredeyse yarısı aile içi şiddete maruz kalanlara bakmanın hemşirenin görevi olmadığı görüşündedir. Hemşireler, bu görevin psikiyatrilerle veya sosyal hizmet uzmanlarına ait olduğuna inanmaktadır.¹⁶

Oysaki kadına yönelik eş şiddetiyle mücadele multidisipliner bir iş birliğini gerektirmektedir. Sağlık çalışanları bu disiplinlerden birini oluşturmaktadır.¹⁴ Çalışmamızdaki hemşire ve ebelerin çoğunluğunun kadına yönelik şiddet konusunun hemşirelik uygulamaları içerisinde yer alması gerektiğini ve şiddete uğramış bir kadınla karşılaştığında bildirimde bulunacağını belirtmesi şiddetle mücadele açısından olumlu bir bulgudur.

Şiddet olgularında bildirim yapmak hem mesleki bir sorumluluk hem de yasal bir zorunluluktur. Öncelikle Türk Ceza Kanunu ve 6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanunda belirtildiği üzere yasalarımıza göre kadına yönelik şiddet bir suçtur. Gerek uluslararası düzenlemeler gerekse yasalarımız kadına yönelik şiddetle mücadelede ilgili kurum ve kuruluşlara önemli görev ve sorumluluklar yüklemektedir.¹⁴ Bu nedenle hemşire ve ebeler, şiddete maruz kalan kadınlara uygun şekilde müdahale etmeli ve olguları gerekli yerlere bildirmelidir.

Sağlık kurumlarında kadına yönelik şiddet ile ilgili prosedür/talimat/uygulamanın varlığı, hemşire ve ebelerin şiddet olgularıyla karşılaştığında izlenecek yolu göstermesi ve yasal hakların uygulanabilmesi ve şiddet mağduruna uygun müdahaleyi yapabilmek açısından oldukça önemlidir. Katılımcıların çoğunluğu çalıştığı serviste kadına yönelik eş şiddetiyle ilgili herhangi bir doküman/prosedür/uygulamanın olmadığını belirtmiştir. Çalışmamızda, çalıştığı serviste kadına yönelik eş şiddeti kayıt formu

bulunması, şiddet olgusuyla karşılaşıldığında müdahale etme, adli durumlar ve yasal danışmanlık sağlamak için kullanılacak doküman/prosedür/uygulamanın bulunması şiddet olgularını bildirmelerinde ilişkili olan faktörlerdir.

Kadına yönelik şiddete karşı etkili mücadele stratejilerinden birisi de hemşire ve ebelerin şiddete maruz kalan kadınla karşılaştıklarında görev ve sorumluluklarını yerine getirebilmeleridir.¹⁴ Hemşire ve ebelerin konu hakkında yeterli bilgilerinin olmaması veya kendilerini konuya müdahale etme konusunda hazır hissetmemelerinin yanında uygun bir çalışma ortamlarının olmaması, şiddet olgularıyla karşılaştıklarında izlenecek doküman/prosedür/uygulamanın olmaması şiddet olgularına müdahale etmelerini engelleyebilir. Yapılan çalışmalarda, sağlık çalışanlarının şiddet olgularına müdahale etmemelerinin kurumsal nedenleri; görüşme için özel bir ortam bulunmaması, kadını sevk edecek sosyal hizmetlerin olmaması, yeterli zamanlarının olmaması ve kadına yönelik şiddeti sorgulamak için bir stratejilerinin olmaması olarak belirtilmektedir.^{9,16,26} Davas Aksan ve Aksu (2007)'nin çalışmasında, acil sağlık personelinin çoğunluğunun şiddet olgularında uyulması gereken yasal prosedürler hakkında bilgi sahibi olmadığı bulunmuştur.¹³ Yayla (2009)'nın çalışmasında hemşirelerin ve ebelerin neredeyse tamamı şiddet olgularına ilişkin prosedür/talimatın olup olmadığını bilmediğini veya olmadığını belirtmiştir.²⁸

Bununla birlikte, kadına yönelik şiddete müdahale etmek sadece fiziksel sağlık problemlerine odaklı tıbbi tanı, tedavi ve bakım ile sınırlı değildir. Şiddete maruz kalan kadınlarla görüşme yapma, duygusal destek sağlama, bilgi ve danışmanlık hizmetleri sağlama ve diğer disiplinlerle koordineli çalışmak için yeterli zamana, uygun çalışma ortamına ve şiddet olgularıyla karşılaştıklarında izlenecek stratejilerin/prosedürlerin/uygulamaların varlığına ihtiyaç vardır. Bu nedenle hemşire ve ebelerin çalışma ortamlarında konuyla ilgili uygun ortamların oluşturulması, kadına

yönelik şiddete uygun müdahale alanlarının sağlanması ve şiddet olgularıyla karşılaştıklarında izlenecek yolları göstermesi açısından

doküman/prosedür/uygulamanın olması gerekmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda hemşire ve ebelerin çoğunluğu öğrenimleri süresinde kadına yönelik şiddete ilişkin herhangi bir eğitim almamıştır. Şiddete uğramış kadınla karşılaştıklarında çoğunlukla tedavi ve bakıma yönelik uygulamalar yaptıkları görülmektedir. Çalışmamızda hemşire ve ebelerin çoğunluğu şiddet olgusu ile karşılaştığında bildirim yapabileceğini belirtmektedir. Araştırmaya katılanlarının çoğunluğu çalıştığı bölümde şiddetle ilgili herhangi bir poster/afiş/form bulunmadığını belirtmiştir. Hemşire ve ebelerin şiddet konusunda yeterli bilgisinin olması, kadına yönelik eş şiddeti bildirimlerinin mesleki uygulamalarının içinde yer alması, çalıştığı serviste kadına yönelik eş şiddeti kayıt formu bulunması, şiddet olgusuyla karşılaşıldığında müdahale etme, adli durumlar ve yasal danışmanlık sağlamak için kullanılacak doküman/prosedür/uygulamanın bulunması

şiddet olgularını bildirmelerinde istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olan faktörlerdir.

Bu sonuçlar doğrultusunda, hemşire ve ebelere kadına yönelik şiddetle mücadele, şiddet bildirimlerinin önemi ve bildirim yapmalarına ilişkin eğitim programlarının düzenlenmesi, konuyla ilgili hizmet içi eğitimlerin düzenli olarak sağlanması, kadına yönelik şiddet olguları ile karşılaşma olasılığı yüksek olan servislerden başlamak üzere konuya duyarlı çalışma ortamlarının yaratılması, şiddet olgusuyla karşılaştığında müdahale etmeye yönelik prosedürlerin/uygulamaların oluşturulması, çalışma ortamlarında şiddet olgularının gerekli kurumlara bildirilmesinde kullanılacak kadına yönelik şiddet kayıt formu ve bildirim formlarının yaygınlaştırılarak kullanılması, şiddet olgularında gerekli bildirim formlarının ve izlenmesi gereken müdahale düzenlerinin oluşturulması önerilir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. (WHO). (2019). "Respect Women: Preventing Violence Against Women". Geneva: World Health Organization (WHO/RHR/18.19). Licence: CC BY-MC-SA 3.0 IGO. Erişim adresi: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/preventin-g-vaw-framework-policymakers/en/> (Erişim tarihi: 02.05.2020).
2. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (HÜNEE). (2014). Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması (ISBN:978-605-4628-75) (s:83-93). Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık.
3. Özcan, N.K, Günaydın, S. and Çitil, E.T. (2016). "Domestic Violence Against Women in Turkey: A Systematic Review and Meta-Analysis". Arch Psychiatr Nurs, 30, 620-629. doi: 10.1016/j.apnu.2016.04.013
4. Guvenc, G, Akyuz, A. and Cesario, S.K. (2014). "Intimate Partner Violence Against Women in Turkey: A Synthesis of the Literature". J Fam Violence, 29 (3), 333-341. doi: 10.1007/s10896-014-9579-4
5. Sen, S. and Bolsoy, N. (2017). "Violence Against Women: Prevalence and Risk Factors in Turkish Sample". BMC Womens Health, 17 (1), 100. doi: 10.1186/s12905-017-0454-3
6. European Union Agency For Fundamental Rights. (FRA). (2014). "Violence Against Women: An EU-Wide Survey". Erişim adresi: http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-main-results_en.pdf (Erişim tarihi: 25.12.2019).
7. Rodriguez, M.A, Craig, A.M, Mooney, D.R. and Bauer, H.M. (1998). "Patient Attitudes about Mandatory Reporting of Domestic Violence. Implications for Health Care Professionals". West J Med, 169 (6), 337-341.
8. Crombie, N, Hooker, L. and Reisenhofer, S. (2017). "Nurse and Midwifery Education and Intimate Partner Violence: A Scoping Review". J Clin Nurs, 26 (15-16), 2100-2125. doi: 10.1111/jocn.13376.
9. Smith, J, Rainey, S, Smith, K, Alamares, C. and Grogg, D. (2008). "Barriers to the Mandatory Reporting of Domestic Violence Encountered by Nursing Professionals". J Trauma Nurs, 15 (1), 9-12. doi: 10.1097/01.JTN.0000315782.20213.72
10. Rodriguez, M.A, McLoughlin, E, Bauer, H.M, Paredes, V. and Grumbach, K. (1999). "Mandatory Reporting of Intimate Partner Violence to Police: Views of Physicians in California". Am J Public Health, 89 (4), 575-578. <https://doi.org/10.2105/AJPH.89.4.575>

11. Kurt, G. ve Gün, İ. (2017). "Sağlık Personelinin İstismar, İhmal ve Aile İçi Şiddetle Karşılaşma Durum ve Tutumları". *Adli Tıp Dergisi*, 31 (2), 59-67. doi: 10.5505/adlitip.2017.72602
12. Sarıbıyık, M. (2012). Experiences of Doctors, Nurses and Midwives Who Work at The Health Care Centers in The City Center of Malatya, Level of Attitude and Behavior Related to Violence Directed at Women (Unpublished thesis). Institute of Health Sciences of Inonu University, Malatya, Turkey, Erişim adresi: <http://hdl.handle.net/11616/1065> (Erişim tarihi: 03.09.2019).
13. Davas Aksan, H.A. and Aksu, F. (2007). "The Training Needs of Turkish Emergency Department Personnel Regarding Intimate Partner Violence". *BMC Public Health*, 7, 350-359. doi:10.1186/1471-2458-7-350
14. Bahar Özvarış, Ş, Paksoy Erbaydar, N, Balseven Odabaşı, A, Bora, A, Karataş, K, Temüroğlu Sundur, Y, Işıklı, S, Uygur, G. ve Sundur T. (2016). Sağlık Çalışanları Eğitimi Katılımcı Kitabı, Aile İçi Şiddetle Mücadele Projesi. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Ankara.
15. International Council of Nurses. (ICN). (2001). Nurses, Always There for You: United Against Violence. International Nurses' Day 2001. Anti-Violence Tool Kit. Geneva: Switzerland.
16. Yaman Efe, Ş. and Taşkın, L. (2012). "Emergency Nurses' Barriers to Intervention of Domestic Violence in Turkey: A Qualitative Study". *Sex Disabil*, 30, 441-451. doi: 10.1007/s11195-012-9269-1
17. Kıyak, S. ve Akın, B. (2010). "Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Konusunda Bilgi ve Tutumları". *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, (12) 2, 5-16.
18. O'Campo, P, Ahmed, F. and Cyriac, A. (2008). The rol of health care professionals in preventing and intervening with intimate partner violence. In: Editors J. KEELING, T. MASON (Ed.). *Domestic Violence: A Multi-Professional Approach for Health Professionals* (p.107-115). Open University Press, Berkshire, GBR: McGraw-Hill Professional Publishing.
19. Sprague, S. (2019). "A Qualitative Evaluation of the Implementation of an Intimate Partner Violence Education Program in Fracture Clinics". *J Fam Violence*, 34, 621-630. <https://doi.org/10.1007/s10896-019-00052-4>
20. Sprague, S, Swaminathan, A, Slobogean, G.P, Spurr, H, Arseneau, E, Raveendran, L, Memon, M, Scott, T, Agarwal, G. and Bhandari, M. (2018). "A Scoping Review of Intimate Partner Violence Educational Programs for Health Care Professionals". *Women Health*, 58, 1192-1206. doi: 10.1080/03630242.2017.1388334
21. Kaplan, S. and Komurcu, N. (2017). "Evaluation of Effectiveness of Health Services Training Given with Different Methods in Combating of Intimate Partner Violence Against Women: A Pilot Study". *J Fam Violence*, 32, 69-77. doi: 10.1007/s10896-016-9834-y.
22. Sawyer, S, Coles, J, Williams, A. and Williams, B. (2016). "A Systematic Review of Intimate partner Violence Educational Interventions Delivered to Allied Health Care Practitioners". *Med Educ*, 50 (11), 1107-1121. doi: 10.1111/medu.13108
23. Zaher, E, Keogh, K. and Ratnapalan, S. (2014). "Effect of Domestic Violence Training, Systematic Review of Randomised Controlled Trials". *Can Fam Physician*, 60, 618-624.
24. Ramsay, J, Rutterford, C, Gregory, A, Dunne, D, Eldridge, S, Sharp, D. and Feder, G. (2012). "Domestic Violence: Knowledge, Attitudes, and Clinical Practice of Selected UK Primary Healthcare Clinicians". *Br J Gen Pract*, 62 (602), e647-e655. doi:10.3399/bjgp12X654623
25. Haggblom, A.M.E, Hallberg, L.R.M. and Möller, A.R. (2005). "Nurses' Attitudes and Practices Towards Abused Women". *Nurs Health Sci*, 7 (4), 235-242. doi: 10.1111/j.1442-2018.2005.00242.x
26. Sundborg, E, Törnkvist, L, Saleh-Statinn, N, Wändell, P. and Hylander, I. (2017). "To Ask, or Not to Ask: The Hesitation Process Described by District Nurses Encountering Women Exposed to Intimate Partner Violence". *J Clin Nurs*, 26, 2256-2265, doi: 10.1111/jocn.12992
27. Uysal Toraman, A. (2015). "Sağlık Kurumlarında Kadına Yönelik Eş Şiddetinin Saptanması: Sağlık Çalışanları Neden Eş Şiddeti Hakkında Soru Sor(m)uyor?". *Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics*, 1 (2), 12-18.
28. Yayla, İ.D. (2009). Knowledge Levels and Attitudes of Nurses and Physicians Regarding Violence Against Women (Unpublished thesis). Institute of Health Sciences of Marmara University, Istanbul, Turkey. Erişim adresi: <https://katalog.marmara.edu.tr/eyayin/tez/T0061522.pdf> (Erişim tarihi: 17.09.2019).
29. Barnett, O, Miller-Perrin, C.L. and Perrin, R.D. (2005). *Family Violence Across the Lifespan: An Introduction*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage.

Bulaşıcı Hastalık Bildirimlerinin Afet Yönetimi Açısından İncelenmesi

Investigation of Communicable Disease Notifications in terms of Disaster Management

Nahsan KAYA¹, Turgut ŞAHİNÖZ²

ÖZ

Türkiye’de afet yönetimi açısından bulaşıcı hastalıklar konusunda çok az araştırma bulunmaktadır. Bu araştırma, Türkiye’nin yakın tarihinde (1956-2017) maruz kaldığı bulaşıcı hastalıkları incelemek ve gelecekte olası bir felaketin zararlarını en aza indirmek için ne yapılması gerektiği konusunda rehberlik sağlamak amacıyla planlanan bir araştırmadır.

Bu araştırma, tanımlayıcı tipte ve retrospektif kohort özelliğinde bir araştırmadır. Araştırmanın verileri 1956-2017 yılları arasında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan “İstatistik Yıllıklarından” elde edilmiştir. Veriler bilgisayar ortamında analiz edilmiştir. Bu yıllıklarda 23 bulaşıcı hastalık türü tespit edilmiştir ve insidans oranları yıllara göre hesaplanmıştır.

2004 ve öncesi yıllara ait yıllıklarda bulaşıcı hastalık verilerine daha fazla önem verildiği görülmektedir. Son yıllara ait istatistik yıllıklarında ise sınırlı sayıda hastalık (Verem, Sıtma, Kızamık ve AIDS) için çok az veri yayınlanmaktadır. Yasal zorunluluk olsa da; Türkiye’de bulaşıcı hastalıkların bildirim yeterli değildir. İstatistik yıllıklarında sınırlı verilerin yayınlanması, afet yönetimi açısından bulaşıcı hastalıklara dair risk analizini zorlaştırmaktadır. Bulaşıcı hastalıklar açısından; tüberküloz insidansı 1960-1969 yılları arasında, sıtma insidansı 1980-1989 yılları arasında, kızamık insidansı 1960-1970 yılları arasında en yüksek seviyededir. Türkiye’de bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığını azaltmak ve salgınları önlemek için etkili ve kapsamlı bir surveyans, erken müdahale ve müdahale altyapısı kurulması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Afet Yönetimi, Bulaşıcı Hastalık, Surveyans, Bildirim Sistemi

ABSTRACT

In Turkey, there is few studies of infectious diseases from a disaster management perspective. This research, in Turkey's recent history (1956-2017) to examine exposure to communicable diseases and to provide guidance on what should be done to minimize the harm of a possible disaster in the future.

This research is a descriptive and retrospective cohort research. The data of the study were obtained from "statistical annals" published by the Ministry of Health between 1956-2017. Data were analyzed by computer. 23 infectious disease cases were obtained from these annuals and incidence rates were calculated according to years.

It is seen that more importance is given to infectious disease data in the annals of 2004 and before. In the statistical annals of recent years, very little data are published for a limited number of diseases (Tuberculosis, Malaria, Measles and AIDS). Although there is a legal obligation; Notification of infectious disease in Turkey is not enough. The publication of limited data in statistical annuals makes it difficult to analyze the risk of communicable diseases in terms of disaster management. In terms of communicable diseases; Tuberculosis incidence between 1960-1969, malaria incidence between 1980-1989, measles incidence at the highest level between 1960-1970. To reduce the incidence of infectious diseases in Turkey and an effective and comprehensive surveillance to prevent epidemics, it is proposed to establish early intervention and response infrastructure.

Keywords: Disaster Management, Infectious Disease, Surveillance, Notification System

*Bu çalışma Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Afet Yönetimi Yüksek Lisans Programı’nda yüksek lisans tezi olarak yapılmış ve 4.Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetim Kongresinde (20-23 Haziran 2019-İstanbul) sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

¹Öğr. Görevlisi, Afet Yönetimi, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Simav Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Medikal Görüntüleme Teknikleri, nahsankaya0229@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4933-2738>

²Dr. Öğr. Üyesi Halk Sağlığı Uzmanı, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, drsahinoz@hotmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8489-8978>

İletişim / Corresponding Author: Nahsan KAYA
e-posta/e-mail: nahsankaya0229@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 03.02.2020
Kabul Tarihi/Accepted: 13.02.2021

GİRİŞ

Afet genel anlamda “fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplara neden olan normal yaşamı ve insani faaliyetleri durdurarak veya kesintiye uğratarak, olağan seyrini değiştirerek toplulukları olumsuz etkileyen doğal, teknolojik veya insan kökenli olaylar ve bu olayların neden olduğu sonuçlar” olarak tanımlanmaktadır.¹

Afet sonrasında; sağlık, beslenme, çevre, sosyo-ekonomik ve barınma sorunları ile karşılaşmaktadır.² Bu sorunlar ile başa çıkılmadığı takdirde; toplumda ikincil afete sebep olabilecek bulaşıcı hastalıkların görülme riski artmış olacaktır. Ayrıca bulaşıcı hastalıklar kıtalar arası yayılım gösterip insanlığın tamamını etkileyebilecek potansiyele sahip oldukları için de afetlere sebep olabilmektedirler.

İnsanoğlu, zaman içinde sel, kuraklık, deprem, heyelan, çığ gibi afetlere maruz kalmışsa da hiçbiri kısa sürede geniş alana yayılan ve milyonlarca insanı etkileyen veya can kayıplarına neden olan bulaşıcı hastalıklar kadar zarar vermemiştir.² İnsan hayatı üzerinde büyük olumsuzluklara yol açan bu afet türü nedeniyle yoğun nüfus hareketleri yaşanmış ve bu hareketlilikten dolayı başka topluluklar da etkilenmiştir.¹

Günümüzde vektörlerin çoğalması, yetersiz altyapı ve kanalizasyon sistemleri, yetersiz ve dengesiz beslenme, göçler, ulaşım şartlarının gelişmesi gibi etkenler bulaşıcı hastalıkların salgına dönüşmesini kolaylaştırmaktadır.³ Türkiye'nin ticari aktivitesi, turizm potansiyeli, kültürel etkileşimleri, coğrafik konumu ve iklim şartları göz önüne alındığında bulaşıcı hastalıklara maruz kalma riski her geçen gün artmaktadır.¹

İnsanların yaşayış biçimlerinden kaynaklanan sağlıklı ortamlar, doğal dengenin bozulması, savaşlar, kıtlıklar, doğal afetler gibi daha birçok sebebe bağlı olarak salgınlar ortaya çıkmıştır.¹ Bu salgınlar için; modern tedavi şekilleri bulununcaya dek kitleler halinde ölümlere neden olan afetler arasında yer almışlardır.

Bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığı, bir ülkenin gelişmişliği hakkında bilgi veren önemli parametrelerden biridir.²

Bulaşıcı hastalıkların ihbarı ve bildirim; hastalığın mortalitesini ve morbiditesini azaltılmak amacı ile oluşturulan ve bulaşıcı hastalıkların sürveyans sistemi kapsamında sistemli bir biçimde veri toplamak, salgın görülmeden önce tahmin etmek, hastalıklara ait koruma ve kontrol programları belirlenmek ve uygulanmak, belirlenen programların izlenmesi ve gerektiğinde yeni düzenlemeler yapılması amacı ile kullanılan hayati öneme sahip mekanizmadır.⁴

Türkiye’de Bildirim Zorunlu Bulaşıcı Hastalık (BZBH) sayısı 1930’da 30, 2005 yılında ise 51’dir. BZBH bildirim sisteminde 2007’de yapılan yönetmelik değişikliği ile Erken Uyarı ve Yanıt Sistemi (EUYS) tanımlanmış ve 2011’deki değişikliklerle de güncel hale getirilerek bu sayı 73’e çıkarılmıştır.⁴

Türkiye’de BZBH’lerin bildirim için Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (Sağlık Net, Sağlık Net 2), Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS), Elektronik Tüberküloz Yönetim Sistemi (ETYS), Halk Sağlığı Bilgi Sistemi (HSBS) gibi bilgi sistemleri kullanılıyor olsa da 2019 yılında uygulamaya konulan İZCİ programı ile BZBH’lerin semptom ve hastalıklara ait verilerin toplanması, bildirim yapılan vakalara yönelik yürütülen saha çalışmalarının kayıt altına alınması, raporlanması ve analizlerin elektronik ortamda yapılabilmesi sağlanmıştır. Ayrıca sendromik sürveyans verilerinden hazırlanan analiz raporları ile ülke-il-ilçe-kurum bazında, zamansal-mekansal analiz raporları ile de ülke-il-ilçe bazında takip yapılabilmektedir.⁵

Bildirimi zorunlu olan bir hastalığın tespit edilmiş olmasına rağmen bildirilmemesinde; gerekliliğine inanmama, iş yükünde artış olarak görme, siyasi engeller ya da angarya olarak görme gibi sebepler ön plandadır.

Herhangi bir coğrafyada ortaya çıkan bulaşıcı hastalıklar, sadece o bölgede sınırlı kalmayacağı için bütün dünya teyakkuz haline

geçmektedir.³ Bu riskler göz önüne alındığında her ülkenin sağlık sisteminin olası bulaşıcı hastalıklara karşı geliştirilmesi zorunlu hale gelmiştir. Türkiye’de bu konuda yeterli olmasa da önemli çabalar sarf edilmektedir.

Araştırmanın amacı; Türkiye’nin yakın tarihindeki bulaşıcı hastalıkların bildirimlerini

ortaya çıkarmaktır. Türkiye’de bildirimini yapıldığı belirlenen bulaşıcı hastalıkların vaka sayılarını analiz ederek; Türkiye’de görülebilecek bu tür afetlerin toplumda yol açacağı zararın en aza indirilmesine ve ilgili kurumların yapacağı afet planlarında gerekli önlemlerin alınmasına katkıda bulunmak ve yol göstermek amacıyla planlanmıştır.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın verileri Sağlık Bakanlığı’nın 1956-2017 yılları arasında düzenli olarak yayınladığı istatistik yıllıklarından kayıt tarama yöntemi ile elde edilmiştir. Etik kurul izni gerekmediği için alınmamıştır.

Yazarların herhangi bir çıkar çatışması mevcut değildir.

Sağlık Bakanlığı web sayfasında yayınlanan sağlık istatistik yıllıklarına 1996 yılından itibaren internette <https://www.saglik.gov.tr/TR,11588/istatistik-yilliklari.html> adresinden ulaşılabilir. Ancak araştırmayı hazırlarken yapılan kapsamlı araştırmalar sonucunda 1996 yılından önceki verilere de Sağlık Bakanlığı arşivinde basılı belge olarak ulaşılmıştır. Bu sebeple araştırma oldukça geniş bir arşiv özelliği de taşımaktadır.

Sağlık Bakanlığı istatistik yıllıklarında Ensefalit ve Menenjit vaka sayıları yayınlanmış olmasına rağmen, vaka sayılarının az olması ve tüm yıllara ait veriler olmaması, afet yönetimi açısından büyük bir risk teşkil etmemesi nedeniyle araştırmaya dâhil edilmemiştir.

Bu araştırmada; bildirim zorunlu olan bazı bulaşıcı hastalıkların vaka sayıları, insidans hızları (nüfusa oranlanmış vaka sayıları), her on yılda bir vaka ortalamaları ve insidanslar hesap edilmiştir. Belirtilen hastalıklardan dolayı hayatını kaybedenlerin sayıları yıllıklarda verilmiş olmasına rağmen güvenilir veriler olmadığı için çalışmaya dâhil edilmemiştir.

Yöntem

Bu araştırma, tanımlayıcı tipte ve retrospektif kohort özelliğinde bir araştırmadır.

Araştırmanın verileri Sağlık Bakanlığı’nın 1956-2017 yılları arasında düzenli olarak yayınladığı istatistik yıllıklarından elde edilmiştir. Tüm istatistik yıllıkları (29 adet yıllık) taranarak 18 BZBH’nin verileri analiz edilmiştir.

Araştırma “afet yönetimi” bakış açısıyla bulaşıcı hastalıklar, sürveyans, bildirim sistemi, erken uyarı ve yanıt konularını kapsayan saptanabilen ilk araştırma olarak değerlendirilmektedir.

Bu araştırma ile toplumda afete neden olmuş veya neden olabilecek bulaşıcı hastalıklar değerlendirilerek tehlike ve risk analizleri yapılmaya çalışılmış, dünyanın ve Türkiye’nin mevcut şartları göz önüne alındığında bu tür bir afete maruz kalma durumunda bildirim sistemi ve erken yanıt sistemlerinin uygulanabilirliği tartışılmış ve insanlığı bekleyen bulaşıcı hastalıklar ve neden olabileceği afetler hakkında bir vizyon çizilmiştir.

Bilgisayar ortamında istatistiksel değerlendirmeler yapılmıştır. Bulaşıcı hastalık vaka sayıları ilgili yıldaki ülke nüfusuna oranlanarak nüfusa oranlanmış vaka sayıları (insidans) hesaplanmıştır. Ayrıca on yıllık vaka ortalamaları ve insidanslar da hesaplanarak yıllar arasında karşılaştırmalar yapılmıştır. Elde edilen bulaşıcı hastalık verileri gruplar halinde tablolastırılarak sunulmuştur.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Sağlık Bakanlığı'na ait tüm istatistik yıllıkları taranarak 18 bulaşıcı hastalık, afet yönetimi bilimi açısından değerlendirilmiştir.

Türkiye'de bugüne kadar yayınlanan sağlık istatistik yıllıkları incelendiğinde, 2004 ve öncesine ait yıllıklarda bulaşıcı hastalık verilerine daha çok önem verildiği ve eski yıllara ait verilerin eksiksiz olduğu görülmektedir.⁶⁻¹⁶

Tablo 1. 1956-2017 İstatistik Yıllıkları ve Bazı Özellikleri

İstatistik Yılığ* Yılı	Yayın Yılı	Sayfa Sayısı	Hastalık Türü
1956 – 1959	1961	378	22
1960 – 1963	1965	256	20
1964 – 3967	1971	315	26
1968 – 1972	1975	373	26
1973 – 1974	1977	239	26
1975 – 1978	1980	401	17
1979 – 1981	1983	394	15
1982 – 1986	-	250	15
1987 – 1994	1997	307	17
1995	1996	139	19
1996	1997	143	19
1997	1998	138	19
1998	1999	142	18
1999	1999	145	18
2000	2000	143	18
2001	2002	143	18
2002	2003	147	18
2003	2004	178	22
2004	2005	200	22
2008	2011	162	9
2009	2011	162	9
2010	2011	172	10
2011	2012	183	4
2012	2013	190	4
2013	2014	199	4
2014	2015	204	4
2015	2016	248	4
2016	2017	276	4
2017	2018	288	4

* 2005 yılı sağlık istatistikleri yayınlanmış olmasına rağmen erişime açık değildir. 2006 ve 2007 yılı tıbbi istatistik yıllıkları yayınlanan istatistikler arasında yer almamaktadır. Bu yıllara ait veriler daha sonra yayınlanmış istatistik yıllıklarında alınmıştır.

2004 ve öncesine ait yıllıklarda; hastalığın salgın yaptığı yıllar, hastalıkla mücadelede yapılan uygulamalar ve aksayan yönleri, hastanede yatıp tedavi gören ve hastanede hayatını kaybeden vakalara ait verilere de yer verilmekte, iller ve mevsimler bazında daha

detaylı bilgiye ulaşmak mümkündür. Ancak son yıllara ait istatistik yıllıklarında sınırlı sayıda hastalık için az sayıda veri yayınlanmaktadır.

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne ait rutin istatistik yıllıkları 2006 yılı itibarıyla sonlandırılmış, 2007 yılına ait veriler paylaşılmamıştır. 2008 ile 2010 yılları arasında ise seçilmiş dokuz hastalığa ait vaka sayıları ve insidanslarına dair bilgiler paylaşılmış ve 2010 yılında seçilmiş on hastalık paylaşılmıştır.

2011 yılından itibaren yayınlanan BZBH'lerin sayısı azaltılarak 4'e (AIDS, Kızamık, Sıtma ve Tüberküloz) indirilmiştir.

Sağlık istatistik yıllıklarında “Yıllara Göre Bazı Seçilmiş Enfeksiyon Hastalıklarının İnsidansı” başlığı altında yayınlanan belirli hastalıklara yer verilip diğer hastalık verilerine yer verilmemesi olası bir salgın tehlikesinin saptanmasını zorlaştıracaktır.

Bulaşıcı hastalık bildirimlerinin amacı; bulaşıcı hastalık riski konusunda ilgili kurum ve kuruluşları uyarmak ve gerekli önlemlerin alınmasını sağlamaktır. Böylece bulaşıcı hastalıklar yayılıp salgınlara neden olmadan kontrol altına alınarak, zarar azaltma çalışmaları yapılabilir.

Güvenilir olmadığı gerekçesiyle bu verilerin istatistik yıllıklarında yer almaması afet yönetimi açısından bulaşıcı hastalıklar konusunda tehlike ve risk analizlerinin yapılmasını ve afet planlarının gerçeğe uygun hazırlanabilmesini zorlaştırmaktadır.

Sağlık Bakanlığı istatistik yıllıkları incelendiğinde 1956-2017 yılları arasında en çok bildirim yapılan 3 hastalık tüberküloz, sıtma ve kızamıktır (Tablo 2).

Sağlık Bakanlığı istatistik yıllıklarında verisi yayınlanan bulaşıcı hastalıkların vaka sayıları dikkate alınarak önem sırasına göre afet yönetimi açısından analiz edecek olursak;

Tablo 2. Sağlık İstatistik Yıllıklarında Bildirilen Bildirimi Zorunlu Hastalıklar ve Vaka Sayıları

Hastalık Adı	Yayın Yılı	Vaka Sayısı
1. Tüberküloz	1956 - 2017	1.619.779
2. Sıtma	1956 - 2017	1.205.716
3. Kızamık	1956 - 2017	1.097.329
4. Tifo	1956 - 2006	442.759
5. Dizanteri	1956 - 2006	356.058
6. Hepatit A	1987 - 2006	351.913
7. Brusellozis	1956 - 2007	281.530
8. Kızıl	1956 - 2005	207.666
9. Boğmaca	1956 - 2010	185.691
10. Hepatit B	1990 - 2010	99.647
11. Difteri	1956 - 2010	52.138
12. Paratifo	1956 - 2006	32.396
13. Şarbon	1956 - 2007	31.382
14. Poliomyelit	1956 - 2007	15.508
15. AIDS	1985 - 2017	1.531
16. Kuduz	1956 - 2007	1.238
17. Kolera	1964 - 1974	384
18. Çiçek	1956 - 1974	128

Tüberküloz

Türkiye’de 1956-2017 yılları arasında toplam 1.619.779 vaka sayısı ile bildirim en çok yapılan hastalık tüberkülozdur (Tablo 2).

Türkiye’de aktif sürveyans ve dikey örgütlenme şeklinde hizmet veren Verem Savaş Dispanserlerinin çalışmaları sayesinde tüberküloz kaynaklı ölümlerin verileri diğer bulaşıcı hastalıklara oranla daha güvenilirdir. Tüberküloza bağlı 36.514 ölümün olduğu istatistik yıllıklarından tespit edilmiştir. Toplam bu süre içindeki ölüm verilerinin yer aldığı yıllar esas alındığında fatalite hızı %5,9 olarak hesaplanmıştır. Tüberkülozdan korunmanın aşı ile mümkün olduğu ve tedavisi eksiksiz yapıldığında önlenilebilir bir hastalık olduğu göz önüne alınırsa ölüm sayısı kabul edilemez düzeydedir.

Türkiye Verem Savaşı 2018 Raporu’na göre; 2016 yılı için fatalite hızı; tüm vakalarda %5,7, yeni vakalarda %5,6 ve önceden tedavi görmüş vakalarda %5,9 olarak bildirilmiştir.¹⁷

Araştırmada; 1956-2017 yılları arasında bildirilen toplam tüberküloz vaka sayısı 1.619.779, ortalama yıllık vaka sayısı 26.125 ve ortalama insidans hızı da yüz binde 51 olarak tespit edilmiştir (Tablo 2 ve Tablo 3). Başka bir deyişle 1956-2017 yılları arasında

100.000 kişiden yaklaşık 51’i tüberküloz hastalığına yakalanmıştır.

Veriler analiz edildiğinde on yıllık ortalamanın en yüksek olduğu dönem 1960-1969 yılları arasındadır. Bu yıllar arasında yıllık ortalama vaka sayısının 48.264 ve insidans hızının da yüz binde 156 olduğu tespit edilmiştir. İnsidans hızının son yıllarda (2010-2017 yılları arasında) yüz binde 18’e düştüğü tespit edilmiştir. 2017 yılına gelindiğinde insidansın yüz binde 15’e (11.821 vaka) düştüğü ve trendin aşağı yönlü olduğu tespit edilmiştir. Afet yönetimi bakış açısıyla değerlendirildiğinde bu düşüşler oldukça olumludur.

Dünya Sağlık Örgütü 1993 yılında tüberküloz için acil durum ilan etmiştir. Kontrol tedbirleri güçlendirilmediği takdirde 2020 yılına kadar 1 milyardan fazla insanın tüberküloz basili ile enfekte olacağı, 200 milyon kişinin hasta olacağı ve 70 milyon kişinin hayatını kaybedeceği hesaplanmaktadır.¹⁸ Dünyadaki bütün tüberküloz hastalarının %80’i 22 ülkededir. Hindistan, Bangladeş, Çin gibi ülkelerde tüberküloz insidansı 10.000’de 10’un üzerinde iken, Avrupa’da 10.000’de 2’nin altındadır.¹⁹ Bu araştırmada Türkiye’deki tüberküloz insidansının düzenli ve sürekli azalarak 2017 yılında 10.000’de 1,5’e düştüğü saptanmıştır.

Bu rakamlardan da anlaşılacağı üzere Türkiye’deki tüberküloz insidansı devamlı surette azalarak Avrupa ülkeleri seviyesine inmiştir. Bu başarıda Türkiye’de dikey örgütlenme şeklinde hizmet veren Verem Savaş Dispanserlerinin büyük önemi bulunmaktadır.

Sıtma

Vaka sayısı açısından Türkiye’de afete neden olabilecek ikinci en önemli bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık sıtmadır (Tablo 2).

1956 yılında sıtma eradikasyonu programının tatbikine esas olmak üzere Türkiye’nin tamamını kapsayan çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalar sonucunda hazırlanan esaslar dâhilinde 1957 yılının başında Türkiye’de sıtma savaşı programı

terkedilerek sıtma eradikasyonu programına geçilmiştir.

Başlatılan eradikasyon programı ile beraber 1970’li yılların ortalarına kadar sıtma salgınları önlenmiştir. Ancak 1977 (yüz binde 274) ve 1994 (yüz binde 138) yıllarında eradikasyon programının esnetilmesinden dolayı sıtma salgını görülmüştür. 2008 yılından sonra sıtma insidansı yüz binde 0’a düşmüştür. 2013 Sağlık istatistiği yıllığı verilerine göre; 2010, 2011, 2012 ve 2013 yılları yerli sıtma vakalarının tamamı nüks vaka olup yerli yeni vaka sayısı 0’dır.

Araştırmada; 1956-2017 yılları arasında bildirilen toplam sıtma vaka sayısı 1.205.716, ortalama yıllık vaka sayısı 19.447 ve ortalama insidans hızı da 38 (yüz binde) olarak tespit edilmiştir. Başka bir deyişle 1956-2017 yılları arasında yüz bin kişiden yaklaşık 38’i sıtma hastalığına yakalanmıştır (Tablo 3).

Veriler analiz edildiğinde on yıllık ortalamanın en yüksek olduğu dönem 1990-1999 yılları arasındadır. Bu yıllar arasında yıllık ortalama vaka sayısının 40.737 ve insidans hızının da 66 (yüz binde) olduğu tespit edilmiştir. Ancak sıtma insidansı 70’lı yıllarda yüz binde 74’e, 80’li yıllarda yüz binde 82’ye çıktığı görülse de bu yıllara ait on yıllık ortalama, 90’lı yılların ortalamasının altındadır. 2017 yılına gelindiğinde insidansın yüz binde 0’a (214 vaka) düştüğü ve trendin aşağı yönlü olduğu tespit edilmiştir. Afet yönetimi açısından bu düşüş oldukça olumludur.

Dünyada 106 endemik ülke ve bölgede 2010 yılında yaklaşık 216 milyon sıtma vakası bildirilmiş olup bu vakaların yaklaşık 655 bini ölümle sonuçlanmıştır. Bu ölümlerin %91’i Afrika bölgesinde ve 5 yaş altı çocuklarda görülmüştür.^{20,21}

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre; komşu ülkelerde sıtmanın insidansı (binde); Irak, Suriye, Bulgaristan, Yunanistan ve Rusya’da 0 iken, İran’da 0,5’tir. Sıtmanın en yaygın olduğu ülke Ekvatorya’dır (binde 238,8).^{22,23}

Tablo 3. Sağlık İstatistik Yıllıklarında Bildirilen Bildirimi Zorunlu Hastalıkların Ortalama İnsidans Hızları ve Yıllık Ortalama Vaka Sayıları (1956 – 2017)

Hastalık Adı	Ortalama İnsidans Hızı ¹	Yıllık Ortalama Vaka Sayısı
Tüberküloz	51,0	26.125
Sıtma	38,0	19.447
Kızamık	34,6	17.699
Hepatit A	27,8	14.208
Dizanteri	13,6	6.982
Tifo	13,6	6.964
Brusellozis	8,2	4.200
Kızıl	8,1	4.153
Hepatit B	7,7	3.957
Boğmaca	6,6	3.376
Difteri	2,2	1.109
Paratifo	1,2	635
Şarbon	1,0	529
Poliomyelit	0,5	244
AIDS	0,3	162 ²
Kuduz	0,04	21
Kolera	-	-
Çiçek	-	-

¹Yüz binde, ²AIDS+HIV+ vaka sayısı

Kızamık

Bu araştırmada, kızamık insidansının (yüz binde) en yüksek olduğu yılların sırasıyla; 1965 (169), 1966 (159), 1969 (192) yılları olduğu, daha sonra 1970-1971, 1973, 1975, 1981, 1983-1984, 1993, 1996-1998, 2001 ve 2013 yıllarında da vaka sayılarında diğer yıllara göre anlamlı artışlar olduğu, vaka sayısının 60’lı yıllarda en yüksek olduğu ve özellikle 1965-1969 yılları arasında salgınlar yaşandığı tespit edilmiştir.

Türkiye’de kızamık aşılama çalışmalarının düzenli olarak başladığı 1985 yılında kızamık insidansı yüz binde 63’ten 30’a, takip eden iki yılda ise 4’e düşmüştür. Ancak, 1988 yılından itibaren aşılama oranlarının düşmesi ile birlikte vaka sayıları ve ölümlerde artışlar olduğu tespit edilmiştir.²⁴

DSÖ 2013 yılında kızamık insidansının (yüz binde) Avrupa Bölgesi’nde 4,5, Avrupa Birliği Bölgesi’nde ise 1,7 olduğunu bildirmiştir.²⁵ Türkiye’de aynı yıllardaki kızamık insidansı, Avrupa Bölgesi ve Avrupa Birliği Ülkeleri’ne göre oldukça yüksektir.²⁴

Tifo

Dünyada hâlâ yaygın ve önemini korumaya devam eden bir hastalıktır. Dünyada her yıl yaklaşık 16 milyon insan tifoya yakalanmaktadır. Tifo, Latin Amerika ve Afrika'da endemik olarak görülmektedir.²⁶ Tifo, Türkiye'de de endemik olarak görülmekte ve zaman zaman salgınlara yol açmaktadır.²⁷

Araştırmada; tifo insidansının (yüz binde 25) en yüksek olduğu 1960 yılından sonra insidansın azalmaya başladığı tespit edilmiştir.

1975 yılından sonra önemli düşüşler görülmesine rağmen 1980'li yıllardan sonra 2005 yılına kadar tifo insidansında önemli artışlar olduğu tespit edilmiştir. Ancak 2005 yılında bildirim sisteminin değişmesiyle birlikte tifo insidansında önemli düşüşler görülmektedir. 2007 yılından sonra yayınlanan istatistik yıllıklarında tifo verilerine yer verilmemiştir (Tablo 2).

Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde tifo insidansı 2007 yılında yüz binde 56,29 ve 2008 yılında ise yüz binde 1,8 olarak bildirilmiştir.²⁸ Veriler göz önüne alındığında Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nin tifo insidansının Türkiye insidansının oldukça üzerinde olduğu tespit edilmiştir.

Dizanteri

1987-1994 yıllarını kapsayan sağlık istatistik yıllıklarından sonra amipli dizanteri ve basilli dizanteri olarak yayınlanmaya başlanmıştır. Sağlık istatistik yıllıkları incelendiğinde amipli dizanteri sayısının basilli dizanteri sayısından fazla olduğu tespit edilmiştir. Ancak araştırmada her iki dizanteri çeşidi de aynı başlık altında değerlendirilmiştir.

Toplam dizanteri vaka sayısı 356.058, yıllık ortalama vaka sayısı 6.982 ve ortalama insidans hızı da 15 (yüz binde) olarak tespit edilmiştir (Tablo 2 ve Tablo 3).

On yıllık ortalama vaka sayısının (21.484) ve insidans hızının (yüz binde 33) en yüksek olduğu dönem 2000-2009 yılları arasındadır.

Dizanteri 1990'lı yıllardan başlayarak bir yükseliş trendine girmiştir.

Türkiye'de dizanteri insidansı konusunda yapılmış bir araştırmaya ulaşılamamıştır. Dünya'da Uzak Doğu, Orta ve Güney Amerika, Hindistan, Güney ve Batı Afrika bölgeleri yüksek insidans oranına sahip bölgeler olarak bilinmektedir.²⁹ Olası bir dizanteri salgınının da Türkiye'nin konumu ve dünyada gelişen olanaklardan dolayı sadece bulunduğu bölgeyi etkilemekle kalmayıp afet boyutuna bulaşabilme riski taşımaktadır.

Hepatit A

Gelişmekte olan ülkelerde endemiktir. Türkiye orta endemisite grubunda yer almaktadır.³⁰ Türkiye'nin hepatit A insidansında bölgesel farklılıklar vardır. Batı ve Orta Anadolu Bölgeleri hepatit A için orta endemisiteye sahip iken, Doğu Anadolu Bölgesi hala yüksek endemisiteye sahiptir.³¹

Araştırmada; toplam hepatit A vaka sayısı 351.913, ortalama yıllık vaka sayısı 14.208 ve ortalama insidans hızı da 25 (yüz binde) olarak tespit edilmiştir (Tablo 2 ve Tablo 3).

Yıllık ortalama vaka sayısının (26.132) ve insidans hızının (yüz binde 53) en yüksek olduğu dönem 1980-1989 yılları arasındadır. Hepatit A insidansı 90'lı yıllarda yüz binde 32'ye, 2000'li yıllarda 13'e ve günümüzde 4'e düşmüştür. Afet yönetimi bakış açısıyla düşüş oldukça önemlidir.

Brusella

Türkiye'de hayvancılığın yaygın olarak yapılması, süt ve süt ürünlerinin tüketilmesinin fazla olması ayrıca brusellozisin potansiyel bir biyoterörizm ve kitle imha silahı olarak kullanılma riski bu hastalığı afet yönetimi açısından önemli kılmaktadır.

Brusellozis, olası bir salgında can kayıplarına, sosyal ve ekonomik zararlara neden olacağından dolayı afet yönetimi açısından incelenmesini gerekli kılmaktadır.

Araştırmada; toplam brusellozis vaka sayısı 281.530, yıllık ortalama vaka sayısı 4.200 ve ortalama insidans hızı da 6 (yüz

binde) olarak tespit edilmiştir (Tablo 2 ve Tablo 3).

On yıllık ortalamanın en yüksek olduğu dönem 2000-2009 yılları arasındır. Bu yıllar arasında yıllık ortalama vaka sayısının 13.314 ve insidans hızının da 20 (yüz binde) olduğu tespit edilmiştir. Bu sayının son yıllarda (2010-2017 yılları arasında) (yüz binde) 8'e düştüğü tespit edilmiştir. 2017 yılına gelindiğinde insidansın 8 (yüz binde) olduğu (6457 vaka bildirildiği) bu oranın da yıllık ortalamaya denk geldiği tespit edilmiştir. Veriler incelendiğinde son yılda trendin yine yukarıya doğru olduğu belirlenmiştir. Afet yönetimi bakış açısıyla değerlendirildiğinde bu yükseliş değerlendirilmeli ve brusellozis ile etkin bir şekilde mücadele edilmelidir.

Kızıl

Araştırmada; ortalama yıllık kızıl vaka sayısı 4.153 ve ortalama insidans hızı da 8 (yüz binde) olarak tespit edilmiştir (Tablo 2 ve Tablo 3).

Veriler analiz edildiğinde on yıllık ortalamanın en yüksek olduğu dönem 1980-1989 yılları arasındır. Bu yıllar arasında yıllık ortalama vaka sayısının 7.376 ve insidans hızının da 15 (yüz binde) olduğu tespit edilmiştir.

Boğmaca

Dünyada ve Türkiye'de salgına neden olabilecek ve hâlâ tüm yaş gruplarını tehdit eden önemli bulaşıcı hastalıklardan biridir. Boğmaca, 2-5 yılda bir salgınlara neden olduğu için afet yönetimi açısından önemlidir.

Araştırmada; boğmaca yıllık vaka sayısı 3.376 ve ortalama insidans hızı da 7 (yüz binde) olarak tespit edilmiştir (Tablo 2 ve Tablo 3). İnsidansın en yüksek olduğu dönem 1960-1969 yılları arasındır.³² Bu yıllar arasında yıllık ortalama vaka sayısının 9.319 ve insidans hızının da 30 (yüz binde) olduğu tespit edilmiştir.

Hepatit B

Araştırmada; Hepatit B verilerinin 1990 yılından sonra yayınlanmaya başladığı, ortalama yıllık hepatit B vaka sayısının 3.957, ortalama insidans hızı da 6 (yüz binde) olduğu

tespit edilmiştir (Tablo 2 ve Tablo 3). Ortalama vaka sayısının (5.995) ve insidans hızının (yüz binde 9) en yüksek olduğu dönem 2000-2009 yılları arasındır.

İnsidansın son yıllarda yüz binde 4'e düştüğü ve trendin aşağı yönlü olduğu tespit edilmiştir. Afet yönetimi açısından bu düşüş oldukça olumludur.

Difteri

Dünyada ve Türkiye'de salgına neden olabilecek ve hâlâ tüm yaş gruplarını tehdit eden önemli bulaşıcı hastalıklardan biridir. Veriler değerlendirildiğinde belli dönemlerde (1982-1985, 1990-1995) salgın yapıldığından dolayı afet yönetimi açısından incelenmelidir.

Araştırmada; ortalama yıllık difteri vaka sayısı 1.109 ve ortalama insidans hızı da 4 (yüz binde) olarak tespit edilmiştir (Tablo 2 ve Tablo 3). Yıllık ortalama vaka sayısının (4.243) ve insidans hızının (yüz binde 16) 1956-1959 yılları arasında en yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Difterinin, Rusya'da 1991 ile 1993 yıllarında salgın yaptığı ve insidansın yüz binde 10,2'ye ulaştığı bildirilmiştir.³³ Türkiye'de 1991 ile 1993 yıllarında difteri insidans hızında ciddi bir artış olmamıştır.

Paratifo

Araştırmada; toplam paratifo vaka sayısı 32.396, yıllık ortalama vaka sayısı 635 ve ortalama insidans hızı da 1,2 (yüz binde) olarak tespit edilmiştir (Tablo 2 ve Tablo 3).

2001-2005 yılları arasında paratifo vakalarında önemli düşüşler olduğu tespit edilmiştir. Bildirim sisteminin değiştirilmesiyle beraber 2006 yılından sonra istatistik yıllıklarında paratifo verileri yer verilmemiştir.

Şarbon

Dünya üzerinde endemik bölgeler; Güney Amerika, Orta Amerika, Güney ve Doğu Avrupa, Asya, Afrika, Karayipler ve Orta Doğu'dur.³⁴

Araştırmada; toplam şarbon vaka sayısı 31.382, yıllık ortalama vaka sayısı 529 ve

ortalama insidans hızı da 1 (yüz binde) olarak tespit edilmiştir (Tablo 2 ve Tablo 3).

Yıllık ortalama vaka sayısının (987) en yüksek olduğu dönem 1960-1969 yılları arasındır. Bu yıllar arasında yıllık ortalama insidans hızının da 3 (yüz binde) olduğu tespit edilmiştir. Ancak şarbon insidansının en yüksek olduğu dönem 1956-1959 yılları arasındır. İnsidansın son yıllarda neredeyse yüz binde 0'a düştüğü (37 vaka) ve trendin aşağı yönlü olduğu tespit edilmiştir.

Poliomyelit

Dünyada ve Türkiye'de salgına neden olabilecek çocukluk çağı önemli bulaşıcı hastalıklardan biridir.

Dünyada poliomyelit aşısına 1950'lerin ortalarına doğru başlanmıştır. Bu aşılama ile beraber hastalığın vaka sayısında önemli düşüşler sağlanmıştır. 1988 yılına gelindiğinde DSÖ, 2000 yılına kadar tüm dünyada poliomyelit eradikasyonunu hedeflemiş,³⁵ aksamalar nedeniyle 2005 yılına kadar uzatılmıştır.³⁶ Ancak istenilen hedefe ulaşamayınca yeni hedef olarak 2015 sonu belirlenmiştir. Yine de bu hastalık eradike edilememiştir.

Araştırmada; ortalama yıllık poliomyelit vaka sayısı 244 ve ortalama insidans hızı da 1 (yüz binde) olarak tespit edilmiştir (Tablo 2 ve Tablo 3). Ortalama vaka sayısının (908) ve insidans hızının 3 (yüz binde) en yüksek olduğu dönem 1960-1969 yılları arasındır.

1964-1968 yılları arasında poliomyelit ortalama insidansının (yüz binde) Bulgaristan'da 0,04, Fransa'da 0,50, Yunanistan'da 0,77, Portekiz'de 1,45, İtalya'da 0,65 olduğu bildirilmiştir.³⁷ Türkiye'de bu yıllar arasında poliomyelit insidansı belirtilen ülkelere göre çok daha yüksektir. Bu durum, Türkiye'nin o yıllarda poliomyelit ile mücadelede yetersiz kaldığını göstermektedir.

AIDS

Kesin bir tedavi yönteminin olmayışı, kullanılan ilaçların enfekte bireyin yaşam süresini ve kalitesini arttırmaya yönelik olması, toplumda sosyal, ekonomik, insan

hakları ve ayrımcılık gibi sorunları beraberinde getiriyor olması, dünyada HIV/AIDS vaka bildirimlerinin hızla artıyor olması, beklenmeyen boyutlara ulaşma riski taşıması nedeniyle AIDS afet yönetimi açısından önemlidir.

Araştırmada; 1956-2017 yılları arasında bildirilen toplam AIDS vaka sayısının 1.531, yıllık ortalama vaka sayısının 46 ve yıllık ortalama HIV+ vaka sayısının da 116 olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2 ve Tablo 3).

Yıllık ortalama vaka sayısının (95) en yüksek olduğu dönem 2010-2017 yılları arasındır ve trend yukarı yönlüdür. Afet yönetimi açısından bu trend değerlendirilmeli ve AIDS ile etkin bir şekilde mücadele edilmelidir.

Ancak 2010 yılından sonra yayınlanan istatistik yıllıklarında HIV+ sayılarının verilmeyişi hastalığın seyrinin belirlenmesinde zorluklara neden olmaktadır.

AIDS insidansı, Avrupa Bölgesi'nde 2014-2015 yılları arasında yüz binde 1,8, Avrupa Birliği ülkelerinde yaklaşık 1'dir.³⁸ AIDS salgını açısından Türkiye bu ülkelere göre daha düşük riske sahiptir.

Kuduz

Rabies virüsünün neden olduğu bilinen en eski zoonotik enfeksiyon hastalıklarından biridir. Dünyada ve Türkiye'de önemini hala koruyan bir halk sağlığı sorunudur.³⁹

Araştırmada; toplam kuduz vaka sayısının 1.238 ve yıllık ortalama vaka sayısının 21 olduğu ve tüm vakaların ölümle sonuçlandığı tespit edilmiştir (Tablo 2 ve Tablo 3).

Yıllık ortalama vaka sayısının (47) en yüksek olduğu dönem 1956-1959 yılları arasındır. Vaka sayısının son yıllarda 0'a düştüğü, ancak 2017 yılında 2 vaka olduğu tespit edilmiştir. Trendin aşağı yönlü olması afet yönetimi açısından oldukça olumludur.

Kolera

Kolera vaka sayıları coğrafyamızda birçok kez afet boyutuna ulaşmıştır. Ancak istatistik yıllıklarında sadece 1970 yılına ait 384 vaka yayınlanmıştır.

Çiçek

Çiçek hastalığı birçok kez salgın oluşturmasına rağmen, yıllıklarda sadece 1957 yılına ait 128 vaka yayınlanmıştır (Tablo 2). Çiçek hastalığı 1979 yılında dünyada

eradike edilmiş olup Türkiye’de de 1957 yılından sonra vaka bildirimleri yapılmamıştır. Ancak virüsün laboratuvarlarda saklandığı ve biyolojik silah olarak kullanılma riski olduğu bilinmektedir.⁴⁰

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yasal zorunluluk olmasına rağmen, Türkiye’de, bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıkların bildirimleri yeterli düzeyde değildir. Eksik veriler bulaşıcı hastalıklarla mücadelede uygun stratejilerin belirlenmesini engellemektedir.

2004 ve öncesine ait sağlık istatistik yıllıkları incelendiğinde eski yıllara ait yıllıklarda hastalıkların verilerine daha çok önem verildiği görülmektedir. Eski tarihli yıllıklarda; hastalığın salgın yaptığı yıllar, hastalıkla mücadelede yapılan uygulamalar ve aksayan yönleri, hastanede yatıp tedavi gören ve hastanede hayatını kaybeden vakalara ait verilere de yer verilmekte, iller ve mevsimler bazında daha detaylı bilgiye ulaşmak mümkün iken; son yıllara ait istatistik yıllıklarında sınırlı sayıda hastalık için az sayıda veri yayınlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı istatistik yıllıkları incelendiğinde 1956-2017 yılları arasında en çok bildirim yapılan 3 hastalık tüberküloz, sıtma ve kızamıktır.

Bu sonuçlar doğrultusunda şu öneriler yapılabilir;

1. Etkili ve kapsamlı bir sörveyans, erken yanıt ve müdahale altyapısı oluşturmalı, oluşturulan bu alt yapı sistemleri

hükümetler, Birleşmiş Milletler kuruluşları, özel sektör kuruluşları ve teşkilatları, mesleki dernekler, üniversiteler, medya organları ve sivil toplum arasında küresel işbirliğine dayanmalıdır.

2. Sağlık istatistik yıllıklarında tüm bulaşıcı hastalık verileri yer almalı, gerekli diğer bilgiler de paylaşıma açılmalıdır.
3. Her ilin Sağlık Müdürlüğü web sayfasında o ildeki bulaşıcı hastalık vaka sayılarının yayınlanması sörveyans açısından oldukça gereklidir. DSÖ’nün önerisi de bu yöndedir.
4. Türkiye’de uygulanan sağlık afet ve acil durum planlarının içeriğinde bulaşıcı hastalıklara da yer verilmelidir.
5. Bulaşıcı hastalık ajanlarının biyolojik silah olarak kullanılma riskinin yüksek olduğu ve afetlere neden olabileceği unutulmamalıdır.
6. Olası bulaşıcı hastalık salgınlarına (biyolojik afetlere) karşı önlemler alınmalıdır. Biyolojik bir afet meydana geldiğinde de en az zararla atlatmak için sürekli planlar yapılmalı ve mevcut şartlara göre planlar güncellenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Güler, H.H. (2006). Afetlere Hazırlıklı Olma. Kadioğlu, M. ve Özdamar, E. 2. Baskı. Afet Yönetiminin Temel İlkeleri. Ankara: JICA Türkiye Ofisi Yayınları.
2. Akın, L. ve Güler, Ç. (2006). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayınları. Ankara.
3. Heymann, D.L., Prentice, T. and Reinders, L.T. (2007). The world health report 2007: A safer future: global public health security in the 21st century. World Health Organization.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015). “Bulaşıcı Hastalıkların İhbar ve Bildirim Sistemi”. Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/dosya/mevzuat/genelge/2015_18.pdf, (Erişim Tarihi: 15.03.2019).
5. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018). “İzci, Bulaşıcı Hastalık Sörveyans ve Erken Uyarı Sistemi, Kullanım Talimatnamesi”. Erişim

adresi: <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/59773.kilavuzpdf.pdf?0>, (Erişim Tarihi: 15.03.2019).

6. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018). “İstatistik Yıllıkları”. Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11588/istatistik-yilliklari.html>. (Erişim tarihi: 21.03.2019).
7. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 1956-1959. (1961). Ankara.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 1960-1963. (1965). Ankara.
9. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 1964-3967. (1971). Ankara.
10. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 1968-1972. (1975). Ankara.

11. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 1973-1974. (1977). Ankara.
12. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 1975-1978. (1980). Ankara.
13. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 1979 – 1981. (1983). Ankara.
14. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 1982-1986. Ankara.
15. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 1987-1994. (1997). Ankara.
16. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 1995. (1996). Ankara.
17. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018). Türkiye’de Verem Savaşı 2018 Raporu. Ankara. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1109.
18. Dünya Sağlık Örgütü. (2018). Global Tuberculosis Report 2018. Geneva: World Health Organization. ISBN 978-92-4-156564-6.
19. WHO. (2002). Global Tuberculosis Control. Surveillance, Planning, Financing. Communicable Diseases. Geneva: World Health Organization. WHO/CDS/TB/2002.295
20. World Health Organization. (2011). WHO Global Malaria Programme. Geneva. Switzerland: WHO Press.
21. World Health Organization. (2008). World malaria report 2008. WHO Press. Geneva. Switzerland
22. WHO. (2017). “World malaria report 2017”. Erişim adresi: <http://www.who.int/malaria/publications/worldmalaria-report-2017/wmr2017-annex-table-h.xls?ua=> (Erişim tarihi:18.03.2019).
23. Bertan, M. ve Akın, L. (1997). Bağışıklama, Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Güneş Kitabevi.
24. HASUDER (Halk Sağlığı Uzmanları Derneği). (2013). “Kızamık Raporu 2013”, Ankara.
25. WHO. (2013). “Measles Fact sheet”. No:286. Erişim adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/en/>
26. Crump, J.A. and Mintz E.D. (2010). “Global trends in typhoid and paratyphoid fever”. Clin Infect Dis, 50, 241-6. Erişim adresi: <http://dx.doi.org/10.1086/649541PMid:20014951PMCID:2798017>
27. Akın, L. (1995). Bulaşıcı Hastalıkların Kontrol. Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı içinde (Ed. Bertan, M. ve Güler, Ç.). Ankara: Güneş Kitabevi.
28. Ertem, M. (2016). “GAP’ın Toplum ve Bulaşıcı Hastalıklara” Etkisi. Erişim adresi: <https://www.academia.edu/20400643> (Erişim tarihi: 28.03.2019)
29. Stauffer, W, Abd-Alla, M. and Ravdin, J.I. (2006). “Prevalence and Incidence of Entamoeba Histolytica Infection in South Africa and Egypt”. Arch Med Res, 37 (2), 266-275.
30. Kara, H.İ. (2007). “Akut Viral Hepatit A.” Türk Aile Hek Dergisi, 11 (4), 177-184.
31. Ceyhan, M. Yıldırım, I. Kurt, N. Uysal, G. Dikici, B. and Ecevit, C. (2008). “Differences in Hepatitis a Seroprevalence Among Geographical Regions in Turkey: a Need for Regional Vaccination Recommendations”. J Viral Hepat, 15, 69-72.
32. Dilli, D, Dallar, Y, Önde, U, Doğan, F. ve Yağcı, S. (2008). “Ergenlerde kızamık, kızamıkçık, kabakulak ve suçiçeği seroprevalansı”. Çocuk Dergisi, 8 (3), 172-178.
33. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2003). Difteri Hastalığının Kontrolü İçin Saha Rehberi. Ankara: Sağlık Bakanlığı
34. Serinken, M. ve Kutlu S.S. (2009). “Bioterrorism and anthrax”. Türkiye Acil Tıp Dergisi-Turk J Emerged Med, 9 (4), 1858-1990.
35. Hull, H.F, De Quadros, C, Bilous, J, Oblapenko, G, Andrus, J. and Aslanian, R. (1999). “Perspectives from the Global Poliomyelitis Eradication Initiative”. MMWR, 48, 50-56.
36. Genç, M, Pehlivan, E, Güneş, G. ve Karaoğlu, L. (1999). “Malatya’daki Sağlık Personelinin Ulusal Aşı Günleri Hakkındaki Bilgi ve Uygulamaları”. Sağlık ve Toplum Dergisi, 4, 26-31.
37. Gemicioğlu, N. ve Arı, A. (1970). “1960 – 1969 Yılları Arasında Yurdumuzda Polio İle İlgili Laboratuvar Çalışmaları ve Yapılan İncelemeler”. Ankara Mikrobiyoloji Derneği, s.13.
38. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2017). DSÖ European Health Information Gateway.
39. Buzgan, T, Irmak, H, Yılmaz, G.R, Torunoğlu M.A. and Safran, A. (2009). “Epidemiology of human rabies in Turkey: 1992-2007”. Turk J Med Sci, 39 (4), 591-597.
40. Yeşilbağ, K. (2002). “Biyolojik Silahlar: I. Tehdidin Boyutu”. Veteriner Hekimleri Mikrobiyoloji Dergisi, 2 (2), 58-66.

Afet ve Acil Durumlar İçin Sağlık Personelinin Hazırlıklı Olma Durumu

Preparedness Situations of Health Personnel for Disaster and Emergencies

Samet DİNÇER¹, Seda KUMRU²

ÖZ

Afetler, öngörülemez bir zamanda bir toplumun günlük yaşamını olumsuz etkileyen ve genellikle sağlık hizmeti ihtiyacına yol açan olaylardır. Bu çalışmanın amacı araştırmaya katılan sağlık personellerinin afet ve acil durumlar için hazırlıklı olma durumunun, kendi görüşleri doğrultusunda değerlendirilmesidir. Bu araştırma tanımlayıcı bir çalışma olup araştırma verileri, araştırmacılar tarafından oluşturulan anket ile toplanmış ve 276 anket değerlendirilmiştir.

Katılımcıların %23,2'si kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer olayların olması durumunda maruz kalan hastalar için uygulanması gereken prosedürü bildiğini ifade etmiştir. Yangın-patlamalar ile gaz kaçağı durumlarında uygulanacak prosedürleri bildiğini ifade edenlerin payı sırasıyla %35,9 ve %31,5'tir. Katılımcıların %60,2'si hastanede olası bir tahliye durumunda uygulanması gereken prosedürü bilmediğini ya da kısmen bildiğini ifade etmiştir (hayır %29; kısmen %31,2). Araştırmaya katılan sağlık personelinin görüşlerine göre belirlenen afet ve acil durumlara hazırlıklı olma durumunu etkileyen değişkenler; meslekte ve hastanede çalışma yılları, afet deneyimine sahip olmak, afet eğitimi ve tatbikatına katılmak, afet planını okumak, afet planını hazırlamak ve güncelleme çalışmalarına katılım olarak belirlenmiştir.

Çalışmanın bulgularına göre, sağlık personelinin afet ve acil durumlara hazırlıklı olmalarında öncelikle hastane afet planının tüm çalışanlar tarafından bilinmesi ve anlaşılması önemlidir. Bununla birlikte, çalışanların afetlere hazırlık eğitimleri ve tatbikatlarla desteklenmeleri gerekmektedir. Özellikle, mesleğinin ilk yıllarındaki sağlık personeline afet yönetimi eğitimi verilmesi gerektiği düşünülmektedir. Afetlere hazırlık çalışmalarında öncelik verilmesi gereken hususlar kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer olaylar ile ilgili prosedürler, terör ve sabotaj gibi durumlarda uygulanacak prosedürler, hastaneden tahliye prosedürleri, triyaj uygulaması gibi konulardır.

Anahtar Kelimeler: Afetler, Afet Planlama, Sağlık Çalışanı

ABSTRACT

Disasters are events that negatively affect the daily life of a society at an unpredictable time and often cause the need for healthcare. The aim of this study is to assess the disaster and emergency situations preparation state of health personnel attending the research, depending on their opinion. This research is a descriptive study. The research data were collected through a questionnaire created by the researchers and 276 surveys were evaluated.

23.2% of the participants stated that they know the procedure to be applied for exposed patients in case of chemical, biological, radiological and nuclear events. The rate of those who stated that they know the procedures to be applied in the case of fire-explosions and gas leakage is 35.9% and 31.5%, respectively. 60.2% of the participants stated that they do not know or partially know the procedure to be followed in case of a possible evacuation in the hospital. (no 29%; partly 31.2%). Variables that increase the level of preparedness for disasters and emergencies determined according to the opinions of the health personnel participating in the research are determined as working years in the profession and in the hospital, having experience in disaster, participation in disaster education and exercise, reading the disaster plan, participation in preparing and updating the disaster plan.

According to the findings of the study, it is important that the hospital disaster plan is known and understood by all employees in the preparation of healthcare personnel for disasters and emergencies. Moreover, it is necessary that employees are supported by disaster preparedness training and exercises. In particular, it is considered that disaster management training should be given to health personnel in the first years of their profession. The issues that should be given priority in disaster preparedness studies are the procedures related to chemical, biological, radiological and nuclear incidents, the procedures to be applied in cases such as terrorism and sabotage, evacuation procedures from the hospital, and the application of triage.

Keywords: Disasters, Disasters Planning, Health Personnel

Bu çalışma yüksek lisans tezinden türetilmiştir. Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik izin (Etik Kurul No: 10840098-604.01.01-E.34134) alınmıştır.

¹ Öğr. Gör, Samet DİNÇER, Afet Yönetimi ABD, Sinop Üniversitesi, sdincer@sinop.edu.tr, ORCID: 0000-0001-8498-2408

² Dr. Öğr. Üye, Seda KUMRU, Sağlık Yönetimi ABD, İzmir Bakırçay Üniversitesi, seda.kumru@bakircay.edu.tr, ORCID: 0000-0001-7083-1377

İletişim / Corresponding Author: Samet DİNÇER
e-posta/e-mail: sdincer@sinop.edu.tr

Geliş Tarihi / Received: 05.09.2020
Kabul Tarihi/Accepted: 13.02.2021

GİRİŞ

Afet; “toplumun tamamı veya belli kesimleri için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal hayatı ve insan faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan, etkilenen toplumun baş etme kapasitesinin yeterli olmadığı doğa, teknoloji veya insan kaynaklı olay”; acil durum ise “Büyük, fakat genellikle yerel imkânlarla baş edilebilen çapta, ivedilik gerektiren tüm durum ve hâller” olarak tanımlanmıştır¹. Afet hazırlığı ise, afetlere zamanında hızlı ve etkili müdahale edebilmek için afet öncesinde yapılması gereken planlama, eğitim, tatbikat, erken uyarı sistemlerinin kurulması, acil yardım malzeme stokları, halkın bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi gibi faaliyetlerin sürekli ve sürdürülebilir olarak yürütüldüğü süreci ifade etmektedir².

Türkiye, jeolojik, meteorolojik ve topografik yapısı nedeniyle deprem, heyelan, su baskını, kaya düşmesi ve çığ gibi doğa kaynaklı afetlerle karşı karşıya kalmaktadır. Bununla birlikte yangın, kimyasal ve biyolojik olaylar, terör kaynaklı olaylar, endüstri nedenli olaylar gibi insan kaynaklı birçok afet ve acil durum için risklere sahiptir³. AFAD Açıklamalı Afet Yönetimi Terimleri Sözlüğünde risk “Bir olayın belirli koşul ve ortamlarda doğurabileceği can, mal, ekonomik ve çevresel gibi değerlerin kaybının gerçekleşme olasılığı” olarak tanımlanmıştır. Risk, olaylar sonucunda gerçekleşen potansiyel kayıplar ya da ortaya çıkan tehlikenin hasar görebilirlik ile çarpımı ile ifade edilmektedir¹. Ülkelerin afet riski açısından hem ülke bazında hem de uluslararası düzeyde değerlendirilmesini sağlayan uluslararası risk endeksleri yayınlanmaktadır. Bu endekslerden biri tehlike ve maruziyet, zarar görebilirlik ve başa çıkma kapasitesi olmak üzere üç ana bileşeni değerlendiren Risk Yönetimi Endeksi (INFORM)’dir. Bu endekse göre yapılan sıralamada Türkiye, yüksek riski ifade eden 5,0 endeks puanı ile 191 ülke arasında 45’inci sırada yer almaktadır³. 1970-2012 yılları arasında en sık meydana gelen ilk üç afet olayı orman yangını (1978),

heyelan (988) ve fırtına (691) olarak tespit edilmiştir⁴. 2016 yılı için yapılan değerlendirmelere göre en fazla hasar ve can kaybına yol açan doğa kaynaklı afetlerin ilk üçü su baskını (%25), fırtına (%22) ve heyelandır (%20). Aynı yıl içinde 24 kişi su baskını, 24 kişi akıntıda boğulma ve 22 kişi heyelan nedeniyle hayatını kaybetmiştir⁵. Afet durumunda, sağlık hizmetlerinde olağan koşullara göre öngörülemeyen bir talep meydana gelmekte ve özellikle acil sağlık hizmetlerinde yoğunluklar yaşanmaktadır. Bu nedenlerle afet durumunda ortaya çıkan sağlık hizmeti ihtiyacının karşılanabilmesi, sağlık hizmetlerinin bu süreçte verimli ve etkili bir şekilde sunulabilmesi, başarılı bir kriz yönetimi gerçekleştirilebilmesi için afetlere hazırlıklı olunması bir gerekliliktir.

Kesintisiz hizmet sunan, acil yardım ve hayat kurtarma rollerini yerine getiren hastaneler; hasta bakımı, tıbbi destek ve kurumsal destek etkinlikleri ile afetlerde aktif role sahiptirler⁶. Hastane çalışanlarının, afetlere karşı alınan önlemler, iş akışları ve ilgili sorumluları, kendi sorumlulukları gibi konularda eğitilmesi ve düzenli aralıklarla afet tatbikatlarının yapılması çok önemlidir⁴. Samsuddin tarafından yapılan çalışmada hastanelerin afetlere hazırlıklı olmalarında etkili olan 17 indikatör incelenmiş ve hastanenin insan kaynaklarının eğitimi, en kritik indikatör olarak tespit edilmiştir⁵. Hastanelerin rolleri afet sonrası süreçte de devam etmektedir. Bu nedenle afet sürecinde ve sonrası dönemde sağlık personelinin, etkin bir şekilde rol alabilmesi için afet planında yer alan organize olma, görev tanımlarının uygulanması, birimler arasında iyi bir eşgüdüm sağlama, ortaya çıkabilecek sorunları minimize etme, afet sebebiyle hastanede oluşabilecek kargaşa ve paniğin önlenmesi, hastanede tedavisi devam eden hasta ve yaralıların tedavi ve tanılarının başarılı şekilde gerçekleşmesinin sağlanmasında sorumluluklarını ve rollerini yerine getirebilecek bilgi ve beceriye sahip olması bir gerekliliktir⁷.

Afet ve acil durumların yönetim sürecindeki çalışmaların önemli bir tarafını da sağlık kurumları oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalara bakıldığında Türkiye’de hastanelerin afet ve acil durumlara hazırlığı ile ilgili çalışmaların yürütülmekte olduğu ve özellikle yasal düzenlemelerin de etkileriyle bu araştırmalarda elde edilen sonuçlarda yıllar itibariyle gelişmeler tespit edildiği söylenebilir⁷⁻¹¹. Afet yönetiminde sağlık profesyonelleri ile yapılan araştırmalar incelendiğinde bu çalışmaların özellikle hemşirelerle birlikte yapıldığı görülmektedir¹²⁻¹⁶. Bununla birlikte, hastanede sunulan sağlık hizmetlerinin bir bütün olduğu dikkate alındığında tüm sağlık profesyonelinin dahil olduğu çalışmaların hem literatür hem de uygulama açısından katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu çalışmanın saha araştırması coğrafi konumu itibariyle özellikle deprem riski ile birlikte bir sanayi şehri olması ve kalabalık bir şehir olması gibi nedenlerle endüstriyel kazalar ve patlamalar ile siyasi saldırı riski yüksek

olarak değerlendirilen İstanbul şehrinde hizmet veren bir vakıf üniversitesi hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmanın temel amacı İstanbul ilinde bulunan bir vakıf üniversite hastanesinde çalışan sağlık personellerinin afet ve acil durumlar için hazırlıklı olma durumunun, kendi görüşleri doğrultusunda değerlendirilmesidir. Bununla birlikte araştırmaya katılan sağlık personelinin afet ve acil durumlara hazırlıklı olma durumunun cinsiyet, eğitim durumu, meslekte ve hastanede çalışma süresi ile afet ve acil durumlara ilişkin deneyimlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek bu araştırmanın diğer amaçlarıdır. Bu çalışmada sağlık personeli ile ifade edilen araştırmaya katılan sağlık personelidir. Araştırmaya katılan sağlık personelinin görüşlerine göre belirlenen afet ve acil durumlar için hazırlıklı olma durumunu ifade etmek için ise tekrardan kaçınılması amacıyla afet ve acil durumlar için hazırlıklı olma durumu ifadesi kullanılmıştır.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın Tasarımı

Tanımlayıcı nitelikte olan bu araştırma, hastanede çalışan sağlık personellerinden anket ile veri toplanması üzerine tasarlanmıştır. Araştırma İstanbul’un Avrupa yakasında bulunan 515 yatağı, 267 ayakta tedavi (poliklinik) odası ve 25 ameliyathaneye sahip bir vakıf üniversite hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma için etik kurul onayı ve hastane yönetiminden anket uygulama izni alınmıştır.

Araştırma, çalışmanın yapıldığı dönem içinde hastanede hemşire, sağlık teknisyeni/teknikeri, hekim olarak çalışan sağlık personelinin kapsamaktadır. Bununla birlikte sağlık personelinin bir listesinin temininin mümkün olmaması, esnek çalışma programları, bazı klinik birimlerin yoğunluğu gibi nedenlerle gelişigüzel örnekleme yöntemi uygulanmıştır. Baştürk ve Taştepe çalışmalarında t-testi, varyans analizi ve regresyon analizi gibi istatistiksel analizlerin yapılabilmesi için planlanan anket sayısının 200-300’den fazla olduğunu ifade etmiştir²⁰.

Bu çalışmada Ekim 2018-Kasım 2018 tarihleri arasında gönüllü katılım esasında 300 anket uygulanmış ve uygun görülen 276 anket değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul’undan 15/08/2018 tarihiyle ve 463 Karar numarasıyla etik kurul onayı alınmıştır. Çalışma yapılmak istenen vakıf üniversite hastanesinden 31034136-302.08.01.-E.37723 sayılı yazı ile izin alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın kapsamı hemşire, hekim, sağlık teknisyeni/teknikerleri ile sınırlı kalmıştır. Fizyoterapist, diyetisyen vb. sağlık personelleri araştırma kapsamında yer almamaktadır. Çalışma gelişigüzel örnekleme yönteminin kısıtlılıklarını barındırmaktadır. Araştırmada elde edilen sonuçlar, araştırmaya katılan sağlık personellerinin afet ve acil olaylara hazırlık

durumlarına ilişkin görüşlerini yansıtmaktadır.

Veri Toplama Aracı ve Veri Analizi

Veri toplanması için araştırmacılar tarafından, literatür araştırmaları, Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından hazırlanan Hastane Afet ve Acil Durum Planı Hazırlama Kılavuzu ve Ulusal Medikal Kurtarma Ekip (UMKE) üyesi, Acil Yardım ve Afet Yönetimi lisans bölümlerinde eğitim veren çeşitli akademisyenden oluşan 5 uzman görüşü alınmıştır. Bu uzman görüşleri doğrultusunda Hastane Çalışanı Afet ve Acil Durumlara Hazırlık Durumu anketi hazırlanmıştır. Anket; açıklama kısmı, cinsiyet, yaş, meslek, çalışma süresi, hastanede çalışma süresini kapsayan tanımlayıcı sorular ve sağlık personelinin afet ve acil durumlara hazırlık durumunu değerlendirmek üzere hayır, kısmen, evet seçeneklerine sahip soruları kapsayan bir bölümden oluşmaktadır.

Anketlerin güvenilirliğinin tespit edilmesi için tercih edilen yöntemlerden biri Cronbach's Alfa değerinin hesaplanmasıdır. İçsel tutarlılığı yansıtan Cronbach Alfa katsayısının 0,70 veya daha yüksek olması istenilmektedir. Bu çalışmada kullanılan anketin güvenilirliğinin belirlenmesi amacıyla hesaplanan Cronbach's Alfa değeri 0,955 olarak tespit edilmiştir.

Sağlık personelinin afet ve acil durumlara ne kadar hazırlıklı olduklarına ilişkin

görüşlerinin değerlendirilebilmesi için ankette yer alan 25 madde Hayır: 1, Kısmen: 2, Evet: 3 olarak kodlanarak, tüm maddelere verilen cevaplar toplanarak tek bir değer elde edilmiştir. Bir katılımcı için belirlenen toplam değer 25-75 aralığında yer almaktadır.

Sağlık personelinin cinsiyet, yaş, eğitim, meslek, hastanedeki çalışma süresi, mesleğinde çalışma süresi gibi özellikleri ile daha önce bir afet esnasında herhangi bir hastanede görev yapma, güncel afet ve acil durum planını okuma, afet ve acil durum planı hazırlama ve güncelleme çalışmalarına katılma, afet ile ilgili bir eğitime katılma, afet ve acil durum tatbikatlarına katılma durumları tanımlayıcı istatistiklerle sunulmuştur. Sağlık personeli afet ve acil durumlara hazırlıklı olma durumunun, sağlık personelinin bu özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiştir. Elde edilen verilerin dağılımı normal dağılım göstermediğinden bağımsız değişkenlere ait grupların karşılaştırmasında iki grup için Mann Whitney U testi kullanılırken, üç grup veya daha üstü durumlarda Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Ayrıca çoklu karşılaştırmalarda post hoc testi olarak bonferroni düzeltmesi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak 0,05 baz alınmış ve verilerin analizinde SPSS 22.0 programı kullanılmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmaya katılan ve görüşleri değerlendirilen 276 sağlık personelinin %63'ü kadınlardan oluşmakta ve %62'si hemşire-ebe olarak çalışmaktadır. Yaş aralığı 19-46 arasında değişen katılımcıların yaş ortalaması 25,5 olarak hesaplanmıştır. %37,7'si lisans ve %32,3'ü ön lisans derecesine sahip olan sağlık personelinin %31,5'i kliniklerde, %31,2'si ayakta tedavi hizmetlerinde, %19,6'sı ameliyathanede ve %17,8'i yoğun bakım biriminde

çalışmaktadır. Bu personelinin %41,7'si 1-5 yıl deneyime sahiptir ve %33'ü 1 yıl ve daha az süredir bu hastanede çalışmaktadır. Sağlık personelinin %43,5'i daha önce afet ile ilgili bir eğitime katılmamıştır. Afet ve acil durum tatbikatlarına katılmayanların payı %54,3; afet planını okumayanların payı ise %63'tür. Katılımcıların %65,2'si afet ve acil durum planı hazırlama ve güncelleme çalışmalarına katılmamıştır.

Tablo 1. Sağlık Personeli Afet ve Acil Durumlara Hazırlıklı Olma Durumuna İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

	Hayır		Kısmen		Evet	
	n	%	n	%	N	%
Acil Renk Kodu Sistemi hakkında bilgi sahibi misiniz?	48	17,4	33	12,0	195	70,7
Afet ve acil durumunda olay seviyelerinin (seviye 1, seviye 2 ve seviye 3) kapsamını biliyor musunuz?	116	42,0	72	26,1	88	31,9
Afet ve acil durumunda olay bildirimini nasıl yapacağınızı biliyor musunuz?	69	25,0	46	16,7	161	58,3
Afet durumunda hastanede kiminle irtibata geçeceğinizi biliyor musunuz?	89	32,2	49	17,8	138	50,0
Afet durumunda gerektiğinde SB'na* olay bildirimini nasıl yapılması gerektiği konusunda bilgi sahibi misiniz?	146	52,9	48	17,4	82	29,7
Kendinizi afete hazırlık ve afet yönetimi konusunda yeterli düzeyde bilgi sahibi görüyor musunuz?	104	37,7	100	36,2	72	26,1
Afet ve acil durumda sorumluluklarınızı ve görevlerinizi biliyor musunuz?	71	25,7	95	34,4	110	39,9
Afetlerde bilgi, beceri ve yetkinizin sınırlarını ve onları ne zaman aşmış olacağınızı biliyor musunuz?	97	35,1	86	31,2	93	33,7
Afetlerde kullanılan kabul edilmiş triyaj ilkelerini biliyor musunuz?	83	30,0	88	31,9	105	38,0
Kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer olaylara maruz kalan hastalar için uygulanması gereken prosedürü biliyor musunuz?	124	44,9	88	31,9	64	23,2
Bulaşıcı hastalıkların görüldüğü hastalarda uygulanması gereken prosedürü biliyor musunuz?	80	29,0	70	25,4	126	45,7
Afet durumunda hastaneye gelen hastaların kişisel eşyalarının yönetiminde uygulanması gereken prosedürü biliyor musunuz?	113	40,9	69	25,0	94	34,1
Afet durumunda hastane çalışanlarının görev kıyafetleri ve personel kimlik kartlarına ilişkin uyulması gereken kuralları biliyor musunuz?	98	35,5	69	25,0	109	39,5
Afet durumunda hastanede kayıt altına alınması gereken bilgiler ve doldurulması gereken formlar hakkında bilgi sahibi misiniz?	116	42,0	91	33,0	69	25,0
Afet durumunda hazırlanacak olan durum raporları ve kapsamaları hakkında bilgi sahibi misiniz?	123	44,6	84	30,4	69	25,0
Acil müdahale planları, tahliye prosedürlerini ve benzeri işlevleri uygulama konusunda bilgi sahibi misiniz?	106	38,4	91	33,0	79	28,6
Hastanede yangın ve patlamalar durumunda uygulanması gereken prosedürü biliyor musunuz?	93	33,7	84	30,4	99	35,9
Hastanede gaz kaçağı meydana geldiğinde uygulanacak prosedürleri biliyor musunuz?	100	36,2	89	32,2	87	31,5
Hastanede deprem esnasında uygulanacak prosedürleri (işlemleri) biliyor musunuz?	65	23,6	95	34,4	11+	42,0
Hastanede terör ve sabotaj esnasında uygulanacak prosedürleri (Bomba İhbarı, şüpheli Paket/ Tüp, Saldırı) biliyor musunuz?	120	43,5	74	26,8	82	29,7
Hastanede bir kimyasal olay durumunda uygulanması gereken prosedürü biliyor musunuz?	122	44,2	90	32,6	64	23,2
Hastanede olası bir tahliye durumunda uygulanması gereken prosedürü biliyor musunuz?	80	29,0	86	31,2	110	39,9
Hastanede tesisten kaynaklanan çevresel risklerde uygulanacak prosedürleri biliyor musunuz?	125	45,3	81	29,3	70	25,4
Afet ve acil durumlarda aramanız gereken telefon numaralarını (itfaiye, polis vb.) biliyor musunuz?	45	16,3	31	11,2	200	72,5
Afet ve acil durumlarda tanımlanmış bir göreviniz var mı?	185	67,0	51	18,5	40	14,5

*Sağlık Bakanlığı

Tablo 1, sağlık personelinin afet ve acil durumlar için hazırlıklı olma durumuna ilişkin görüşlerini değerlendirmek amacıyla sorulan 25 soruya verdikleri cevapları sıklık değerleri ile sunmaktadır. Afet ve acil durumlar için sağlık personelinin hazırlıklı olma durumlarına ilişkin elde edilen

ortalama $50,01 \pm 14,21$ 'dir. 25 sorunun hepsine hayır cevabı veren 8 kişi (%2,90) 25 değerini almıştır. 25 soruya hayır ya da kısmen olarak cevaplandırılan birinin alabileceği en yüksek değer 50'dir. 151 kişi (%54,71) 50 değer ya da daha az almıştır. 17

kişi (%6,16) ise 25 sorunun hepsine evet | yanıtını vererek 75 değer almıştır.

Tablo 2. Sağlık Personelinin Afet ve Acil Durumlara Hazırlıklı Olma Durumunun Bazı Tanımlayıcı İstatistiklere Göre Karşılaştırmalı Analizi

Cinsiyet	n	Ortalama+ Standart Sap.	Medyan (Min-Mak)*	Sıra Ortalaması	İkili karşılaştırma sonuçları*
Kadın	174	49,51±14,62	48,00 (25-75)	176,95	
Erkek	102	50,88±13,51	50,00 (25-75)	132,36	-
Test İstatistiği		U: 8220,5	Z:-1,022	(p:0,307)	
Eğitim Durumu					
Lise	74	54,64±12,25	55,00 (25-75)	166,43	Lise-Lisans U*:42.168; p:0,003
Ön Lisans	89	48,47±13,24	48,00 (25-75)	129,74	
Lisans	104	47,66±15,27	47,00 (25-75)	124,26	
Lisans Üstü	9	54,44±18,03	53,00 (33-75)	160,00	Lise-Ön Lisans U:36,696; p:0,021
Test İstatistiği		KW*= 14,113574		p:0,003	
Çalışma Süresi					
1 yıldan daha az	67	45,49±14,59	45 (ta(25-75))	112,49	1 yıldan daha az-5-10 yıl U:-4,344; p:<0,001
1- 5 Yıl	115	48,86±13,08	48 (25-75)	132,91	
6- 10 Yıl	35	52,46±14,81	54 (25-75)	151,17	1-5 Yıl-5-10 Yıl U:- 2,787; p:<0,016
>=10 Yıl ve Daha Fazla	59	55,95±13,6	57 (27-75)	171,42	
Test İstatistiği		KW:18,6154		(p:<0,001)	
Hastanede Çalışma Süresi					
1 Yıldan daha az	91	46,0±14,14	46 (25-75)	115,66	1 yıldan daha az-10 Yıl ve daha fazla U:-4,137; p:<0,001
1- 5 Yıl	131	49,96±13,47	50 (25-75)	139,24	
6- 10 Yıl	54	56,91±13,68	57 (27-75)	174,19	1-5 Yıl-10 Yıl ve daha fazla
Test İstatistiği		KW:18,8948		(p:<0,001)	U:-3,014; p:<0,015

*: Bonferroni Düzeltmeli İkili Karşılaştırma Mann Whitney U Testi uygulanmıştır. Min=Minimum, Max=Maksimum, KW=Kruskal-Wallis Testi, U=Whitney U Testi.

Tablo 2’de görüldüğü üzere afet ve acil durumlar için kadın ve erkek sağlık personellerinin hazırlıklı olma durumlarına ilişkin ortalamalar (sırasıyla 49,51±14,62; 50,88±13,51) birbirine yakındır ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05). Afet ve acil durumlar için eğitim düzeyine göre hazırlıklı olma durumu ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark mevcuttur (p<0,05). Lise mezunlarının (54,64±12,25) hazırlıklı olma durumu ortalaması, lisans (47,66±15,27) ve ön lisans (48,47±13,24)

mezunlarının ortalamasından daha yüksektir ve aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (p<0,05). Afet ve acil durumlar için sağlık personelinin meslekte çalışma yılı ve hastane çalışma sürelerine göre hazırlıklı olma durumuna ilişkin ortalamalar, istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar göstermektedir. Meslekte ve hastanede çalışma süresi arttıkça hazırlıklı olma durumu için belirlenen ortalama yükselmektedir ve aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır. 10 yıl ve daha fazla süredir bu meslekte çalışanların hazırlıklı olma durumuna ilişkin ortalaması

(55,95±13,6), 1 yıldan daha az süredir çalışanlar (48,86±13,08; p<0,001) ile 1-5 yıldır çalışanların (52,46±14,81; p<0,05) ortalamasından daha yüksektir ve aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır. Afet ve acil durumlar için 5-10 yıl (55,95±13,6) aralığında bu hastanede çalışan sağlık personelinin hazırlıklı olma durumu ortalamaları, 1 yıldan daha az süredir (45,49±14,59; p<0,001) ve 1-5 yıl (52,46±14,81; p<0,05) çalışanlardan daha yüksektir ve aradaki fark istatistiksel açıdan

anlamlıdır (Tablo 2). Elde edilen sonuçlar, sağlık personelinin afetlere hazırlık olma durumlarında aldıkları örgün eğitimlerin pozitif yönde bir etki sağlamadığı, ancak meslekte çalışma süresi ve kurumda çalışma süresi arttıkça afete hazırlık durumda pozitif bir etki meydana geldiğini göstermektedir. Bu nedenle hastanelerin mesleğe yeni başlayanlar başta olmak üzere tüm çalışanlarını afete hazırlık konusunda eğitmeleri ve desteklemelerinin önemli olduğu söylenebilir.

Tablo 3. Sağlık Personeli Afet ve Acil Durumlara Hazırlıklı Olma Durumunun Personelin Afet ile İlgili Deneyimlerine Göre Analizi

Daha önce bir afet esnasında herhangi hastanede görev aldınız mı?				
	n	Ortalama+ Standart Sap.	Medyan (Min-Mak)	Sıra Ortalaması
Evet	38	56,92±14,42	56,5 (27-75)	176,95
Hayır	238	48,91±13,89	48 (25-75)	132,36
Test İstatistiği		U:3061,0	Z:-3,198	(p:0,001)
Güncel afet ve acil durum planını okudunuz mu?				
Evet	102	61,62±12,71	65 (25-75)	202,25
Hayır	174	43,21±10,04	45 (25-63)	101,13
Test İstatistiği		U:2371,0	Z:-10,166	(p:<0,001)
Afet ve acil durum planı hazırlama ve güncelleme çalışmalarına katıldınız mı?				
Evet	96	61,29±13,11	65 (27-75)	197,85
Hayır	180	44,00±10,70	45 (25-67)	106,84
Test İstatistiği		U:2942,0	Z:-9,022	(p:<0,001)
Afet ve acil durum hazırlık eğitimlerine katıldınız mı?				
Evet	156	55,76±13,63	54 (25-75)	169,29
Hayır	120	42,55±11,19	43 (25-75)	98,47
Test İstatistiği		U:4556,5	Z:-7,307	(p:<0,001)
Afet ve acil durum tatbikatlarına katıldınız mı?				
Evet	126	58,23±13,56	58 (30-75)	182,21
Hayır	150	43,11±10,65	44,5 (25-65)	101,78
Test İstatistiği		U:3942,5	Z:-8,338	(p:<0,001)

Afet ve acil durumlar için daha önce bir afet esnasında bir hastane çalışan sağlık personelinin hazırlıklı olma durumu ortalaması (56,92±14,42), bu deneyime sahip olmayanların ortalamasından (48,91±13,89) daha yüksektir ve aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (p=0,05).

Güncel afet ve acil durum planını okuyanların afet ve acil durumlara hazırlıklı olma durumuna ilişkin ortalama (61,62±12,71) okumayanlardan daha yüksektir (43,21±10,04) ve aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (p<0,001). Afet ve acil durumlar için afet ve acil durum planı hazırlama ve güncelleme çalışmalarına

katılanların hazırlıklı olma durumuna ilişkin ortalama (61,29±13,11) katılmayanların ortalamasından (44,00±10,70) daha yüksektir ve aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (p<0,001). Afet ve acil durum hazırlık eğitimlerine katılanların afet ve acil durumlara hazırlıklı olma durumuna ilişkin ortalaması (55,76±13,63) bu eğitimlere katılmayanlardan (42,55±11,19; p<0,001) ve afet ve acil durum tatbikatlarına katılanların afet ve acil durumlara hazırlıklı olma durumuna ilişkin ortalaması (58,23±13,56) bu tatbikatlara katılmayanların ortalamasından (43,11±10,65; p<0,001) daha yüksektir ve aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (Tablo3). Bu sonuçlar afet ve acil durumlarla ilgili farkındalığın, deneyimin ve ilgili süreçlere katılımın artmasının afete hazırlık olma durumunda pozitif bir etkiye yol açtığını göstermektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının mümkün olduğunca afet hazırlık çalışmalarına dahil edilmeleri, farkındalık ve bilgi seviyelerinin artırılmasına yönelik çalışmalar yapılması afet ve acil durumlara hazırlıklı olmalarına katkı sağlayacaktır.

Afet ve acil durumlar için sağlık personellerinin hazırlıklı olma durumlarının değerlendirilmesini amaçlayan bu çalışmanın sonuçlarına göre sağlık personelinin sadece %26,1'i afet ve acil durumlara tam olarak hazırlıklı olduklarını düşünmektedir. Ulusal ve uluslararası düzeyde, sağlık personelinin afet ve acil durumlara hazır olmadığını vurgulayan çalışmaların olduğu görülmektedir¹⁷⁻²⁰. Hekimlerle yapılan çalışmada hekimlerin %67,7'sinin kendilerini afetlere hazırlıklı hissetmedikleri sonucuna varılmıştır¹⁸. Çelik tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin genel olarak afete hazır olma açısından temel yeterliliklerinin geliştirilmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır¹². Özcan tarafından yapılan çalışmada ise hemşirelerin çoğunluğu, kendilerini afetlere kısmen hazır olarak ifade etmişlerdir¹⁴. Taşkıran tarafından hemşirelerle yapılan çalışmada katılımcılar, afetlere orta düzeyde hazır oldukları ve afete hazırlık için temel yeterlilikleri karşılamada orta düzeyde yeterli oldukları yönünde görüş

bildirmişlerdir¹⁵. Labrague ve ark. tarafından hemşireler ile yapılan çalışmada katılımcıların %80'inin afet için hazır hissetmedikleri ifade edilmiştir²¹. Nofal ve ark. tarafından yapılan çalışma sonuçlarına göre, katılımcıların sadece %36,4'ü kendilerini afete hazır hissetmektedir²². Hemşirelerle yapılan bir diğer çalışmada hemşirelerin büyük çaptaki afetlere hazır hissetmedikleri sonucuna varılmıştır²³. Walczyszyn ve ark. tarafından yapılan araştırmaya göre katılımcıların %61,5'i afet sürecini yönetme konusunda kendilerini rahat hissetmemektedir²⁴. Sağlık personelinin afetlere yönelik hazırlık durumlarına ilişkin yapılan çalışmalar konunun önemini yansıtmaktadır. Ancak çalışmalarda genel anlamda sağlık personelinin afetlere karşı kendilerini hazır hissetmediklerini yansıtan sonuçlar elde edilmiştir.

Sağlık personellerinin afet ve acil durumlara karşı bilgi seviyelerine ilişkin yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar dikkat çekmektedir. Çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğu afet ve acil durumlar için hazırlıklı olma durumlarına ilişkin 25 sorudan çoğunluğuna bilgi sahibi olmadıkları ya da kısmen bilgi sahibi oldukları yönünde yanıtlar vermiştir. %93,2'sinin klinisyenlerden oluştuğu bir çalışmada katılımcıların %47,8'isinin afet ve acil durum hazırlık ve planlama bilgisinin iyi düzeyde olduğu ifade edilmiştir²⁵. Başka bir çalışmada da afetlere hazırlık ve müdahale anlamında katılımcıların %29,4'ünün iyi bilgi seviyesine sahip olduğu ifade edilmiştir²⁶. Sakhare ve Waghmare tarafından yapılan çalışmada ise katılımcıların %18'inin afet hazırlık bilgisinin iyi düzeyde olduğu değerlendirilmiştir³⁰. İncelenen çalışma sonuçları afete hazırlıklı olma durumları yeterli olarak değerlendirilen sağlık personelinin nispeten daha az sayıda olduğunu göstermektedir.

Çalışmanın sorularından biri afet ve acil durumlar için sağlık personelinin hazırlıklı olma durumunun hangi durumlarda değişiklik gösterdiğidir. Yapılan analizler

sonucunda meslekte ve hastanede çalışma süresi arttıkça afet ve acil durumlar için hazırlıklı olma durumuna ilişkin ortalamanın arttığı ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır. Nofal ve ark. tarafından yapılan çalışmada da çalışma süresi ile afet ve acil durum hazırlık seviyesinin arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılar tespit edilmiştir²². Basal ve Ahmet tarafından yapılan çalışma da deneyim süresi ile hemşirelerin afet hazırlık algısı arasında pozitif ilişki tespit edilmiştir²⁷. Bu pozitif yönlü ilişki meslekteki deneyim sürecinde afetlerde görev almış olma ve önemini daha iyi anlama ile açıklanabilir. Bununla birlikte bu sonuç, hastanelerin sağlık personellerinin afet ve acil durumlara karşı eğitilmeleri ve desteklenmelerini sağlayarak daha başarılı bir afet yönetimine sahip olabileceklerini göstermektedir.

Çalışma bulgularına göre sağlık personelinin büyük çoğunluğunun afet ve acil durum deneyiminin olmadığını, afet ve acil durum deneyimi olanlar ile olmayanların, hazırlıklı olma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu sonucuna varılmıştır. Taşkiran tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin afet deneyiminin az olduğu sonucuna varılmıştır¹⁸. Bu sonuçlar hastanelerde başarılı afet yönetimi için tatbikatların ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda sağlık personelinin %50'si afet durumunda irtibata geçeceği kişinin kim olduğunu bilmektedir. Şen ve Ersoy tarafından yapılan çalışmada ise afet yöneticisini bilenlerin oranı %20,7'dir³¹. Çalışmanın yürütüldüğü hastanede afet yönetiminde iletişimin sağlanması konusunda önem verildiği görülmekle birlikte, afet sürecinin tüm hastane çalışanlarını ilgilendiren bir süreç olduğu düşünüldüğünde yeterli olmadığı söylenebilir.

Bu çalışmada hastanede olası bir tahliye durumunda uygulanması gereken prosedürü bildiğini ifade edenlerin payı %39,9'dur. %31,2 ise bu prosedürleri kısmen bildiğini ifade etmiştir. Şen ve Ersoy tarafından

yapılan çalışmada su basması ve sel durumunda uygulanan tahliye prosedürlerini bilenler %5,0 ve yangın, yıkılma, patlama benzeri durumlarda uygulanan tahliye prosedürünü bilenler %5,7'dir³¹. Yurdakul tarafından yapılan çalışmaya göre ise katılımcıların %63,4'ü kendilerinin ve hastaların nasıl tahliye olacağını bildiklerini ifade etmişlerdir²⁸. Bu farklılık, hastanelerde yürütülen afet eğitimleri konusunda birlikteliğin ve belirli bir etkililik seviyesinin sağlanamaması ile ilişkilendirilebilir. Bununla birlikte özellikle çalışan devir hızı yüksek olan hastanelerde her yeni bir sağlık çalışanının afet konusunda kurumsal eğitim sürecinin önemini göstermektedir.

Çalışmada afetlerde kullanılan kabul edilmiş triyaj ilkelerini bildiğini ifade edenlerin payı %38,0'dır. Şen ve Ersoy tarafından yapılan çalışmada triyaj sınıflandırmasını bilenlerin payı %10'dur³¹. Hisar ve Yurdakul hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmanın sonucunda öğrencilerin triyaj bilgisinin yetersiz olduğunu ifade etmişlerdir¹⁶. Özellikle afet olayına büyük bir topluluk maruz kaldığında ve ortaya çıkan sağlık hizmeti ihtiyacının bölgedeki sağlık hizmet sunucularının kapasitesinin çok üzerinde olması durumunda triyaj çok daha önemli bir hale gelmektedir. Çalışma sonuçları lisans eğitimi de dahil olmak üzere triyaj konusundaki eğitimlerin planlanmasının gerekliliğini göstermektedir.

Katılımcıların %44,9'u kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer olaylara maruz kalan hastalar için uygulanması gereken prosedürü bilmediklerini ifade etmişlerdir. Şen ve Ersoy tarafından yapılan çalışmada radyoaktif ve kimyasal bir madde ile kontamine olmuş yaralılara müdahaleyi bilenlerin payı %7,9'dur³¹. Teknolojik gelişmeler ve terör olaylarının kapsamındaki değişiklikler kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer unsurları günlük yaşamın bir parçası haline getirebilmektedir. Bu nedenle güncel risklere karşı sağlık personelinin farkındalığının ve bilgi seviyesinin artırılması önemlidir.

Bu çalışmanın sonuçlarına göre, afet ve acil durumlar için afet eğitime ve tatbikatlara katılanlar bu faaliyetlere katılmayanlara göre daha hazırlıklıdır. Bu iki grup arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Bununla birlikte çalışmaya katılanların %43,5'i ise daha önce afet ile ilgili herhangi bir eğitime katılmadıklarını ifade etmiştir. Yurdakul ve ark. tarafından yapılan çalışmada ise çalıştığı hastanede bu konuda eğitim almadığını beyan edenlerin payı %17,06; başka bir kurumda ya da yurtdışında eğitim almadığını beyan edenlerin payı ise %75,5'dir²⁸. Afet Yönetimi ve Afet Odaklı Sağlık Hizmetleri başlıklı çalışmada sağlık personelinin afete hazırlık eğitimlerinin önemi vurgulanmış, alanında uzman kişilerce afetler konusunda hazırlanan eğitsel-bilimsel materyaller sistematik

olarak aktararak personelin eğitimi tamamlanması gerektiği ifade edilmiştir²⁹. Özcan tarafından yapılan çalışmada afet eğitimi almış hemşirelerin afete hazır olma ile ilgili algılarının eğitim almayanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır¹⁷. Taşkiran tarafından yapılan çalışmada da hemşirelerin afetlere hazırlık için eğitim gereksinimlerinin olduğu ifade edilmiştir¹⁸. Şen ve Ersoy tarafından yapılan çalışmada afet ile ilgili eğitime katılanların ve tatbikatlara katılanların bilgi düzeyleri anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur³¹. Bu çalışmadan elde edilen veriler literatürde yer alan çalışma sonuçları ile ele alındığında sağlık personelinin afet ve acil durumlara karşı hazırlıklı olmasında en önemli uygulamaların başında afetlere yönelik yapılan eğitim ve tatbikat faaliyetlerinin yer aldığı söylenebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hastaneler afet ve acil durum hazırlık süreci için gerekli teknik önlemleri aldıklarını ve bu risklere hazırlıklı olduklarını düşünseler dahi afet sürecini birlikte yönetecekleri insan kaynaklarından elde edilen bu geri bildirimlerin, hastaneler ve SB tarafından afet yönetim süreci için geliştirilecek politikalar açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Sağlık personelinin büyük çoğunluğu (%54,71) afet hazırlık ile ilgili 25 sorunun büyük bir kısmına bilgi sahibi olmadıkları ya da kısmen bilgi sahibi oldukları yönünde yanıtlar vermiştir. Meslekte ve hastanede çalışma süresi arttıkça sağlık personelinin görüşlerine göre belirlenen afet ve acil durumlara hazırlıklı olma durumlarına ilişkin ortalamalar da artmaktadır. Sağlık personelinin daha önceki afet deneyimi, afet eğitime ve tatbikata katılım, afet planını okuma, afet planı hazırlama ve güncelleme çalışmalarına katılım, sağlık personelinin afet ve acil durumlara hazırlığına ilişkin ortalamayı yükseltmektedir. Çalışma sonucunda elde edilen veriler ve incelenen diğer çalışmalar doğrultusunda sağlık personelinin afete hazırlıklı olmasında afet planının bilinmesi ve anlaşılması, afet

yönetimi hakkında eğitim ve tatbikatlara katılımın önemli olduğu görülmüştür. Özellikle kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer olaylar, terör ve sabotaj gibi durumlarda uygulanacak prosedürler, hastaneden tahliye prosedürleri ve triyaj uygulaması hakkında bilgilendirme ihtiyacı dikkat çekmektedir. Bununla birlikte çalışma süresi afet hazırlıklı olma durumunda etkilidir. Bu nedenle özellikle mesleğin ilk yıllarına ve hastanede yeni çalışmaya başlayan sağlık personelinin özellikle afet ve acil durum yönetimi eğitime önem verilmesi gerektiği düşünülmektedir. Hastanelerin kendi sağlık personelinin daha az bilgi sahibi olduğu konuları tespit ederek, bu konularda afet ve acil durum eğitimleri yapmasının hem kurumsal hem de toplumsal anlamda fayda sağlayacaktır. Toplumsal etkileri nedeniyle SB tarafından sağlık personelinin afet ve acil durumlar hakkında bilgi düzeylerinin ulusal düzeyde incelenmesi, eğitim ihtiyacının tespit edilmesi, verilecek eğitimler için nicel ve nitel açıdan standartların belirlenmesi, gerekli eğitimlerin verilmesi ya da verilmesinin sağlanması uygulamalarının etkili olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. AFAD. (2020) "Açıklamalı Afet Yönetimi Terimleri Sözlüğü". Erişim Adresi: <https://www.afad.gov.tr/aciklamali-afet-yonetimi-terimleri-sozlugu>. (Erişim Tarihi:19.05.2020)
2. Şahin, N. (2009) "Afet Yönetimi ve Acil Yardım Planları". İzmir: TMMOB İzmir Kent Sempozyumu, s.131-142.
3. AFAD. (2018). "Türkiye'de Afet Yönetimi ve Doğa Kaynaklı Afet İstatistikleri". Erişim Adresi: <https://www.afad.gov.tr/afet-analiz>. (Erişim Tarihi: 01.11.2019)
4. Özşahin, E. (2013)" Türkiye'de Yaşanmış (1970-2012) Doğal Afetler Üzerine Bir Değerlendirme", 2. Türkiye Deprem Mühendisliği ve Sismoloji Konferansı Kitabı, MKÜ Hatay, s.1-8.
5. Samsuddin, N.M, Takim, R, Nawawi, A.H. and Syed Alwee, S.N.A. (2008). "Disaster Preparedness Attributes and Hospital's Resilience in Malaysia". *Procedia Engineering*, 371-378.
6. Sağlık Bakanlığı. (2015). "Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Hazırlama Kılavuzu". Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,1789/hastane-afet-ve-acil-durum-planı-hap-hazırlama-kılavuzu.html>. (Erişim Tarihi: 24.05.2020)
7. Canatan, H, Erdoğan, A. ve Yılmaz, S. (2015). "Hastane Afet Planlarının Önemi Üzerine Literatür Taraması ve İstanbul İlinde Bir Devlet Hastanesinde Gerçekleştirilen Deprem-Yangın-KBRN Tahliye Tatbikatı". *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2 (4), 190-193.
8. Demirkasimoğlu, M. (2015) Ankara'daki Hastanelerin Afete Hazırlık Durumları. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Ankara.
9. Gürsoy, B. (2019) Hastanelerin Afete Hazırlık Açısından Değerlendirilmesi (Gümüşhane Devlet Hastanesi Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Afet Yönetimi Anabilim Dalı. Gümüşhane.
10. Top, M, Gider, Ö. and Taş, Y. (2011) "An Investigation of Hospital Disaster Preparedness in Turkey". *Journal of Homeland Security and Emergency Management*, 7 (1), 1-17. doi:10.2202/1547-7355.1781
11. Balçık, P.Y, Demir, İ.B. ve Ürek, D. (2014) "Ankara' da Seçilen Bazı Hastanelerde Afet Yönetimine İlişkin Mevcut Durum Değerlendirilmesi". *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 17 (1), 45-58.
12. Çelik, F. (2010). Türk Kızılay'ında Çalışan Hemşirelerin Afetlere Hazıroluşluk Durumları. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği ABD. İstanbul.
13. Hisar, K.M. ve Yurdakul, A. (2015). "Bir Üniversitenin Hemşirelik Öğrencilerinin Afetlerde Sağlık Hizmetleri ile İlgili Bilgilerinin Değerlendirilmesi". *Mehmet Akif Ersoy Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 3 (2), 54-65.
14. Özcan, F. (2013). Hemşirelerin Afete Hazır Olma Durumu ve Hazırlık Algısı. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
15. Taşkıran, G. (2015). Bir Kamu Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Afetlere Hazır Oluşluk Durumları. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İstanbul.
16. Vatan, F. ve Salur, D. (2010) "Yönetici Hemşirelerin Hastanelerdeki Deprem Afet Planları Konusundaki Görüşlerinin İncelenmesi". *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3 (1), 32-44.
17. UNDP. (2008) "India Guidelines for Hospital Emergency Preparedness Planning". Erişim Adresi: http://asdma.gov.in/pdf/publication/undp/guidelines_hospita1_emergency.pdf. (Erişim Tarihi: 24.05.2020)
18. TTB. (2009). Hekimlerin Çalıştıkları Yataklı Tedavi Kurumlarının Olağandışı Durumlara Yönelik Hazırlıklığını Değerlendirmeleri Araştırması. Ankara. Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
19. Ersoy, Ş, Nurlu, M, Gökçe, O. ve Özmen, B. (2017). "2016 Yılında Dünyada ve Türkiye' de Meydana Gelen Doğa Kaynaklı Afet Kayıplarının İstatistiksel Değerlendirmesi". *Mavi Gezegen*, 22, 14-27.
20. Baştürk, S. ve Taştepe, M. (2013) Evren ve Örneklem. In S. BAŞTÜRK (Ed.), *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Vize Yayıncılık.
21. Labrague, L.J, Yboa, B.C, McEnroe-Petitte, D.M, Lobrino, L.R. and Brennan, M.G.B. (2016) "Disaster Preparedness in Philippine Nurses". *Journal of Nursing Scholarship*, 48 (1), 98–105. doi: 10.1111/jnu.12186
22. Nofal, A, Alfayyad, I, Khan, A, Al Aseri, Z. and Abu-Shaheen, A. (2018) "Knowledge, Attitudes, Andpractices of Emergencydepartment Staff Towards Disaster and Emergency Preparedness at Tertiary Health Care Hospital in Central Saudi Arabia". *Saudi Medical Journal*, 39 (11), 1123–1129. doi: 10.15537/smj.2018.11.23026
23. O'Sullivan, T.L, Dow, D, Turner, M.C, Lemyre, L, Corneil, W, Krewski, D. and Amaratunga, C.A. (2008) "Disaster and Emergency Management: Canadian Nurses' Perceptions of Preparedness on Hospital Front Lines". *Prehospital and Disaster Medicine*, 23, 11-19.
24. Walczyszyn, M, Patel, S, Oron, M, and Mina, B. (2016) "Perceptions of Hospital Medical Personnel On Disaster Preparedness", *F1000Research*, 5 (0), 1-13. doi: 10.12688/f1000research.8738.1
25. Adenekan, B, Balogun, M. and Inem, V. (2016) "Knowledge, Attitude, And Practices of Emergency Health Workers Toward Emergency Preparedness and Management in Two Hospitals in Lagos". *Journal of Clinical Sciences*, 13 (1), 23. doi: 10.4103/1595-9587.175483
26. Berhanu, N, Abrha, H, Ejigu, Y. and Woldemichael, K. (2016) "Knowledge, Experiences and Training Needs of Health Professionals about Disaster Preparedness and Response in Southwest Ethiopia: a cross sectional study". *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 26 (5), 415-426. doi: 10.4314/ejhs.v26i5.3
27. Basal, A.A. and Ahmed, R.E. (2018) "Perception of Nurses' Regarding Role, Preparedness and Management Skills during Hospital Disasters". *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing*, 5 (1), 151-161.

28. Yurdakul, A, Piroğlu, F. ve Okay, N. (2013) “Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Mevcut Afet Planı Çerçevesinde, Çalışanların Afete Hazırlığının Değerlendirilmesi”. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 1 (2), 75-85.
29. Işık, Ö, Aydınlioğlu, H.M, Koç, S, Gündoğdu, O, Korkmaz, G. ve Ay, A. (2012). “Afet Yönetimi ve Afet Odaklı Sağlık Hizmetleri”. Okmeydanı Tıp Dergisi, 28, 82-123.
30. Sakhare, V, Waghmare, S. and Joshi, S.G. (2016) “Knowledge and Attitude Regarding Disaster Preparedness Among The Health Care Team Members in Selected Hospitals of Pune City”. International Journal of Population Data Science, 7 (5), 11251-11257.
31. Şen, G. ve Ersoy, G. (2017). “Hastane Afet Ekibinin Afete Hazırlık Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi”. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6 (4), 122-130.

112 İl Ambulans Servisi Personelinin Afete Hazır Olma Durumu ve Hazırlık Algısı: Balıkesir İli Örneği

Readiness Status and Preparedness Perception to Disaster of 112 Ambulance Service Staff: The Case of Balıkesir Province

Okan ASLANTAŞ¹, Mesut TABUK²

ÖZ

Bu araştırmada, afetlerin değişen seviye-etki derecelerine bağlı olarak insan ve çevre için ortaya çıkabilecek kayıp ve hasarların minimum düzeye indirilebilmesi hususunda afet öncesi, sırası ve sonrasında faaliyet gösteren Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları (ASHİ) çalışanlarının afetlere karşı hazır olma durumlarının ve kendilerini ne kadar hazır hissettiğinin belirlenmesi hedeflenmiştir.

Tanımlayıcı nitelikte olan bu araştırma, 2018 Temmuz-2019 Ocak tarihleri arasında Balıkesir 112 ASHİ’de çalışan personel üzerinde gerçekleştirilmiştir (n=628). Araştırma örneklemini, çalışmaya katılım göstermeyi kabul eden 368 personelden oluşmaktadır. Araştırmada, veriler “Anket Formu” ve “Afete Hazırlık Algısı Ölçeği (AHAÖ)” kullanılarak toplanmıştır. Veriler LISREL 8,7 ve SPSS 22 paket programları ile değerlendirilmiştir. Bu araştırmada personelin yaş ortalaması 30,45±6,10 (24-34 yaş) olup, çoğunluğunun ön lisans mezunu, acil tıp teknisyeni (ATT) ve afete dair herhangi bir eğitime katıldığı, eğitim alanların ise teorik ve uygulamalı eğitime katıldığı belirlenmiştir. Ayrıca personelin afetin hazırlık evresindeki algısının ve eğitim alanların afete hazırlık algısının daha yüksek olduğu, çoğunluğunun herhangi bir afet/olağan dışı olayda görev almadığı, alanların ise yangın, maden göçüğü ve suda boğulma olaylarına katıldığı, %62,7’sinin kendisini afetin hazırlık evresinde görevli gördüğü belirlenmiştir. Personelin hazırlık düzeyini ve özgüvenini arttırabilecek “Afet Yönetimi, Saha Triajı, Afet Anında İletişim ve Yangın Güvenliği” gibi konuların bu alandaki eğitim programlarına konulması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Acil Sağlık Hizmetleri, Acil Durum Çalışanları, Afete Hazırlık, Afete Hazırlık Algısı

ABSTRACT

In this research, it is aimed to identify how much they feel ready and the disaster preparedness of the emergency personnel operating before, during and after the disaster to minimize the losses and damages that may arise for humans and the environment depending on the changing level-effect levels of disasters.

This descriptive research was conducted on personnel working at Balıkesir 112 Ambulance Service between July 2018-January 2019 (n = 628). The research sample consisted of 368 staff who agreed to participate. In the study, the data were collected using the “Survey Form” and “Disaster Preparedness Perception Scale”. The data were evaluated with LISREL 8.7 and SPSS 22 package programs. In this research, the average age of the staff is 30.45 ± 6.10 (24-34 years old), most of them have received previously disaster training and a theoretical and practical training and are associate degree graduate and emergency medicine technicians (EMTs). It has been identified that the perception in the disaster preparation phase of the personnel is higher, most of them did not participate in an any disaster/extraordinary event, and the others participate in cases of drowning, mining and fire. 62.7% of them have felt in charge themselves during the preparedness period of a disaster. It is suggested that subjects such as “Disaster Management, Field Triage, Disaster Instant Communication and Fire Safety” that can increase the self-confidence and the level of preparedness of the staff should be included in the training programs in this field.

Keywords: Emergency Health Services, Emergency Professionals, Disaster Preparedness, Disaster Preparedness Perception

*Bu çalışma Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsünde 25.07.2019 tarihinde sunulan bir Yüksek Lisans tezinden üretilmiştir. Çalışmanın yürütülebilmesi için ÇOMÜ 2017/19 protokol numaralı 31.07.2017 tarihli Etik Kurul Onayı ve 12.09.2017 tarihli 60206642/799 sayılı Balıkesir İli Valilik Oluru alınmıştır.

¹Doktora Öğrencisi, Okan ASLANTAŞ, Afet Yönetimi, Dokuz Eylül Üniversitesi, okanaslantas@gmail.com, ORCID: 0000-0002-9172-0921

²Doç.Dr., Mesut TABUK, Matematik Eğitimi Ana Bilim Dalı, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Matematik ve Fen Eğitimi Bölümü, mesuttabuk@comu.edu.tr, ORCID: 0000-0003-1547-3073

GİRİŞ

Afet; bir topluluk ya da toplumun gündelik yaşantısını önemli derecede kesintiye uğratan ve insanlar üzerinde fiziksel, ekonomik, sosyal ve çevresel kayıp ve hasarlara sebep olan, bir topluluk veya toplumun mevcut olanakları ile mücadele edebilme yetisini aşan doğal, teknolojik ya da insan kaynaklı olayların sonuçlarıdır.^{1,2} Afetler çoğunlukla “doğal, insan ve teknolojik kaynaklı” olarak sınıflandırılmakta olup, özellikle son dönemde “doğal” ve “insan kaynaklı” olarak iki kısımda sınıflandırılma eğilimindedir.^{3,4}

Afet çeşitleri arasında en sık rastlanan tür olan doğal afetler, gündelik yaşantının aksamasına sebep olan ve meydana getirdiği kayıp ve hasarlar ile mevcut müdahale kapasitesinin üzerine çıkan doğa olaylarının bir sonucudur.^{5,6} Ülkemizdeki şehirlerin birçoğu, çeşitli doğal afet riskleri altındadır.⁷ Türkiye Afet Bilgi Bankası'nın 1918-2018 yılları arasındaki “Türkiye’de Meydana Gelen Afetlerin Tür ve Sayı Dağılımı”na ilişkin verileri incelendiğinde, etkilenen insan ve yerleşim sayısı açısından en sık karşılaşılan doğal afetler arasında sel, heyelan, deprem, çığ, orman yangınları ve kaya düşmesi yer almaktadır.⁸ İnsan kaynaklı afetler ise doğanın herhangi bir etkisinin olmadığı, dikkatsizlik ve ihmal gibi sebepler ile doğrudan insan kaynaklı olarak ortaya çıkan ve bir doğal kaynaklı afet kadar ciddi hasar ve kayıplara sebep olabilen yangın, sabotaj, asit yağışları, biyolojik saldırı, kimyasal ve ulaşım kazaları, terörizm, ateşli ve bombalı saldırılar gibi afetlerdir. Bu afetler “insan yapısı afetler” veya “doğal olmayan afetler” olarak da isimlendirilebilmektedir.³

İnsanoğlu her ne kadar bilgi ve teknoloji kapasitesini yükseltmiş ve önemli adımlar atmış olsa da afetlere karşı benimsenmesi gereken en önemli yaklaşım tarzları; afet meydana gelmeden önce gerekli tedbirler almak, çevre ve toplumda meydana gelecek kayıp ve hasarları minimize etmek, akademik ve saha araştırmaları yürüterek senaryo ve planlar hazırlayarak uygulamaya konulmasını

sağlamaktır. Özetle afet yönetimi, “afetlerin önlenmesi ve zararlarının azaltılması amacıyla, afet öncesi, sırası ve sonrasında alınması gereken önlemler ve yapılması gereken çalışmaların planlanması, yönlendirilmesi, koordine edilmesi, desteklenmesi ve etkin olarak uygulanabilmesi için toplumun tüm kurum ve kuruluşlarıyla, imkân ve kaynaklarının belirlenen stratejik hedefler ve öncelikler doğrultusunda kullanılmasını gerektiren, çok yönlü, çok disiplinli ve çok aktörlü, dinamik ve karmaşık bir yönetim sürecidir”.⁹

Afet yönetimi, “afet öncesi” ve “afet sonrası” olarak iki ana evreye ayrılmaktadır. Afet öncesi evresi, afet gerçekleşmeden önce yürütülmesi gereken faaliyetlerdir. Bu evredeki çalışmalar, afet sonrasında ortaya çıkabilecek muhtemel riskleri önceden belirlemek ve en aza indirmek için gerekli “Risk Yönetimi” çalışmalarıdır. Afet sonrası evresi, afet sonrası yürütülmesi gereken müdahale, kurtarma ve iyileştirme gibi faaliyetleri içermektedir. Bütünleşik afet yönetimi çerçevesinde afet sonrası “Kriz Yönetimi” olarak ifade edilmektedir.^{10,11} Özellikle 1999 yılında yaşanan depremler sonrasında ülkenin artık kriz değil risk odaklı çalışmalar yürütmesi ve kaynaklarını bu yönde kullanması gerektiği bilincine ulaşılmıştır.¹¹

Özellikle afet öncesindeki hazırlık, risk analizi ve multidisipliner yönetim stratejileri gibi çalışmalar herhangi bir afetten etkilenen afetzedelerin tıbbi gereksinimlerine gerekli yanıtın verilebilmesi bakımından oldukça büyük bir öneme sahiptir. Birey, toplum ve ülke temelinde iş birliğinin sağlanabilmesi için ilgili kişiler ve sağlık personelinin hem hazırlıklı olması hem de kendilerini hazırlıklı görme düzeyinin yüksek olması gerekmektedir. Sağlık personelinin afeti önleme konusunda hazırlık algısının yüksek olması, yeterli bilgi ve niteliğe sahip olması ile doğru orantılıdır.¹² Afete hazırlık algısı, ancak bilinçli bir şekilde kendini koruma isteğinin engellenmesi ile ortaya çıkabilir.¹³ Ayrıca toplum temelli afete hazırlık

çalışmaları, afet öncesinde planlanması ve yapılması gereken hazırlık çalışmalarıdır. Afet çantası, toplanma yerleri (buluşma noktası), aile afet planı (aile toplantısı), güvenli yerler, çıkış yolları ve bölge dışı bağlantı kişisi belirlemek ve hazırlıklarını yapmak temel afet öncesi hazırlık çalışmalarıdır.^{14,15}

Dünya genelinde yürütülen acil sağlık hizmetleri (ASH) uygulamaları her ülkenin kendi imkân ve şartlarına bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir. Ancak, sahada acil yardım ekipleri tarafından en çok iki farklı model uygulanmaktadır. Bunlar; “Anglo-Amerikan modeli (Kap ve götür) ve Franko-German modeli (Kal ve oyna)”dır.¹⁶ Türkiye’de de paramediklerin ön planda çalıştığı, sahada olabildiğince en az zaman kaybedilerek hasta/yaralıların hızlı ve stabil şekilde hastaneye sevkini yapıldığı, akabinde hastanın kesin tanı ve tedavisinin hekimler tarafından gerçekleştirildiği Anglo-Amerikan (Kap ve götür) modeli kullanılmaktadır.¹¹

Türkiye’de ASH uygulamaları 1868 senesinde kurulan Türk Hilal-i Ahmer Cemiyeti (Türk Kızılay Cemiyeti)’ne kadar uzanmaktadır.

Sağlık Bakanlığının tanımına göre acil sağlık hizmetleri, “acil yaralanma veya hastalık gibi durumlarda, bu konuda özel eğitim almış personel aracılığı ile, tıbbi girişim ile vaka yerinde, nakil esnasında, sağlık kurum ve kuruluşlarında sağlanan tüm sağlık hizmetleri”dir. Türkiye’de hastane öncesi ASH, temel hizmet birimlerinden başhekimlik bünyesindeki Komuta Kontrol Merkezi (KKM) ve ASHİ tarafından sürdürülmektedir. 112 ASHİ; ambulans, personel ve ekipmanların hazır bulunduğu, KKM'lere gelen çağrılara göre yönlendirmelerin yapıldığı birimdir. İstasyonda görevli personel ise acil tıp teknisyeni (ATT), hekim, ambulans ve acil bakım teknikeri (AABT, Paramedik) ve sürücülerden oluşmaktadır. Türkiye’de afetlerde

ASH ise, il şube müdürlükleri bünyesinde kurulan afet birimi ve bu birime bağlı olarak faaliyetlerini sürdüren ulusal medikal kurtarma ekibi (UMKE) personeli ile afet ve acil durumların üst yönetiminin ve kriz yönetiminin sağlandığı SAKOM aracılığı ile yürütülmektedir.^{16,17}

Balıkesir 1. derece deprem bölgesi içerisinde yer almakta olup, kendisi ve çevre illeri itibari ile önemli büyüklük ve şiddette deprem geçmişine sahiptir.¹⁸ Ayrıca %44’ü ormanlar ile kaplı olan ilin orman varlığı Türkiye ortalamasının üzerinde ve orman yangınları bakımından da yüksek bir riske sahiptir.¹⁹ Ve son dönemde, Ayvalık ilçesinden botlarla Yunan adalarına geçmeye çalışan mülteciler kaynaklı boğulma vakalarında artış gözlemlenmiştir. Maden rezervi, çeşitliliği ve istihdam alanları açısından da oldukça zengin potansiyeli bulunan ilde birçok maden göçüğü vakası ile karşılaşmaktadır.¹¹ Bunların yanı sıra özellikle sel, dolu, fırtına, yıldırım ve kuraklık gibi meteorolojik kaynaklı afetlerin en fazla görüldüğü illerden birisi olan Balıkesir’de afet ve acil durumlardaki müdahalenin gerekliliği ortaya çıkmaktadır.²⁰ Bu gibi afet ve acil durum olayları sonrasında ortaya çıkabilecek olumsuz koşullara karşı daha önceden hazırlıklı olma ve etkilerinin en aza indirilmesi hususunda 112 ASHİ personelinin afetin hazırlık, müdahale ve iyileştirme safhalarındaki önemi tartışılmazdır.

Bu bağlamda araştırma, personelin afete hazırlık durum ve algısına etki edebilme potansiyeli olan değişkenlerin belirlenerek afet ve acil durumlara karşı personelin kendilerini ne kadar hazır hissettikleri ve gerçekte ne kadar hazır olduklarını tespit etmeyi hedeflemiştir. Ayrıca, ilgili tespitlere yönelik önerilerde bulunmak ve alanyazına katkı sağlamak diğer hedefler arasında yer almaktadır.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı türde olup, 2018 Temmuz-2019 Ocak tarihleri arasında Balıkesir ili merkez ve ilçelerinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini; Balıkesir ilinde 2018 Temmuz-2019 Ocak tarihleri arasında faal hâldeki 112 ASHİ, UMKE, motorlu ekip, başhekimlik ve KKM’de görev yapan 628 personel oluşturmaktadır. Araştırma örnekleme için herhangi bir seçim yöntemine gidilmemiş, tüm evrene ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmaya gönüllü olarak katılım gösteren 368 personel örnekleme oluşturmuştur.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi’nden 2017/19 protokol numaralı 31.07.2017 tarihli Etik Kurul Onayı alınmıştır. Anket formunun ve ölçeğin sahada uygulanabilmesi için, 12.09.2017 tarih ve 60206642/799 sayılı Balıkesir İli Valilik Oluru ve araştırma süre uzatma talebine ilişkin Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma Talepleri Komisyonu’nun 30.07.2018 tarihli Komisyon Onayı alınmıştır. Afete Hazırlık Algısı Ölçeğinin araştırmada kullanılabilmesi için ölçek sahibinden izin alınmıştır.

Veri Toplama Araçları ve Yöntem

Bu araştırmanın verileri, literatür taraması ile araştırmacının hazırladığı afet ile ilgili bilgi ve hazırlık düzeylerine ilişkin “Anket Formu” ve “Afete Hazırlık Algısı Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

Araştırmamızda acil sağlık hizmetleri personelinin afet ve acil durumlara karşı kendilerini ne kadar hazır hissettikleri ve gerçekte ne kadar hazır olduklarını tespit etmeyi sağlayan AHAÖ, Özcan (2013)’in yüksek lisans tez çalışması kapsamında Türkiye’de faaliyet gösteren hemşirelerin afet ve acil durumlara karşı kendilerini hangi düzeyde hazır gördüklerini belirlemek ve bu

yönde kullanılabilecek bir ölçüm aracının olmadığını belirlemesi ile Bond ve Tichy (2007) ve Fung, Loke ve Lai (2008) hemşirelere yönelik geliştirdiği ölçeklerden yararlanılarak geliştirilmiştir. Hemşireler için geliştirilmiş olan Hemşirelerin Afete Hazırlık Algısı Ölçeği (HAHAÖ), kendi araştırmamızda AHAÖ olarak afet ve acil durum çalışanlarının afete hazırlık algılarının tespitine ve yapı geçerliliğinin test edilmesine yönelik kullanılmıştır. Beşli likert tipine sahip olan ölçek 20 ifadeden ve üç alt boyuttan oluşmaktadır.

Anket formunun giriş kısmında araştırmanın amacı, kapsamı ve çeşitli izinlere dair bilgiler yer almakta olup, anket formunun doldurulması ile araştırmaya katılım için onam verildiğinin göstergesi olduğuna dair onam yazısı yer almaktadır.

Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel analizi için LISREL 8,7 ve SPSS 22,0 programlarından yararlanılmıştır.

Tüm değişkenler için yüzde, frekans değerlerine yer verilmiştir. İç tutarlılık için Cronbach Alpha katsayı hesaplanmıştır. Ayrıca araştırmamızda, ilk etapta Özcan (2013) tarafından hemşirelerin afet ile düzeylerini saptamak için geliştirilen HAHAÖ’nün, afet ve acil durum personeli için de kullanılabileceğine yönelik yapı geçerliliği kontrolü AHAÖ aracılığı ile doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılarak gerçekleştirilmiştir.

Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları için ölçek maddeleri üzerinde normallik testi yapılmış olup, homojen dağılım ve normal dağılım sağlamaması sebebi ile non-parametrik “Mann-Whitney U” testi ve “Kruskal Wallis H” testi kullanılmıştır. Gerçekleştirilen çoklu analizler sonrasında farklılığa sebep olan grup ya da grupları belirlemek için ilk olarak Bonferroni düzeltmesi uygulanarak akabinde Mann-Whitney U testi ile ikili karşılaştırmalar yapılmıştır.

Afete Hazırlık Algısı Ölçeği

Hazırlık Evresi

1. Afete kendimi daha hazır hissetmem için düzenli hizmet içi eğitimlerle bilgilerimi tazelemem gerekir.
2. Afete kendimi daha hazır hissetmem için düzenli tatbikatlarla bildiklerimi pekiştirmeliyim.
3. Ülkemizde bir afet gelişmesi durumunda, hangi birimlerden (afete müdahale, arama kurtarma, lojistik destek, bölge haberleşme birimleri vs.) destek isteyeceğimi önceden bilmeliyim.
4. Afete hazırlık konusunda bilgilerimi sorgulamalı, bilmediklerimi öğrenmeliyim.
5. Afet esnasında kullanılacak iletişim zincirini bilmem önemli.
6. Afet esnasında yapılması gerekenleri öncelik sırasına göre bilmeliyim.

Müdahale Evresi

7. Aldığım eğitimlerin (lisans, hizmet içi eğitim vs.) afete hazır olmam için yeterli olduğunu düşünüyorum.
8. Acil durum planı uygulama ve afet yerini boşaltma gibi prosedürleri yerine getirebilirim.
9. Sahada (afet bölgesinde) afetzedelere triaj uygulayabilirim.
10. Afet durumunda afetzedelere ilk müdahaleyi yaparak bakım verebilirim.
11. Patlayıcılarla yapılan terörist eylemlerine maruz kalan topluluklara bakım verebilirim.

12. Biyolojik ya da kimyasal saldırılara uğrayan topluluklara bakım verebilirim.
13. Bulaşma oranı yüksek olan salgın hastalık durumlarında bulunduğum ortamdaki kontaminasyonu önleyebilirim.
14. Afet durumlarında doktor denetimi olmaksızın hastalara ön müdahale uygulayabilecek kadar kendime güveniyorum.
15. Afetzedeleri kurtarma aşamasında sağlık ekibinin her bölümünde çalışabilirim.

Afet Sonrası Evresi

16. Afet sonrasında üzerime düşen rollerin bilincindeyim.
17. Afet sonrasında afetzedelere psikolojik destek sağlayabilirim.
18. Afetzedelerde görülebilecek Akut Stres Bozukluğu ve Post Travmatik Stres Sendromunun belirti ve bulgularını fark edebilirim.
19. Afet sonrasında travmatik durum içerisinde olan bireylere tedavi alana kadar kendilerine yetebilmeleri için gerekecek eğitimi verebilirim.
20. Afet sonrasında afetzedelere sağlıklı yiyecek, içecek, barınak gibi ihtiyaçların temininde üzerime düşen görevleri yerine getirebilirim. Afet sonrasında afetzedelere sağlıklı yiyecek, içecek, barınak gibi ihtiyaçların temininde üzerime düşen görevleri yerine getirebilirim.

BULGULAR VE TARTIŞMA

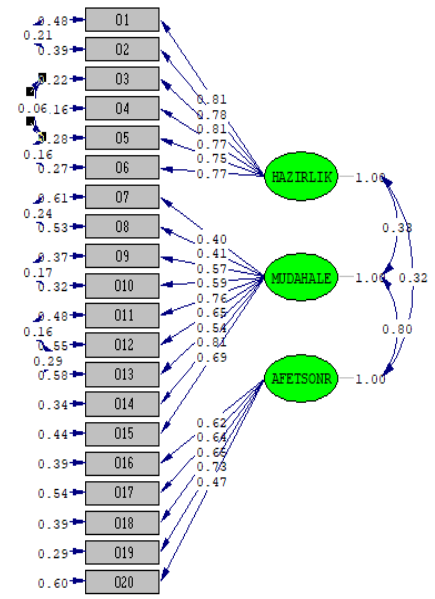
Araştırmaya katılım sağlayan personelin sosyodemografik verilere göre dağılımı aşağıda belirtilen şekildedir:

Katılımcıların %57,1'i kadın ve 42,9'u erkektir. Bu katılımcıların %2,4'ü 45 ve üstü yaş, %15,2'si 19-24 yaş, %26,1'i 35-44 yaş ve %56,3'ü 25-34 yaş grubunda yer

almaktadır. Eğitim durumuna göre %2,5'i lisansüstü ve %44,8'i ön lisans mezun grubudur. Mesleki unvana göre; %3,8'i diğer, %10,9'u şoför, %34'ü AABT ve %51,4'ü ATT grubudur. Mesleki deneyim süresine göre %4,1'i 16 ve üzeri yıl, %28,8'i

11-15 yıl, %30,4'ü 0-5 yıl ve %36,7'si 6-10 yıl grubundadır.

Ölçek verileri üzerinde gizlenen ve gözlenen değişkenler arasındaki korelasyonu saptamayabilmek için LISREL 8,7 aracılığı ile yapısal eşitlik model türü olan doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. İlk etapta yapılan DFA ile model uyumu analiz edilerek uyum ölçütlerinin istenilen değer aralığında olmadığı görülmüştür. Ancak, analiz sonrası ortaya çıkan modifikasyon indeksi değerleri ele alındığında 12 ve 13., 11 ve 12., 9 ve 10., 7 ve 8., 5 ve 6., 3 ve 5., 1 ve 2. madde ikilileri arasında dikkate değer korelasyon olduğu görülmüştür. Bu madde çiftleri arasında belirlenen hata kovaryanslarının modele dahil edilerek yeniden test edilmesi uygun görülmüştür. Yeniden kurulan model ile tekrarlanan DFA ile elde edilen sonuç değerleri Şekil 1'de verilmiştir. DFA'ya ait uyum iyiliği ölçüleri; Ki-kare/serbestlik derecesi (χ^2/sd), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI), Hata Kareler Ortalamasının Karekökü (RMR), Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (NNFI), Uyum İyiliği İndeksi (GFI), Standartlaştırılmış Hata Kareler Ortalamasının Karekökü (SRMR), Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA), Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi (AGFI) ve Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI)'dir.



Chi-Square=430.54, df=160, P-value=0.00000, RMSEA=0.068

Şekil 1. Kurulan İlişkiler ile Tekrar Edilen AHAÖ'nün DFA Diyagramı

Yeniden kurulan model ile tekrarlanan DFA sonrasında elde edilen uyum indeksi değerleri aşağıdaki şekilde saptanmıştır; $\chi^2=430,54$, $sd=160$, $RMSEA=0,068$, $RMR=0,048$, $SRMR=0,057$, $NFI=0,96$, $NNFI=0,97$, $CFI=0,97$, $GFI=0,68$ ve $AGFI=0,86$. Ki-kare/serbestlik derecesi (χ^2/sd) oranı ise 2,69'dur. Modelden elde edilen verilerin değerlendirilebilmesi için araştırmaya ilişkin uyum değerleri ve tavsiye edilen çeşitli uyum ölçütlerine yer verilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Standart Uyum İyiliği Ölçüleri ve Araştırma Modeli Uyum Değerleri²¹

İncelenen Uyum Ölçütleri	İyi Ölçütler	Yeterli Ölçütler	Araştırma Modeli AHAÖ Sonucu
χ^2/sd	$0 \leq \chi^2/sd \leq 2$	$2 \leq \chi^2/sd \leq 3$	2,69
CFI	$\geq 0,97$	0,95-0,96	0,97
RMR	$\leq 0,05$	0,06-0,10	0,048
NNFI	$\geq 0,97$	0,95-0,96	0,97
GFI	$\geq 0,95$	0,90-0,94	0,90
SRMR	$\leq 0,05$	0,06-0,10	0,057
RMSEA	$\leq 0,05$	0,06-0,08	0,068
AGFI	$\geq 0,90$	0,85-0,89	0,86
NFI	$\geq 0,95$	0,90-0,94	0,96

Alanyazında, oluşturulan modelin gerçek değerler ile iyi uyum sağladığının göstergesi, DFA sonrası ulaşılan (χ^2/sd) oranının 3'ün altında olması olarak işaret edilebilir. Araştırmamızda tekrarlanan DFA sonrası

(χ^2/sd) oranı ise 2,69 olarak saptanmıştır. Bu oran, veriler ile faktör modelinin iyi uyum göstergesi olarak görülebilmektedir (Tablo 1).²² Ancak, (χ^2/sd) değeri modelin iyiliği ile ilgili başlı başına yeterli bir ölçüt olmağı için

uyum indekslerinden GFI, CFI, AGFI, RMR, RMSEA, SRMR, NFI ve NNFI değerleri de göz önüne alınmıştır. Buna göre, Şekil 1’de ve Tablo 1’de AHAÖ aracılığıyla toplanan veriler ile DFA sonucunda ortaya çıkan yapının arasında kabul edilebilir düzeyde bir uyum olduğu ve yapı geçerliliğinin sağlandığı gözlemlenmektedir. Bu durum,

hemşireler için kullanılan Afete Hazırlık Algısı Ölçeği (AHAÖ)’nin, afet ve acil durum çalışanları için de geçerli olduğunu ve kullanılabileceğini göstermektedir. Araştırmaya katılan personelin AHAÖ evreleri puan ortalamalarının bağımsız değişkenler ile Kruskal-Wallis H testiyle karşılaştırması Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Personelin AHAÖ Puan Ortalamaları ile Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması (Kruskal-Wallis H Testi Sonuçları)

Değişken	Ölçek Alt Boyutları	Gruplar	N	Sıra ortalaması	H	sd	p*	U
Mesleki Unvan	Hazırlık Safhası	Doktor	7	262,29	10,232	5	0,069	
		Paramedik	125	200,04				
		ATT	189	176,79				
		Şoför	40	158,74				
		Sağlık Memuru	6	192,42				
		Diğer	1	136,50				
	Müdahale Safhası	Doktor	7	207,57	31,359	5	0,000	2-4 3-4
		Paramedik	125	206,10				
		ATT	189	183,88				
		Şoför	40	104,08				
		Sağlık Memuru	6	256,67				
		Diğer	1	225,50				
	Afet Sonrası Safhası	Doktor	7	207,00	20,885	5	0,001	2-4 3-4
		Paramedik	125	207,13				
		ATT	189	181,7				
Şoför		40	121,79					
Sağlık Memuru		6	203,25					
Diğer		1	110,50					
Afet ile İlgili Bir Tatbikatta Faaliyet Gösterme Sayısı	Hazırlık Evresi	1-4 kez	91	55,86	2,496	2	0,287	
		5-9 kez	11	49,18				
		10 ve üzeri	10	70,40				
	Müdahale Evresi	1-4 kez	91	52,83	7,833	2	0,020	1-3
		5-9 kez	11	63,86				
		10 ve üzeri	10	81,80				
	Afet Sonrası Evresi	1-4 kez	91	55,97	0,152	2	0,927	
		5-9 kez	11	57,77				
		10 ve üzeri	10	59,90				
Afet Öncesinde Kendini Görevli Görme Durumu	Hazırlık Evresi	Var	264	196,17	13,029	2	0,001	1-3
		Yok	71	163,51				
		Fikrim Yok	33	136,30				
	Müdahale Evresi	Var	264	191,81	10,427	2	0,005	1-3 2-3
		Yok	71	183,35				
		Fikrim Yok	33	128,52				
	Afet Sonrası Evresi	Var	264	195,82	12,586	2	0,002	1-3
		Yok	71	165,51				
		Fikrim Yok	33	134,80				
Afetler Karşısında Kendini Hazırlıklı Hissetme Seviyesi	Hazırlık Evresi	0-3 düzey	58	200,23	4,037	2	0,133	
		4-7 düzey	231	176,04				
		8-10 düzey	79	197,68				
	Müdahale Evresi	0-3 düzey	58	125,59	69,114	2	0,000	1-2 1-3 2-3
		4-7 düzey	231	171,10				
		8-10 düzey	79	266,94				
	Afet Sonrası Evresi	0-3 düzey	58	138,71	34,874	2	0,000	1-2 1-3 2-3
		4-7 düzey	231	176,59				
		8-10 düzey	79	241,25				
Çalışılan ASHİ'nin Afetlere Karşı Hazır Olma Düzeyi	Hazırlık Evresi	Hiç Hazır Değil	114	196,35	2,805	2	0,246	
		Kısmen Hazır	219	176,97				
		Tamamen Hazır	35	193,03				
	Müdahale Evresi	Hiç Hazır Değil	114	163,14	14,195	2	0,001	1-3 2-3
		Kısmen Hazır	219	186,78				
		Tamamen Hazır	35	239,79				
	Afet Sonrası Evresi	Hiç Hazır Değil	114	162,93	11,205	2	0,004	1-3
		Kısmen Hazır	219	188,65				
		Tamamen Hazır	35	228,79				

H=Ki-kare Değeri sd=Serbestik Derecesi p*=Asymp. Sig.(2-tailed) U=Bonferroni Düzeltmesi Sonrası Mann-Whitney U Test Karşılaştırması

Elde edilen sonuçlara göre AHAÖ evreleri puan ortalamalarında eğitim, mesleki deneyim, ilk çağrışım yapan afet tanımı, afet sırasında rolü olma durumu ve afet sonrasında rolü olma durumlarına göre istatistiki bakımdan anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$). Fakat; mesleki unvan, afet ile ilgili bir tatbikatta faaliyet gösterme sayısı, afet öncesinde kendini görevli görme durumu, afetler karşısında kendilerini hazırlıklı hissetme seviyesi ve çalışılan ASHİ'nin afetlere karşı hazırlıklı olma düzeyi durumlarına göre istatistiki bakımdan anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). Bu farklılıkların hangi grup/gruplardan kaynaklandığı yapılan Bonferroni düzeltmesi sonrasında Mann-Whitney U testi ile belirlenmiştir (Tablo 2).

Mesleki unvan durumuna göre, ölçeğin sadece müdahale ve afet sonrası safhaları puan ortalamalarında istatistiki bakımdan anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). Bonferroni düzeltmesi ile tüm etkiler için anlamlılık seviyesi 0,003 kabul edilerek, müdahale ve afet sonrası safhalarındaki ATT ve AABT (Paramedik) gruplarının afete hazırlık algısının şoför grubundan daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 2). Çalışmamızı destekler nitelikte Özcan (2013) ve Çelebi (2014)'nin çalışmalarında da mesleki unvan durumuna göre afete hazırlık algısının değişiklik gösterdiği saptanmıştır.^{23,24}

Afet ile ilgili bir tatbikatta faaliyet gösterme sayısına göre, ölçeğin sadece müdahale safhası puan ortalamasında istatistiki bakımdan anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). Bonferroni düzeltmesi ile tüm etkiler için anlamlılık seviyesi 0,017 kabul edilerek, müdahale safhasındaki "10 ve daha fazla" sayıda görev alanların "1-4" kez aralığında görev alanlardan daha yüksek bir afete hazırlık algısına sahip olduğu görülmüştür (Tablo 2).

Afet öncesinde kendini görevli görme durumuna göre, ölçeğin hazırlık, müdahale ve afet sonrası safhaları puan ortalamalarında istatistiki bakımdan anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). Bonferroni düzeltmesi ile tüm etkiler için anlamlılık seviyesi 0,017 kabul edilerek, hazırlık ve afet sonrası safhalarında

rolü olma durumunu "Var" olarak değerlendirenlerin "Fikrim Yok" olarak değerlendirenlere göre daha yüksek bir afete hazırlık algısına sahip olduğu, müdahale safhasında ise "Var" ve "Yok" olarak değerlendirenlerin "Fikrim Yok" olarak değerlendirenlere göre daha yüksek bir afete hazırlık algısına sahip olduğu görülmüştür (Tablo 2).

Afetler karşısında kendilerini hazırlıklı hissetme seviyesine göre, ölçeğin sadece müdahale ve afet sonrası safhaları puan ortalamalarında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). Bonferroni düzeltmesi ile tüm etkiler için anlamlılık seviyesi 0,017 kabul edilerek, müdahale ve afet sonrası safhalarındaki "8-10" seviyesindeki istasyonların "4-7" seviyesindekilerden, "4-7" seviyesindekilerin ise "0-3" seviyesindekilerden daha yüksek bir afete hazırlık algısına sahip olduğu görülmüştür (Tablo 2). Çelik (2010) ve Taşkıran (2015)'in çalışmalarında da personelin çoğu kendisini 4-7 düzey aralığında afetlere karşı hazırlıklı görmektedir.^{25,26}

Çalışılan ASHİ'nin afetlere karşı hazırlıklı olma düzeyine göre, ölçeğin sadece müdahale ve afet sonrası safhaları puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$). Bonferroni düzeltmesi ile tüm etkiler için anlamlılık seviyesi 0,017 kabul edilerek, müdahale safhasında istasyonlarını "Tamamen Hazır" olarak değerlendiren personelin "Kısmen Hazır" ve "Hiç Hazır Değil" şeklinde değerlendiren personelden daha yüksek bir afete hazırlık algısına sahip olduğu ve afet sonrası safhada ise "Tamamen Hazır" gören personelin "Hiç Hazır Değil" olarak gören personelden daha yüksek bir afete hazırlık algısına sahip olduğu görülmüştür (Tablo 2). İtfaiyeciler üzerinde yapılan bir çalışmada, personelin çoğunluğu istasyonun afetlere hazırlık durumunu "Yok" olarak değerlendirmiştir.²⁷

Araştırmaya katılan personelin AHAÖ evreleri puan ortalamalarının bağımsız değişkenler ile Mann-Whitney U testiyle karşılaştırması Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Personelin AHAÖ Puan Ortalamaları ile Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması (Mann Whitney U Testi Sonuçları)

Değişken	AHAÖ Safhaları	Grup	N	Sıra Ort.	Sıra Top.	U	p*
Afete Dair Herhangi Bir Eğitime Katılma Durumu	Hazırlık Safhası	Evet	194	188,15	36501,00	16170	0,482
		Hayır	174	180,43	31395,00		
	Müdahale Safhası	Evet	194	212,99	41320,00	11351	0,000
		Hayır	174	152,74	26576,00		
	Afet Sonrası Safhası	Evet	194	209,25	40594,50	12076	0,000
		Hayır	174	156,91	27301,50		
Alınan Afet Eğitiminin İçeriği	Hazırlık Safhası	Teorik	92	87,10	8013,00	3735	0,004
		Uygulama ve teorik	106	110,26	11688,00		
	Müdahale Safhası	Teorik	92	82,54	7593,50	3315,5	0,000
		Uygulama ve teorik	106	114,22	12107,50		
	Afet Sonrası Safhası	Teorik	92	85,72	7886,00	3608	0,001
		Uygulama ve teorik	106	111,46	11815,00		
Afetlerdeki Faaliyet Gösterme Durumu	Hazırlık Safhası	Evet	154	189,61	29200,00	15691	0,429
		Hayır	214	180,82	38696,00		
	Müdahale Safhası	Evet	154	213,12	32820,50	12070,5	0,000
		Hayır	214	163,90	35075,50		
	Afet Sonrası Safhası	Evet	154	211,54	32577,50	12313,5	0,000
		Hayır	214	165,04	35318,50		
Afet ile İlgili Bir Tatbikatta Faaliyet Gösterme Durumu	Hazırlık Safhası	Evet	113	199,10	22498,00	12758	0,076
		Hayır	255	178,03	45398,00		
	Müdahale Safhası	Evet	113	234,03	26445,00	8811	0,000
		Hayır	255	162,55	41451,00		
	Afet Sonrası Safhası	Evet	113	222,12	25099,00	10157	0,000
		Hayır	255	167,83	42797,00		

U= Mann-Whitney U p*=Asymp. Sig.(2-tailed)

Elde edilen sonuçlara göre AHAÖ evreleri puan ortalamalarında bağımsız değişkenler ile Mann-Whitney U testiyle karşılaştırılmaları sonrasında, cinsiyete göre istatistiki olarak bir ilişki bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Ancak; afete dair herhangi bir eğitim alma durumu, afet eğitiminin içeriği, afetlerdeki faaliyet gösterme durumu ve afet ile ilgili bir tatbikatta faaliyet gösterme durumlarına göre istatistiki bakımdan anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$) (Tablo 3).

Afete dair herhangi bir eğitim alma durumuna göre, ölçeğin sadece müdahale ve afet sonrası evreleri puan ortalamalarında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$). Afete dair herhangi bir eğitime katılan personelin, katılmayan personele göre müdahale ve afet sonrası safhalarda daha yüksek düzeyde bir afete hazırlık algısına sahip olduğu görülmüştür (Tablo 3). Yapılan çeşitli çalışmalarda da afet eğitimi alan personelin afete hazırlık algısının almayanlara göre daha yüksek olduğu^{23,24}, ancak Tercan (2015) tarafından

yapılan bir çalışmada anlamlı bir ilişki saptanamadığı belirtilmiştir.²⁸

Alınan afet eğitiminin içeriğine göre, ölçeğin hazırlık, müdahale ve afet sonrası evreleri puan ortalamalarında istatistiki bakımdan anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$). Teorik ve uygulamalı afet eğitimine katılan personelin, yalnızca teorik eğitime katılan personele göre afetin tüm safhalarında daha yüksek düzeyde bir afete hazırlık algısına sahip olduğu görülmüştür (Tablo 3). Hemşireler üzerinde Özcan (2013) tarafından yapılan çalışmada da benzer sonuç tespit edilmiştir.²³

Afetlerde faaliyet gösterme durumuna göre, ölçeğin sadece müdahale ve afet sonrası evreleri puan ortalamalarında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$). Daha önceden bir afet durumunda faaliyet gösteren personelin, görev almamış personele göre müdahale ve afet sonrası safhalarda daha yüksek düzeyde bir afete hazırlık algısına sahip olduğu görülmüştür (Tablo 3).

Afet ile ilgili bir tatbikatta faaliyet gösterme durumuna göre, ölçeğin sadece müdahale ve afet sonrası evreleri puan ortalamalarında istatistiki bakımdan anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$). Daha önceden bir afet tatbikatında faaliyet gösteren personelin, görev almayan personele göre müdahale ve afet sonrası safhalarda daha

yüksek düzeyde bir afete hazırlık algısına sahip olduğu görülmüştür (Tablo 3). Çeşitli çalışmalarda da benzer sonuçlara rastlanılmıştır.^{23,28}

Personelin afete hazırlık algısı ile kendilerini afetlere karşı hazırlıklı görme düzeyi arasındaki ilişkiyi gösteren korelasyon analizi Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Personelin Afete Hazırlık Algısı ile Kendilerini Afetlere Karşı Hazırlıklı Görme Düzeyi Arasındaki Korelasyon Analizi

		Personelin Kendilerini Afetlere Karşı Hazırlıklı Görme Düzeyi	Hazırlık Safhası	Müdahale Safhası	Afet Sonrası Safhası
Personelin Kendilerini Afetlere Karşı Hazırlıklı Görme Düzeyi	r	1	0,014	0,472**	0,365**
	p		0,791	0,000	0,000
	N	368	368	368	368
Hazırlık Safhası	r	0,014	1	0,264**	0,264**
	p	0,791		0,000	0,000
	N	368	368	368	368
Müdahale Safhası	r	0,472**	0,264**	1	0,670**
	p	0,000	0,000		0,000
	N	368	368	368	368
Afet Sonrası Safhası	r	0,365**	0,264**	0,670**	1
	P	0,000	0,000	0,000	
	N	368	368	368	368

** $p<0,01$

Personelin kendilerini afetlere karşı hazırlıklı görme düzeyi ile müdahale ve afet sonrası safhası arasında ileri düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0,01$) (Tablo 4). Personelin kendilerini afetlere karşı hazırlıklı görme düzeyinin artması, müdahale ve afet sonrası

safhalarındaki afete hazırlık algısını da arttırdığı görülmüştür. Bu durum personelin kendilerini afetlere karşı ne kadar hazır gördüğü ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak, personelin kendilerini afetlere karşı hazırlıklı görme düzeyi konusunda iyi tanıdığı söylenebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma neticesinde, 112 ASHİ çalışanlarının afetin tüm safhalarındaki afete hazırlık algılarının yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir. Ancak hazırlık evresi algılarının müdahale ve afet sonrası evrelere göre daha yüksektir. Afet ile ilgili daha öncesinde herhangi bir eğitim alan personel sayısının almayanlara göre fazla olduğu ve çoğunluğun teorik ve uygulamalı eğitim aldığı saptanmıştır. Ayrıca bu personelin eğitim almayanlara göre afete hazırlık algılarının daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir.

Personelin çoğunluğu herhangi bir afet durumunda faaliyet göstermemiş olup, görev alan personel ise çoğunlukla maden göçüğü,

suda boğulma ve yangın olaylarında görev almış ve bu personelin görev almayan personele göre daha yüksek bir afete hazırlık algısına sahip olduğu belirlenmiştir. Ayrıca personelin birçoğu daha önceden herhangi bir tatbikata katılmamış olup, katılanlardan ise fazla sayıda görev alanların az sayıda görev alanlara göre daha yüksek bir afete hazırlık algısına sahip olduğu görülmüştür.

Personelin %62,7'sinin (4-7) düzey aralığında afetlere karşı kendisini hazırlıklı olarak gördüğü belirlenmiştir. Afete hazırlık durumunu (8-10) düzeyinde gören personelin, kendini (0-3) ve (4-7) düzeyde değerlendiren personele göre müdahale ve afet sonrası safhalarda daha yüksek bir afete

hazırlık algısına sahip olduğu belirlenmiştir. Personelin kendilerini afetlere karşı hazırlıklı görme düzeyi puan ortalaması $\bar{X}=6,75\pm 2,30$ orta düzeyden biraz yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca personelin birçoğu kendisinin afet öncesi dönemdeki durumunu “Görevim Var”, çalıştıkları istasyonların hazırlık durumunu ise “Kısmen Hazır” olarak görmektedir.

Personelin kendilerini afetlere karşı hazırlıklı görme düzeyi ile müdahale ve afet sonrası safhası arasında ileri düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Bu durum, personelin kendilerini afetlere karşı hazırlıklı görme düzeyi konusunda iyi tanıdığını göstermektedir.

Elde edilen sonuçlar dikkate alındığında, afet ve acil durumlarda görevli personel için görevli olduğu bölge ve sahada en sık karşılaşılan afetler dikkate alınarak çeşitli hizmet içi eğitim ve kurs gibi çalışmaların planlanması önerilebilir. Personelle afetin tüm safhalarındaki rollerine ilişkin farkındalık eğitimleri verilerek afetler konusundaki bilgi ve hazırlık düzeyi artırılabilir. Ayrıca personelin kendi afete hazırlık düzeyini ve özgüvenini arttırabilecek “Afet Yönetimi”, “Yangın Güvenliği ve Teknikleri”, “Saha Triajı”, “Afet ve Kriz Anında Haberleşme”, “Suda Kurtarma Teknikleri”, “Travma Sonrası Ruhsal Bakım” ve “Enfeksiyon Denetimi” gibi derslerin bu alandaki eğitim programlarına konulması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Ergünay, O. (2009). “Doğal Afetler ve Sürdürülebilir Kalkınma”. 11-12 Kasım 2009, Deprem Sempozyumu (s.3-6), Abant İzzet Baysal Üniversitesi.
- Kadıoğlu, M. (2011). Afet Yönetimi Beklenilmeyeni Beklemek En Kötüsünü Yönetmek. İstanbul: T.C. Marmara Belediyeler Birliği Yayınları.
- Altun, F. (2018). “Afetlerin Ekonomik ve Sosyal Etkileri: Türkiye Örneği Üzerinden Bir Değerlendirme”. Sosyal Çalışma Dergisi, 2 (1), 1-15.
- Redmond, A. (2005). Natural disasters. In: A.D. Redmond, J. M. Ryan, C. Macnab, P.F. Mahoney and L.D. Owen (Ed.). ABC of Conflict and Disaster (pp.1259-1261). London: BMJ.
- Keçici, M. (1994). “Doğal Afetlerde Bulaşıcı Hastalıklar ve Çevre”. Bayındırlık ve İskan Bakanlığı İle Belediyeler Dergisi, 8, 24-47.
- Kadıoğlu, M. (2008). Modern, Bütünsel Afet Yönetiminin Temel İlkeleri. İçinde: E. Özdamar, M. Kadıoğlu (Ed.). Afet Zararlarını Azaltmanın Temel İlkeleri (s. 1-34). Ankara: JICA Türkiye Ofisi Yayınları.
- Kundak, S. ve Kadıoğlu, M. (2011). İlk 72 Saat. Ankara: AFAD Yayınları.
- Türkiye Afet Bilgi Bankası. (2018). Türkiye’de Meydana Gelen Afetlerin Tür ve Sayı Dağılımı. (1918-2018). Erişim adresi: <https://tabb.afad.gov.tr/> (Erişim tarihi: 24.12.2020).
- AFAD. (2014). Açıklamalı Afet Yönetimi Terimleri Sözlüğü. Erişim adresi: <https://www.afad.gov.tr/aciklamali-afet-yonetimi-terimleri-sozlu> (Erişim tarihi: 22.12.2020).
- Altınsoy, U. (2018). Türkiye’de Meydana Gelebilecek Depremlere Karşı Afet Yönetim Sistemi ve Acil Durum Yönetimi Performansının Veri Zarflama Analizi İle Değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Atatürk Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Aslantaş, O. (2019). Balıkesir 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında Çalışan Personelin Afete Hazır Olma Durumu ve Hazırlık Algısı. (Yüksek Lisans Tezi), Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Çanakkale.
- Fung, O, Loke, A. and Lai, C. (2008). “Disaster Preparedness Among Hong Kong Nurses”. Journal of Advanced Nursing, 62 (6), 698-703. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04655.x>
- Collins, R. (2017). Disaster Preparedness Perception in a Predominantly African-American Community of a United States East Coast City. (PhD Thesis), ProQuest Dissertations and Theses veri tabanından erişildi. (UMI No.10271475).
- Kadıoğlu, M. (2009). Birey ve Aile İçin Depremde İlk 72 Saat. İstanbul: İstanbul Sismik Riskin Azaltılması ve Acil Durum Hazırlık Projesi (İSMEP) Yayınları.
- AFAD. (2020). “Afete Hazır Aile”. Erişim adresi: <https://www.afad.gov.tr/afadem/afete-hazir-aile> (Erişim tarihi: 23.12.2020).
- Şimşek, P, Günaydın, M. ve Gündüz, A. (2019). “Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri: Türkiye Örneği”. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 8 (1), 120-127.
- Sağlık Bakanlığı. (2000). “Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği”. Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4798&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=acil%20sa%C4%9Fl%C4%B1k> (Erişim tarihi: 24.12.2020).
- Koçan, N. ve Sürün, S. (2020). “I. Derece Deprem Kuşağında Yer Alan Balıkesir-Burhaniye Kenti İçin Deprem Parkı Önerisi”. Nevşehir Bilim ve Teknoloji Dergisi, 9 (1), 14-31. <https://doi.org/10.17100/nevbitlek.681336>
- Balıkesir Çevre ve Şehircilik İl Müdürlüğü. (2020). “Balıkesir İli 2019 Yılı Çevre Durum Raporu”. Erişim adresi: https://webdosya.csb.gov.tr/db/ced/icerikler/bal_kes-r_-cdr_2019-20200922131409.pdf (Erişim tarihi: 23.12.2020).
- Meteoroloji Genel Müdürlüğü. (2019). “2018 Meteorolojik Afetler Raporu”. Erişim adresi: <https://www.mgm.gov.tr/FILES/genel/kitaplar/2018MeteorolojiKAfetlerDeğerlendirmesi.pdf> (Erişim tarihi: 23.12.2020).
- Schermelleh-Engel, K, Moosbrugger, H. and Müller, H. (2003). “Evaluating The Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-of-Fit Measures”. Methods of Psychological Research, 8 (2), 23-74.
- Çokluk, Ö, Şekercioglu, G. ve Büyüköztürk, Ş. (2010). Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve LISREL Uygulamaları. Ankara: Pegem Akademi.
- Özcan, F. (2013). Hemşirelerin Afetlere Hazır Olma Durumu ve Hazırlık Algısı. (Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

24. Çelebi, İ. (2014). Kayseri 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Sağlık Personelinin Deprem Bilgi Düzeyi. (Yüksek Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
25. Çelik, F. (2010). Türk Kızılayı'nda Çalışan Hemşirelerin Afetlere Hazıroluşluk Durumları. (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
26. Taşkıran, G. (2015). Bir Kamu Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Afetlere Hazır Oluşluluk Durumları. (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
27. Adıgüzel, M.O. (2010). Ankara Büyükşehir Belediyesi İtfaiye Dairesi Başkanlığı'nın Afetlere Hazırlık Durumunun Değerlendirilmesi. (Tıpta Uzmanlık Tezi), Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.
28. Tercan, B. (2015). Hemşirelerin Afetlere Karşı Hazır Olma Durumları ve Hazırlık Algıları. (Yüksek Lisans Tezi), Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gümüşhane.

112 Acil Sağlık Çalışanları Arasında Eşduyum Yorgunluğu, Eşduyum Tatmini ve Tükenmişlik - Kayseri İli Örneği

Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction and Burnout among 112 Emergency Health Workers - The Case of Province of Kayseri

Ömer DEMİRİLİK¹, Ersin UZMAN²

ÖZ

Bu çalışmanın amacı 112 acil sağlık çalışanlarında eşduyum yorgunluğu, eşduyum tatmini ve tükenmişliği incelemektir. Araştırmada betimsel ve ilişkisel tarama modelinden yararlanılmıştır. Araştırma Kayseri İli Sağlık Müdürlüğüne bağlı olarak hizmet veren 41 acil sağlık hizmetleri istasyonunda çalışan 345 personelle gerçekleştirilmiştir.

Verilerin toplanmasında “Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği” kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemede Pearson korelasyon analizi gerçekleştirilmiştir. Bireysel değişkenlere göre eşduyum yorgunluğu, eşduyum tatmini ve tükenmişlik düzeylerinin farklılığını değerlendirmede ikili karşılaştırmalarda t test, ikiden fazla grubu karşılaştırmada tek yönlü ANOVA testinden yararlanılmıştır. Parametrik koşulların sağlanmadığı durumlarda grupları karşılaştırmalarda Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır.

Araştırma sonuçları 112 acil sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunun eşduyum yorgunluğu ve tükenmişlik için yüksek ve orta riskte olduklarını göstermiştir. Aynı zamanda çalışanların yaklaşık dörtte birinin (%22,3) eşduyum tatmininde düşük potansiyele sahip olduğu bulunmuştur. Eşduyum yorgunluğu ve tükenmişlik arasında pozitif ilişki, eşduyum tatmini ve tükenmişlik arasında ise negatif yönde bir ilişki belirlenmiştir. Ayrıca kadınların tükenmişliklerinin erkeklerden daha düşük olduğu, paramediklerin diğer unvanlara sahip olanlardan eşduyum tatminlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışılan birimdeki hizmet süresinin çalışanların eşduyum yorgunluğu, eşduyum tatmini ve tükenmişliğini anlamlı olarak farklılaştırmadığı görülmüştür. Araştırmadan elde edilen bulguların ışığında kurumların çalışanlarına psikolojik destek ve düzenli eğitim vermeleri önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Eşduyum Tatmini, Eşduyum Yorgunluğu, Tükenmişlik, 112 Acil Sağlık Çalışanları

ABSTRACT

This study aimed to investigate compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout in 112 emergency health care workers. In the research, a relational screening model was utilized. The research was carried out with 345 personnel working in 41 emergency health service stations under the Kayseri Provincial Health Directorate.

“Professional Quality of Life Scale” was used to collect data. Pearson correlation analysis was used to examine the relationships between variables. The t-test was used in pairing comparisons, and the one-way ANOVA test was used to compare more than two groups in evaluating the differences in compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout levels according to individual variables. When parametric conditions were not met, Kruskal Wallis H test was used to compare the groups.

The results of the study showed that the majority of 112 emergency health workers were at high and moderate risk for compassion fatigue and burnout. At the same time, approximately one quarter (22.3%) of workers were found to have a low potential for compassion fatigue. A positive relationship was found between compassion fatigue and burnout, and a negative relationship was found between compassion satisfaction and burnout. In addition, it was found that women had lower burnout than men, and paramedics had higher empathy satisfaction than those with other titles. It was seen that having a child, education level, working unit, length of service in the unit, and total length of service did not significantly differentiate compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout of employees. In light of the findings obtained from the research, it was suggested that institutions provide psychological support and regular training to their employees.

Keywords: Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, Burnout, 112 Emergency Health Workers

Bu çalışma yüksek lisans tezinden türetilmiştir. Çalışma için Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Eğitim Bilimleri Etik Kurulu'ndan etik izin (Karar Tarihi/No: 20/09/2018/2018.45) alınmıştır.

¹Öğretim Görevlisi, Ömer DEMİRİLİK, Afet Yönetimi, Sinop Üniversitesi Mülkiyet Koruma ve Güvenlik Bölümü, odemirbilek@sinop.edu.tr, ORCID: 0000-0002-9989-1194

² Dr. Öğr. Üyesi, Ersin UZMAN, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Eğitim Bilimleri Bölümü, euzman@comu.edu.tr, ORCID: 0000-0001-8284-3471

İletişim / Corresponding Author: Ömer DEMİRİLİK
e-posta/e-mail: demirbilek112@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 30.10.2020
Kabul Tarihi/Accepted: 13.02.2021

GİRİŞ

İlk olarak 1994 yılında “112 Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetleri Projesi” adı ile başlatılarak, ülkemiz sağlık sistemine yeni bir birim olarak eklenen 112 Acil Sağlık Hizmetleri artık 3 bine yakın 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu (ASHİ), 5 bini aşkın ambulans ve 34 bini aşkın personel sayısı ile dev bir sağlık ordusu haline gelmiş durumdadır.¹ Bu kadar kısa sürede ulaşılması güç noktalara kadar gelen 112 Acil Sağlık Hizmetleri artık ülkemiz sağlık sistemi açısından son derece kritik, büyük ve vazgeçilmez bir öneme ulaşmıştır. Bu hızlı gelişim beraberinde birçok sorunu da getirmiştir. Ülkemizde zaman içerisinde 112’nin aşırı kullanımı, nöbet sistemi şeklinde çalışma, ücret düşüklüğü, ağır çalışma şartları vb. sorunlar çalışanlar üzerinde büyük yükler oluşturmaya başlamıştır. Toplumumuzun sağlık ve refahı için hayati öneme sahip acil sağlık hizmetlerinin kalitesi ve devamlılığı ise çalışanlar üzerinde oluşan bu yüklerin tespiti ve tedavi edilmesinden geçmektedir.

Profesyonel sağlık çalışanlarının hasta ve yaralı kimselere gerekli ve yeterli sağlık hizmeti sunabilmeleri hasta ve yaralının içinde bulunduğu durumu anlamalarına, empati kurabilmelerine, hasta ve yaralının psikolojisini anlayarak tedavilerini gerçekleştirebilmelerine bağlıdır. Ancak 112 çalışanlarının sürekli şahit oldukları travmalar empatilerini kaybetmelerine ve duyarsızlaşmalarına yol açmaktadır.² Ayrıca karşı karşıya kalınan travmatik durumlar diğer sağlık hizmeti veren kurumlar gibi güvenli, dış ortamın olumsuzluklarından arındırılmış da değildir. Bu durumda sürekli olarak insanların yaşadığı travmatik olaylara maruz kalma, insanların acılarına, üzüntülerine şahit olma ve bakım hizmeti verme çalışanlarda psikolojik yıpranmalara yol açabilmektedir.³ Teorik ve pratik eğitimin yanı sıra acil sağlık çalışanlarının psikolojik durumlarını etkileyen faktörlerin incelenip gerek duydukları destek hizmetlerinin verilmesi ve düzenlemelerin yapılması hizmet kalitesini, çalışanın

performans ve sağlığını doğrudan etkileyebilir.⁴

Diğer yandan alanyazın tarandığında ASHİ çalışanlarının psikolojik özelliklerine ilişkin çalışmaların oldukça kısıtlı olduğu, psikolojik refahlarının göz ardı edildiği görülmektedir. Özellikle Stamm (2002) tarafından ileri sürülen çalışma koşullarının yol açabileceği (acı çeken ve ölmekte olan bireylerle çalışma) iş yaşam kalitesi ile ilişkili olan eşduyum yorgunluğu ve tükenmişlik ile yaşanan olumsuzluklara karşı koruyucu olarak görülen eşduyum tatmininin çalışılması yararlı olabilir.⁵ Bu kavramların ASHİ çalışanları üzerinde çalışılması acil sağlık çalışanlarının ruh sağlıklarının korunması ve verdikleri hizmetin kalitesinin artırılması konusunda veri sağlayabilir ve ele alınması gereken konuların belirlenmesine yardımcı olabilir.

Eşduyum Yorgunluğu, Eşduyum Tatmini ve Tükenmişlik

Eşduyum yorgunluğu (compassion fatigue), ilk olarak “eşduyum yorgunluğu ile başa çıkma” şeklinde bir hemşirelik dergisinde Joinson (1992) tarafından kullanılmıştır.⁴ Türkçe alanyazında ise farklı isimlerle kullanılan bu kavramda isim birliği henüz sağlanamamıştır. Kavramın Türkçeye çevirisinde “compassion” ifadesinin merhamet ve şefkat gibi anlamlara karşılık gelmesi nedeniyle bu kavrama merhamet yorgunluğu ve şefkat yorgunluğu denilmiş fakat kavramın ifade ettiği anlam irdelendiğinde eşduyum çevirisinin daha uygun olacağı ileri sürülmüştür.⁶ Bu çalışmada da acı çekmekte olan kişiye empatik yönelimle yaklaşılması nedeniyle eşduyum ifadesi tercih edilmiştir.

Eşduyum yorgunluğu, bireylerin yaşadığı olumsuz sağlık sorunları nedeniyle, travma sonrası stres yaşayan bireyleri tedavi etme, gerekli müdahalelerde bulunma, birlikte olma ve kurdukları iletişimin neticesinde ortaya çıkan ve bu birliktelik sürecinden dolayı sağlık çalışanında ortaya çıkan belirtilerdir.⁷

Hiçdurmaz ve İnci (2015) ise eşduyum yorgunluğunun sağlık hizmetini sağlayan bireylerin uzun süreli bakım gerektiren hasta ve yaralı kişilere verdikleri sağlık hizmetinin sonunda sağlıklarına kavuşamayacaklarını bile bile hizmet vermelerinin sonucu geliştiğini ileri sürerler ve uzun süreli bakıma vurgu yaparlar.⁶ Eşduyum yorgunluğu diğer yandan sağlık problemleri yaşayan kişilerle ilişkisi olan herkesin hayatına etki edebilen ve bakım sürecinde çaresizlik, öfke gibi olumsuz ruhsal sonuçları olan bir durumdur.

Sağlık problemleri yaşayan kişilere hizmet veren sağlık çalışanlarında eşduyum yorgunluğu doğal bir sonuç olmakla birlikte bütün sağlık çalışanlarının da bu riske sahip oldukları söylenebilir.⁸

Sağlık bakımı ile hasta memnuniyeti arasındaki bakım ilişkisi ve hastane deneyimleri ile hasta memnuniyeti artık her zamankinden daha önemlidir.⁹ Hasta memnuniyetini sağlayacak yüksek kaliteli bir hizmet, hizmet verenlerin o işi ne kadar severek veya zevk alarak yaptıklarına bağlıdır. Bu durumda kullanılan kavram eşduyum tatminidir (compassion satisfaction). Eşduyum tatmini kavramının terimsel olarak kullanımı ilk olarak Stamm'a (2002) aittir ve ona göre; eşduyum tatmini başka insanlara yardım etmekten kaynaklanan memnuniyet duygusudur.⁵ Diğer yandan eşduyum tatmini eşduyum yorgunluğunun tam zıttıdır ve eşduyum tatmini yaşayan sağlık çalışanları ile hizmet verilen hastalar arasında olumlu ilişkiler gelişir.²

Tükenmişlik (burnout) belirli bir kısım veya grupta değil toplumların genelinde görülen sosyal bir problemdir. Bu problemin önce bireyleri daha sonra bireyler vasıtasıyla dâhil oldukları kurumları etkilemesi nedeniyle de üzerinde daha fazla durulmasına ve araştırılmasına yol açmıştır. Bütün iş çevrelerinde adından sıkça bahsettiren tükenmişliğin sözlük anlamı herhangi bir şey yapmak için kendinde kuvvet bulamama, gayret sarf etmeme durumu olarak tanımlanır.¹⁰ Çalışanın çalışamaz hale gelmesi durumudur.

Modern zamanların en bilinen olgularından biri olan tükenmişlik ilk olarak 1970 yılında Amerika'da hizmet veren müşteri hizmetleri personellerinde görülen bozulan ruh halini tanımlamak için kullanılmıştır. Ancak daha öncesinde tükenmişlik İngiliz yazar Graham Green tarafından yazılan bir romana da konu olmuştur. Bu romanda tükenme psikolojik olarak çöküntü yaşayan bir mimarın, iş ve iş çevresinden kopuşu olarak ele alınmış; kişinin mesleğine duyduğu bağlılığının, sevgisinin ve saygısının bitmesi olarak tanımlanmıştır.¹¹

Tükenme kavramının daha sonra sağlık hizmetlerinde görev alan kişilerde görülen bitkinlik, stres ve işten istifa etmeyle sonuçlanan süreci anlatmak için Freudenberger (1974) tarafından "yıpıranma ve enerjinin tükenmesi durumu" olarak ifade edildiği görülmektedir.¹² Ayrıca Freudenberger tükenmişliğin kişiden kişiye değişen birçok farklı belirti ile genellikle iş hayatına başladıktan yaklaşık bir yıl sonra ortaya çıkan bir durum olduğunu tespit etmiştir.¹²

Alanda en çok kullanılan ve kabul edilen temel tükenmişlik tanımlardan biri olan tanımlamayı ise Maslach ve Jackson (1981) yapmıştır.¹³ Onlara göre; tükenmişlik insanlarla doğrudan temas halinde olan meslek dallarında çalışan bireylerde daha yüksek oranda görülen, duygusal çöküntü ve sinizm içeren bireylerin kendilerini işlevsiz görmeleri, mutsuz hissetmeleri ve hizmet verdikleri bireylere karşı alaycı, umursamaz davranışlar sergilemeleri durumudur. Maslach ve Jackson (1981) tükenmişliği üç ana başlık altında incelemişlerdir. Sırasıyla bu başlıklar duygusal tükenme, kişisel başarının azalması ve duyarsızlaşmadır.¹³

112 acil sağlık hizmetleri, ani olarak gelişen çoğu zaman olağanüstü hastalanma ve yaralanmanın olduğu müdahalenin hızlı ve doğru bir şekilde gerçekleştirilmesinin önem arz ettiği stresli bir acil bakım hizmetidir. Bakımın bir maliyeti olduğu ileri sürülür ve bu maliyetin hem çalışanı hem de verilen hizmeti olumsuz etkilediği ifade edilir.¹⁴ Hasta ve yaralının acısına maruz kalmanın

zamanla oluşturduğu birikimin acil sağlık çalışanına zarar vereceği öngörülür.¹⁵ Bu durumun çalışmada eşduyum yorgunluğuna yol açacağı tükenmişliğin yaşanacağı ve hastaya yardım etme çabalarının başarısız olması ile eşduyum tatmininin azalacağını ileri sürülür. Bu çalışmada bu üç kavram ele alınmış ve 112 acil sağlık çalışanlarında mevcut durum incelenmiştir.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; Kayseri ili 112 acil sağlık çalışanlarında eşduyum yorgunluğu,

eşduyum tatmini ve tükenmişliğin yaygınlığını belirlemek, bu kavramların aralarındaki ilişkileri ortaya koymak ve cinsiyet, yaş, unvan ve hizmet süresi değişkenlerine göre eşduyum yorgunluğu, eşduyum tatmini ve tükenmişliğin farklılaşp farklılaşmadığını incelemektir. Acil sağlık hizmetlerinde ve afetlerde görev alan 112 acil sağlık çalışanları ile acil yardım ve afetlerle ilgili daha sonraki çalışmalara kaynak sağlamak alanyazına katkıda bulunmaktadır.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın Modeli

Araştırmada, 112 acil sağlık çalışanları arasında eşduyum yorgunluğu, eşduyum tatmini ve tükenmişliğin yaygınlığı, aralarındaki ilişkiler ve demografik değişkenlere göre eşduyum yorgunluğu, eşduyum tatmini ve tükenmişliğin belirlenmesi amaçlandığından ilişkisel tarama modeli benimsenmiştir. Birden fazla sayıdaki değişken arasında birlikte değişimin olup olmadığını ve derecesini saptamaya çalışan ilişkisel tarama, korelasyon türü ilişki ve karşılaştırma yolu ile ulaşılan ilişkilere dir.¹⁶

Çalışma Grubu

Bu çalışmanın, çalışma grubunu kadro ve özlük dâhil olmak üzere Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı olarak acil sağlık hizmeti sunan 41 112 ASHİ'de görev yapan 490 hastane öncesi acil sağlık çalışanından veri toplama araçlarını yanıtlayan 345 acil sağlık çalışanı oluşturmuştur. İstasyonlarda görev alan sağlık personelleri acil tıp teknisyeni, paramedik, doktor ve diğer sağlık personelinden oluşmaktadır. Personel sayısına Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü, İl Ambulans Servisi Başhekimliği kayıtlarından ulaşılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Eğitim Bilimleri Etik Kurulu'ndan (Karar Tarih/No: 20/09/2018/2018.45), Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü'nden (13/05/2019 tarihli ve

93079172/703.01 sayılı yazı) ve katılımcılardan yazılı izin alınmıştır. Veri toplamak için kullanılan "Çalışanlar için İş Yaşam Kalitesi Ölçeği" yazarından da e-mail yoluyla izin alınmıştır.

Araştırmanın Kısıtlılıkları

Veri toplama sürecinde Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde bulunan 112 çalışanlarının tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Katılımcılara farklı yollarla ulaşmaya çalışılsa da (kişilerin iş adreslerine gitme, e-mail ve sosyal medya aracılığıyla iletişime geçme, toplu eğitim faaliyetlerine katılma) gerek nöbet sistemi gerek yoğun iş temposu ve bir kısmının da gönülsüz olmaları nedeniyle çalışanların tamamına ulaşılammıştır.

Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada 2 adet veri toplama aracı kullanılmıştır. Bunlardan ilki demografik bilgi formu, diğeri ise aslı İngilizce olan ve Yeşil vd. (2010) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan Çalışanlar için İş Yaşam Kalitesi Ölçeğidir.¹⁷

Demografik Bilgi Formu

Katılımcıların demografik özelliklerini belirlemek amacıyla oluşturulmuş bir formdur.

Çalışanlar için İş Yaşam Kalitesi Ölçeği (Professional Quality Of Life Scale- IV)

Ölçek, 2005 yılında B. Hudnall Stamm tarafından eşduyum yorgunluğu (compassion fatigue), eşduyum tatmini (compassion

satisfaction), ve tükenmişlik (burnout) belirtilerini saptamak için geliştirilmiştir.¹⁸ Özbildirime dayalı olan ölçek otuz maddeden oluşmakta ve üç alt ölçeği içermektedir. Ölçeğin, alt ölçekleri eşduyum yorgunluğu (compassion fatigue), eşduyum tatmini (compassion satisfaction) ve tükenmişlik (burnout) olarak belirlenmiştir. Ölçekte yer alan her bir ifade 0 ile 5 arasında değişen puanlama sistemi ile değerlendirilmektedir. Ölçekteki 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28. maddeler eşduyum yorgunluğunu; 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30. maddeler eşduyum (mesleki) tatminini; 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29. maddeler tükenmişliği ölçmektedir.

Eşduyum yorgunluğu alt ölçeğinden alınan yüksek puan çalışanın desteğe ve yardıma ihtiyacı olduğunu göstermektedir. Bir diğer alt ölçek olan eşduyum tatmininden alınan puan da bireyin yardım edici olarak duyduğu memnuniyet, tatmin ve zevki belirlemektedir. Son alt ölçek olan tükenmişlik alt ölçeğinden alınan yüksek puan ise kişinin işinde yaşadığı zorluk, sorun ve sıkıntılar karşısında içine düştüğü tükenmişliğin yüksek olduğunu göstermektedir.¹⁷ Ölçeğin bu çalışmada ulaşılan iç tutarlılık katsayıları eşduyum yorgunluğu için ,83, eşduyum tatmini için ,88 ve tükenmişlik için ,69 olarak bulunmuştur.

Verilerin Analizi

Veriler, SPSS programı ile analiz edilmiştir. Verilerin kodlanması ve girişlerinin ardından istatistiksel analizlerin gerçekleştirilebilmesi için verilerin normal dağılım koşulunu taşıyıp taşımadığı incelenmiştir. Çalışma verilerinin (sırasıyla eşduyum yorgunluğu, eşduyum tatmini ve tükenmişlik) çarpıklık (skewness) (.68, -.94, .48) ve basıklık (kurtosis) (.35, .71, -.21) değerleri incelendiğinde normal dağılıma uygun olduğu görülmüştür. Eşduyum, yorgunluğu, eşduyum tatmini ve tükenmişliğin yaygınlığının belirlenmesinde ölçekten elde edilen ham puanlar ortalaması 50 ve standart sapması 10 olan t puanına dönüştürülmüştür.¹⁸ Stamm'ın (2010) önerdiği gibi t puanlarının %25 ve %75'lik dilimlerine ilişkin kesme noktaları belirlenmiştir.¹⁸ Kesme noktaları eşduyum yorgunluğu için 41 ve 55, eşduyum tatmini için 44 ve 57, tükenmişlik için 42 ve 56 şeklindedir. Değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemede ise Pearson korelasyon analizi gerçekleştirilmiştir. Demografik değişkenlere göre eşduyum yorgunluğu, eşduyum tatmini ve tükenmişlik düzeylerinin farklılığına ilişkin değerlendirmelerde ikili karşılaştırmalarda t testinden, ikiden fazla grubu karşılaştırmada tek yönlü ANOVA testinden yararlanılmıştır. Parametrik koşulların sağlanmadığı durumlarda (n sayısının 30'dan az) grupları karşılaştırmada Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Katılımcıların Demografik Özellikleri

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 1' de gösterilmektedir.

Çalışmaya acil sağlık hizmetleri sunan farklı unvanlara sahip 345 adet 112 acil sağlık personeli katılmıştır.

Çalışmaya katılanların %51,6'sı kadın %48,4'ü erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması 29,39 (ss=7,04) olup yaşları 18-54 arasında değişmektedir. Medeni

durumları açısından katılımcıların %42,9'u evli, %55,4 bekâr ve %1,7'si duldur.

Çocuk sayılarına göre çocuğu olmayanların sayısı 182 (%52,8) iken çocuğu olanların sayısı 163 (%47,2)' tür. Eğitim düzeyine göre katılımcıların %20'si lise, %47'si ön lisans ve %33 lisans/lisansüstü mezundur. Katılımcıların unvanlarına göre dağılımları incelendiğinde %2,3'nün doktor, %38'inin paramedik, %39,4'ünün ATT, %4,9'unun sağlık memuru, %8,4'nün hemşire ve %7'sinin

şoför olduğu görülmüştür. İlçelerde çalışanların sayısı 213 (%61,7) iken, merkezde çalışanların sayısı 132 (%38,3)'dir. 112 ASHİ' de verdikleri hizmet

süreleri açısından katılımcıların %30,4'ünün hizmet süresi 0-1 yıl, %39,4'ünün 2-5 yıl, %18'inin 6-10 yıl ve %12,2'sinin 11 yıl ve üstüdür.

Tablo 1. 112 Acil Sağlık Çalışanlarının Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları (N=345)

Özellikler	N	%
Cinsiyet		
Erkek	167	48,4
Kadın	178	51,6
Yaş		
18-23 yaş	68	19,7
24-38 yaş	246	71,3
39-54 yaş	31	9,0
Medeni durum		
Bekâr	148	55,4
Evli	191	42,9
Dul	6	1,7
Çocuk sahibi olma		
Yok	182	52,8
Var	163	47,2
Eğitim düzeyi		
Lise	69	20,0
Ön lisans	162	47,0
Lisan/Lisansüstü	114	33,0
Unvan		
Doktor	8	2,3
Paramedik	131	38,0
ATT	136	39,4
Sağlık memuru	17	4,9
Hemşire	29	8,4
Şoför	24	7,0
Çalıştığı birim		
İlçe	213	61,7
Şehir	132	38,3
Hizmet süresi		
0-1yıl	105	30,4
2-5 yıl	136	39,4
6-10 yıl	62	18,0
11 yıl üstü	42	12,2

112 acil sağlık çalışanlarının İş Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden elde ettikleri veriler analiz edildiğinde eşduyum yorgunluğu puan ortalaması $\bar{X}=23,06$ ($ss=7,95$), eşduyum tatmini puan ortalaması $\bar{X}=39,89$ ($ss=7,89$) ve tükenmişlik puan ortalaması $\bar{X}=22,90$ ($ss=6,24$) olarak bulunmuştur.

Sonuçlar 112 acil sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunun (%75,1) eşduyum yorgunluğu için yüksek ve orta riskte olduklarını göstermiştir.

Alanyazındaki, çalışmalar her ne kadar hastane öncesi acil sağlık çalışanları ile

yapılmamış olsa da çalışmanın bu bulgusu acil hemşirelerinin %86'sının eşduyum yorgunluğunun orta ve yüksek risk grubu içerisinde yer aldığı Hooper vd. (2010) çalışmasının bulgularını destekleyicidir.⁹

Bununla birlikte Mangoulia, Koukia Alevizopoulos, Fildissis ve Katostaras'ın (2015) çalışmalarında, psikiyatri hemşirelerinin %88,5'nin orta ve yüksek eşduyum yorgunluğu riskinde olduğuna ilişkin bulgularıyla da paraleldir.¹⁹ Koca (2018) tarafından hemşirelerle yürütülen çalışmada da eşduyum yorgunluğu riskinin

orta ve üzerinde olma yaygınlığı %78,8 olarak belirlenmiştir.²⁰

Eşduyum tatmininde ise 112 acil çalışanlarının %22,3'ünün (n=77) eşduyum tatmininde düşük potansiyele sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 2). Koca (2018) tarafından hemşireler üzerinde yapılan çalışmada ise bu oranın %42,4 gibi çok daha yüksek olduğu görülmüştür.²⁰

Diğer yandan 112 acil sağlık çalışanlarının %28,4'ü (n=98) yüksek tükenmişlik potansiyeline sahip iken %44,6'sının (n=154) orta risk potansiyeline sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Risk grupları birleştirildiğinde 112 acil sağlık

çalışanlarının %73'ünün tükenmişlik için orta ve yüksek risk grubunda olduğu görülmüştür. Bu bulgu ile ilgili yapılmış çalışmalar incelendiğinde ise bir çalışmada psikiyatri hemşirelerinin %86,2'sinin orta ve yüksek risk grubunda olduğu belirlenirken (Mangoulia vd., 2015) bir başka çalışmada bir hastanenin farklı birimlerinde çalışan hemşirelerin %49,1'nin orta ve yüksek tükenmişlik riskinde olduğu belirlenmiştir.¹⁹
²⁰ Araştırma sonuçlarındaki bu farklılıklar örneklemelerin cinsiyet dağılımlarından kaynaklanmış olabilir. Hemşirelerle yapılan bazı çalışmalarda erkeklerin temsiliyetinin yeterli sayıda olmadığı görülmüştür.

Tablo 2. Eşduyum Yorgunluğu, Eşduyum Tatmini ve Tükenmişliğin Yaygınlığına İlişkin Sayı ve Yüzdeler

	Düşük (%25'ten küçük)	Orta	Yüksek (%75'den büyük)
Eşduyum yorgunluğu	86 (%24,9)	176 (%51,0)	83 (%24,1)
Eşduyum tatmini	77 (%22,3)	157 (%45,5)	111 (%32,2)
Tükenmişlik	93 (%27,0)	154 (%44,6)	98 (%28,4)

Eşduyum Yorgunluğu, Eşduyum Tatmini ve Tükenmişlik Arasındaki İlişkiler

112 acil sağlık çalışanlarının eşduyum yorgunluğu, eşduyum tatmini ve tükenmişlikleri arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını belirlemede Pearson korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Pearson korelasyon analizi sonuçları eşduyum yorgunluğunun eşduyum tatmini ile negatif yönde ilişkili olduğunu göstermiştir ($r=-,205$, $p<0,01$). Eşduyum tatmini arttıkça eşduyum yorgunluğu azalmaktadır. Diğer yandan eşduyum yorgunluğu ile tükenmişlik arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=,625$, $p<0,01$). Eşduyum yorgunluğu arttıkça tükenmişlikte artmaktadır. Son olarak eşduyum tatmini ile tükenmişlik arasında negatif yönde bir ilişki vardır ($r=-,592$, $p<0,01$). Eşduyum tatmini arttıkça tükenmişlik azalmaktadır.

Benzer şekilde Yılmaz'ın (2016) ve Çolak'ın (2018) çalışmasında eşduyum tatmini artarken tükenmişliğin azaldığı, eşduyum yorgunluğu artarken tükenmişliğinde arttığı saptanmıştır.^{21,22} Yine Kılıç (2018) çalışmasında tükenmişlik ve

eşduyum yorgunluğu artarken, eşduyum tatmininin azaldığını belirlemiştir.²³ Çalışanlar için yaşam kalitesi değişkenlerinin birbiriyle olan bu ilişkileri yapılan diğer araştırmaları desteklemektedir. Ayrıca eşduyum yorgunluğu, eşduyum tatmini ve tükenmişlik arasında analiz sonucu elde edilen ilişkilerden bu yapıların aynı olmaktan çok farklı yapılar olduğu ileri sürülebilir.²⁴

Demografik Değişkenlere Göre Eşduyum Yorgunluğu, Eşduyum Tatmini ve Tükenmişlik

Araştırmada 112 personellerinin eşduyum yorgunluğu, eşduyum tatmini ve tükenmişlikleri demografik değişkenler olarak belirlenen; cinsiyet, yaş, unvan ve hizmet süresi açısından incelenmiştir.

112 personellerinin eşduyum yorgunluğu, eşduyum tatmini ve tükenmişlikleri cinsiyete göre incelendiğinde erkeklerin eşduyum yorgunluğu puanları ($\bar{X}=23,15$, $ss=8,32$) ile tükenmişlik puanları ($\bar{X}=23,63$, $ss=6,22$) kadınların eşduyum yorgunluğu puanları ($\bar{X}=22,98$, $ss=7,61$) ve tükenmişlik puanlarından ($\bar{X}=22,21$, $ss=6,19$) yüksek bulunmuştur. Kadınların ise eşduyum tatmini

($\bar{X}=39,32$, $ss=8,25$) puanlarının erkeklerin eşduyum tatmini puanlarından ($\bar{X}=40,43$, $ss=7,52$) yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlılığına ilişkin t testi sonuçları analiz edildiğinde ise erkek ve kadınlar arasında eşduyum yorgunluğu ($t(343)=1,194$, $p=n.s.$) ve eşduyum tatmininde ($t(343)=-1,307$, $p=n.s.$) anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Cinsiyetler arasında anlamlı farklılık yalnızca tükenmişlikte gözlenmiştir. t testi sonuçları erkeklerin tükenmişlik puanlarının kadınların tükenmişlik puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu göstermiştir ($t(343)=2,117$, $p<0,05$).

Denk (2018) tarafından hemşireler üzerinde yapılan çalışmada da erkeklerin kadınlardan daha fazla tükenmişlik yaşadığı görülmüştür.²⁵ Sağlık personeli ile yapılan diğer çalışmalarda ise kadın ve erkeklerin tükenmişliklerinde anlamlı farklılık bulunmamıştır.^{21,22} Aynı çalışmalarda mevcut çalışmanın bulgularıyla paralel çalışanların eşduyum yorgunluğu ve eşduyum tatmini düzeyleri açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ancak alanyazında eşduyum yorgunluğunun cinsiyete göre anlamlı farklılığına ilişkin çalışmalar da mevcuttur.^{26,27} Bulgular kadınların erkeklerden daha fazla eşduyum yorgunluğu yaşadıklarını göstermektedir. Bununla

birlikte bir başka çalışmada ise erkeklerin eşduyum yorgunlukları kadınlardan daha yüksek bulunmuştur.²⁸ Eşduyum tatminine ilişkin ise bir kamu hastanesinin çalışanları ile yürütülen bir çalışmada kadınların eşduyum tatmini düzeylerinin erkeklerinkinden daha yüksek olduğu bildirilmiştir.²⁹ Benzer sonuçlar Roney ve Acri (2018) tarafından pediatri hemşireleri ile yapılmış olan bir çalışmada da tekrarlanmıştır.³⁰

Bu sonuçlardan cinsiyete göre eşduyum yorgunluğu, eşduyum tatmini ve tükenmişliğe ilişkin bulguların tutarlı olmadığı ve cinsiyetle ilgili daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu söylenebilir. Bu çalışmada tükenmişliğin erkeklerde kadınlardan daha yüksek çıkmasına sebep olarak; daha gergin ve stresli olmaları, fiziki kuvvet gerektiren işlerin çoğunlukla erkeklerce yapılması, hasta yakınları tarafından uğranılan şiddette ilk hedef olmaları, genelde 112 acil hizmetlerinde sürücülük yapmalarının getirdiği fazladan sorumluluk şeklinde sıralanabilir.

Çalışmada yaş grupları arasında eşduyum yorgunluğu, eşduyum tatmini ve tükenmişliğe ilişkin farklılıkların belirlenmesinde veriler tek yönlü ANOVA ile analiz edilmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Yaşa Göre Eşduyum Yorgunluğu, Eşduyum Tatmini ve Tükenmişliğe İlişkin Tek Yönlü ANOVA Sonuçları

	Yaş		25<		26-35		36>		F	Anlamlı fark
	(\bar{X})	ss	(\bar{X})	ss	(\bar{X})	ss	(\bar{X})	ss		
Eşduyum yorgunluğu	21,58	7,25	24,46	7,77	23,53	9,32	4,87**	25< 26-35		
Eşduyum tatmini	41,58	6,68	38,07	8,84	39,87	7,55	7,28*	25> 26-35		
Tükenmişlik	21,76	5,96	23,96	6,20	22,90	6,24	4,62**	25< 26-35		

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

Tek yönlü ANOVA sonuçları incelendiğinde katılımcıların yaş gruplarına göre eşduyum yorgunluğu ($F(2,342)=4,87$, $p<0,01$), eşduyum tatmini ($F(2,342)=7,28$, $p<0,01$) ve tükenmişlik puanlarında ($F(2,342)=4,62$, $p<0,01$) anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Gruplar arasındaki farklılıkları belirlemede varyansların eşit olduğu

gruplarda Scheffe testi, varyansların eşit olmadığı gruplarda Tamhane testi uygulanmıştır. Scheffe testi sonucu 25 yaşından küçüklerin eşduyum yorgunluğu puanlarının ($\bar{X}=21,58$) 26-35 yaş grubunun eşduyum yorgunluğu puanlarından ($\bar{X}=24,46$) anlamlı olarak düşük olduğunu göstermiştir. Tamhane testine göre

katılımcıların eşduyum tatminleri 25 yaşından küçüklerin ($\bar{X}=41,58$) 26-35 yaşındakilerden ($\bar{X}=38,07$) yüksek bulunmuştur. Tükenmişlik puanlarının hangi yaş grupları arasında olduğunun belirlenmesinde uygulanan Tamhane testi sonuçları ise 26-35 yaş grubundakilerin tükenmişlik puanlarının ($\bar{X}=23,96$) 25 yaşından küçüklerin tükenmişlik puanlarından ($\bar{X}=21,76$) daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Yaş değişkenine göre yaşları 25'in altında olan katılımcıların eşduyum yorgunluğu 26-35 yaşları arasında olan katılımcılardan daha düşük iken 25 yaş altı katılımcıların 26-35 yaş grubundaki katılımcılardan yaşadıkları eşduyum tatmini daha yüksek olarak belirlenmiştir. Sacco, Ciurzynski, Harvey ve Ingersoll (2015) de yoğun bakım ünitesinde çalışan 221 hemşire ile yaptıkları çalışmada eşduyum yorgunluğu ile yaş arasında anlamlı bir ilişki saptamışlar, araştırmalarında 50 yaş üzerindeki hemşirelerin eşduyum yorgunluğunun daha küçük yaştaki, genç hemşirelerden daha yüksek olduğunu bulmuşlardır.³¹ Bir başka çalışmada da yaşı büyük hemşirelerin daha yüksek oranda eşduyum yorgunluğu yaşadığı belirlenmiştir.¹⁹ Onkoloji hemşireleri üzerinde yapılan çalışmada ise 40 yaş üzeri bireylerin eşduyum tatmininin daha yüksek olduğu bulunmuştur.²⁰ Diğer çalışmaların bulgularına göre ise yaş faktörünün eşduyum tatmini ve eşduyum yorgunluğunda anlamlı bir farklılığa yol açmadığı belirlenmiştir.³¹ Yaşa göre eşduyum yorgunluğu ve eşduyum tatminine ilişkin yapılmış çalışmaların sonuçlarının tutarsız olduğu söylenebilir. Hâlbuki Kelly, Runge, Spencer (2015) yaş faktörünün bireylerin eşduyum yorgunluğu yaşaması sürecinde en önemli faktörlerden biri olduğunu belirtmişlerdir.³²

Bu çalışmanın sonucuna göre genç yaştaki katılımcıların (25<) daha yüksek eşduyum tatmini ve daha düşük eşduyum yorgunluğu bildirmeleri çalışma hayatlarının ilk yıllarında gençliğin verdiği heyecanla, aşkla, gayretle çalışmalarına bağlanabilir. Bu çalışmanın yaşa ilişkin bir başka bulgusu da 26-35 yaş grubundaki bireylerin

tükenmişliklerinin 25 yaş altı bireylerin tükenmişliklerinden daha yüksek olduğudur. Polat'ın (2016) çalışmasında ise yaş, katılımcıların tükenmişlikleri açısından anlamlı bir farklılık oluşturmamıştır.²⁰ Araştırmanın yaşça küçük katılımcıların tükenmişliğinin daha düşük olduğu bulgusu yeni işe başlayan veya mesleğinin ilk yıllarında olan bireylerin travmatik olaylara, hastalara daha az maruz kalmaları, mesleklerinin ilk yıllarında sahip oldukları idealistlik, yaşadıklarını unutmada katkısı olan hızlı sosyal hayat ile gelecek ve ailevi kaygılarının henüz tam yoğunlaşmaması gibi sebeplere bağlanabilir.

112 acil sağlık çalışanlarının unvanlarına göre eşduyum yorgunluğu, eşduyum tatmini ve tükenmişliklerinde anlamlı bir farklılığın olup olmadığı parametrik olmayan Kruskal Wallis H testi ile analiz edilmiştir (Tablo 4). Analiz sonuçları unvana göre eşduyum yorgunluğu ($X^2_{(5)}=5,33$, $p=0,38$) ve tükenmişlikte ($X^2_{(5)}=8,33$, $p=0,14$) gruplar arasında farklılığın anlamlı olmadığını göstermiştir. Gruplar arasında anlamlı farklılık eşduyum tatmininde bulunmuştur ($X^2_{(5)}=25,64$, $p=0,000$). Paramediklerin eşduyum tatminleri (sıra ort.=203,19) hem hemşire (sıra ort.=136,98) hem de doktorlardan (sıra ort. 91,25) daha yüksektir. Doktorların eşduyum tatminleri (sıra ort.=91) hem şoförlerden (sıra ort.=182,81) hem de sağlık memurlarından (sıra ort.=163,76) daha düşüktür.

Sonuçlar unvana göre incelendiğinde bireylerin sahip olduğu unvanların eşduyum yorgunluğu ve tükenmişlik açısından bir farklılık oluşturmadığı ancak paramediklerde eşduyum tatmininin diğer unvanlardaki sağlık çalışanlarının eşduyum tatminlerinden daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4). Polat'ın (2016) yaptığı çalışmada da bireylerin görev unvanlarının eşduyum yorgunluğu ve tükenmişliği anlamlı olarak etkilemediği bildirilmiştir.²⁶ Denk (2018) hemşireler üzerinde yürüttüğü çalışmasında birimde sorumlu unvanına sahip bireylerin eşduyum tatmininin daha yüksek, klinik hemşiresi olarak görev yapan bireylerin ise tükenmişliklerinin daha yüksek olduğunu

bulmuştur.²⁵ Denk'in (2018) çalışmasına benzer şekilde Kavlu ve Pınar'ın (2009) yaptıkları çalışmada yönetici veya sorumlu olarak görev yapan kişilerin eşduyum tatminlerinin yüksek olduğu belirlenmiştir.^{25,33} Bu araştırma ile benzer

çalışma grubunda araştırmasını yürüten Yerlikaya (2015) ise Edirne 112 acil sağlık çalışanlarında unvan farklılığının bu çalışmada olduğu gibi tükenmişliği anlamlı düzeyde etkilemediğini belirlemiştir.³⁴

Tablo 4. Unvana Göre Eşduyum Yorgunluğu, Eşduyum Tatmini ve Tükenmişliğe İlişkin Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

	Unvan						χ^2	df
	Doktor sıra ort. n=8	Paramedik sıra ort. n=131	ATT sıra ort. n=136	Sağlık Memuru sıra ort. n=17	Hemşire sıra ort. n=29	Şoför sıra ort. n=24		
Eşduyum yorgunluğu	226,44	166,96	176,25	161,03	157,21	197,27	5,33	5
Eşduyum tatmini	91,25	203,19	155,83	163,76	136,98	182,81	25,64*	5
Tükenmişlik	234,50	158,87	181,72	250,82	188,79	176,83	8,33	5

** $p < .0001$.

Bu çalışmada eşduyum yorgunluğu ve tükenmişlikte unvana göre farklılığın bulunmaması 112 acil çalışma sisteminden, ekip çalışmasından, hangi unvana sahip olursa olsun, ister ekip sorumlusu isterse de yardımcı sağlık personeli veya şoför olsun çalışanların maruz kaldıkları ortam üstlendikleri işler ve görevlerin aynı olmasından kaynaklanmış olabilir. Eşduyum tatmininin paramedik unvanına sahip bireylerde yüksek çıkması ise; 112 ekiplerinde doktorun olmadığı ekiplerde paramedik unvanına sahip bireylerin ekip sorumlusu olarak çalışmaları olabilir. Sonuçlar bu açıdan ele alındığında, verilerin

Denk (2018) ile Kavlu ve Pınar'ın (2009) yaptıkları çalışmalarda ortaya çıkan sonuçlarla benzerlik ve uyum gösterdiği söylenebilir.^{25, 33} Bunun yanı sıra ön lisans eğitim düzeyine sahip olan bireylerin, diğer mesleklere göre daha kolay atanması, daha yüksek ücret ve iş ortamında sorumlu görevini elde etmesi paramedik olarak görev yapan bireylerin eşduyum tatminini artırmış olabilir.

112 acil çalışanlarının acil sağlık hizmetleri istasyonlarında çalıştıkları hizmet süresine göre eşduyum yorgunluğu, eşduyum tatmini ve tükenmişliklerinin farklılaşp farklılaşmadığı incelenmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Çalıştığı Birimdeki Hizmet Süresine Göre Eşduyum Yorgunluğu, Eşduyum Tatmini ve Tükenmişliğe İlişkin ANOVA Testi Sonuçları

	Çalıştığı birimdeki hizmet süresi								F
	1<		2-5 yıl		6-10 yıl		11>		
	\bar{X}	ss	\bar{X}	ss	\bar{X}	ss	\bar{X}	ss	
	N=105		N=136		N=62		N=42		
Eşduyum yorgunluğu	21,57	6,51	23,21	8,26	24,90	8,34	23,62	9,14	2,453
Eşduyum tatmini	40,65	7,37	39,68	7,70	40,74	7,74	37,41	9,56	2,000
Tükenmişlik	21,61	5,68	23,30	6,32	23,68	6,63	23,67	6,42	2,243

* $p < .05$.

Katılımcılar, 112 ASHİ çalıştıkları hizmet sürelerine göre eşduyum yorgunluğu açısından incelendiklerinde en yüksek

eşduyum yorgunluğu ortalama puanı ($\bar{X}=24,90$) 6-10 yıl arasında olanlarken en düşük ortalama puan ($\bar{X}=21,57$) 1 yıldan az

hizmet süresi olanlarda görülmüştür. Bu durum eşduyum tatmininde en yüksek ortalama puanın ($\bar{X}=40,65$) 1 yıldan az hizmet süresi olanlar olduğunu gösterirken en düşük ortalama puanın ($\bar{X}=37,41$) 11 yıldan fazla hizmet süresi olanlarda olduğunu göstermiştir. Tükenmişlikte ise en yüksek tükenmişlik ortalama puanı ($\bar{X}=23,68$) ile hizmet süresi 6-10 yıl arasında olanlarda, en düşük puan ortalaması ($\bar{X}=21,61$) ise 1 yıldan az hizmeti olanlarda görülmüştür. ANOVA testi sonuçları eşduyum yorgunluğu ($F(3, 341)=2,453, p=0,063$), eşduyum tatmini ($F(3, 341)=2,000, p=0,114$) ve tükenmişlikte ($F(3, 341)=2,243, p=0,083$) ortalama puanlar arasında bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermiştir.

Katılımcıların çalıştıkları birimdeki hizmet süreleri incelendiğinde eşduyum yorgunluğu ve tükenmişliğin 1 yıldan daha az hizmet veren personellerde en düşük düzeyde olduğu görülmüştür. Bu bulguyla paralel eşduyum tatmini de 1 yıldan daha az süre hizmet veren kişilerde en yüksek seviyededir. Fakat bazı çalışmalar

çalışanların görev sürelerinin onların eşduyum yorgunluğu ve tükenmişliğini anlamlı olarak farklılaştırmadığını göstermiştir.^{21,26,34,35}

Bazı çalışmalarda ise çalışılan birimdeki hizmet süresine göre eşduyum yorgunluğu, eşduyum tatmini ve tükenmişlikte farklılığın olduğuna ilişkin sonuçlara ulaşılmıştır. Ulaşılan bu sonuçlara göre çalışma süresinin artışına bağlı olarak eşduyum yorgunluğu artmıştır.^{20,36} Çalışma süresi kısaltıldıkça tükenmişlik daha düşük düzeyde kalmış ve meslek yaşantısı uzadıkça daha fazla eşduyum tatmini yaşanmıştır.^{19,25} Prewitt (2018) ise travma hemşireleri üzerine yaptığı çalışmada uzayan meslek yaşantısının eşduyum yorgunluğunu azalttığını belirlemiştir.³⁷ Bir çalışmada ise meslekte yeni olmayanların yeni olanlardan daha düşük eşduyum tatmini yaşadıkları bulunmuştur.³⁸ Belirtilen çalışmalardan bir kısmı bu çalışmanın bulgularıyla uyumlu ve aynı yönde olup bu araştırmayı desteklemektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kayseri ili 112 ASHİ'nde çalışan 345 acil sağlık personelinin katıldığı eşduyum yorgunluğu, eşduyum tatmini ve tükenmişliğin incelendiği bu çalışmada alana katkıda bulunacak sonuçlara ulaşılmıştır.

Eşduyum yorgunluğu ve tükenmişlik gelişme riskinin 112 acil sağlık çalışanlarında yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir. Diğer yandan eşduyum tatminini yüksek düzeyde yaşayanların oranı da oldukça düşüktür. Bu durum eşduyum yorgunluğu ve tükenmişliğin acil sağlık çalışanlarında dikkate alınması gerektiğine işaret etmektedir.

Çalışmada 112 acil sağlık çalışanlarında eşduyum yorgunluğu, tükenmişlik ve eşduyum tatmini arasında öngörülen ilişkileri destekleyici sonuçlar da elde edilmiştir. Eşduyum yorgunluğu ve tükenmişlik arttıkça eşduyum tatmininin azaldığı eşduyum yorgunluğu ile tükenmişlik arasında ise pozitif bir ilişkinin bulunduğu görülmüştür. Elde edilen bu ilişkiler nedensellik ilişkisi

olmamasına rağmen eşduyum tatmininin eşduyum yorgunluğu ve tükenmişlikte koruyucu bir faktör olabileceği görüşünü desteklemektedir.

Çalışmada ayrıca eşduyum yorgunluğu, eşduyum tatmini ve tükenmişlik cinsiyet, yaş, unvan ve hizmet süresi demografik değişkenleri açısından incelenmiş, 112 acil çalışanlarının demografik özelliklerine ilişkin önemli sonuçlar elde edilmiştir. Kadın ve erkekler arasında eşduyum yorgunluğu ve eşduyum tatmininde fark bulunmazken, erkeklerin tükenmişlikleri kadınlardan yüksek bulunmuştur. Toplumda yer alan genel düşüncenin aksine burada çıkan sonuç daha fazla araştırmayla incelenmesi gereklidir. Diğer yandan 112 acil sağlık personelleri arasında 25 yaşın altında olanların 25-35 yaş arasında olanlardan ve paramedik olanların diğer unvanlara sahip olanlardan daha yüksek eşduyum tatminine sahip olduğu belirlenmiştir. Yaş açısından ortaya çıkan bu farklılaşmanın genç yaşta

maddi kazanç elde etme ve toplumda konum sahibi olmanın verdiği etkiyle ortaya çıktığı söylenebilir. Eşduyum yorgunluğu ve tükenmişlik ise yaşı 25'in altında olanların 25-35 arası olanlardan düşük bulunmuştur. 112 acil çalışanlarının eşduyum yorgunluğuna, eşduyum tatminine ve tükenmişliğine demografik değişkenlerin etki edebileceğinin gözden kaçırılmaması gerekir.

Öneriler

Çalışmanın sonuçları doğrultusunda, afetlerde ve afetler dışında acil müdahale gerektiren durumlarda hasta ve yaralılara hizmet vermekle yükümlü 112 acil sağlık çalışanlarının verecekleri hizmetin kalitesini arttırmada birtakım önlemler alınabilir.

Uygulayıcılara Yönelik Öneriler

1.Eşduyum yorgunluğu, eşduyum tatmini ve tükenmişliği önlemede, 112 acil sağlık çalışanlarına iş hayatlarına başlamadan önce il sağlık müdürlüklerince psikolojik hazırlık kampı yapılabilir.

2.Kurum bünyesinde personellere eşduyum yorgunluğu, eşduyum tatmini ve tükenmişlik hakkında bilgilendirmeler, eğitimler, seminerler düzenlenebilir.

3.Afetler ve her türlü acil durumlarla mücadelede her zaman en önde yer alan acil sağlık çalışanlarına afet ve acil durum bölgelerinde özel psikolojik destek ekipleri oluşturarak eşduyum yorgunluğu ve tükenmişlik önlenerek eşduyum tatmini oluşmasına çalışılabilir.

4.112 acil sağlık çalışanlarının ücretsiz olarak yararlanacağı psikolojik destek ekipleri kurularak taleplere göre çalışanlara bireysel ve grup görüşmeleriyle sorunlarını çözmelerine yardım edilebilir.

5.Yıllık düzenli olarak 112 acil sağlık çalışanlarına il sağlık müdürlüklerince yapılan genel sağlık taramasına psikolojik

tarama ve değerlendirmeler de eklenebilir ve çıkan sonuçlara göre uzman kişilerce tedavileri sağlanabilir.

6.Kurum içerisinde alınacak olan personeli ve çalışma düzenini etkileyecek kararlara personelin katılımını artırarak hem bireylerin kararları uygulaması sağlanabilir hem de ortaya çıkabilecek olumsuzluklar engellenebilir.

7.Haftanın kahramanı, ayın kahramanı şeklinde en iyi müdahalede bulunan ve hastalar tarafından en iyi dönütler bildirilen ekip çalışanlarına ek ödemeler ve teşvik edici uygulamalar ile personel arası kalite artırımı, rekabet ve eşduyum tatminini artırma yoluna gidilebilir.

8.Uzun yıllar çalışan bireylerde artan eşduyum yorgunluğu ve tükenmişlik riski bunun yanı sıra azalan eşduyum tatmini kişilerin verdiği hizmet kalitesini doğrudan etkileyeceği için uzun yıllar hizmette bulunan kişilerin komuta kontrol merkezleri, il sağlık müdürlükleri ve teknik hizmetler noktasında görevlendirilmesi sağlanabilir.

Araştırmacılara Yönelik Öneriler

1.Bu konuda daha sonra yapılacak araştırmalarda araştırmacılar çalışanların demografik bilgilerini sorgulayan bilgi formunu daha detaylandırabilirler.

2.Genel düşüncenin ve sonuçların aksine erkeklerde tükenmişliğin yüksek olması dikkat çekicidir. Bu konuda araştırma yapacak araştırmacılar için erkek bireylerin tükenmişliklerinin, sebep ve kaynaklarını daha detaylı bir şekilde incelemesi konuyu daha da açığa kavuşturacaktır.

3.Araştırmacılar tarafından 112 acil sağlık çalışanlarında eşduyum yorgunluğu ve eşduyum tatminine yönelik daha fazla çalışma yapılabilir ve bu alanda yetersiz alanyazına katkılarda bulunulabilir.

KAYNAKLAR

1. Sağlık Bakanlığı. (2019). "112 Acil Ambulans Sisteminin 25. Yılı Kutlandı". Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,59151/112-acil-ambulans-sisteminin-25-yili-kutlandi.html>. (Erişim tarihi: 11.05.2020).
2. Coetzee, S.K. and Klopper, H.C. (2010). "Compassion Fatigue within Nursing Practice: A concept analysis".

Nursing & Health Sciences, 12 (2), 235-243. doi: 10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x.

3. Nirel, N, Goldwag, R, Feigenberg, Z, Abadi, D. and Halpern, P. (2008). "Stress, Work Overload, Burnout, and Satisfaction among Paramedics in Israel". Prehospital and Disaster Medicine, 23 (6), 537-546. doi: 10.1017/S1049023 X00006385

4. Joinson, C. (1992). "Coping with compassion fatigue". *Nursing*, 22 (4), 116-118.
5. Stamm, B. (2002). *Measuring Compassion Satisfaction As Well As Fatigue: Developmental History of The Compassion Satisfaction and Fatigue Test*. In: Figley, C.R. (Ed.). *Treating compassion fatigue (107-119)*. New York: Brunner Routledge.
6. Hicdurmaz, D. and Inci, F. (2014). "Compassion Fatigue: Description, Causes and Prevention". *Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry*, 7 (3), 295-303. doi: 0.5455/cap.20141128113430
7. Lahad, M. (2000). "Darkness Over The Abyss: Supervising Crisis Intervention Teams Following Disaster". *Traumatology*, 6 (4), 273-293. doi: 10.1177/15347656000600403
8. Gök, G.A. (2015). "Merhamet Etmenin Dayanılmaz Ağırlığı: Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu". *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20 (2), 299-313.
9. Hooper, C, Craig, J, Janvrin, D.R, Wetsel, M.A. and Reimels, E. (2010). "Compassion Satisfaction, Burnout, and Compassion Fatigue Among Emergency Nurses Compared With Nurses in Other Selected Inpatient Specialties". *Journal of Emergency Nursing*, 36 (5), 420-427. doi: 0. 1016/j.jen. 2009.11.027
10. Türk Dil Kurumu. (2011). *Türkçe Sözlük*. Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları.
11. Sürgevil, O. (2006). *Çalışma Hayatında Tükenmişlik Sendromu: Tükenmişlikle Mücadele Teknikleri*. Ankara: Nobel Yayın.
12. Freudenberger, H.J. (1974). "Staff Burn-Out". *Journal of Social Issues*, 30 (1), 159-165. doi: 10.1111/j.1540-4560. 1974. tb00706.x
13. Maslach, C. and Jackson, S.E. (1981). "The Measurement of Experienced Burnout". *Journal of Organizational Behavior*, 2 (2), 99-113. doi: 10.1002/job.4030020205
14. Figley, C.R. (1995). *Compassion Fatigue Toward a New Understanding of the Costs of Caring*. In: Stamm, B.H. (ed.). *Secondary Traumatic Stress Self-Care Issues for Clinicians, Researchers, and Educators (3-28)*. Lutherville: MD Sidran. -References - Sci.
15. Figley, C.R. and Figley, K.R. (2017). *Compassion Fatigue Resilience*. In: Emma M. Seppälä, Emiliana Simon-Thomas, Stephanie L. Brown, Monica C. Worline, C. Daryl Cameron, James R. Doty (Ed). *The Oxford Handbook of Compassion Science (387-398)*. Oxford: Oxford University Press.
16. Büyükköztürk, Ş, Kılıç Çakmak, E, Erkan Akgün, Ö, Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2019). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
17. Yeşil, A, Ergün, Ü, Amasyalı, C, Er, F, Nihal Olgun, N. ve Aker, A.T. (2010). "Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Uyarlaması Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması". *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 47 (2), 111-117. doi: 10.4274/npa.52 10
18. Stamm, B.H. (2010). *The Concise ProQOL [Elektronik Sürüm]*. Pocatello: ProQOL.org.
19. Mangoulia, P, Koukia, E, Alevizopoulos, G, Fildissis, G. and Katostas, T. (2015). "Prevalence of Secondary Traumatic Stress Among Psychiatric Nurses in Greece". *Archives of Psychiatric Nursing*, 29 (5), 333-338. doi: 10.1016/ j.apnu. 2015.06.001
20. Koca, F. (2018). *Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu ve Etkili Faktörlerin İncelenmesi*. Yüksek lisans tezi, Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
21. Yılmaz, G. (2016). *Onkoloji Hemşirelerinin Eşduyum Yorgunluğu, İş Doyumu, Tükenmişlik ve Travma Sonrası* Gelişim Düzeylerine Psikoeğitimin Etkisi. Doktora tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
22. Çolak, Y. (2018). *Dans ve Hareket Terapisi Yöntemlerinin Kullanımının, Hemşirelerin Mesleki Tatmin, Tükenmişlik ve Eşduyum Yorgunluğu Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi*. Yüksek lisans tezi, Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya.
23. Kılıç, S. (2018). *Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Travmatik Stres Belirtileri, Mesleki Tatmin Tükenmişlik ve Eşduyum Yorgunluğunun İncelenmesi*. Yüksek lisans tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Nevşehir.
24. Alkema, K, Linton, J.M. and Davies, R. (2008). "A Study of the Relationship Between Self-Care, Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, and Burnout Among Hospice Professionals". *Journal of Social Work in end-of-Life & Palliative Care*, 4 (2), 101-119. doi: 0.1080/1552425 0802353934
25. Denk, T. (2018). *Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Mesleki Yaşam Kalitesi Merhamet Memnuniyeti Merhamet Yorgunluğu*. Yüksek lisans tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
26. Polat, F. (2016). *Merhamet Yorgunluğu Düzeyinin Çalışma Yaşam Kalitesi İle İlişkisi: Sağlık Profesyonelleri Örneği*. Yüksek lisans tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
27. Harlan, K.B. (2004). *Compassion Fatigue And Masters Level Social Workers in Direct Mental Health Service Delivery*. Doctoral Dissertation, Capella University, Minneapolis.
28. Özcan, A. (2019). *Yoğun Bakım Hemşirelerinde Merhametin ve Merhamet Yorgunluğunun Belirlenmesi*. Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
29. Kuzuluğil, Ş. (2012). "Kamu Hastaneleri Çalışanlarında İş Tatminini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma". *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 41 (1), 129-141.
30. Roney, L.N. and Acri, M.C. (2018). "The Cost of Caring: An Exploration of Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Job Satisfaction in Pediatric Nurses". *Journal of Pediatric Nursing*, 40, 74-80. /doi: 10.1016/j.pedn. 2018.01.016
31. Sacco, T.L, Ciurzynski, S.M, Harvey, M.E. ve Ingersoll, G.L. (2015). "Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue Among Critical Care Nurses". *Critical Care Nurse*, 35 (4), 32-42. doi: 10.4037/ccn2015392
32. Kelly, L, Runge, J. and Spencer, C. (2015). "Predictors of Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction in Acute Care Nurses". *Journal of Nursing Scholarship*, 47 (6), 522-528. doi: 10.1111/jnu.12162
33. Kavlu, İ. ve Pınar, R. (2009). "Effects of Job Satisfaction and Burnout on Quality of Life in Nurses Who Work in Emergency Services". *Türkiye Klinikleri*, 29 (6), 1543-1545.
34. Yerlikaya, Ö. (2015). *Çalışma Hayatında Tükenmişlik (Edirne 112 Acil Sağlık Çalışanları Örneği)*. Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
35. Kuh, M. (2017). *Denizli İli Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarında İş Yükü-Kontrolü, İşe Yabancılaşma ve Tükenmişlik Sendromu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*. Uzmanlık tezi, Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Denizli.
36. Potter, P, Deshields, T, Divanbeigi, J, Berger, J, Cipriano, D, Norris, L. and Olsen, S. (2010). "Compassion Fatigue and Burnout". *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14 (5), 56-62. doi: 10.1188/10.CJON.E56-E62

37. Prewitt, C. (2018). Compassion Fatigue and Trauma Nursing. Master thesis, California State University, Presented to the faculty of the School of Nursing, San Marcos.
38. Potter, B. (1995). Preventing Job Burnout Transforming Work Pressures Into Productivity. California: Thomson Crisp Publications.

Yeni Mezun Hemşirelerde İşe Hazır Olma Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik

Turkish Adaptation of The Work Readiness Scale for Graduated Nurses: Validity and Reliability

Ayşe YILDIZ KESKİN¹, Manar ASLAN²

ÖZ

Bu araştırma, Yeni Mezun Hemşirelerde İşe Hazır Olma Ölçeği'ni Türkçe'ye uyarlamak, geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla yapılan metodolojik tipte bir çalışmadır. Araştırma Konya'da bulunan hastanelerde çalışan ve meslekte 0-3 yıl arası görev yapan hemşirelerden gönüllülük esasına dayanarak 380 kişiyle yapılmıştır. Araştırmanın verileri Mart 2017-Haziran 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. İşe Hazır Olma Ölçeği 46 madde ve dört alt boyuttan (İş yeterliliği, sosyal zekâ, örgütsel farkındalık, kişisel çalışma özellikleri) oluşan 10'lu likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin toplamının cronbach alfa güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için .94 bulunmuştur. Ölçek maddelerinin madde-toplam puan korelasyon katsayıları .28 - .73 arasında olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin zamana bağlı değişkenliği için yapılan test-tekrar test analizi sonucunda her iki uygulamaya ilişkin korelasyon katsayısı .83 ile .94 arasındadır. Ölçeğin yapı geçerliğini test etmek için doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Ölçek orijinali gibi dört alt boyuttan oluşmaktadır. Yeni Mezun Hemşirelerde İşe Hazır Olma Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerli ve güvenilir olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: İşe Hazır Olma, Yeni Mezun Hemşire, Geçerlik, Güvenirlik, Ölçek.

ABSTRACT

This research is a methodological type study designed to adapt the Work Readiness Scale in new graduated nurses to Turkish and to determine its validity and reliability in nursing. The research was applied to 380 nurses working in the hospitals and nurses employed for 0-3 years in profession. The data of the study were collected between March 2017-June 2017. The Work Readiness Scale is a 10-point likert-type scale consisting of 46 items and four sub-dimensions (work competence, social intelligence, organizational awareness and personal work characteristics). The cronbach alpha reliability coefficient of the scale total was .94 for the whole scale. The item-total score correlation coefficients of the scales were determined to be between .28 - .73. As a result of the test-retest analysis for time - dependent variability of the scale, the correlation coefficient for both applications is between .83 and .94. Confirmatory factor analysis was performed to test the validity of the scale. The scale consists of four sub-dimensions like the original. It has been determined that the Turkish form of the Work Readiness Scale in New Graduated Nurses is valid and reliable.

Keywords: The Work Readiness, New Graduated Nurse, Validity, Reliability, Scale.

Bu makale Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde yapılan 'Yeni Mezun Hemşirelerde İşe Hazır Olma Ölçeğinin Geçerliği ve Güvenirliği' başlıklı tezden hazırlanmıştır.

¹Ayşe YILDIZ KESKİN, Öğr. Gör, Hemşirelikte Yönetim, Mersin Üniversitesi, ayseyildiz87@hotmail.com, ORCID:0000-0002-0920-8030

² Manar ASLAN, Dr. Öğr. Üyesi, Hemşirelikte Yönetim, Trakya Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü, manaraslan@hotmail.com, ORCID:0000-0003-0932-5816

İletişim / Corresponding Author: Dr. Öğr. Üyesi Manar ASLAN
e-posta/e-mail: manaraslan@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received: 14.05.2020
Kabul Tarihi/Accepted: 04.01.2021

GİRİŞ

Gelişen teknoloji ile birlikte yeni hastalıkların ortaya çıkması, bakım gereksinimlerinin değişmesi ve insanların gün geçtikçe artan oranlarda kaliteli hemşirelik bakımını talep etmesi gibi nedenler sağlık bakım sistemi içinde değişime açık, motivasyonu yüksek ve profesyonel nitelikleri gelişmiş hemşirelere duyulan gereksinimleri ve beklentileri giderek arttırmaktadır.¹⁻³

Yeni mezunlar hemşire yetersizliğinin fazla olduğu, ileri tıbbi teknoloji, yüksek hasta potansiyeli ve kıt kaynaklar ile karakterize karışık bir çalışma alanında işe başlamaktadırlar.⁴Bu durum tüm dünyada hemşire açığının artmasına zemin hazırlamakta ve hemşirelerin işlerine hazır olmamaları da bu sorunu tetiklemektedir. İşe hazır olma, mezunların çalışma ortamında onları mesleğe hazır hale getiren ve başarılı olmasını sağlayan tutum ve niteliklere sahip oldukları bir ölçü olarak tanımlanabilir.^{5,6} Ayrıca mezunların öğrenme, iş bulma, işe alım ve potansiyelini belirlemek için göz ardı edilmeyecek bir seçim kriteridir ve gittikçe önem kazanmaktadır.⁶⁻⁹ Bu sadece bir dizi klinik beceriye sahip olmaktan daha fazlasıdır ve bir kişinin bir organizasyonda başarıyla işlev görmesine olanak tanıyan yeteneğe ve özelliklere sahip olmasıdır. İşe hazır olmak konusunda dört tane temel alt boyut bulunmaktadır, bunlar; sosyal zeka, örgütsel farkındalık, iş yeterliliği ve kişisel çalışma özellikleridir.⁵

Günümüzdeki hemşire azlığı ve hemşirelik işgücünün yaşanması göz önüne alındığında, yeni hemşirelerin istihdamı ve elde tutulması yüksek bir öncelik haline

gelmektedir. Bununla birlikte, yeni mezun hemşirelerin işgücüne geçiş sürecindeki deneyimleri, gerçeklik şoku¹⁰ veya destekleyici olmayan çalışma ortamlarının sonucu olarak geçiş şoku¹¹ olarak tanımlanmaktadır. Bu koşullar, yeni hemşirelerin önemli ölçüde yıpranmasına ve meslekten uzaklaşmasına neden olabilmektedir. Dinamik sağlık ortamı, zaman yönetimi, klinik becerilerle ilgili deneyimsizlik, sağlık ekibinin diğer üyeleriyle iletişim kurmadaki güçlükler ve artan hasta iş yükünün yönetimi, yeni mezun hemşirelerin işe hazır olma durumunu olumsuz etkilemektedir.¹²⁻¹⁵

Yeni mezun hemşireler hemşireliğe geçişte karmaşık ve stresli bir durumla karşılaştığı için hemşirelik uygulamaları bağlamında sosyalleşmekle kalmamalı, hasta bakımından sorumlu olabilmeli, aynı zamanda davranışlarını şekillendiren çeşitli resmi ve gayri resmi kuralları ve düzenlemeleri öğrenmelidirler.¹⁶ Bu geçiş döneminde yeni nitelikli hemşirelere yardım etmek ve ortaya çıkan sorunlarla başa çıkmak için, sağlık kuruluşları ve eğitim kurumları, program tanıtımı ve atölyeler gibi çeşitli eğitim stratejileri sunmalı, hepsinden önemlisi geliştirmeye okul döneminde başlamalıdır.¹⁷

Türkiye de yeni mezun hemşirelerde işe hazır olma ve işe hazır oluşluk durumunun hiç çalışılmamış olması nedeniyle bu çalışmada, işe hazır olma ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılarak Türk toplumunda kullanılıp kullanılmayacağını belirlenmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOT

Bu araştırma “Yeni Mezun Hemşirelerde İşe Hazır Olma Ölçeği”ni Türkçe’ye uyarlamak, geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmek amacı ile yapılmış metodolojik türde bir araştırmadır.

Araştırmanın evrenini; ilde bulunan tıp fakülteleri ve il sağlık müdürlüğüne bağlı

tüm hastanelerde bulunan 0-3 yıldır çalışan 520 hemşire oluşturmuştur. Scott’un (2005) çalışmasında belirtildiği üzere Benner (1984), bir işte yeterli düzeye gelebilmenin ancak ilk üç yılda gerçekleşebileceğini ileri sürmektedir.¹⁸Bu nedenle çalışma yılı en fazla 3 yıl olan hemşireler araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Örneklemi ise iki tıp

fakültesi hastanesinde ve İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı hastanelerden ildeki dört ve ilçelerdeki on beş hastanede, hemşirelik mesleğinde 0-3 yıl çalışmış olan 380 hemşire oluşturmuştur.

Faktör analizinde örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında ölçek madde sayısının en az 5-10 katı olması önerilmektedir.¹⁹⁻²¹ Örneklem ölçeğin madde sayısının on katı (460) oranında hemşire alınması planlanmış fakat 0-3 yıl arası çalışan hemşire sayısının toplamda 520 kişi olması, araştırmanın yapıldığı zaman izinli olanlar ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyenler sebebiyle toplam 380 kişiye ulaşılmıştır. Bu sayı ölçek madde sayısının sekiz katından biraz fazladır ($46 \times 8 = 368$).

Verilerin toplanmasında aşağıdaki araçlar kullanılmıştır:

Sosyo Demografik ve Çalışma Özellikleri: Araştırmacı tarafından oluşturulan formda; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslekte çalışma süresi, kendinizi işinize ne kadar hazır hissediyorsunuz gibi sorular yer almaktadır.

Mezun Hemşirelerde İşe Hazır Olma Ölçeği (The Work Readiness Scale-Graduate Nurses): Bu ölçek ilk olarak Caballero ve ark. tarafından genel olarak mezunların işe hazır oluşlarını ölçmek amacıyla 64 madde olarak oluşturulmuştur.²² Sonrasında hemşireler için ölçeğin uyarlanmasına karar verilmiş ve Walker ve ark.⁶ tarafından 46 soruya indirilmiştir. Dört boyuttan oluşan ölçek 0-3 yıl arası çalışan 450 hemşireye uygulanmış ve cronbach alfa değeri .92 bulunmuştur. Ölçekte yer alan ifadeler; 1 tamamen katılmıyorum, 10 tamamen katılıyorum olarak puanlanmaktadır ve 10'lu likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınan en düşük puan 46, en yüksek puan ise 460'tır. Ölçek dört alt boyuttan oluşmaktadır;

İş Yeterliliği Alt Boyutu: İş yeterlilik boyutunu belirleyen toplam 14 maddeyi (1-14. sorular) içerir. Hemşireler her zaman topluma profesyonel olarak nasıl katkıda bulunabilecekleri konusunda zorluklar yaşamaktadırlar. Sürekli olarak doğrudan bakım sağlama, bireysel yaşamları koruma

ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürmeye yönelik, yeni mezun hemşirelerin sorumluluk almaları beklenmektedir. Bunu başarabilmeleri için yeni mezun hemşirelerin yeterliliklerini geliştirmeleri ve günlük uygulamalarında bunu kullanmaları önemlidir.²³

Sosyal Zeka Alt Boyutu: Sosyal zeka boyutunu belirleyen toplam 8 maddeyi (15-22. sorular) içerir. Thorndike (1920) sosyal zekayı, diğer bireyleri anlama yeteneği olarak tanımlamıştır.²⁴ Hastalar, aile üyeleri ve personeller ile farklı etkileşimler gerçekleştirmek, hemşirelerin profesyonel rolünün önemli bir bileşenidir. Bu nedenle, sosyal zeka yönü güçlü olan yeni mezun hemşirelerin, hem işe alıştırma konusunda yumuşak bir geçiş yaşayabilecekleri, hem de akranlarından daha fazla çalışmaya hazır olabilecekleri düşünülebilir.

Örgütsel Farkındalık Alt Boyutu: Örgütsel farkındalık boyutunu belirleyen 16maddeyi (23-38. sorular) içerir. Örgütler, bir amaca hizmet etmek ve hedeflere ulaşmak için bilinçli olarak yapılandırılmış ve koordine edilen sosyal sistemlerdir.²⁵ Örgütsel farkındalık faktörü de olgunluk ve profesyonel gelişim özelliklerini içerir. Örgütsel farkındalık hizmet ve hastane usul/prosedürleri hakkında bilgi sahibi olmayı, olgun olabilmeyi ve profesyonel gelişimi gerektirir.⁵

Kişisel Çalışma Özellikleri Alt Boyutu: Kişisel çalışma özellikleri boyutunu belirleyen 8 maddeyi (39-46.sorular) içerir. Hemşirelerin mesleklerinde başarılı olabilmeleri için aşağıdaki kişisel özelliklere sahip olması gerektiği vurgulanmaktadır. Bunlar: iletişim ve kişisel beceriler, empati ve merhamet, gerçekçi ve esneklik, dürüstlük ve güvenilirlik, zaman yönetimi becerisidir.²⁶ Yeni mezun hemşirelerin yetkin kişisel çalışma özelliklerini gösterme yeteneği, stresi yönetmek ve sağlıklı bir iş hayatı dengesini sürdürmek için gerekli olabilir.

Walker ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa değerlerini; iş yeterliliği alt boyutu için .88, sosyal zeka alt boyutu için .87, örgütsel farkındalık alt boyutu için .85, kişisel çalışma özellikleri alt boyutu için .84, olarak

belirlemiştir.⁶ Ölçekten alınan puan arttıkça hemşirelerin işe hazır olma düzeyleri de artmaktadır.

Veriler Mart-Haziran 2017 tarihleri arasında araştırmacı tarafından hemşirelerden alınan bireysel onamlar sonucunda toplanmıştır. Formu dolduranlara çalışmanın amacıyla ilgili bilgi verilmiştir ve formlar mesai saatleri içerisinde (08:00-17:00) toplanmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Yeni Mezun Hemşirelerde İşe Hazır Olma Ölçeği (The Work Readiness Scale-Graduate Nurses)'nin Türkçe'ye uyarlanabilmesi için Dr. Arlene Walker'dan e-mail yoluyla gerekli izinler alınmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için etik kurul onayı (Tarih: 31.05.2016 Sayı: 2305) ve kurumlardan izin (Tarih: 04.11.2016 Sayı: 21347889/799; Tarih: 02.03.2017 Sayı: E-5298; Tarih: 21.03.2017 Sayı:145 67952-100-E3674) alınmıştır. Araştırma kapsamındaki hemşirelere ölçek uygulamasından önce araştırmanın amacı hakkında açıklamalarda

bulunulup, katılımları için bireysel onamları sözel olarak alınmıştır.

Çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak kabul edilmiştir. Araştırmada veri toplama araçları ile elde edilen veriler "SPSS 21.0" istatistik paket programı yardımıyla analiz edilmiştir. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri ve ölçek puanlarının tanımlayıcı istatistikleri için sayı, yüzde, ortalama, standart sapma ve aritmetik ortalama; dil geçerliği için İngilizce'den Türkçe'ye ve Türkçe'den İngilizce'ye çeviri, Türkçe ve İngilizce form puanlarının karşılaştırılmasında bağımlı gruplarda t testi ve tutarlılığın incelenmesinde Pearson korelasyon analizi; kapsam geçerliği için uzman görüşü (kapsam geçerlik indeksi); yapı geçerliği için doğrulayıcı faktör analizi; ölçüt geçerliği için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Güvenirlik analizlerinden ise Pearson korelasyon, Cronbach alfa, test –tekrar test puanlarının karşılaştırılmasında bağımlı gruplarda t-testi kullanılmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Çalışmada sosyo-demografik özellikler incelendiğinde; katılımcıların %68.2'sinin kadın, %66.6'sının bekar, %51.8'inin lisans mezunu, %56.6'sının meslekte çalışma süresinin 2 yıldan fazla, yaş ortalamasının 24.14 ± 2.57 olduğu ve 'Kendinizi işinize ne kadar hazır hissediyorsunuz?' sorusunun ortalamasının 7.64 ± 2.10 olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Ölçeğin maddelerinin ve alt boyutlarının olası ve alınan en düşük/en yüksek puan, her bir alt boyutun puan ortalaması, madde ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 2'de verilmiştir. Ölçeğin toplam puan ortalaması 364.77 ± 51.89 olarak bulunmuştur. Alt boyutlardan örgütsel farkındalık (135.47 ± 19.81) alt boyutu en yüksek madde ortalamasına (8.46) sahiptir.

Tablo 1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n: 380)

Değişkenler	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	121	31,8
Kadın	259	68,2
Medeni durum		
Evli	127	33,4
Bekar	253	66,6
Eğitim düzeyi		
SML	138	36,3
Ön lisans	36	9,5
Lisans	197	51,8
Lisansüstü	9	2,4
Çalışma süresi		
≤ 1 yıl	50	13,2
1,1 - 2 yıl	115	30,3
2>x> 3 yıl	215	56,6
	Min-Max	$\bar{x} \pm SS$
Yaş	19-30	24,14±2,57
Meslekte çalışma süresi (yıl)	0,08-3	2,34±,78
Kendinizi işinize ne kadar hazır hissediyorsunuz?	1-10	7,64±2,10

Tablo 2. Yeni Hemşirelerin Mezun Hemşirelerde İşe Hazır Olma Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Tanımlayıcı İstatistikleri (n: 380)

Ölçek ve alt boyutlar	Olası min-max puan	Alınan min-max puan	$\bar{x} \pm SS$	Madde ortalaması
Ölçek genel	46-460	154-460	364,77 $\pm 51,89$	7,92
İş yeterliliği	14-140	21-140	109,34 $\pm 19,52$	8,01
Sosyal zeka	8-80	8-80	64,12± 12,35	8,01
Örgütsel farkındalık	16-160	30-160	135,47 $\pm 19,81$	8,46
Kişisel çalışma özellikleri	8-80	12-80	55,84± 16,90	6,98

Yeni Mezun Hemşirelerde İşe Hazır Olma Ölçeği'nin Geçerlik Bulguları

Ölçeğin Türkçeye çevrilen formu ve İngilizce formu her iki dili iyi bilen tıp ve

hemşirelik mezunu olan çoğunluğu idari birimlerde çalışan 30 kişiye iki hafta ara ile tekrarlanarak uygulanmış, elde puan ortalamaları arasındaki fark bağımlı gruplarda t testi ile karşılaştırılmış ve sonuçlar arasındaki tutarlılık Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir.

Ölçeğin Türkçe ve İngilizce ifadelerini aynı şekilde algılayıp algılamadıkları (ya da anlayıp anlamadıklarını) belirlemek amacıyla aynı gruba iki hafta ara ile uygulanan ölçeğin Türkçe ve İngilizce formundan elde edilen toplam puan ve iş yeterliliği, örgütsel farkındalık, sosyal zeka ve kişisel çalışma özellikleri olan dört alt boyutunun puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı saptanmıştır ($p > .05$, Tablo 3). Ölçeğin ve dört alt boyutunun Türkçe ve İngilizce formundan elde edilen puanları arasında pozitif yönde, çok güçlü ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r = .86$ ile $.92$ arası, $p < .001$, Tablo 3).

Tablo 3. Yeni Mezun Hemşirelerde İşe Hazır Olma Ölçeği'nin İngilizce ve Türkçe Formunun Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 30)

Ölçek ve Alt boyutları	İngilizce Formu $\bar{x} \pm SS$	Türkçe Formu $\bar{x} \pm SS$	t*	p	r**	p	
Yeni Mezun Hemşirelerde İşe Hazır Olma Ölçeği Toplam Puanı	380,27±33,69	375,83±33,45	1,561	,129	,89	,000	
Alt boyutları	1.İş yeterliliği	111,47±12,86	109,83±12,70	1,702	,099	,92	,000
	2.Sosyal zeka	67,47±8,95	65,93±8,87	1,936	,063	,88	,000
	3.Örgütsel farkındalık	142,50±11,31	142,53±11,06	,039	,969	,91	,000
	4.Kişisel çalışma özellikleri	58,83±14,37	57,53±13,36	,959	,346	,86	,000

*t: Bağımlı gruplarda t testi: serbestlik derecesi: 29

** r: Pearson korelasyon analizi

Ölçeğin Türkçe formunun kapsam geçerliği için ölçek maddelerinin uygunluğu konusunda hemşirelikte yönetim ve araştırma dersi veren ölçek geliştirme konusunda uzman dokuz hemşire öğretim üyesinin görüşü alınmıştır. Uzmanlardan maddelerin uygunluğunu 1-4 puan arasında

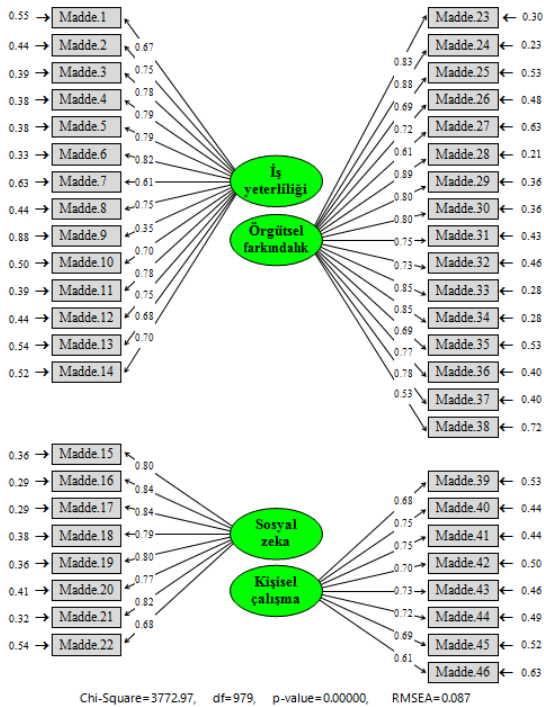
değerlendirmeleri istenmiş ve ölçeğin kapsam geçerlik indeksi değerinin 0,95 olduğu bulunmuştur.

Ölçeğin Türkçe formunun yapı geçerliği için yapılan doğrulayıcı faktör analizinde (DFA) uyum değerleri Tablo 4'te verilmiştir. Ölçek maddelerinin kendi boyutu ile olan yol

katsayıları (faktör yükleri) iş yeterliliği alt boyutunda .35 ile .82, sosyal zeka alt boyutunda .68 ile .84, örgütsel farkındalık alt boyutunda .53 ile .89, kişisel çalışma özellikleri alt boyutunda .61 ile .75 arasında olduğu bulunmuştur (Şekil 1).

Tablo 4. Yeni Mezun Hemşirelerde İşe Hazır Olma Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyumluluk Değerleri (n:380)

DFA uyumluluk istatistiği	DFA uyum değerleri
Ki-kare / p değeri	3772,97 / 0,000 (p<.05)
Ki-kare: serbestlik derecesi	3772,97: 979 = 3,85
RMSEA / p	.087 (p<.05)
SRMR	.064
CFI	.97
NNFI	.97
GFI	.70
AGFI	.67



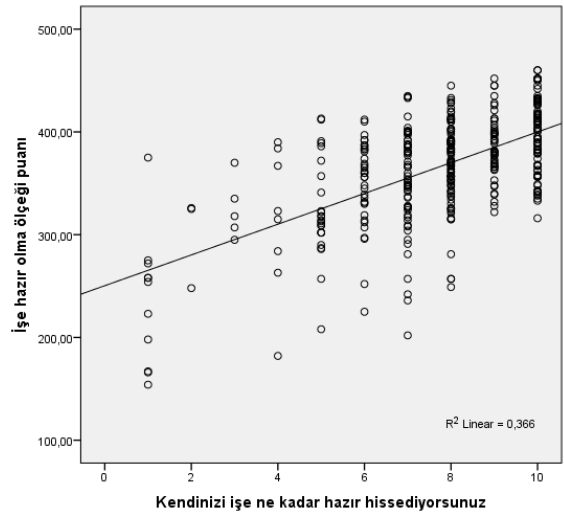
Şekil 1. Yeni Mezun Hemşirelerde İşe Hazır Olma Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi: Yol Katsayıları ve Hata Varyansları

Ölçeğin Türkçe Formunun yapı geçerliğini değerlendirmek için eşzamanlı ölçüt geçerliği olarak hemşirelerin “Kendinizi işinize ne kadar hazır hissediyorsunuz.” sorusuna (1-10 puan arası) verdikleri puanlar ile ölçekten aldıkları puanların uyumu Pearson korelasyon analizi ile test edilmiştir.

Hemşirelerin yeni mezun hemşirelerde işe hazır olma ölçeğinden aldıkları puanlar ile eş zamanlı kullanılarak elde edilen “kendinizi işinize ne kadar hazır hissediyorsunuz” sorusundan elde edilen puanlar arasında pozitif yönde, güçlü ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir (r= .61, p= .000, Şekil 2).

Yeni Mezun Hemşirelerde İşe Hazır Olma Ölçeği'nin Güvenirlik Bulguları

Ölçeğin alt boyutlarının toplam ölçek puanıyla korelasyonları incelendiğinde, güvenilirlik katsayılarının iş yeterliliği alt boyutunda r= .85, sosyal zeka alt boyutunda r= .83, ve örgütsel farkındalık alt boyutunda r= .81 ile çok güçlü düzeyde, kişisel çalışma özellikleri alt boyutunda r= .54 ile güçlü düzeyde olmak üzere pozitif yönde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır (p<.001, Tablo 5).



Şekil 2. İşe Hazır Olma Ölçeği ile Kendini İşe Hazır Hissetme Puanlarının İlişkisi

Ölçeğin ve alt boyutlarının güvenilirlik göstergelerinden biri olan iç tutarlılığı test etmek için yapılan analizde Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için $\alpha = .94$ bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının

Cronbach alfa güvenirlik katsayısı; iş yeterliği ve sosyal zeka alt boyutunda .91, örgütsel farkındalık alt boyutunda .93, kişisel çalışma özellikleri alt boyutunda .88 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin zamana göre değişmezliği çalışmaya katılan ilk 50 hemşireye ilk test uygulamasından sonra iki hafta ara ile yapılan ikinci ölçümden elde edilen ölçek ve dört alt boyutunun puan ortalamaları arasındaki fark bağımlı gruplarda t testi (=iki eş arasındaki farkın önemlilik testi) ile değerlendirilmiştir. Hem toplam ölçeğin hem

de dört alt boyutun tekrarlayan iki ölçümden elde edilen puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı saptanmıştır ($p > .05$, Tablo 5).

Ölçeğin ve dört alt boyutunun test-tekrar test puanları arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelendiğinde; hem toplam ölçek, hem de dört alt boyutun ilk ve ikinci ölçümden elde edilen puanları arasında çok güçlü ($r = .83$ ile $.94$ arasında), pozitif yönde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < .001$, Tablo 5).

Tablo 5. Yeni Mezun Hemşirelerde İşe Hazır Olma Ölçeği ve Alt Boyutlarının Test-Tekrar Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ve Korelasyonları (n: 50)

Ölçek ve Alt Boyutları	İlk Uygulama $\bar{x} \pm SS$	İkinci Uygulama $\bar{x} \pm SS$	t*	p	r**	p
Ölçek Toplam Puanı	370,80±47,85	375,52±51,77	1,126	,266	,83	,000
İş yeterliliği	111,24±18,78	114,04±20,84	1,669	,102	,83	,000
Sosyal zekâ	65,04±13,43	66,46±12,50	1,561	,125	,88	,000
Örgütsel farkındalık	139,68±17,34	140,94±19,38	,902	,372	,86	,000
Kişisel çalışma özellikleri	54,84±18,50	53,66±19,13	1,231	,224	,94	,000

*t: Bağımlı gruplarda t testi: serbestlik derecesi: 49

** r: Pearson korelasyon analizi

Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği, başka herhangi bir özellikte karıştırmadan, doğru ölçebilme derecesidir. Özellikle yabancı kültürden uyarlanacak ölçeklerde ilk olarak dil ve kapsam geçerliği test edilmektedir.^{21,27} Bu nedenle dil, kapsam, yapı ve ölçüt geçerliğine bakılmaktadır.

Ölçek uyarlama çalışmalarının ilk basamağı, ölçeğin çevirisidir. Uyarılmanın psikometrik bölümünde, zaman alıcı ve karmaşık olan bu sürece özen gösterilmesi, ölçeğin geçerlik ve güvenirliği için büyük önem taşır.²⁸ Ölçeğin dil geçerliğini sağlamak için çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemlerden en çok uygulanan grup çevirisi ve geri çeviri yöntemidir.

Geri çeviri yöntemi zaman alıcı olmasına karşın, ölçeğin kültürel eşitliğini sağlamak için dünyada en çok kullanılan yöntemdir.²⁹ Orijinal ölçek İngilizce ve Türkçe bilen üç çevirmen tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. Düzeltmeler yapıldıktan sonra hemşirelik mesleğinde 0-3 yıl arası çalışmakta olan hemşireler içinden 10 kişilik bir grup seçilmiş, çevirinin anlaşılabilirliği ve eşitliği konusunda bilgi alınmıştır. Anlaşılmayan kelimeler düzeltildikten sonra ölçekteki kelimelerin Türk toplumunda daha kolay anlaşılabilirliği için Eğitim Fakültesi Ölçme ve Değerlendirme biriminde olan hocalardan birinin ölçek maddeleri ile ilgili görüşü alınmış ve ölçeğin Türkçe formu oluşturulmuştur. Daha sonra orijinalinden hedef dile çevrilmiş olan ölçeğin tekrar orijinal dile geri çevrilmesi adımına geçilmiştir. Burada değişik eğitim

düzeylerinde ve her iki dili de konuşabilen, ancak konu hakkında uzman olmayan 2 kişi ölçeği tekrar İngilizce'ye çevirmiştir. Orijinal İngilizce form ile geri çevirisi yapılan İngilizce form karşılaştırılmış, formların birbiriyle uyumlu olup olmadığına bakılarak, tek bir İngilizce form oluşturulmuştur. Sonrasında tıp ve hemşirelik mezunu olan Türkçe ve İngilizce bilen çoğunluğu idari birimlerde çalışan 30 kişilik bir gruba 15 gün arayla ölçeğin Türkçe ve İngilizce formu uygulanmıştır. Yapılan İngilizce ve Türkçe çeviri araştırmacı tarafından ölçeğin özgün hali ile karşılaştırılmış ve ölçeğin özgün formu ile örtüştüğü görülmüştür. Böylece ölçeğin dil geçerliği sağlanmıştır.

Ölçeğin kapsam geçerliğinde Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) değeri hesaplanmıştır. Bu tekniğin hesaplanmasında en az üç, en fazla yirmi uzman görüşü alınmasının uygun olduğu bildirilmektedir.²¹ KGİ .80'den büyük ise ölçeğin madde kapsam geçerliği açısından yeterli olduğu savunulur.^{29,30} Davis tarafından düşük KGİ'ne sahip maddelerin ölçekten çıkartılması gerektiği belirtilmektedir.³¹ Araştırmada dokuz uzmanın görüşü alındıktan sonra hesaplanan KGİ değeri .95 olarak bulunmuştur. Ölçeğin KGİ değerinin kabul edilebilir düzeyde olması ölçeğin Türkçe formunun uzmanlar arasında ölçüm amacına uyduğu konusunda görüş birliğini yansıttığı şeklinde yorumlanmıştır.

Ölçekte yer alan maddelerin alt boyutu ile olan ilişkisini gösteren yol katsayılarının (faktör yükleri) en az .30 ve üzerinde olması önerilir.^{32,33} Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışmasında tüm maddelerin yol katsayıları (yükleri) .35 ile .89 arasında olmak üzere yeterli düzeyde bulunmuştur.

Doğrulayıcı faktör analizinde uyum iyiliği istatistiklerinin de istenilen düzeyde olması gerekir. Uyum istatistiği değerleri olarak adlandırılan değerler;

Ki-kare uyum istatistiği: Bir modelin kabul edilebilir olması için ki-kare değerinin anlamlı çıkmaması beklenir ki-kare değeri serbestlik derecesine bölünür ve çıkan değer iki ya da altında olması modelin iyi bir model olduğunu, beş ya da daha altında

olması modelin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğunu gösterir.^{32,33} Ölçeğin Türkçe formunun doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre bu değer 3,85 olarak bulunmuş, bu değer modelin kabul edilebilir bir model olduğunu göstermiştir.

Sık kullanılan diğer uyum iyiliği testleri Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA= Tahminin Ortalama Karekök Hatası = Hataların Karekök Ortalaması), Standardized Root-mean-Square Residual (SRMR), Comparative Fit Index (CFI= Karşılaştırmalı Uyum İndeksi), Non-Normed Fit Index (NNFI), Goodness of Fit Index, (GFI= Uyum İyiliği İndeksi), Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI= Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi)'dir.^{32,33}

RMSEA'nın 0.08'e eşit ya da küçük olması ve p değerinin .05'ten küçük olması (istatistiksel olarak anlamlı olması) uyumun iyi olduğunu³³, 0.10'a eşit ya da büyük olması ise uyumun zayıf olduğunu gösterir.³² Bu çalışmada RMSEA değerinin anlamlı ve .087 bulunması (p<.001) faktör yapısı için uyumun olduğunu göstermiştir.

SRMR'nin .10'dan küçük olması³³, CFI, NNFI değerlerinin .90'a eşit ya da üstünde olması uyumun olduğunu gösterir. .90 ve üstü kabul edilebilir uyum .95 ve üzeri iyi bir uyumun göstergesidir.³² Bu çalışmada elde edilen SRMR (.064), CFI (.97), NNFI (.97) değerlerine göre Yeni Mezun Hemşirelerde İşe Hazır Olma Ölçeği'nin Türkçe formunun uyumunun iyi olduğu görülmüştür.

AGFI'nin 0.80'e eşit ya da üstünde olması uyumun olduğunu gösterir. GFI değerinin .85'e eşit ya da üstünde olması uyumun olduğunu gösterir.³⁴ Bu çalışmada elde edilen GFI (.70) ve AGFI (.67) değerlerinin yeterli uyum değerine sahip olmadığı ancak uyum değerine yaklaştığı görülmüştür.

Ölçüt geçerliği elde edilen puanların bir ölçekte ölçülmek istenen özelliğe sahip olanlarla olmayanları, ölçülen özellik boyutunda birbirinden ayırt edebilmedir.³⁰ Hemşirelerin yeni mezun hemşirelerde işe hazır olma ölçeğinden aldıkları puanlar ile eş zamanlı kullanılarak elde edilen "kendinizi işinize ne kadar hazır hissediyorsunuz"

sorusundan elde edilen puanlar arasında pozitif yönde, güçlü ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir ($r = .61, p = .000$).

Güvenirlilik bir ölçüm aracının aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde birbiriyle tutarlı ve kararlı ölçme sonuçları vermesidir.^{21,30,35} Bir ölçüm aracının güvenirliliğinin belirlenmesinde yaygın olarak test-tekrar test, paralel form güvenirliliği, bağımsız gözlemciler arası güvenirlilik ve iç tutarlılık yöntemleri kullanılmaktadır.²¹ Güvenirliliğin belirlenmesinde birçok yöntem bulunmasına rağmen, hangisinin kullanılacağı madde puanlarının doğasına, toplanacak veri türüne, araştırma problemine, araştırma koşullarına, araştırma amaçlarına ve yanıtlardaki olası objektifliğe göre bir veya birden fazla güvenirlilik yöntemi kullanılabilir.^{30,36} Ölçeğin güvenirliliğinin belirlenmesinde madde analizi, iç tutarlılık ve test-tekrar test yöntemleri kullanılmıştır.

Madde korelasyon analizi, ölçüm aracının maddeleri ile ölçek toplamı arasındaki ilişkilinin bulunmasında kullanılan bir yöntemdir. Her madde ile ölçek toplam puanı arasındaki korelasyonları pearson momentler çarpımı yöntemiyle hesaplanır. Madde analizlerinde pearson korelasyon katsayısı değerleri; 0-.25 (çok zayıf), .26-.49 (zayıf), .50-.69 (orta), .70-.89 (yüksek), .90-1.00 (çok yüksek) olarak değerlendirilmektedir.²⁰ Maddeler arası korelasyon analizinde korelasyon katsayısının işareti negatif, değeri sıfır veya sıfıra yakın ise bu durum, maddenin diğer maddelerle ölçülmek istenen tutumu ölçmede yetersiz olduğunu gösterir. Maddelerin birbirleriyle ve ölçek puanlarıyla yüksek korelasyona sahip olmaları aynı boyutta ölçüm yaptıklarını göstermektedir.³⁰ Ölçeğin alt boyutlarının toplam ölçek puanıyla korelasyonları incelendiğinde, güvenirlilik katsayıları $r = .54$ ile $.85$ olarak saptanmıştır. Pozitif yönde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < .001$).

Likert tipi ölçeklerde iç tutarlılığın belirlenmesinde yaygın olarak kullanılan Cronbach Alfa Güvenirlilik katsayısı, ölçek

içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığının bir ölçüsüdür.^{21,30} Birbiriyle yüksek ilişki gösteren maddelerden oluşan ölçeklerin α katsayısının yüksek olması beklenmektedir.³⁰ Cronbach alfa katsayısı $.00 < \alpha < .40$ ise ölçek güvenilir değil, $.40 < \alpha < .60$ ise düşük düzeyde güvenirlilik, $.60 < \alpha < .80$ ise ölçek oldukça güvenilir, $.80 < \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek düzeyde güvenilir şeklinde değerlendirilmektedir.^{20,21} İç tutarlık katsayısı için genel kabul edilen görüş bu katsayının en az $.70$ düzeyinde olmasıdır.²¹ Ölçeğin iç tutarlık analiz sonuçlarına göre, tüm ölçeğin Cronbach alfa güvenirlilik katsayısı $.94$ olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa güvenirlilik katsayısı; iş yeterliği ve sosyal zekâ alt boyutunda $.91$, örgütsel farkındalık alt boyutunda $.93$, kişisel çalışma özellikleri alt boyutunda $.88$ olarak bulunmuştur. Bu çalışmaya göre ölçeğin orjinal hali ile Türkçe'ye uyarlanmış son durumunun uyumlu olduğu görülmüştür.

Araştırmamızda zamana karşı değişmezliğini belirlemek amacıyla ölçek test-tekrar test yöntemi ile değerlendirilmiştir. Dil çevirisi ve kapsam geçerliliği süreçlerinin tamamlanmasının ardından elde edilen Türkçe ölçek, 50 hemşireye 15 gün sonra tekrar uygulanarak arasındaki fark bağımlı gruplarda t testi (= iki eş arasındaki farkın önemlilik testi) ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin zamana göre değişmezliği çalışmaya katılan ilk 50 hemşireye iki hafta ara ile yapılan ikinci ölçümden elde edilen puan ortalamaları arasındaki fark bağımlı gruplarda t testi (= iki eş arasındaki farkın önemlilik testi) ile değerlendirilmiştir. Hem toplam ölçeğin hem de dört alt boyutun tekrarlayan iki ölçümden elde edilen puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı saptanmıştır ($p > .05$).

Ölçeğin ve dört alt boyutunun test-tekrar test puanları arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile incelendiğinde hem toplam ölçek hem de dört alt boyutun ilk ve ikinci ölçümden elde edilen puanları arasında çok güçlü ($r = .83$ ile $.94$ arasında), pozitif yönde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde

anlamli bir ilişki olduğu saptanmıştır | (p<.001).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yeni mezun hemşirelerde işe hazır olma ölçeği Türk toplumuna uygulanabilir geçerli ve güvenilir bir ölçektir. Cronbach alfa katsayıları ölçeğin toplamı ve alt boyutlarında yeterli düzeyde bulunmuştur.

Araştırmada ölçek maddelerinin ölçek toplam puanı ile korelasyon katsayıları değerlerinin çok iyi düzeyde ayırt edici ve güvenilir olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin test-tekrar test analizine ilişkin korelasyon değeri ölçeğin zamana göre değişmezliğinin yüksek düzeyde olduğu, ölçeğin zaman karşısında etkilenmediğini göstermektedir.

Geçerli ve güvenilir olduğu kanıtlanan ölçek Türk toplumunda yeni mezun hemşirelerin işe hazır olma düzeyinin belirlenmesi, geliştirilmesi ve değişim sürecinin başlatılmasına yönelik yapılacak çalışmalarda kullanılabilir.

Ölçeğin puanı arttıkça işe hazır oluşluğun artıyor olarak değerlendirilmesi, araştırmacılar açısından kolay puanlanması, karmaşık skorlama algoritmalarının olmaması, uygulanmasının kolay olduğunu düşündürmektedir. Hemşirelikte daha büyük örneklem grupları ile geçerlik ve güvenilirliğinin tekrarlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Domino, E. (2005). "Nurses Are What Nurses Do-Are You Where You Want To Be?" *AORN Journal*, 81(1), 187-198. doi: 10.1016/S0001-2092(06)60071-9.
2. Fletcher, K. (2007). "Image: Changing How Women Nurses Think About Themselves. Literature Review". *J Adv Nurs*, 58(3), 207-215. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04285.x
3. Heung, Y.Y.J, Frances Wonng, K.Y, Enid Kwong, W.Y, Tany, To, S.S. and Daniel Wong, H.C. (2005). "Severe Acute Respiratory Syndrome Outbreak Promotes A Strong Sense of Professional Identity among Nursing Students". *Nurse Education Today*, 25(2), 112-8. doi: 10.1016/j.nedt.2004.11.003
4. Scott E.S, Engelke, M.K. and Swanson, M. (2008). "New Graduate Nurse Transition: Necessary or Nice". *Applied Nursing Research*, 21, 75-83.
5. Walker, A, Yong, M, Pang, L, Fullarton, C, Costa, B. and Dunning, T. (2013). "Work Readiness of Graduate Health Professionals". *Nurse Education Today*, 33(2), 116-122. doi: 10.1016/j.nedt.2012.01.007
6. Walker, A, Storey, K, Costa, B. and Leung, R. (2015). "Refinement and validation of the Work readiness scale for graduate nurses". *Nursing Outlook*. 63(6), 632-638. doi: 10.1016/j.outlook.2015.06.001
7. Walker, A. and Campbell, K. (2013). "Work Readiness of Graduate Nurses and The Impact on Job Satisfaction, Work Engagement and Intention To Remain". *Nurse Education Today*, 33(12), 1490-1495. doi: 10.1016/j.nedt.2013.05.008
8. Cavanagh, J, Burston, M, Southcombe, A. and Bartram, T. (2015). "Contributing to a Graduate-Centred Understanding of Work Readiness: An Exploratory Study of Australian Undergraduate Students' Perceptions of Their Employability". *The International Journal of Management Education*, 13(3), 278-288. doi: 10.1016/j.ijme.2015.07.002
9. Caballero, C. and Walker, A. (2010). "Work Readiness in Graduate Recruitment and Selection: A Review of Current Assessment Methods". *Journal of Teaching and Learning for Graduate Employability*, 1(1), 13-25. doi: 10.21153/jtlge2010vol1no1art 546.
10. Kramer, M. (1974). *Realityshock: Why Nurses Leave Nursing* St. Louis, MO: Mosby.
11. Duchscher, J.E.B. (2009). "Transition Shock: The İnitial Stage of Role Adaptation for Newly Graduated Registered Nurses". *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 1103-1113. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04898.x
12. Halfer, D. and Graf, E. (2006). "Graduate Nurse Perceptions of The Work Experience". *Nursing Economics*, 24(3), 150-155.
13. Hickey, M.T. (2010). "Baccalaureate Nursing Graduates' Perceptions of Their Clinical Instructional Experiences and Preparation for Practice". *Journal of Professional Nursing*, 26(1), 35-41. doi: 10.1016/j.profnurs.2009.03.001
14. Wolff, A.C, Pesut, B. and Regan, S. (2010). "New Graduate Nurse Practice Readiness: Perspectives on The Context Shaping Our Understanding and Expectations". *Nurse Education Today*, 30, 187-191. doi: 10.1016/j.nedt.2009.07.011
15. Hillman, L. and Foster, R.R. (2011). "The İmpact of Nursing Transitions Programme on Retention and Cost Savings". *Journal of Nursing Management*, 19 (1), 50-56. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01187.x
16. Maben, J, Latter, S. and Clark, J.M. (2006). "The Theory-Practice Gap: İmpact of Professional-Bureaucratic Work Conflict on Newly- Qualified Nurses". *Journal of Advanced Nursing*, 55(4), 465-477. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.039 39.x

17. Parker, V, Giles, M, Lantry, G. and McMillan, M. (2014). "New Graduate Nurses' Experiences in Their First Year of Practice". Nurse Education Today, 34(1), 150-156. doi: 10.1016/j.nedt.2012.07.003
18. Scott, E.M. (2005). The Transition of New Graduate Nurses into The Workplace. Doctor of Philosophy in Nursing Dissertation,
19. Polit, D.F. (1996). Data Analysis - Statistics For Nursing Research. Appleton - Lange: Connecticut, s.317-324.
20. Akgül, A. (2003). Tıbbi Araştırmalarda İstatistik Analiz Teknikleri. Ankara: Emek Ofset Ltd.Şti., s.440-446.
21. Tavşancıl, E. (2014). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS İle Veri Analizi. Ankara: Nobel Yayıncılık.
22. Caballero, C.L. and Walker, A. (2011). "Fuller-Tyszkiewicz M. The Work Readiness Scale (WRS): Developing A Measure To Assess Work Readiness in College Graduates". Journal of Teaching and Learning for Graduate Employability. 2, 41- 54.
23. Fukada, M. (2018). "Nursing Competency: Definition, Structure and Development". Yonago Acta Med, 61(1), 1-7. doi: 10.33160 / yam.2018.03.001
24. Thorndike, E.L. (1920). "Intelligence and Its Use". Harper's Magazine, 140, 227-235.
25. Tolbert, P.S. and Hall, R. (2009). Organizations: Structures, Processes and Outcomes (10th ed.). Boston; MA: Pearson Education.
26. <https://www.greatvaluecolleges.net/lists/5-strengths-necessary-for-success-in-the-nursing-profession/> Great Value Colleges; 5 Strengths Necessary for Success in the Nursing Profession.13/12/2020
27. Tekindal, S. (2017) (Ed.) Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme. Ankara: Pegem Akademi.
28. Gözüm, S. ve Aksayan, S. (2003). "Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II: Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma". Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 5(1), 3-14.
29. Aksayan, S. ve Gözüm, S. (2002). "Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber I: Ölçek Uyarlama Aşamaları ve Dil Uyarlaması". Hemşirelikte Araştırma Dergisi, 4 (1), 9-14.
30. Tezbaşaran, A. (2008). Likert Tipi Ölçek Hazırlama Kılavuzu. Üçüncü Sürüm E-Kitap, http://www.academia.edu/1288035/Likert_Tipi_Ölçek_Hazırlama_Kılavuzu.07.02.2017
31. Şimşek, Ö.F. (2007). Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları. Ankara: Cem Web Ofset.
32. Harrington, D. (2009). Confirmatory Factor Analysis. Oxford University Press. Newyork, USA.
33. Davis, L.L. (1992). "Instrument Review: Getting The Most From A Panel of Experts". Applied Nursing Research 5, 194-197.
34. Çokluk, Ö, Şekercioglu, G. ve Büyüköztürk, Ş. (2009). Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve Lisrel Uygulamaları. Ankara: Pegem Akademi.
35. Ercan, İ. ve Kan, İ. (2004). "Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik". Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 30, 211-216.
36. Aker, S, DüNDAR, C. ve Pekşen, Y. (2005). "Ölçme Araçlarında İki Yaşamsal Kavram: Geçerlik ve Güvenirlik". O.M.Ü. Tıp Dergisi 22, 50-60.

Ameliyathane Hemşirelerinde Aleksitimi Düzeyi ve İletişim Becerilerine Etkisi: Doğu Karadeniz Örneği

Alexithymia Level in Operating Room Nurses and Their Effect on Communication Skills: The Case of Eastern Black Sea

Demet KARAİSMAİLOĞLU¹, Nurşen KULAKAÇ², Dilek ÇİLİNGİR³

ÖZ

Bu çalışma ameliyathane hemşirelerinde aleksitimi düzeyinin belirlenmesi ve iletişim becerilerine olan etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı. Kesitsel türde yapılan araştırma, Haziran-Aralık 2019 tarihlerinde Türkiye'nin Doğu Karadeniz Bölgesinde bulunan üç hastanede gerçekleştirildi. Araştırmaya katılan 101 ameliyathane hemşiresi araştırmanın örneklemini oluşturdu. Araştırmanın verileri Sosyodemografik bilgi formu, Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) ve İletişim Becerileri Ölçeği-Yetişkin Formu (İBÖ-YF) kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde SPSS 23 paket programı kullanıldı. Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 35.73±7.35 ve %73.3'ü kadındır. Hemşirelerin %84.2'sinin aleksitimi daha önce duymadığı ve %69.3'ünün iletişim becerileri ile ilgili eğitim almadığı belirlendi. Hemşirelerin orta derecede aleksitimik oldukları ve aleksitimi puanları ile iletişim becerileri puanları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu görüldü (r:-0.48, p=0.04). Ameliyathane hemşirelerinin aleksitimi konusundaki farkındalıklarının artırılması ve iletişim becerilerinin güçlendirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır. Bu konulara ilişkin eğitimlerin düzenlenmesi ile hemşirelerin hasta ve ekip üyeleri ile olan iletişiminin etkili bir şekilde sürdürülmesi sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Aleksitimi, Ameliyathane, Hemşire, İletişim

ABSTRACT

This study was conducted to determine the level of alexithymia in operating room nurses and to evaluate its effect on communication skills. A cross-sectional research conducted in East Black Sea Region of Turkey was held in June-December 2019 in three hospitals in the area. 101 operating room nurses participating in the study constituted the sample of the study. Personal Information Form, Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and Communication Skills Scale-Adult Form (IAS-SF) were collected. SPSS 23 package program was used in the analysis of the data. The average age of the nurses in the study is 35.73 ± 7.35 and 73.3% are women. It was determined that 84.2% of the nurses had not heard of alexithymia before and 69.3% did not receive training on communication skills. It was found that the nurses were moderately alexithymic and there was a negative correlation between their alexithymia scores and communication skills scores (r: -0.48, p = 0.04). The relevant conclusion was reached to increase the awareness of operating room nurses with unknown alexithymia and to complete their communication skills. By organizing trainings on these issues, it can be ensured that the communication of nurses with patients and team members is maintained effectively.

Keywords: Alexithymia, Operating Room, Nurse, Communication

Çalışma için ilgili Üniversitenin Etik Kurulu'ndan ve araştırmanın yürütüleceği hastanelerin yönetiminden yazılı izin alınmıştır.

¹Arş. Gör., Demet KARAİSMAİLOĞLU, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, demetk@windowslive.com, ORCID: 0000-0002-1617-4078

²Öğr. Gör., Nurşen KULAKAÇ, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, nrsnklkc@gmail.com, ORCID: 0000-0002-5427-1063

³Prof. Dr., Dilek ÇİLİNGİR, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, dilekcilingir1@yahoo.com, ORCID: 0000-0002-0660-8426

İletişim / Corresponding Author:
e-posta/e-mail:

Nurşen KULAKAÇ
nrsnklkc@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 23.09.2020
Kabul Tarihi / Accepted: 02.03.2021

GİRİŞ

Aleksitimi kavramı “Duygular için söz yokluğu” olarak tanımlanmış ve ilk olarak Sifneos tarafından psikosomatik hastalarda görülen belirtileri ifade etmek amacıyla kullanılmıştır. Günümüzde ise aleksitimi, sadece psikosomatik hastalıkları kapsamayıp diğer birçok psikolojik ve fizyolojik hastalıkları da içine alan ve özellikle sağlıklı bireylerde de incelenen bir kavram haline gelmiştir.¹ Aleksitimi, bireyin kendi iç dünyasındaki hissiyatı anlamlandırma ve ifade etmede yaşadığı zorluk, fizyolojik sorunları somatik duygulardan ayırt edememe, hayal etme yeteneğinin sınırlı olması ve çevresel uyaranların etkin olduğu bilişsel süreç ile karakterizedir.² Bireyin duygularını tanımaması onun olaylar karşısında gerekli tepkiyi verememesine bu da çevresi tarafından duygusuz, donuk, soğuk ve mesafeli algılanmasına neden olmaktadır. Yaşanan içsel sıkıntıların söze dökülememesi nedeniyle birey bu duyguları somatize ederek bedensel yakınmalar şeklinde dışa vurmaktadır. Hayal gücündeki kısıtlılıklar bireyin tekdüze, işlemsel ve fazla gerçekçi düşler ortaya koymasında rol oynamaktadır. Kendi iç dünyalarına olan yabancılıkları onların dışa dönük kişilik sergilemesine ve davranışlarında dış uyaranların etkili olmasına neden olmaktadır.³

Aleksitimik bireylerin kendi duygusal süreçlerinin yanı sıra başkalarının duygularını anlama ve onlarla empati kurabilme becerisi yönünden de oldukça kısıtlı oldukları belirtilmektedir. Bireyin duygularını tam olarak yaşayamaması ve çevresiyle olan duygusal etkileşiminin sınırlı olması kişinin iletişim becerilerini de önemli ölçüde etkilemektedir. Kişilerarası ilişkilerde uyum sağlamaya çalıştıkları için doğallıktan uzak şekilde ve kendi kişiliklerini gizleyerek iletişimlerini sürdürmektedirler.⁴ İletişimin doğal sürecindeki duygu paylaşımını deneyimleyemeyen aleksitimik bireyler

zamanla uyum göstermekten uzaklaşıp kendi içine çekilmekte ve yalnızlaşmaktadır. Sosyal yönüyle insanın yaşamsal motivasyonunda çevresiyle olan iletişimi yadsınamaz bir gerçektir. Hem kendi iç dünyasına hem de yaşadığı dış dünyaya karşı derin bir anlamsızlık içinde olan aleksitimik bireylerde, ilerleyen süreçte anksiyete, depresyon, kronik ağrı ve yeme bozuklukları gibi birçok hastalık görülebilmektedir.⁵

Günümüzde aleksitimi birçok meslek grubunda araştırılan bir kavram olarak yer almaktadır. Özellikle kişilerarası etkileşimin ön planda olduğu hemşirelik mesleğinde duyguları anlama ve aktarma, empati kurma ve iletişim becerileri önem taşımaktadır. Bakım sürecinde hastanın duygularının anlaşılması ve ihtiyaçlarına yönelik duyarlı olunması hemşirelik bakımının etkili yürütülmesi açısından elzemdir. Diğer yandan hemşireliğin ekip anlayışı çerçevesinde gerçekleşmesi iletişimin ne kadar önemli olduğunu bir kez daha vurgulamaktadır.⁶

Ameliyathane hemşirelerinin ekip çalışmasının aktif şekilde yürütüldüğü, sürekli dikkat gerektiren, uzun süreler ayakta kalınan, uykusuzluğun ve yorgunluğun hakim olduğu stresli çalışma ortamına sahip olması, ameliyat sürecinde görülen birçok türde vakanın bireyin duygusal anlamda duyarsızlaşmasına neden olması ve vardiyalı çalışma saatlerinden ötürü sosyalleşmenin az olması nedeniyle aleksitimi açısından değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.⁷ Hemşirelerin empati ve iletişim becerileri ile ilgili yapılmış birçok çalışma olmasına karşın ameliyathane hemşirelerinde aleksitimi düzeyi ve iletişim becerilerine olan etkisini inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır.⁸⁻¹¹ Bu çalışma ile ameliyathane hemşirelerinin aleksitimi düzeylerinin belirlenmesi ve iletişim becerilerine olan etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın verileri Haziran-Aralık 2019 tarihlerinde toplandı. Araştırmanın evrenini Türkiye'nin Doğu Karadeniz Bölgesi'nde bulunan üç hastanenin ameliyathanelerinde çalışan hemşireler, örneklemi ise evreni bilinen örneklem hesaplama formülü kullanılarak belirlenen 113 hemşire oluşturdu. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve formları eksiksiz dolduran 101 hemşire ile araştırma tamamlandı.

Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verileri Sosyodemografik bilgi formu, Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) ve İletişim Becerileri Ölçeği-Yetişkin Formu (İBÖ-YF) kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı.

Araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik bilgi formu, çalışmaya katılan hemşirelerin cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, yaşadığı yer, sigara kullanma durumu gibi kişisel bilgilerini içeren 15 sorudan oluşmaktadır.

Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20); Bagby ve ark. tarafından geliştirilen ölçek Güleç ve ark. (2009) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır.^{12,13} Likert tipte olan ölçek, 20 maddeden oluşmakta ve 1-5 arası puanlanarak değerlendirilmektedir. Ölçek toplam puanı 20-100 arasındadır. Yüksek puanlar yüksek aleksitimik seviyeyi göstermektedir. Ölçeğin bu araştırma için Cronbach alfa katsayısı 0,89 olarak bulunmuştur.

İletişim Becerileri Ölçeği-Yetişkin Formu (İBÖ-YF), Türkçe uyarlaması, Korkut Owen

ve Demirbaş-Çelik tarafından 2017 yılında yapılmıştır. Ölçek; 1-5 arası puanlanan ve 25 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınan yüksek puan bireyin iletişim becerilerinin gelişmiş olduğu yönünde değerlendirilmektedir.¹⁴ Ölçeğin bu araştırmada Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,92 olarak bulunmuştur.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada verilerin analizinde SPSS 23.0 programı kullanıldı. Sayı ve yüzdelik hesapları, aritmetik ortalama gibi tanımlayıcı analizlerin yanı sıra normal dağılım gösteren gruplar arası değişkenlerin karşılaştırılmasında t testi, One-Way ANOVA; sayısal değişkenler arasındaki ilişki ise Pearson korelasyon analizi ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde kabul edildi.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yapılabilmesi için ilgili Üniversitenin Etik Kurulu'ndan gerekli onay (Karar No:2019/5) ve araştırmanın yürütüleceği hastane yönetiminden yazılı izin (No: 23618724-772.02; No:29330515-604.01.01-495) alındıktan sonra ameliyathanede çalışan hemşirelerden gönüllülük ilkesi doğrultusunda bilgilendirilmiş onam alındı. Ölçeklerin izin bilgisi elektronik posta yoluyla alındı. Bu çalışma Helsinki İlkeler Deklarasyonu'na uyularak gerçekleştirildi.

Araştırmanın Kısıtlılıkları

Veri toplama araçlarının uygulandığı tarihlerde ameliyathanede çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden elde edilen verilerle sınırlı olan araştırma, sadece araştırmanın yapıldığı hastanelerdeki ameliyathane hemşirelerine genellenebilir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması $35,73 \pm 7,35$ (min.24; max.58) olup %73,3'ü kadındır. Hemşirelerin %83,2'sinin evli, %62,4'ünün üniversite mezunu,

%44,6'sının eğitim araştırma hastanesinde çalıştığı, %85,1'inin ailesi ile birlikte yaşadığı, %86,1'inin kronik hastalığının olmadığı, %79,2'sinin sigara içmediği ve

%97'sinin alkol kullanmadığı belirlendi. Hemşirelerin ortalama çalışma süresinin $14,03 \pm 8,05$ yıl, ameliyathanede çalışma süresinin $10,50 \pm 7,84$ yıl olduğu, %73,3'ünün mesleği isteyerek seçtiği, %84,2'sinin aleksitimi daha önce duymadığı ve %69,3'ünün iletişim becerileri ile ilgili eğitim almadığı saptandı.

Araştırmaya katılan hemşirelerin cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, sigara içme durumu, kronik hastalık varlığı, meslekte çalışma yılı ve mesleği isteyerek seçme durumu ile aleksitimi ve iletişim becerileri puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p > 0,05$). Medeni duruma göre aleksitimi puanları karşılaştırıldığında, bekar hemşirelerin aleksitimi puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı. Medeni duruma göre hemşirelerin İBÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı. Hemşirelerin mezun oldukları okula göre İBÖ puanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p < 0,05$). Farkın lisansüstü gruptan kaynaklandığı, lisansüstü mezunu hemşirelerin iletişim düzeylerinin diğer hemşirelerden daha yüksek olduğu belirlendi ($d > c = b = a$). Hemşirelerin iletişim becerileri ile ilgili eğitim alma durumlarına göre aleksitimi ve İBÖ puanları karşılaştırıldığında; eğitim alan hemşirelerin aleksitimi puanlarının anlamlı olarak düşük olduğu, iletişim puanlarının ise anlamlı olarak yüksek olduğu bulundu (Tablo 1). Hemşirelerin aleksitimi puan ortalaması $52,94 \pm 6,71$ olup, orta derecede aleksitimik oldukları, İBÖ puanlarının ise $98,09 \pm 9,66$ olduğu saptandı. Hemşirelerin aleksitimi puanları ile iletişim becerileri puanları ($r: -0,48$, $p=0,04$) arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu saptandı (Tablo 2).

Aleksitimi kavramı hemşirelik alanında gün geçtikçe daha çok araştırılan bir konu haline gelmektedir.⁶ Ameliyathane hemşirelerinin aleksitimi düzeyleri ve iletişim becerilerine olan etkisinin araştırıldığı bu çalışmada; hemşirelerin cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, meslekte çalışma yılı ve mesleği isteyerek seçme durumu gibi

özelliklerin aleksitimi ve iletişim becerilerini etkilemediği belirlendi. Bratis ve arkadaşları (2009) ile Saeidi ve arkadaşları (2020) çalışmalarında kadınların aleksitimi düzeylerinin erkeklere göre anlamlı şekilde yüksek olduğunu belirtmişlerdir.^{15,16} Literatürde yapılmış farklı çalışmalarda ise erkeklerde aleksitimi düzeyi kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur.^{17,18} Toplumsal rollerinden ötürü erkeklerin duygularını paylaşmama eğiliminde olması ve hislerini ifade etme becerilerinin kadınlara göre daha sınırlı olması erkeklerin daha çok aleksitimik özellikler göstermesine neden olduğu düşünülebilir. Diğer yandan kadınların duygusal paylaşım ve iletişim becerilerinin yüksek olmasına karşın yaşamlarındaki olaylara yönelik tepkileri ve hisleri daha yoğun şekilde yaşaması, duygularını daha çok somatize etmesine neden olabilir. Çalışmamızda aleksitimi ile eğitim düzeyi arasında ilişki bulunmamasına karşın literatürde aleksitimi düşük eğitim düzeyi ile ilişkilendiren çalışmalar mevcuttur.^{2,19,20} Eğitim düzeyi arttıkça bireyin duygularını tanıma, anlama ve paylaşma konusunda daha bilgili olabileceği ve çevresiyle olan iletişiminde daha dışa dönük davranışlar sergileyebileceği düşünülebilir. Araştırmamızın sonuçlarından farklı olarak literatürde meslekte çalışma yılı arttıkça aleksitimi düzeyinin de arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır.^{19,21} Li ve arkadaşları (2014) aleksitiminin hemşirelerin baş etme gücünü doğrudan etkilediğini, olumsuz başa çıkma nedeniyle sorunları çözmede daha çok stres yaşadıklarını ifade etmişlerdir.²² Her ne kadar severek tercih edilse de uzun yıllar çalışmanın getirdiği mesleki deformasyonlar ve iş stresi hemşirelerin aleksitimik özellik göstermesine neden olabilir.

Tablo 1. Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) ve İletişim Becerileri Ölçeği- Yetişkin Formu (İBÖ-YF) puan ortalamaları

Özellik	TAÖ		İBÖ-YF	
	n	Ort. ± SS	Ort. ± SS	
Cinsiyet				
Kadın	74	52,73±6,82	98,70±96,41	
Erkek	27	53,52±6,50	96,41±10,39	
		p=0,604	p=0,293	
Medeni durum				
Evli	84	52,18±6,41	98,63±10,01	
Bekar	17	56,71±7,08	95,41±7,39	
		p=0,011	p=0,212	
Eğitim durumu				
Sağlık meslek lisesi ^a	12	54,50±9,52	98,17±6,90	
Önlisans ^b	20	55,50±6,94	92,90±6,37	
Üniversite ^c	53	52,24±6,06	98,68±10,33	
Lisansüstü ^d	16	48,67±1,86	109,00±5,36	
		p=0,081	p=0,003 (d>c=b=a)	
Sigara içme durumu				
Evet	21	54,14±9,64	97,14±10,82	
Hayır	80	52,63±5,75	98,33±9,39	
		p=0,359	p=0,634	
Kronik hastalık varlığı				
Evet	14	50,71±5,42	101,71±7,91	
Hayır	87	53,30±6,85	97,51±9,83	
		p=0,183	p=0,131	
Mesleği isteyerek seçme durumu				
Evet	74	52,74±7,44	97,81±11,14	
Hayır	27	52,74±6,47	98,14±9,14	
		p=0,627	p=0,864	
İletişim becerileri eğitimi alma durumu				
Evet	31	48,38±10,28	102,38±8,71	
Hayır	70	55,51±7,32	96,12±8,41	
		p=0,008	p=0,029	

Çalışmamızda medeni durumun aleksitimi düzeyini etkilediği; bekar hemşirelerde aleksitimi düzeyinin evlilere göre daha yüksek olduğu belirlendi. Kalaman, Orhan ve Kocabay' (2019) acil servis hemşireleriyle yürüttükleri çalışmanın sonuçları bizim çalışmamız ile paralellik göstermektedir.¹⁹ Bratis ve arkadaşlarının (2009) hemşirelerle yaptıkları çalışmada aile desteğinin aleksitimi düzeyini azaltmada yardımcı olduğu belirtilmiştir.¹⁵ Evli bireylerin aile üyeleriyle günlük yaşantı ve sorunlar hakkında paylaşımlarının olmasının ve iş dışındaki zamanlarda birlikte yapılan

aktivitelerle daha çok sosyalleşebilmesinin aleksitimi düzeyini azaltmada katkı sağladığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada, ameliyathane hemşirelerinin aleksitimi puan ortalamasının 52,94±6,71 olduğu bulundu. Literatürde bizim çalışmamızla paralellik göstermekle birlikte orta derece aleksitimi sonucu bildiren çalışmalarda yer almaktadır.²³⁻²⁵ Hemşirelerin orta düzeyde aleksitimik oldukları ancak ekip anlayışının hakim olduğu ameliyathane ortamına göre aleksitimi düzeylerinin beklendik seviyede olmadığı söylenebilir. Çalışmamızda hemşirelerin aleksitimi

puanları ile İBÖ puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Sancar ve Aktaş (2019) hemşirelik öğrencileriyle yaptıkları çalışmada benzer sonuçlar elde ederek aleksitimi ile iletişim becerileri arasında negatif yönde bir ilişki olduğunu bulmuşlardır.²⁶ Hemşirelik mesleği bakım odaklı ve ekip anlayışı içerisinde yürütülen bir meslektir. Hemşirelerin aktif çalışma ortamı için hem hasta hem ekip üyeleri ile etkili bir iletişim sürdürmeleri gerekmektedir. Bu nedenle aleksitimik özellik gösteren hemşirelerin daha içe dönük davranışlar göstermesi ve duygularını ifade edememesinin iletişim güçlüğüne neden olduğu düşünülmektedir. Ayrıca ameliyathane hemşirelerinin ameliyat

sırasında ekip ile iletişim halinde olma, sorunları çözebilme ve bakım sürecini yönetebilme becerilerinin aleksitiminin oluşturduğu duygusal anlamda içe kapanıklık ve somatize edilmiş fiziksel yakınmalardan olumsuz etkilenebileceği düşünülmektedir. Hemşirelerin hastalarla terapötik iletişim kurabilmesi ve ekip iletişimini etkili bir şekilde gerçekleştirebilmeleri için öncelikle kendi içindeki duygularla iletişim kurmaya ihtiyaçları vardır. Hemşirelerde iletişim becerilerinin güçlendirilmesi için ilk olarak duygusal farkındalıklarının artırılması gerekmektedir. Bu durumun sonucu olarak kendi duygularını tanımaları ve bu duyguları ifade etmeleri ile iletişimin ilk adımını başlatmış olabilecekleri düşünülmektedir.

Tablo 2. Hemşirelerin bazı tanımlayıcı özellikleri, TAÖ ve İBÖ-YF puanları ve aralarındaki ilişki

Özellik	Puan Ortalamaları		1	2	3	4	5
(1)TAÖ	52.94±6.71		1				
(2)İBÖ-YF	98.09±9.66	r	-0,48	1			
		p	0,04				
(3)Yaş	35.73±7.35	r	-0,04	0,08	1		
		p	0,97	0,40			
(4)Meslekte çalışma süresi	14.03±8.05	r	0,03	0,03	0,89	1	
		p	0,74	0,74	0,00		
(5)Birimde çalışma süresi	10.50±7.84	r	0,36	0,92	0,76	0,83	1
		p	0,74	0,41	0,00	0,00	

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada ameliyathane hemşirelerinin orta düzeyde aleksitimik olduğu ve hemşirelerin aleksitimi düzeylerinin iletişim becerilerini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir. Hemşirelerin duygusal farkındalığını arttıracak ve iletişim becerilerini güçlendirecek eğitim

programlarının oluşturulması ve sosyalleşmelerini sağlayacak aktivitelerin düzenlenmesi önerilmektedir. Böylece hemşirelerin duygusal paylaşımlarının artırılması hedeflenerek hastalarla ve ekip üyeleri ile etkili bir iletişimin sürdürülmesi sağlanabilir

KAYNAKLAR

1. Şaşoğlu, M, Gülol, Ç. ve Tosun, A. (2013). "Aleksitimi Kavramı". *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5 (4), 507-527.
2. Batgün, A.D. ve Büyükşahin, A. (2008). "Aleksitimi: Psikolojik Belirtiler ve Bağlanma Stilleri". *Klinik Psikiyatri*, 11, 105-114.
3. Hintistan, S. (2012). "Aleksitemi". *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1 (4), 333-346.
4. Temiz, Z.T. (2018). "Bir Sınıflandırma Çalışması: Aleksitimik Belirtiler ve Bağlanma Örüntüleri". *Medeniyet Araştırmaları Dergisi*, 3 (5), 21-42.
5. Gürkan, A. ve Ekitli, G.B. (2015). "Hemşirelik Sanatında Aleksitimi". *Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics*, 1 (1), 80-86.
6. Aksoy, M. ve Çoban, G.İ. (2017). "Hemşirelik Öğrencilerinin Aleksitimi Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi". *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14 (1), 45-51.
7. Aslan, F.E. ve Öztürk, Z.K. (2011). "Güvenli Ameliyathane Ortamı; Biyolojik, Kimyasal, Fiziksel ve Psikososyal Riskler, Etkileri ve Önlemler". *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4 (1), 133-140.
8. Ay, F, Polat, Ş. and Kashımı, T. (2020). "Relationship Between the Problem-Solving Skills and Empathy Skills of Operating Room Nurses". *The Journal of Nursing Research*, 28 (2), 1-10.
9. Yu, J. and Kirk, M. (2008). "Measurement of Empathy in Nursing Research: Systematic Review". *Journal of Advanced Nursing*, 64 (5), 440-454.
10. Happ, M.B, Garrett, K, Thomas, D.D, Tate, J, George, E, Houze, M, Radtke, J. and Sereika, S. (2011). "Nurse-Patient Communication Interactions in The Intensive Care Unit". *American Journal of Critical Care*, 20 (2), e28-40.
11. Kounenou, K, Aikaterini, K. and Georgia, K. (2011). "Nurses' Communication Skills: Exploring Their Relationship with Demographic Variables and Job Satisfaction in A Greek Sample". *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 2230-2234.
12. Bagby, R.M, Parker, J.D.A. and Taylor, G. (1994). "The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-I. Item Selection and Cross-Validation of The Factor Structure". *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (1), 23-32.
13. Güleç, H, Köse, S. ve Yazıcı, M. (2009). "Yirmi Soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliğinin İncelenmesi". *Klinik Psiko Farmakoloji Bülteni*, 19, 213-219.
14. Korkut-Owen, F. ve Bugay, A. (2014). "İletişim Becerileri Ölçeği'nin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması". *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 10 (2), 51-64.
15. Bratis, D, Tselebis, A, Sikaras C, Moulou, A, Giotakis, K, Zoumakis, E. and Ilias, L. (2009). "Alexithymia and Its Association with Burnout, Depression and Family Support among Greek Nursing Staff". *Humon Resources for Health*, 7 (72), 1-6.
16. Saeidi, Z, Ebrahimi, H, Areshtanab, H.N, Tabrizi, F.J. and Mostafazadeh, A. (2020). "Alexithymia and Its Relationships with Job Burnout, Personality Traits, and Shift Work among Hospital Nurses: A Cross-Sectional Study". *Nursing and Midwifery Studies*, 83-89. doi: 10.4103/nms.nms_20_19
17. Honkalampi, K, Hintikka, J, Saarinen, P, Lehtonen, J. and Viinamaki, H. (2000). "Is Alexithymia A Permanent Feature In Depressed Patients?". *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 303-308.
18. Yıldız, B. ve Güllü, A. (2018). "Belirsizliğe Tahammülsüzlük İle Aleksitimi Arasındaki İlişki ve Bazı Sosyodemografik Değişkenlere Göre İncelenmesi". *Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 9 (1), 113-131.
19. Kalaman, S, Orhan, S. ve Kocabay, İ. (2019). "Sosyal Medya Kullanımı ve Aleksitimi: Acil Serviste Çalışan Hemşireler Üzerine Bir Araştırma". *Online Academic Journal of Information Technology*, 10 (37), 45-56.
20. Kirmayer, L.J. and Robbins, J.M. (1993). "Cognitive and Social Correlates of the Toronto Alexithymia Scale". *Psychosomatics*, 34 (1), 41-52.
21. De Vente, W, Kamphuis, J.H. and Emmelkamp, P.M.G. (2006). "Alexithymia, Risk Factor or Consequence of Work-Related Stress?". *Psychother Psychosom*, 75, 304-311.
22. Li, S, Yao, G, Gui, Y. and Zhang, B. (2014). "Interrelation among Alexithymia and Negative Psychology of Nursing Personnel and Their Coping Style". *Family Medicine and Community Health*, 2 (2), 1-5.
23. Korkmaz, E.K, Telli, S, Kadioğlu, H. ve Karaca, S. (2020). "Hemşirelerde Aleksitimi ve Aleksitiminin Tükenmişlik, Öfke ve Somatizasyon İle İlişkisi". *J Psy Nurs.*, 11 (4), 284-291
24. Shin, M.K. and Eom, J.Y. (2015). "Study on The Alexithymia and Anger in The Korean College Students". *Advanced Science and Technology Letters*, 116, 189-195.
25. Di Lorenzo, R, Venturelli, G, Spiga, G. and Ferri, P. (2019). "Emotional Intelligence, Empathy and Alexithymia: A Cross-Sectional Survey on Emotional Competence in a Group of Nursing Students". *Acta Biomed for Health Professions*, 90, (4), 32-43.
26. Sancar, B. and Aktaş, D. (2019). "The Relationship between Levels of Alexithymia and Communication Skills of Nursing Students". *Pak J Med Sci*, 35 (2), 489-494.

Çalışan Ebeler İle Ebelik Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Eğilimleri

Critical Thinking Dispositions of Working Midwives and Midwifery Students

Gülcan GÜLER¹, Ayça ŞOLT KIRCA², Hatice KAHYAOĞLU SÜT³, Seçil HÜR⁴

ÖZ

Bu araştırma klinikte çalışan ebeler ve ebelik bölümü 3. ve 4. sınıfta olan öğrencilerin eleştirel düşünme eğilimlerinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir. Veriler 15 Ocak- 31 Mart 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışma, XX bölgesinde yer alan devlet hastaneleri ve XX Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümünde yürütülmüştür. Çalışma için gerekli izinler alınmıştır. Veriler, sosyo-demografik özellikler ve Eleştirel Düşünme Eğilim Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; Mann Whitney-U testi, Kolmogorov Smirnov, Kruskal-Wallis Testi ve Non parametrik korelasyon analizi kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan ebelik öğrencileri ile çalışan ebelerin eleştirel düşünme düzeylerinin yüksek olmadığı ve çalışan ebeler ile ebelik öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Eğilim Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları ile alt boyut puanları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. ($p > 0.05$).

Hem çalışan ebelerin hem de ebelik öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilim düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır. Bu nedenle ebelik eğitim programlarında eleştirel düşünme derslerine yer verilmesi, probleme dayalı eğitim modellerinin eğitim programlarına entegre edilmesi ve mesleki eğitim etkinliklerinin artırılarak katılımın teşvik edilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Eleştirel Düşünme, Ebe, Öğrenci.

ABSTRACT

This study was designed to examine critical thinking dispositions of the midwives working in the clinic and the third- and fourth-year midwifery students.

This is a descriptive and cross-sectional study. The data were collected between 15 January-31 March 2018. The study was conducted in the XX region's Hospitals and in Midwifery Department of XX University. Necessary permissions were taken for the study. The data were collected by information form, Critical Thinking Disposition Instrument. Mann Whitney-U test, One-Sample Kolmogorov Smirnov, Kruskal-Wallis Test, and Non-parametric correlation analysis were used to assess the data.

It was determined that the critical thinking levels of midwifery students participating in the study and working midwives were not high, and that there was no significant difference between the total score averages of the working midwives and midwifery students from the Critical Thinking Disposition Scale and the sub-dimension scores. ($p > 0.05$).

It was determined that the critical thinking disposition levels of the working midwives and the midwifery students were low. It is recommended to involve critical thinking courses in midwifery curricula, integrate problem-based educational models into curricula, and to encourage participation by increasing vocational training activities.

Keywords: Critical Thinking, Midwives, Students.

Bu çalışma 1. Uluslararası Ebelik Günleri'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

¹Uzman Hemşire, Gülcan GÜLER, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Kırklareli Eğitim Araştırma Hastanesi, glcandemirci@yahoo.com, ORCID: 0000-0002-4852-4044

²Doktor Öğretim Üyesi, Ayça ŞOLT KIRCA, Ebelik, Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Yüksek Okulu, aycasolt@hotmail.com, aycasolt@klu.edu.tr, ORCID: 0000-0001-6733-5348

³Doçent, Hatice KAHYAOĞLU SÜT, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi haticesut@yahoo.com, ORCID: 0000-0001-8840-6846

⁴Araştırma Görevlisi, Seçil HÜR, Ebelik, Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Yüksek Okulu, secilhur0408@gmail.com, ORCID: 0000-0002-8348-8587

İletişim / Corresponding Author:
e-posta/e-mail:

Seçil HÜR
secilhur0408@gmail

Geliş Tarihi / Received: 26.10.2020
Kabul Tarihi / Accepted: 07.01.2021

GİRİŞ

Eleştirel düşünme; bir problem hakkında karar vermeden önce, probleme ilişkin yorumun iyi yapılması için mevcut bilginin gözden geçirilip değerlendirilmesi olarak tanımlanmaktadır.¹ Eleştirel düşünme eğilimi, biliş, bilgi ve zihinsel yeteneği geliştiren eleştirel düşünme becerilerinin bir bileşenidir.^{2, 3} Eleştirel düşünme eğilimi, neye inanılacağına ve ne yapılacağına karar vermek için eleştirel yetenekleri kullanmak için sürekli içsel motivasyonla karakterizedir.^{4,5}

Günümüzde sağlık bakımındaki hızlı ve köklü değişiklikler, sağlığı yükseltme, teknolojidaki gelişmeler ve bireylerin iyilik halini arttırmak amacıyla çok sayıda çalışma yapılmaktadır. Bu sebeple, sağlık bakımında görevli profesyonellerinin çağdaş bilgi ve uygulama ile ilgili temel kavramlara hâkim olması, hayat boyu öğrenim ilkesinin benimsemesi, edinilen yeni bilgi ve becerilerin birey, aile ve toplumun sağlık bakım hizmetlerinde kullanılabilmesi gerekmektedir.⁶ Bu gelişmeler sonucu günümüz sağlık hizmetlerinde “deneme yanılma” ya da “görme, duyma, yapma” yolu ile öğrenme şekilleri bırakılarak, bunun yerine bilgi ve beceri ile birlikte yeteneklerin kazanılmasına, hasta bakımında eleştirel düşünme ve karar verme becerilerinin geliştirilmesini sağlayan inovatif yaklaşımlara bırakılmaktadır.⁷ Sağlık profesyonellerinin, eleştirel düşünme becerilerini uygulamadan bir hastanın problemini değerlendirmesi mümkün değildir. Ebeler bakım yöntemleri ve toplanan verilerin yorumlanması konusunda kararlar alırken, hızlı ve doğru kararlar vermeleri eleştirel düşünme eğilim düzeyine bağlıdır.⁸

Zaman içinde eleştirel düşünme, ebeler eğitiminin önemli bir bileşeni haline gelerek, ebeler disiplininin ayrılmaz bir parçası olmuştur.⁹

Ebelerin eleştirel düşünme becerilerini öğrenmelerinin birçok nedeni vardır. İlk neden, düşünmenin problem çözmede anahtar bileşen olması ve bu yeterliliklere

sahip olmayan hemşirelerin sorunun bir parçası haline gelmesidir. Ek olarak, ebeler kritik durumlarda bağımsız ve hızlı bir şekilde büyük kararlar alabilmelidir. Eleştirel düşünme becerileri, temel verileri belirlemelerine ve acil müdahale gerektiren sorunlar ile yaşamı tehdit etmeyenler arasında ayırım yapmalarına olanak tanır. Bu nedenle ebeler, eylemleri üzerinde derinlemesine düşünebilmeli ve kesin ve doğru kararlar almak için her eylemin olası sonuçlarını göz önünde bulundurabilmelidir.¹⁰

Eleştirel düşünme bir öğrenme aracı olarak öğrencilere mantık sanatını öğretir ve sınıfın dışında ortaya çıkan dinamik durumlara hazırlık yapmaya teşvik eder. Ebeler yönetim sürecini sağlıklı ve güvenli bir şekilde yürütmek için meslek mensupları eleştirel düşünebilmelidirler. Problem tanımlama, veri toplama, değerlendirme, planlama ve uygulama süreçlerinin yönetimi ile zihin nitelikleri, akıl yürütme becerileri ve düşünce biçimi gibi unsurlar eleştirel düşünme süreçleri ile paraleldir.¹¹ Güvenli ve etkili hasta bakım sonuçları elde etmek için bilgece karar verme, doğru yargılama ve etkin iletişim ebeler uygulamaları için son derece önemlidir ve bakım sürecinin ayrılmaz bir parçasıdır.¹²

Eleştirel düşünme öğrenme sonucunda gelişen bir süreçtir. Klinik muhakeme de bu sürecin sonucudur. Klinik muhakemenin geliştirilmesi, sağlık profesyoneli olmanın en önemli ve zorlu görevlerinden biridir.¹³ Ebeler eğitiminin içeriği, mezun olduktan sonra karmaşık, hızlı ve belirsiz çalışma ortamlarında etkili bir şekilde çalışmayı gerektirmektedir.¹⁴

Bu nedenle eleştirel düşünme tüm sağlık çalışanları için önemli olduğu kadar ebeler mesleğini icra edecek kişiler için de oldukça önem taşımaktadır.¹⁵ Sağlık profesyoneli yetiştiren okullarda ebeler öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimlerine yönelik çok sayıda çalışma yapılmış olmasına^{1, 3-4, 6-10, 12-13, 15, 18-23, 26-28, 30} rağmen, ebeler öğrencileri ile sahada çalışan ebelerin eleştirel düşünme

eğilimlerinin incelenmesi yönelik yapılmış çalışma bulunmamaktadır. Bu araştırma, ebelik öğrencileri ile sahada çalışan ebelerin eleştirel düşünme eğilimlerinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır.

Bu araştırma ile klinikte çalışan ebeler ile 3. ve 4. sınıf düzeyinde eğitim gören ebelik öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimleri incelenecektir.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma 15 Ocak- 30 Mart 2018 tarihleri arasında XX ili Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı olan 5 devlet hastanesinin kliniklerinde çalışan ebe sayısının en fazla olduğu 3 devlet hastanesi ile XX Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulunda yapılmıştır.

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini XX ili Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı olan 3 devlet hastanesinde çalışan ebeler (N=70) ve XX Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulunda 3. ve 4. sınıf Ebelik Bölümü'nde eğitim gören öğrenciler (N=100) oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme; hastanelerin poliklinik, servis ve doğumhanelerinde çalışan, çalışma kriterlerine uyan ve çalışmaya gönüllü olarak katılan ebeler (n:53) ile üniversitenin 3. ve 4. sınıf ebelik bölümünde okuyan, verilerin toplandığı tarihlerde okulda bulunan, çalışma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden öğrenciler (n:61) dahil edilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri toplanırken, çalışan ebeler ve ebelik öğrencileri için sosyo-demografik özelliklerin yer aldığı tanıtıcı bilgi formu ve UF/EMI (University of Florida Engagement, Maturity and Innovativeness) Eleştirel Düşünme Eğilim Ölçeğinin Türkçe Formu kullanıldı.

Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür incelenerek hazırlanan bu form çalışan ebeler ve ebelik öğrencileri için ayrı ayrı düzenlenmiştir. Bu formlar sosyo-

demografik özellikler (yaş, cinsiyet vb) eleştirel düşünme eğilimi üzerine etkili olabilecek kitap okuma sıklığı, aile yapısı ve okulda eleştirel düşünme ile ilgili ders alıp almadığı gibi soruları içeren çalışan ebelere yönelik 26, ebelik öğrencilerine yönelik 33 sorudan oluşmaktadır.

UF/EMI (University of Florida Engagement, Maturity and Innovativeness) Eleştirel Düşünme Eğilim Ölçeği

Irani ve ark. tarafından 2007 yılında eleştirel düşünme eğilimini doğru şekilde ölçebilmek amacıyla 5 puanlık likert tipte geliştirilmiştir (1=kesinlikle katılmıyorum; 5=kesinlikle katılıyorum).¹⁶ Ölçekten alınan puan arttıkça kişinin eleştirel düşünme eğilimi artmaktadır. UF/EMI' Ölçeğinin alt boyutları, "Katılım", "Bilişsel Olgunluk" ve "Yenilikçilik" tir. Ölçeğin "Katılım" alt boyutunda 11 madde, "Bilişsel Olgunluk" alt ölçeğinde 8 ve "Yenilikçilik" alt boyutuna ait 7 madde yer almaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,94'tür. Bu çalışma ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,96 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 25, en yüksek puan ise 125'dir. Ölçeğin Türkçeye uyarlanmasına yönelik geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kılıç ve Şen tarafından 2014 yılında yapılmıştır.¹⁷

Verilerin Toplanması

15 Ocak- 31 Mart 2018 tarihleri arasında, katılımcılarla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak ortalama 20-30 dakikalık sürede toplanmıştır. Veriler bilgisayar ortamında SPSS 22.0 programı ile Mann Witney-U testi, Kolmogorov Smirnov, Kruskal-Wallis testi ve non parametrik korelasyon analizleri kullanılarak değerlendirildi. İstatistiksel olarak p<0.05 anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik uygunluğu için XX Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik kurulundan 12/01/2018 tarih ve No=P078R00 kodlu etik kurul onayı alınmıştır. Ayrıca XX ili Kamu Hastaneleri Birliği (31/05/2017-82030386/799) ve XX Üniversitesi Sağlık Yüksekokulundan (22/05/2017-E.9509) yazılı kurum izinleri alınmıştır. Eleştirel Düşünme Eğilim Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğini yapan

Ahmet İlhan Şen'den bu çalışmada ölçeğin kullanımı için yazılı izin alınmıştır.

Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırma bir ilde ve bir üniversitenin sağlık yüksek okulunda öğrenim gören ebelik öğrencilerinin olasılıksız örnekleme yöntemi ile belirlenmesi, verilerin belirli bir zaman aralığında toplanması ve çalışma sonuçlarının genellenememesi araştırmanın kısıtlılıkları arasında yer almaktadır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmada ebelik öğrencilerinin yaş ortalamasının $22,2 \pm 1,8$ (min:20-max:31) olduğu belirlenmiştir. Ebelik öğrencilerinin tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde; çalışmaya katılan öğrencilerin %44,3'nün 3.sınıf, %55,7'nin 4.sınıf öğrencisi olduğu, öğrencilerin %44,3'nün lisans eğitimindeki başarı düzeylerinin 'iyi', %50,8'nin 'orta' olduğu, %41'nin düz lise mezunu olduğu, %49,2'nin yurttan yaşadığı, %50,8'nin hayatının büyük bir kısmını ilde geçirdiği saptanmıştır. Öğrencilerin büyük çoğunluğunun (%85,2) 2 ya da 3 kardeşi olduğu, %95,1'nin çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %80,3'nün annesinin eğitim düzeyinin ilköğretim ve altı, %70,5'nin annesinin mesleğinin ev hanımı olduğu, %62,3'nün babasının eğitim düzeyinin ilköğretim ve altı ve %44,3'nün babasının mesleğinin serbest meslek olduğu, %31'nin ise memur ya da emekli olduğu ve öğrencilerin ailelerinin aylık gelirleri sorgulandığında ise %62,3'nün gelirinin gidere denk olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada çalışan ebelerin yaş ortalamasının $42,6 \pm 8,2$ (min:24, max:65) olduğu belirlenmiştir. Çalışan ebelerin diğer tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde %52,8'nin kadın doğum ve çocuk servisinde, %47,2'nin diğer kliniklerde görev yaptığı saptanmıştır. Ebelerin %47,2'nin sağlık meslek lisesi sonrasında 2 yıllık açık öğretim okuduğu, %30,2'nin lisans tamamlama programı ile lisans mezunu olduğu, %56,6'nın ilçede yaşadığı, %62,3'nün 2 ya da 3 kardeşinin olduğu, %75,5'nin çekirdek aile yapısına sahip olduğu ve %67,9'nun

aylık gelirlerinin giderlerine denk olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada ebelik öğrencisi ile çalışan ebelerin eleştirel düşünme eğilimlerini etkileyebilecek diğer faktörlere ilişkin bulgular incelendiğinde; ebelik öğrencilerinin %50,8'nin, çalışan ebelerin ise %47,5'nin kitap okuma sıklığını 'bazen' olarak ifade ettiği, ebelik öğrencilerinin gündemi en çok (%80,3) sosyal medyadan takip ettiği, çalışan ebelerin ise gündemi daha çok (%69,8) haberlerden takip ettiği saptanmıştır. Ebelik öğrencilerinin %54,1'nin, çalışan ebelerin ise %66'nın sosyal aktivitelere ara sıra katıldığı, ebelik öğrencilerinin %45,9'nun okul hayatı boyunca mesleki etkinliklere katılmadığı, çalışan ebelerin ise %84,9'nun mesleki etkinliğe katılmadıkları görülmüştür. Sadece ebelik öğrencilerinde sorgulanan eleştirel düşünme dersi alma durumu incelendiğinde; %90,2'nin eleştirel düşünme dersi almadığı bildirilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Ebelik Öğrencileri İle Çalışan Ebelerin Eleştirel Düşünme Eğilimlerini Etkileyebilecek Faktörlere İlişkin Bulgular (n=61, n=53)

Değişkenler	Ebelik öğrencisi		Çalışan Ebeler		
	n	%	n	%	
Kitap okuma sıklığı	Sık Sık	23	37,7	9	16,9
	Bazen	31	50,8	29	54,9
	Her zaman	6	9,9	10	18,9
	Hiç	1	1,6	5	9,3
	Toplam	61	100	53	100
Sosyal medyayı takip etme sıklığı	Sık Sık	38	62,3	18	34
	Bazen	10	16,4	23	43,4
	Her Zaman	12	19,7	7	13,2
	Hiç	1	1,6	5	9,4
	Toplam	61	100	53	100

Tablo 1 (Devamı). Ebelik Öğrencileri İle Çalışan Ebelerin Eleştirel Düşünme Eğilimlerini Etkileyebilecek Faktörlere İlişkin Bulgular (n=61, n=53)

Değişkenler		Ebelik Öğrencisi		Çalışan Ebeler	
		n	%	n	%
Takip ettiğiniz sosyal medya ağları nelerdir?*	Instagram	54	88,5	37	69,8
	Facebook	38	62,3	18	34
	Snappchat	17	27,9	8	15,1
	Twitter	27	44,3	11	20,8
Gündemi en çok nerden takip ediyorsunuz? (Gündemin takip edildiği yer)	Sosyal medya	49	80,3	9	17
	Haberler	12	19,7	37	69,8
	Diğer (köşe yazarları, takip etmiyorum)	-	-	7	13,2
	Toplam	61	100	53	100
Sosyal aktivitelere katılma sıklığı	Katılıyorum	26	42,6	12	22,6
	Ara sıra katılıyorum	33	54,1	35	66
	Hiç katılmam	2	3,2	6	11,3
	Toplam	61	100	53	100
Okul hayatı boyunca /Meslek hayatında mesleki kongre, konferansa katılma durumu	Evet	33	54,1	8	15,1
	Hayır	28	45,9	45	84,9
	Toplam	61	100	53	100
Okulda eleştirel düşünme adlı bir ders aldınız mı?	Evet	6	9,8	-	-
	Hayır	55	90,2	-	-
	Toplam	61	100	53	100
Okulda bu dersi alan öğrencilerin, eleştirel düşünme eğilimlerini olumlu yönde etkiledi	Evet	6	9,8	-	-
	Hayır	55	90,2	-	-
	Toplam	61	100	53	100

Çalışmada ebelik öğrencilerinin %98,4'nün, çalışan ebelerin ise tamamının kendisini adil biri olarak tanımladığı, ebelik öğrencilerinin tamamının ve çalışan ebelerin %96,2'nin sorumluluk üstlenebildiği, ebelik öğrencilerinin %98,4'nün, çalışan ebelerin ise %90,6'nın yeni fikirlere açık olduğu saptanmıştır. Ebelik öğrencilerinin %95,1'nin, çalışan ebelerin ise %90,6'nın kendine güvendiği, ebelik öğrencilerinin %91,8'nin, çalışan ebelerin ise %81,1'nin azimli biri olduğu, ebelik öğrencilerinin %80,3'nün, çalışan ebelerin %77,4'nün araştırmacı bir kişiliğe sahip olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca ebelik öğrencilerinin %90,2'nin, çalışan ebelerin %81,1'nin sorgulayıcı bir yapılarının olduğu, ebelik öğrencilerinin %75,4'nün, çalışan ebelerin ise %66'sının yaratıcı olarak kendilerini tanımladığı ve ebelik öğrencilerinin %82'nin, çalışan ebelerin ise %66'nın risk alabildiği belirlenmiştir. Herhangi bir problem ile

karşılaştıklarında ebelik öğrencilerinin %75,4'nün, çalışan ebelerin ise %71,7'nin genel tavrının karşılaştıkları sorunu kendi kendilerine giderdikleri tespit edilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Ebelik Öğrencileri İle Çalışan Ebelerin Kişisel Özelliklerine Ait Bulgular (n=61, n=53)

Kişisel Özellikler	Seçenekler	Ebelik öğrencisi		Çalışan Ebeler	
		n	%	n	%
Adil birimisiniz?	Evet	60	98,4	53	100
Sorumluluk üstlenir misiniz?	Evet	61	100	51	96,2
Yeni fikirlere açık mısınız?	Evet	60	98,4	48	90,6
	Evet	58	95,1	48	90,6
Kendinize güvenir misiniz?	Hayır	3	4,9	5	9,4
	Toplam	61	100	53	100
Azimli birimisiniz?	Evet	56	91,8	43	81,1
	Hayır	5	8,2	10	18,9
	Toplam	61	100	53	100
Araştırmacı bir kişiliğe sahip misiniz?	Evet	49	80,3	41	77,4
	Hayır	12	19,6	12	22,6
	Toplam	61	100	53	100
Sorgulayıcı bir yapınız var mı?	Evet	55	90,2	43	81,1
	Hayır	6	9,8	10	18,9
	Toplam	61	100	53	100
Yaratıcı mısınız?	Evet	46	75,4	35	66
	Hayır	15	24,6	18	34
	Toplam	61	100	53	100
Risk alır mısınız?	Evet	50	82	35	66
	Hayır	11	18	18	34
	Toplam	61	100	53	100
Herhangi bir problem ile karşılaştığınızda tavrınız ne olur?	Problemi ben gideririm	46	75,4	38	71,7
	Annem ve babamdan yardım alırım	7	11,5	9	17
	Çok yakın arkadaşlarımdan yardım alırım	8	13,1	6	11,3
	Toplam	61	100	53	100

Araştırmada ebelik öğrencilerinin %52,5'nin genel aile yapısının koruyucu aile yapısına sahip olduğu, %73,8'nin aile içinde siyasi konularda herkesin sözü geçtiği, %60,7'nin aile içi sorunları hep birlikte çözdüğü, %80,3'nün eğitim öğretim konularında hep birlikte karar aldıkları, %45,9'nun parasal konularda hep birlikte karar aldıkları ve aile içi çalışma sorunlarında %70,5'i herkesin sözünün geçtiğini ifade etmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Ebelik Öğrencilerinin Aile Yapılarına İlişkin Bulgular (n=61)

Aile Yapılarına İlişkin Özellikler	Ebelik öğrencisi		
	n	%	
Ailenizin genel yapısı	Demokrat	15	24,6
	Koruyucu	32	52,5
	Diğer (otoriter, aşırı ilgili)	14	22,8
Toplam	61	100	

Tablo 3 (Devamı). Ebelik öğrencilerinin aile yapılarına ilişkin bulgular (n=61)

		Hep birlikte	45	73,8
Aile içinde siyasi konularda kimin sözü geçer	Anne ve baba	11	18	
	Sadece baba	5	8,2	
	Sadece anne	-	-	
	Toplam	61	100	
Aile içi sorunlarda kimin sözü geçer	Hep birlikte	37	60,7	
	Anne ve baba	14	23	
	Sadece baba	6	9,8	
	Sadece anne	4	6,6	
Toplam	61	100		
Aile içinde eğitim-öğretim konularında kimin sözü geçer	Hep birlikte	49	80,3	
	Anne ve baba	10	16,4	
	Sadece baba	2	3,3	
	Sadece anne	-	-	
Toplam	61	100		
Aile içinde parasal konularda kimin sözü geçer	Hep birlikte	28	45,9	
	Anne ve baba	18	29,5	
	Sadece baba	13	21,3	
	Sadece anne	2	3,3	
Toplam	61	100		
Aile içinde çalışma sorunlarında kimin sözü geçer	Hep birlikte	43	70,5	
	Anne ve baba	12	19,7	
	Sadece baba	6	9,8	
	Sadece anne	-	-	
Toplam	61	100		

Araştırmada çalışan ebelerin %41,5'nin genel aile yapısının demokrat olduğu, aile içi siyasi konularda %62,3'nün, aile içi sorunlarda %69,8'nin, eğitim-öğretim konularında %62,3'nün, parasal konularda %66'nın ve çalışma sorunlarında ise %64,2'nin kendisinin ve eşinin sözünün geçtiğini ifade etmiştir (Tablo 4).

Çalışmada ebeler ile çalışan ebelerin UF/EMI Eleştirel Düşünme Eğilim Ölçeğinden aldıkları alt boyut ve toplam puanların karşılaştırması incelendiğinde; her iki grup arasında (ebelik öğrencileri ve

çalışan ebeler) bilişsel olgunluk, yenilikçilik ve katılım alt boyutları ile toplam skorda gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=1438,00, p>,05; U=1559,00, p>,05; U=1544,00, p>,05; U=1492,00, p>,05) (Tablo 5).

Tablo 4. Çalışan Ebelerin Aile Yapılarına İlişkin Bulgular (n=53)

Aile Yapılarına İlişkin Özellikler	Çalışan Ebeler		
	n	%	
Ailenizin genel yapısı	Demokrat	22	41,5
	Koruyucu	15	28,3
	Diğer (Aşırı ilgili, otoriter)	16	30,2
	Toplam	53	100
Aile içinde siyasi konularda kimin sözü geçer	Hep birlikte	7	13,2
	Benim ve Eşimin	33	62,3
	Eşim	5	9,4
	Benim	8	15,1
Toplam	53	100	
Aile içi sorunlarda kimin sözü geçer	Hep birlikte	6	11,3
	Benim ve Eşimin	37	69,8
	Eşim	-	-
	Benim	10	18,9
Toplam	53	100	
Aile içinde eğitim-öğretim konularında kimin sözü geçer	Hep birlikte	1	1,9
	Benim ve Eşimin	33	62,3
	Eşim	1	1,9
	Benim	18	34
Toplam	53	100	
Aile içinde parasal konularda kimin sözü geçer	Hep birlikte	3	5,7
	Benim ve Eşimin	35	66
	Eşim	4	7,5
	Benim	11	20,8
Toplam	53	100	
Aile içinde çalışma sorunlarında kimin sözü geçer	Hep birlikte	3	5,7
	Benim ve Eşimin	34	64,2
	Eşim	1	1,9
	Benim	15	28,3
Toplam	53	100	

Tablo 5. Ebelik Öğrencileri İle Çalışan Ebelerin UF/EMI Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırması (n=61, n=53)

Alt Boyutlar	Gruplar	N	Ort±SS*	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	U	Z	p
Bilişsel Olgunluk	Ebelik öğrencisi	61	28,2±4,83	60,43	3686,00	1438	-1,021	0,307
	Çalışan Ebeler	53	27,7±4,35	54,13	2869,00			
Yenilikçilik	Ebelik öğrencisi	61	27,52±4,74	56,56	3450,00	1559	-0,329	0,742
	Çalışan Ebeler	53	27,7±4,23	58,58	3105,00			
Katılımcı	Ebelik öğrencisi	61	43,06±8,08	58,69	3580,00	1544	-0,413	0,680
	Çalışan Ebeler	53	43,1±7,3	56,13	2975,00			
Toplam Skor	Ebelik öğrencisi	61	99,63±17,97	59,54	3632,00	1492	-0,708	0,478
	Çalışan Ebeler	53	98,6±15,3	55,15	2923,00			

*Ort±SS : Ortalama ± Standart Sapma

Ebelik öğrencilerinin mevcut durumu değerlendirip yorumlayabilmesi, doğru

kararlar verebilmesi ve eleştirel düşünme becerisine sahip olması kaliteli bakım

sunabilmek açısından önemlidir. Çünkü ebeler mesleği icra edilirken kritik karar verilmesi gereken birçok durum ile karşılaşılacaktır.³⁰Bu araştırmada ebelik bölümünde öğrenim görmekte olan öğrenciler ile klinikte çalışan ebelerin eleştirel düşünme eğilimlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Çalışmada çalışan ebelerin (98,6±15,3) ve ebelik öğrencilerinin (99,63±17,97) UF/EMI Eleştirel Düşünme Eğilim Ölçeği toplam puan ortalamaları ile alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05). Hem çalışan ebelerin hem de ebelik öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilim düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. UF/EMI Eleştirel Düşünme Eğilim Ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 25, en yüksek puan ise 125'tir. Buna göre hem ebelik öğrencilerinin hem de çalışan ebelerin eleştirel düşünme eğilimlerinin yüksek olduğu söylenemez. Ebelik öğrencisi ile çalışan ebelerin alt boyut puan ortalamaları ile toplam skor ortalama puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05). Çalışma yaşamında çeşitli karar verme süreçlerinin yaşanmasının eleştirel düşünme düzeyini geliştirdiği düşünülmektedir. Ancak çalışmamızda çalışan ebelerin eleştirel düşünme eğilimlerinin ebelik öğrencilerinden yüksek olmadığı saptanmıştır. Bu da hem geçmiş dönemlerdeki ebelik eğitiminin hem de mevcut ebelik eğitiminin eleştirel düşünme eğilimini olumlu yönde etkileyecek biçimde olmadığını göstermektedir.

Ülkemizde eleştirel düşünme düzeyi ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; Aydın ve ark. (2013)'nın ebelik öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeyi ile ilgili yaptığı çalışmada sınıf seviyesi arttıkça eleştirel düşünme düzeylerinin arttığı, buna karşın Ertekin Pınar ve ark. (2017)'nin çalışmada ebelik öğrencilerinin sınıf seviyesi arttıkça iletişim becerilerinin arttığı ancak analitik düzeyde eleştirel düşünme becerilerinin 4.sınıfa göre 1.sınıfta daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ulusoy ve arkadaşlarının (2016) sağlık yönetimi öğrencileri ile yaptığı çalışmada sınıf ve akademik not ortalaması arttıkça eleştirel

düşünme düzeyinin arttığını (p<0.05), Kahyaoğlu Süt ve Demir'in (2016) yapmış oldukları çalışmalarında ise ders durumu iyi olanların, orta ve düşük olanlara göre eleştirel düşünme düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır.^{1,18-19,30} Çalışmamızda ebelik öğrencilerinin % 44,3'nün lisans eğitimindeki başarı düzeylerinin 'iyi', % 50,8'nin ise 'orta' olarak değerlendirdikleri tespit edilmiştir. Bu durumun ebelik öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimi ölçeğinden aldıkları puan ile paralel olduğu söylenebilir.

Ebelik öğrencileri açısından düşünüldüğünde okuma alışkanlığının yüksek düzeyde olması istenen bir durumdur. Çünkü kendini geliştiren, mesleki gelişimleri takip eden, eleştirel düşünen ebeler için henüz öğrenci iken bu özellikleri geliştirebilecek kitap okuma alışkanlığının kazanılmış olması önem arz etmektedir. Asi Karakaş ve ark. (2016) ve Akçakaya ve ark. (2012)'nin ebelik öğrencilerinin kitap okuma sıklığını incelediği çalışmada öğrencilerin %46,9'nun en son bir hafta önce kitap okudukları saptanmış ve ebelik öğrencilerinin kitap okuma düzeyinin yüksek olduğu ifade edilmiştir.¹³⁻¹⁴ Arslan ve ark. (2016)'nin yapmış olduğu çalışmada, yılda okunan kitap sayısı arttıkça eleştirel düşünme düzeyinin arttığı saptanmıştır.¹⁵ Evin Gencal ve Candan (2014)'nin öğretmen adayları ile yaptığı çalışmada da kitap okuma sıklığı arttıkça eleştirel düşünme düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir.¹⁶ Asi ve ark. (2016)'nin araştırmasında ise öğrencilerin eleştirel düşünme düzeyi ile kitap okuma sıklığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve eleştirel düşünme eğilimi düşük olan öğrencilerin kitap okuma alışkanlığının daha az olduğu belirtilmiştir.¹³ Karasakaloğlu ve ark. (2012)'nin yapmış oldukları çalışmalarında kitap okuma sıklığı arttıkça eleştirel düşünme puanlarının da arttığını ifade etmişlerdir.¹⁷ Yapılan bu çalışma sonuçları ile kitap okurken eleştirel bir şekilde okumayı gerçekleştirmenin önemi vurgulanmıştır. Okunan kitap sayısından bağımsız olarak "eleştirel" bir şekilde okuma gerçekleştirilmesi ile sorgulama ve anlam çıkarma becerilerini gelişmesinin sağlandığı

düşünülmektedir. Çalışmamızda ebelik öğrencilerinin ‘sık sık’ kitap okuduğunu ifade eden öğrenci oranı %37,7, ‘bazen’ kitap okuduklarını ifade edenlerin oranı ise %50,8’dir. Ebelik öğrencilerinin kitap okuma sıklığının yüksek olduğu söylenebilir. Ancak araştırmamızda çalışan ebelerin kitap okuma sıklığının oldukça az olduğu tespit edilmiştir. Öğrencilikte daha çok kitap okunduğu, çalışma hayatının kişiler üzerine yüklediği ağır sorumluluklar yüzünden kendilerini geliştirmek için yeterli zaman ayıramamalarından dolayı bu durumu olumsuz etkilediği söylenebilir.

Öğrencilerin eleştirel düşünme düzeyini etkileyen faktörlerin incelendiği bazı çalışmalarda sosyo-kültürel etkinliklere katılım sağlayan öğrencilerin eleştirel düşünme düzeylerinin diğer öğrencilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.^{12,18} Atay ve ark. (2009)’nın çalışmasında ebelik öğrencilerinin sosyal etkinliklere katılma durumlarının eleştirel düşünme düzeylerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği belirlenmiştir.¹⁹ Çalışmamızda ebelik öğrencileri ve çalışan ebelerin sosyal etkinliklere katılım düzeyi yüksek bulunmuştur. Çalışmamız ve diğer araştırma sonuçlarına göre sosyal etkinliklere katılım oranının yüksek olmasının eleştirel düşünme düzeyini olumlu yönde etkilediği düşünülebilir.

Aydın ve ark. (2013)’nın ebelik öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeyi ile ilgili yaptığı çalışmasında aile içi söz sahibi olma durumunun eleştirel düşünme düzeyini olumlu etkilediği saptanmıştır.¹¹ Çalışmamızda ebelik öğrencilerinin genel aile yapısının daha çok koruyucu olduğu, aile içinde siyasi konular, sorunlar, eğitim öğretim konuları, parasal konular ve çalışma ile ilgili sorunlarda yüksek oranda ailede herkesin söz sahibi olduğu belirlenmiştir. Çalışan ebelerin genel aile yapısının daha çok demokrat olduğu, aile içinde siyasi konular, sorunlar, eğitim öğretim konuları,

parasal konular ve çalışma ile ilgili sorunlarda yüksek oranda eşinin ve kendisinin söz sahibi olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamıza katılan ebelik öğrencilerinin anne-babalarının eğitim düzeylerinin düşük olması, ailelerinin koruyucu yapıda olmaları, öğrencilerin aile içi konularda daha çok söz sahibi olmadıkları ve eleştirel düşünme eğilimlerinin düşük olduğu düşünüldüğünde çalışmamızın Aydın ve ark. (2013)’nın çalışması ile paralellik gösterdiği söylenebilir.

Ebelik bakım uygulamalarında, mesleğin profesyonel olarak yapılabilmesi için eleştirel düşünme ve karar verme becerilerinin geliştirilmesine oldukça önemlidir. Bu bağlamda ebelik eğitim sisteminde değişim zorunlu hale getirmiştir.²⁰ Arslan ve ark. (2016)’nın çalışmasında eleştirel düşünme dersini almanın eleştirel düşünme düzeyini etkilemediği, ancak eleştirel düşünme dersini almanın gerekli olduğunu düşünen öğrencilerin aksini düşünen öğrencilere göre ölçek puanının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.¹⁵ Kahyaoğlu Süt ve Demir (2016)’in çalışmasında ise eleştirel düşünme dersi alanların almayanlara göre eleştirel düşünme düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır.¹ Çalışmamızda ebelik öğrencilerinin tamamına yakını eleştirel düşünme dersi almamaktadır. Ülkemizde yapılan çalışma sonuçları göz önüne alındığında ebelik eğitim müfredatına eleştirel düşünme dersinin eklenmesi, öğrencilerin eleştirel düşünme düzeylerini olumlu yönde etki edeceği düşünülebilir.

Eleştirel düşünme becerilerinin gelişmesi tüm sağlık çalışanları için önemli ve gereklidir.²¹ Ebelik mesleği toplumun sağlık bakım ihtiyaçlarını karşılamada oldukça önemlidir. Ebelik mesleği klinik uygulamalarda karmaşık pek çok problem ile karşılaşmaktadır. Bu problemlerin çözümü içinde otonomi, karar verme, eleştirel düşünme, iletişim ve problem çözme yeteneklerine ihtiyaç duyulmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak; çalışmamıza dahil olan klinikte çalışan ebeler ile 3.ve 4. Sınıf ebelik öğrencilerinin eleştirel düşünme eğilimlerinin yüksek olmadığı belirlenmiştir. Ebelik öğrencilerine lisans eğitimi süresince eleştirel düşünebilmeyi öğretmek esastır. Çünkü ebelik mesleğini icra edecek olan bu sağlık profesyonellerinin bilişsel beceriyi kazanarak klinik uygulamalarda daha iyi performans sergilemeleri, toplumun temel yapı taşı olan kadın ve çocukların sağlık

seviyelerini en üst düzeye taşımalarına zemin hazırlayacaktır.²³

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; (a) ülkemizde lisans düzeyinde olan ebelik mesleğinin eğitim metotlarının yeniden değerlendirilmesi, (b) eğitim müfredatlarına vaka sunumu ile entegre olacak şekilde eleştirel düşünme becerilerini geliştirecek eğitim modellerinin eklenmesi ileride alanda çalışacak olan ebelik öğrencilerin eleştirel düşünme eğilimlerini olumlu yönde etkileyecektir.

KAYNAKLAR

1. Kahyaoğlu Süt, H. ve Demir, N.G. (2016). "Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Eğilim Düzeyleri ve Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi." Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1(2), 58-76.
2. Facione, P.A. (1990). "Critical Thinking: A Statement of Expert Consensus for Purposes of Educational Assessment and Instruction. Millbrae." CA: California Academic Press.
3. Qing, Z, Ni, S. and Hong, T. (2010). "Developing Critical Thinking Disposition by Task-Based Learning in Chemistry Experiment in Teaching." Procedia Soc Behav Sci, 4561-4570.
4. Profetto-Mcgrath, J. (2003). "The Relationship of Critical Thinking Skills and Critical Thinking Dispositions of Baccalaureate Nursing Students." J Adv Nurs, 43, 569-577.
5. Zhang, L.F. (2003). "Contributions of thinking styles to critical thinking dispositions." J Psychol, 137, 517-543.
6. Worrell, J.A. and Profetto-McGrath J. (2007). "Critical thinking as an outcome of context-based learning among post rn students: a literature review." Nurse Educ Today, 27, 420-426
7. Şendir, M. (2013). "Kadın Sağlığı Hemşireliği Eğitiminde Simulasyon Kullanımı." İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 21(3), 205-212.
8. Ozdelikara, A, Bingol G. and Gorgen, O. (2012). "Critical Thinking Tendency of Nursing Students and Factors Influencing This." IUFN Hem J, 20, 219-226.
9. Bowles, K. (2000). "The Relationship of Critical-Thinking Skills and The Clinical Judgement Skills of Baccalaureate Nursing Students." Journal of Nursing Education, 39(8), 373-376. doi: 10.3928/0148-4834-20001101-09
10. Eslami, A.R. and Maarefi, F. (2010). "A Comparison of The Critical Thinking Ability in The First and Last Term Baccalaureate Students of Nursing and Clinical Nurses of Jahrom University of Medical Sciences in 2007." Journal of Jahrom University of Medical Sciences, 8(1), 37-45.
11. Hunter, L.P. and Lops, V.R. (1994). "Critical Thinking and The Nurse-Midwifery Management Process." J Nurse Midwifery, 39(1), 43-46.
12. Jones, M. (2008). "Developing Clinically Savvy Nursing Students: An Evaluation of Problem-Based Learning in An Associate Degree Program." Nursing Education Perspectives, 29 (5), 278-283.
13. Jiménez-Gómez, M.A, Cárdenas-Becerril, L, Velásquez-Oyola, M.B, Carrillo-Pineda, M. and Barón-Díaz, L.Y. (2019). "Reflective and Critical Thinking in Nursing Curriculum. Rev." Latino-Am. Enfermagem, 27:e3173. doi: 10.1590/1518-8345.2861.3173)
14. Carter, A.G, Creedy, D.K. and Sidebotham, M. (2015). "Evaluation of Tools Used To Measure Critical Thinking Development in Nursing and Midwifery Undergraduate Students: A Systematic Review." Nurse Education Today, 35(7), 864-874.
15. Karadağ, M, Alparlan, Ö. ve İşeri, Ö.P. (2018). "Ebelik ve Hemşirelik Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Eğilimleri ve Öğrenme Stilleri." Cukurova Med J, 43(1), 13-21.
16. Irani, T, Rudd, R, Gallo, M, Ricketts, J, Friedel, C. and Rhoades, E. (2007). "Critical Thinking Instrumentation Manual," http://step.ufl.edu/resources/critical_thinking/ctmanual.pdf adresinden erişildi (Erişim tarihi: 05.01.2021).
17. Ertaş Kılıç, H. ve Şen, A.İ. (2014). "UF/EMI Eleştirel Düşünme Eğilimi Ölçeğini Türkçeye Uyarlama Çalışması." Eğitim ve Bilim, 39(176), 1-12. doi: 10.15390/EB.2014.3632
18. Aydın, M, Yurdakul, M. ve Erdoğan, S. (2013). "Ebelik Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler." Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(1), 30-35.
19. Ulusoy, H, Tosun, N. ve Aydın, J.C. (2016). "Sağlık Yönetimi Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme, Boyun Eğici Davranışlar ve Otonomi Düzeyleri." Sağlık ve Ebelik Yönetimi Dergisi, 3(1), 8-17.
20. Asi Karakaş, S, Şahin Altun, Ö, Ekinci, M, Olçun, Z. ve Taşkın, M. (2016). "Ebelik Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Düzeyleri ve Kitap Okuma Alışkanlıkları Arasındaki İlişki." Anadolu Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 19(2), 116-121.
21. Akçakaya, M, Demir, T, Gündoğan, S, Işık, A, Şenol, R, Türksoy, İ. ve Akkaş, Ö. (2012). "Hemşirelik Öğrencilerinin Kitap Okuma Alışkanlığına İlişkin Tutumları: Bir Sağlık Yüksekokulu Örneği." İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 20(2), 20-28.
22. Arslan, Ş.F. ve Ancın, V. (2016). "Evaluation of Critical Thinking Tendency Among Students of Vocational School of Medical Services." Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 9(2),73-99.
23. Evin Gençal, İ. ve Güzel Candan, D. (2014). "Öğretmen Adaylarının Eleştirel Düşünme Eğilimleri ve Yanıttıcı Düşünme Düzeylerinin İncelenmesi." Uluslararası Eğitim Programları ve Öğretim Çalışmaları Dergisi, 4(8), 55-68.
24. Karasakaloğlu, N, Saracaloğlu, A. ve Yılmaz Özelçi S. (2012). "Türkçe Öğretmeni Adaylarının Okuma Stratejileri,

- Eleştirel Düşünme Tutumları ve Üst Bilişsel Yeterlilikleri.” Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi, 13(1), 207-221.
25. Kaya, H. (1998). “Üniversite Öğrencilerinde Akıl Yürütme Gücü.” Uluslararası Katılımlı VI. Ulusal Ebelik Kongresi Kitabı, Damla Matbaacılık, Ankara.
26. Atay, S, Ekim, E, Gökçaya, S. ve Sağım, E. (2009). “Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Düzeyleri.” Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Dergisi, 39-46.
27. Dirimeşe, E. (2006). “Hemşirelerin ve Öğrenci Hemşirelerin Eleştirel Düşünme Eğilimlerinin İncelenmesi.” Yüksek lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
28. Ip, W.Y, Lee, D.T.F, Lee, I.F.K, Chau, J, Wootton, Y.S.Y. and Chang, A. (2000). “Disposition Towards Critical Thinking: A Study of Chinese Undergraduate Nursing Students.” Journal of Advanced Nursing, 32 (1), 84-90.
29. Çelenk, O. ve Topoyan, M. (2017). “Bir Üniversite Hastanesinde Görevli Hemşirelerin Problem Çözme Beceri Düzeylerinin İncelenmesi.” Dokuz Eylül Üniversitesi Ebelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 10(4), 251-259.
30. Zenobia, C. (2013). “A Systematic Review of Critical Thinking in Nursing Education.” Nurse Education Today, 33, 236-240.

Göçmenlerin Ülkemizdeki Sağlık Yüküne Etkisi ve Göçmenlere Bakış Açısı: Sağlık Personeli Aday Örneği

The Effects of Immigrants on the Health Burden in Our Country and Their Perspective: Candidate Example of Medical Personnel

Beliz YEKELER KAHRAMAN¹, Meltem ŞAHİN²

ÖZ

Bu araştırma üniversite öğrencilerinin göçmenlere yönelik zenofobi algılarını ve göçmenlerin sağlık yükünü ne ölçüde etkiledikleri konusunda düşüncelerini tespit etmek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmaya 1493 öğrenciden 638 öğrenci katılmıştır. Öğrenciden veri toplamak için kullanılan anket, araştırmacılar tarafından literatür taraması yapılarak oluşturulan 14 soru ve Zenofobi ölçeğini içermektedir. Gerekli kurum izinleri alındı ve uygun istatistiksel yöntemler kullanıldı. Öğrencilerin %78.1'inin yaşadığı yerde göçmen var iken, %18.2'si göçmenlerden korktuğunu ifade etmişlerdir. Öğrencilerin %84.1'i göçmenleri geçici misafir, ülkesiz kalan ve zulme uğrayan din kardeşi şeklinde olumlu görür iken, %15.7'si olumsuz görüş paylaşmışlardır. Öğrencilerin %71.5'i göçmenlerin sağlık hizmetleri yükünü arttırdığını, %58.2'si eradike olan hastalıkların yeniden ortaya çıkmasına sebep olduklarını, %58'i aile planlamasına önem vermediklerini, %38.1'i aşılama önem vermediklerini, %28.8'i cinsel yolla bulaşan hastalıklarını arttırdıklarını belirtmişlerdir. Zenofobi ile ilgili yapılan çalışmalar çoğaltılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlık Personeli, Zenofobi

ABSTRACT

It was carried out in order to determine the perceptions of xenophobia of university students towards immigrants and to what extent they affect the health burden of immigrants. 638 students out of 1493 students participated in this descriptive study. The questionnaire used to collect data from the students, 14 questions created by the researchers through a literature review, and the Zenophobia scale were used. Necessary institutional permissions were obtained and appropriate statistical methods were used. While 78.1% of the students have immigrants in the place they live, 18.2% of them stated that they are afraid of immigrants. While 84.1% of the students view immigrants as temporary guests, stateless and persecuted religious siblings, 15.7% of them shared negative opinions. 71.5% of the students stated that immigrants increased the burden of health services, 58.2% caused the re-emergence of eradicated diseases, 58% did not attach importance to family planning, 38.1% did not attach importance to vaccination, 28.8% increased their sexually transmitted diseases they stated. Studies on xenophobia should be increased.

Keywords: Health, Health Personnel, Xenophobia,

Çalışma için ilgili Üniversitenin Etik Kurulu'ndan ve araştırmanın yürütüleceği kurumdaki yazılı izin alınmıştır.

¹Öğr. Gör. Beliz YEKELER KAHRAMAN, Hemşirelik, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, beliz.kahraman@sbu.edu.tr, yekeler_beliz@hotmail.com, 0000-0003-3063-1658

² Öğr. Gör. Meltem ŞAHİN, Hemşirelik, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, meltemdemir2929@hotmail.com, 0000-0002-7808-5126

İletişim / Corresponding Author:

Beliz YEKELER KAHRAMAN

Geliş Tarihi / Received: 30.10.2020

e-posta/e-mail:

yekeler_beliz@hotmail.com

Kabul Tarihi / Accepted: 13.02.2021

GİRİŞ

İnsanı değerli kılan buldukları mekân ile kurduğu bağıdır. Göç, insan ve mekân arasındaki bağa zarar veren önemli unsurlardan biridir¹. İnsanlık tarihi kadar eski olan göç; kişi veya toplulukların ekonomik, siyasi, eğitim ve sağlık nedenleriyle değişik kültürlerine yaşadıkları yerlerden kendi istekleri ya da mevcut zorunlu koşullar nedeniyle yer değiştirmeleridir². Küreselleşme, bölgesel çatışmalar, savaşlar, yoksulluk gibi faktörlere ek olarak ulaşım ve iletişim imkânlarının teknolojinin gelişmesi ile daha ulaşılabilir ve kolay olmasından dolayı göç edenlerin sayısı giderek artmaktadır³. Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (UNHCR) 2018 yılının sonunda dünyada 3,5 milyon sığınmacı, 41,3 milyon kendi ülkeleri içinde yerinden edilmiş kişi, 25,9 milyon mülteci ve 70,8 milyon zorla yerinden edilip başka bir bölgeye taşınmak zorunda kalan insan olduğunu bildirmiştir⁴.

Türkiye coğrafi yapısı, tarihsel, kültürel, ekonomik ve siyasal nedenlerinden dolayı son 30 yıldır mülteci hareketliliğiyle yoğun bir şekilde karşı karşıya kalmaktadır⁵. Kuzey Afrika'da 2010 yılında meydana gelen Arap Baharı olarak bahsedilen bu olay sonucunda 2011 yılında Suriye sınırlarını zorlayan bir şiddet durumu yaşanmış ve hatta milyonlarca insan ülkelerini bırakmak zorunda kalmıştır¹. 2011 yılından itibaren Türkiye'ye gelmeye başlayan Suriyeli mülteciler, zaman içinde toplumun her kesimini farklı açılardan etkilemişlerdir. Türkiye'ye göç eden Suriyelilerin sayısındaki büyük artış, göçün tesirinin genişlemesine ve aynı zamanda göçün etkisinin derinleşmesine de sebep olmuştur. Eğitim, ekonomi, toplumsal ve sosyal hayat başta olmak üzere farklı alanlarda göç ettikleri bölgelerin farklılaşmasına neden olmuşlardır⁶. 2019 Kasım ayı kayıtlarına göre Türkiye'de geçici koruma statüsündeki Suriyeli mülteci sayısı 3 milyon 691 bin 333'e ulaşmıştır⁷. Hem nüfusun fazla olması hem de Suriyeli mültecilerin büyük bir bölümünün Türkiye'ye kalıcı olarak yerleşmesi yerel halkı rahatsız edip göçmenlere karşı

önyargıya, olumsuz tutumlara ve yabancı düşmanlığına yol açmaktadır.

Göçmenlerin ve mültecilerin gittikçe daha fazla karşılaştıkları, refahın önündeki en büyük engellerden biri ev sahibi ülkeye gelmeden çok önce başlayan zenofobik bakış açısıdır⁸. Zenofobi kelimesi Yunanca'dan köken alan "xenos" ve "phobos" sözcüklerinden oluşmaktadır. "Xenos" yabancı, "phobos" ise korku anlamına gelen kelimelerin oluşturduğu zenofobi sözcüğü de "yabancı korkusu" demektir⁷. UNESCO ya göre zenofobi "belirli bir popülasyondaki yerlilere karşı düşmanlığın tavır yönelimi" olarak tanımlanmaktadır⁷. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)'ya göre ise zenofobi "insanları toplumda veya ulusal kimliğe yabancı oldukları algısına dayanarak reddeden, dışlayan ve sık sık suçlayan tutumlar, önyargılar ve olumsuz davranışlar" dır¹⁰. Zenofobik düşünceler toplumda "öteki" ya da "yabancı" olarak görülen gruplara karşı hoşnutsuzluk ve nefret duygusundan beslenmektedir. Zenofobik düşüncelerin çıktıkları öteki olarak adlandırılan grubun eğitim ve sağlık hizmetlerinden yararlanmalarının istenmemesi, grup üyelerinin iş yerlerinde çalıştırılmak istenmemesi, ev kiralamalarında engeller çıkarılması gibi davranışlar olabilmektedir. Zenofobinin hedefi olan kişilere ilişkin korku, çoğu zaman gerçeği yansıtmadığı gibi, çoğunlukla yanlış olan inançlara dayanmaktadır. Ayrıca zenofobi, kişinin kendi ait olduğu kültürünü, etnik kökenini ya da dinini üstün görmek ile de bağlantılıdır. Öteki olarak nitelendirilen gruba karşı ayrımcılık, nefret veya şiddet gibi davranışlar zenofobinin göstergeleri olarak ele alınabilir⁶.

Bu tür nefret ve şiddet içeren düşünceler toplumda ayrımcılığa yol açarak toplumun refah düzeyinin düşmesine neden olmaktadır. Toplumun ümidi ve geleceği gençlerdir. Kişilik oluşumu, düşünsel gelişme gençlik döneminde verilen eğitim ve yönelişler sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bir ülkenin siyasal rejimi ve gelişme düzeyi ne olursa olsun gençlerin eğitimi ve görüşleri her ülke

için önemlidir. Gençlerine kıymet verip, onların donanımlı ve kaliteli bir eğitim alarak yetişmelerini sağlayan toplumlar geleceğe daha güvenle bakarlar. Bu nedenle bu çalışma sağlık personeli olarak atanıp

topluma hizmet etmek ile yükümlü üniversite öğrencilerinin göçmenlere yönelik xenofobi algılarını ve göçmenlerin sağlık yükünü ne ölçüde etkiledikleri konusunda düşüncelerini tespit etmek amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın Tipi, Evren ve Örneklem

Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışma etik kurul ve gerekli kurum izinleri alındıktan sonra Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda okuyan (Diyaliz Programı, Fizyoterapi Programı, Yaşlı Bakımı Programı, Çocuk Gelişimi Programı, İlk ve Acil Yardım programı, Tıbbi Laboratuvar Programı) 1493 öğrenciden 638 (%42,7) öğrenciye yapılmıştır.

Verilerin Toplanması

Veriler çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilere anket dağıtılarak Mayıs 2019 tarihinde toplanmıştır. Örneklem seçimine gidilmeyip, çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden öğrencilerden sözlü onam alınarak çalışmaya dahil edilmiştir. Sınıfta yüz yüze uygulanan anket formları, ders başlamadan 15 dakika içinde dolduruldu ve toplandı.

Veri Toplama Araçları

Öğrenciden veri toplamak için kullanılan anket, araştırmacılar tarafından literatür taraması yapılarak oluşturulan 14 sorudan ve yazarından izin alınarak, geçerlilik güvenilirliği yapılan bir ölçek kullanılmıştır. Ölçeğin geçerlilik güvenilirliği Bozdağ ve Kocatürk tarafından 2017 yılında yapılan cronbach alfa değeri .86 olan Xenofobi ölçeğinden oluşmuştur. Bu örneklem için ise cronbach alfa değeri .89 bulunmuştur. Ölçek 3 faktörden (“korku, nefret ve aşağılama”) ve beşli likert tipinde 18 maddeden oluşmaktadır. Katılımcılar ölçekte bulunan her bir maddeyi dikkat ederek okuması ve o maddenin karşısındaki “Tamamen Katılıyorum”, “Katılıyorum”, “Kısmen Katılıyorum”, “Katılmıyorum” ve “Hiç Katılmıyorum” şeklindeki beş seçenektan kendilerine en uygun seçeneği işaretlemeleri

istenmiştir. Ölçekteki ayrı ayrı her bir madde “Tamamen Katılıyorum” seçeneği için 5 puan, “Katılıyorum” seçeneği için 4 puan, “Kısmen Katılıyorum” seçeneği için 3 puan, “Katılmıyorum” seçeneği için 2 puan ve “Hiç Katılmıyorum” seçeneği için 1 puan şeklinde puanlanmaktadır. 7. ve 11. maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 18, en yüksek puan ise 90 olup, yüksek puan xenofobi düzeyinin yüksek olduğu, düşük puan ise xenofobi düzeyinin düşük olduğu anlamına gelmektedir.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma da kullanılan ölçek için ilgili araştırmacılar tarafından gerekli izin alındı. Çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden de sözlü onam alınarak çalışmaya dahil edildi. Araştırmanın yapılabilmesi için kurum (Sayı Numarası: 21452481-100-E.8709, Tarih: 11/03/2019) ve etik kurul izinleri tamamlandı. Etik kurul izni Gümüşhane Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu’ndan alındı (Sayı Numarası: 95674917-108.99-E.9740, Tarih: 19/03/2019).

Verilerin Analizi ve Yorumu

Veriler SPSS paket programında frekans ve yüzde değerleri hesaplanmıştır. Gruplar arası farklılıkların olduğu durumlarda, ortaya çıkan farkın hangi gruplar arasında olduğunu saptamak amacıyla için Tukey çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. Değişkenler ile puanlar arasında fark olup olmadığına grup sayısı iki ise bağımsız t testi, grup sayısı ikiden fazla ise One way ANOVA ile test edilmiştir. Kolmogorov Smirnov testine göre dağılımın normal olduğu, varyansların eşit olduğu tespit edilmiştir. Verilerin analizinde anlamlılık düzeyi $p < ,05$ olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın önlisans eğitimi alan öğrencilerle, anket formu ile sadece belli bir üniversite evren alınarak belli bir tarihte yapılıyor olması araştırmanın sınırlılıklarıdır.

Ayrıca bu araştırmanın kapsama oranı düşük olduğundan istatistiksel olarak anlamlı bulguların neden sonuç ilişkisi olarak yorumlanması güçtür.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Tablo 1. Çalışmaya Katılan Öğrencileri Göçmenlere Yönelik Düşünceleri

		N	%
Yaşadığınız yerde göçmen var mı?	Evet	498	78,1
	Hayır	140	21,9
Göçmenlerden korkar mısınız?	Evet	116	18,2
	Hayır	522	81,8
Göçmenlerle ilgili medyada olumsuz haber var mı?	Evet	442	69,3
	Hayır	39	6,1
	Bilmiyorum	157	24,6
Göçmenler sağlık hizmetlerinin yükünü arttırıyor mu?	Evet	456	71,5
	Hayır	59	9,2
	Bilmiyorum	123	19,3
Eredike olan hastalıkların yeniden ortaya çıkmasına neden olmakta mıdır?	Evet	371	58,2
	Hayır	33	5,2
	Bilmiyorum	234	36,7
Göçmenler aile planlamasına önem veriyor mu?	Evet	20	3,1
	Hayır	370	58,2
	Bilmiyorum	248	38,9
Göçmenler aşılama önem veriyor mu?	Evet	20	3,1
	Hayır	243	38,1
	Bilmiyorum	375	58,8
Göçmenler cinsel yolla bulaşan hastalıkları arttırdı mı?	Evet	184	28,8
	Hayır	13	2,0
	Bilmiyorum	441	69,1
Toplam		638	100,0

Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 20,16±1,59 olup, %73'ü kız, %27'si erkek, %70'i 1. sınıf öğrencisi, %29,9'u 2.sınıf öğrencisidir. %18'i ilk ve acil yardım programı, %15'i çocuk gelişimi programı, %14,4'ü fizyoterapi programı, %32'si tıbbi laboratuvar programı, %12,2'si yaşlı bakımı programı, %8,3'ü diyaliz programı öğrencisidir. Öğrenciler gelirlerini giderleri ile karşılaştırdığında %35,7'si kötü, %55,8'i orta şekilde ifade ederken, %8,5'i iyi olarak belirtmiştir. Öğrencilerin %78,1'inin yaşadığı yerde göçmen var iken, %18,2'si göçmenlerden korktuğunu ifade etmişlerdir. Öğrencilerin %84,1'i göçmenleri geçici misafir, ülkesiz kalan ve zulme uğrayan din kardeşi şeklinde olumlu görür iken, %15,7'si olumsuz görüş paylaşmışlardır. Öğrencilerin %71,5'i

göçmenlerin sağlık hizmetleri yükünü arttırdığını, %58,2'si eradike olan hastalıkların yeniden ortaya çıkmasına sebep olduklarını, %58'i aile planlamasına önem vermediklerini, %38,1'i aşılama önem vermediklerini, %28,8'i cinsel yolla bulaşan hastalıklarını arttırdıklarını belirtmişlerdir (Tablo 1).

Tablo 2. Üniversite Öğrencilerinin Zenofobi Ölçeği Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Gruplar	N	Ort.	S	sd	t	P
Kız	460	49,6	12,28	630	-2,001	0,46
Erkek	172	51,8	12,74			

N= Sayı, Ort.=Ortalama, S= Standart sapma, sd= Serbestlik derecesi

Tablo 2 incelendiğinde çalışmaya katılan öğrencilerin cinsiyetleri ile zenofobi ölçeğinden almış oldukları puanlardaki farkın anlamlı olup olmadığını bulmak için yapılan t testi sonucunda, kız öğrencilerin puanları ortalaması (Ort. Kız=49,6±12,28) ile, erkek öğrencilerin puanları ortalaması (Ort. Erkek=51,8±12,74) arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [t(630)= -2.001, p=0,046, p<0,05]. Kız öğrencilerin erkek öğrencilere nazaran zenofobi ölçek puanları daha düşük bulunmuştur.

Tablo 3 incelendiğinde gelir durumları ile zenofobi ölçek puanı arasında farklılık olup olmadığını saptamak için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile karşılaştırılmıştır. Zenofobi ölçeğine göre gelir durumu gider durumu ile karşılaştırıldığında kendini kötü olarak değerlendiren öğrencilerin ortalaması (Ort. 51,28±12,4), gelir durumu gider durumu ile karşılaştırıldığında kendini orta olarak değerlendiren öğrencilerin ortalaması (Ort. 49,04±12,05), gelir durumu gider durumu ile karşılaştırıldığında kendini iyi olarak değerlendiren öğrencilerin ortalaması (Ort. 53,29± 13,9) en az ikisi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [F(2-

629)=4,089, $p<0.05$]. Sonuç olarak ekonomik düzeyleri orta olan öğrencilerin iyi olan

öğrencilere göre zenofobi ölçek puanları anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.

Tablo 3. Üniversite Öğrencilerinin Gelir Durumlarının Zenofobi Ölçeği Puanına Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Zenofobi	Gruplar arası	1253,43	2	626,718	4,089	,017
	Gruplar içi	96405,57	629	153,268		
	Toplam	97659,01	631			

Tablo 4. Üniversite Öğrencilerinin Göçmenlerden Korkma Durumlarının Zenofobi Ölçeği Puanına Göre Karşılaştırılması

Gruplar	N	Ort.	S	sd	t	p
Evet	111	56,5	13,03	629	6,067	0,000
Hayır	520	48,8	11,9			

N= Sayı, Ort.=Ortalama, S= Standart sapma, sd= Serbestlik derecesi

Tablo 4 incelendiğinde araştırmaya katılan öğrencilerin göçmenlerden korkma durumlarına ile zenofobi ölçeğinden almış oldukları puanlardaki farkın anlamlı olup olmadığını tespit etmek üzere yapılan bağımsız örneklem için t testi sonucunda, evet şeklinde cevap veren öğrencilerin puanları ortalaması ile (Ort. $56,5\pm 13,03$), hayır şeklinde cevap veren öğrencilerin puanları ortalaması (Ort. $48,8\pm 11,9$) arasında anlamlı bir fark bulunmuştur [$t_{(629)}= 6,067$, $p=0,000$, $p<0,05$]. Sonuç olarak göçmenlerden korkanların zenofobi ölçek puanları anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 5 incelendiğinde medyada olumsuz haber varlığının ile zenofobi ölçek puanı arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile karşılaştırılmıştır. Medyada olumsuz haber varlığı ile zenofobi ölçeği karşılaştırıldığında “evet” şeklinde cevap veren öğrencilerin ortalaması (Ort. $51,08\pm 12,7$), “hayır” şeklinde cevap veren öğrencilerin ortalaması (Ort. $48,02\pm 1,5$), “bilmiyorum” şeklinde cevap veren öğrencilerin ortalaması (Ort. $48,30\pm 11,6$) en az ikisi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [$F(2-627)=3,488$, $p<0,05$]. Sonuç olarak medyada olumsuz haber varlığına “evet” cevabını verenler ile “bilmiyorum” cevabını verenler arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Medyada olumsuz haber verenlerin çoğunlukta olduğunu ifade eden öğrencilerin zenofobi ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 5. Üniversite Öğrencilerinin Medyada Olumsuz Haberlerin Varlığının Zenofobi Ölçeği Puanına Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p
Zenofobi	Gruplar arası	1073,43	2	536,702	3,488	,031
	Gruplar içi	96467,23	627	153,855		
	Toplam	97540,64	629			

Göç olayı hem göç edilen yerde yaşayanlar hem de göç edenler için önemli toplumsal sorunlardan bir haline gelmektedir. Göçmenlerden korkanların zenofobi ölçek puanları anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur. Fakat buna rağmen müslüman olmaları ve zulme uğramaları Türkiye’de

kabul görmelerini pekiştiren bir durumdur. Suriye’den gelen göçmenleri ülkesiz kalan, din kardeşi, geçici misafir gibi tanımlamalar, olumsuz görüş bildirenlere göre daha yüksektir. Yapılan çalışmalara bakıldığında ise; 59 ülkede 50 bin kişiye yapılan çalışmada göçmenliğe karşı çıkanların oranı

dünyada %38 iken, Türkiye’de %61 olarak bulunmuştur¹¹. Bu araştırmada yaş parametresine göre Suriyeli Göçmenlere yönelik tutumlarda anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Alanda yapılan çalışmalara bakıldığında Ekonomi ve Dış Politika Araştırmalar Merkezinin 2013 yılı Kasım ayında Türkiye genelinde 18 yaş üstü 1515 kişi ile yaptığı kamuoyu araştırmasında; Suriye’li sığınmacıları istemeyenler %86 olarak bildirmiştir. Çalışmada cinsiyet değişkenine göre değerlendirildiğinde; kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre zenofobi ölçek puanları daha düşük bulunmuştur. Alanda yapılan çalışmalara bakıldığında; son zamanlarda yapılan araştırmalarda cinsiyetin göçmen karşıtı tutumları açıklamada etkisinin olmadığı ya da düşük düzeyde etkisinin olduğu belirtilmiştir^{12, 13}. Fakat grup tehdidin de zenofobi değişkenine bakıldığında; erkeklerde zenofobinin daha yüksek düzeyde olduğunu belirten çalışmalar bulunurken zenofobinin kadınlarda daha fazla olduğu sonucuna ulaşan çalışmalar da mevcuttur¹³⁻¹⁶. Çalışmada öğrencilerin zenofobi düzeylerinin okudukları bölüme göre farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Kişilerin eğitim seviyeleri fark etmeksizin yabancılara yönelik korku ve nefretleri benzer olmakta, eğitim durumlarına göre değişmemektedir¹⁷.

Göçmenlerin ülkemizde yok olan hastalıklara neden olduğunu düşünen kişilerin zenofobik ölçeği puanlarının yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmaya katılan öğrencilerin yarısından fazlası eradike olan hastalıkların yeniden ortaya çıkmasına sebep

olduklarını ifade etmiştir. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Ofisi’nin raporuna göre, göç ve bulaşıcı hastalıkların bir ülkeden başka bir ülkeye taşınması arasında bir ilişki olduğuna dair yaygın bir algı olmasına rağmen aralarında sistematik bir ilişki bulunmamaktadır¹⁷. Göçmenlerde gelir düzeyinin düşük olması, sağlık sigortalarının bulunmaması, dil sorunu, aynı evde çok sayıda bireyin yaşaması, hijyen problemleri, yaşanan olumsuzluklara ve şiddete bağlı gelişen ruhsal bozukluklar, temiz içme suyu sağlanamaması, atıkların uzaklaştırılmaması ve beslenme gibi faktörler de göç eden bireylerin sağlık durumlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Tüm bu problemlere ilaveten işsizlik ve yoksullukla birlikte hastalıkların patlamasına neden olmakta ve günümüzde mesele olmayan hastalıklar yeniden sorun olmaya başlamaktadır¹⁸.

Çalışmaya katılan öğrencilerin yarısından fazlası göçmenlerin aile planlamasına önem vermediklerini ifade etmişlerdir. Göçmen kadınlar sahip oldukları statünün devamlılığı için fazla sayıda çocuk doğurmak eğilimindedirler. Bu nedenle aile planlaması hizmetlerinden yararlanma da düşük olmaktadır¹⁹. Çalışmada medyada olumsuz haber verenlerin çoğunlukta olduğunu ifade eden öğrencilerin zenofobi ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur. Kolukırık tarafından 2009 yılında yapılan çalışmaya göre de; medyada yapılan haberlerin metin içeriklerine bakılmış ve göç ile ilgili yapılan haberlerde göçmenleri “öteki” olarak tanımladıkları, kamuoyunda olumsuz olarak algılanmasını sağladıkları tespit edilmiştir²⁰.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Zenofobi bireysel ve toplum sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin yanında hem halk sağlığı hem de politik açıdan sorun oluşturmaktadır. Kültürün entegrasyonu ve anlayışı destekleyen politikalar toplum sağlığını iyileştirmek için şarttır. Öğrencilere gerekirse zenofobi kavramı konusunda psiko-

eğitsel grup çalışmaları yapılmalı ve bu çalışmalarda zenofobik düşünce, tutum ve davranışların azaltılması amaçlanmalıdır. zenofobi kavramı yurt içinde yeni elen alınan bir kavram olduğu için konu ile ilgili yapılan çalışma sayısı sınırlıdır. Zenofobi ile ilgili yapılan çalışmalar çoğaltılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Ekici, S. ve Tuncel, G. (2015). "Göç ve İnsan". *Birey ve Toplum*, 5 (9), 9-22.
2. Aslan, Ş. ve Ulutaş, D.A. (2018). "Sağlık Açısından Göç ve Yaşlılık". *Göç Araştırmaları Dergisi*, 4 (1), 10-29.
3. Tuzcu, A. ve Ilgaz, A. (2015). "Göçün Kadın ve Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri". *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7 (1), 56-67.
4. Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği. (UNHCR). Erişim: <https://www.unhcr.org/tr/unhcr-turkiye-istatistikleri>. Erişim tarihi: 20.11.2019.
5. Saçan, S, Cizdan, G. ve Tabak, H.D. (2017). "Aydın Halkının Suriyeli Göçmenlere Yönelik Bakış Açısının İncelenmesi". *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1 (1), 28-38.
6. Aydın, Z.D. (2019). "Yetişkinlerde Zenofobi, Empati Düzeyi ve Suriyeli Çocukların Türk Eğitim Sistemine Dahil Edilmelerine İlişkin Algılar". *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul*.
7. United Nations Education, Science and Culture Organization. Xenophobia. <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/xenophobia/> Accessed 11.12.2020.
8. Suleman, S, Garber, K.D. and Rutkow, L. (2018). "Xenophobia as a Determinant of Health: An Integrative Review". *J Public Health Pol*, 39, 407-423.
9. Bozdağ, F. ve Kocatürk, M. (2017). "Zenofobi Ölçeği'nin Geliştirilmesi: Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışmaları". *The Journal of International Social Research*, 10 (52), 615-620.
10. International Labour Office. International migration, racism, discrimination and xenophobia. Geneva. https://publications.iom.int/system/files/pdf/international_migration_racism.pdf. Accessed Aug 2001.
11. Ünal, S. (2014). "Türkiye'nin Beklenmedik Konukları: "Öteki" Bağlamında Yabancı Göçmen ve Mülteci Deneyimi". *Journal of World of Turks*, 6 (3), 65-89.
12. Burjanek, A. (2001). "Xenophobia Among the Czech Population in the Context of PostCommunist Countries and Western Europe". *Czech Sociological Review*, 9 (1), 53-67.
13. Nastuta, S. and Tompea, A.D. (2011). "Who is Afraid of Immigrants?". *Sfera Politicii*, 12 (166), 35-44.
14. Hjern, M. (2009). "Anti-Immigrant Attitudes and Cross-municipal Variation in the Proportion of Immigrants". *Acta Sociologica*, 52 (1), 53.
15. Haque, A.E. (2015). "Construction and Validation of a New Measure of Xenophobia". Erişim: <https://audreyhaque.files.wordpress.com/2015/07/construction-and-validation-of-a-new-measure-of-xenophobia.pdf>, Erişim tarihi: 24.10.2020.
16. Hjern, M. and Nagayoshi, K. (2011). "The Composition of the Minority Population As a Threat: Can Real Economic and Cultural Threats Explain Xenophobia?". *International Sociology*, 1-29.
17. WHO. (2016). "Migration and Health: Key Issues. Public Health Aspects of Migration in Europe." WHO Regional Office for Europe.
18. Aydoğan, S. ve Metintaş, S. (2017). "Türkiye'ye Gelen Dış Göç ve Sağlığa Etkileri." *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*, 2 (2), 37-45.
19. Dong, Q, Day, K.D. and Collaco, C.M. (2008). "Overcoming Ethnocentrism Through Developing Intercultural Communication Sensitivity And Multiculturalism. Human Communication". A Publication of the Pacific and Asian Communication Association, 11 (1), 27-38.
20. Kolukırcık, S. (2009). "Mülteci ve Sığınmacı Olgusunun Medyadaki Görünümü: Medya Politikası Üzerine Bir Değerlendirme". *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8 (1), 1-20.

Ventrogluteal ve Dorsogluteal Bölgeye Uygulanan İntramüsküler Enjeksiyonların Kanama, Ağrı ve Hematom Açısından Karşılaştırılması

Comparison of Intramuscular Injections Applied on Ventrogluteal and Dorsogluteal Areas in the Way of Bleeding, Pain and Hematoma

Emine APAYDIN¹, Havva ÖZTÜRK²

ÖZ

Yarı deneysel niteliğindeki bu çalışma, ventrogluteal ve dorsogluteal bölgeye uygulanan intramüsküler enjeksiyonları kanama, ağrı ve hematom açısından karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, bir devlet hastanesinin acil ünitesi intramüsküler enjeksiyon birimine başvuran 840 hasta ve örneklemini ise, bu hastalardan güç analizi ile %95 güven aralığında, hesaplanan ve bu hastalar arasından örnekleme alınma ölçütlerini karşılayan 102 hasta oluşturmuştur. Veriler, Hasta Tanılama Formu, Hasta İzlem Formu, Ağrı Skalası, Opsite-Flexigrid Ölçüm Aracı, Hematom Alanı Gruplandırması ile toplanmıştır. Veriler yüzde, ortalama, t-testi, Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Bulgulara göre hastaların dorsogluteal bölgelerine uygulanan intramüsküler enjeksiyon sonrası ağrı ortalaması 3,68±1,54, ventrogluteal bölgelerine uygulanan enjeksiyon sonrası ağrı ortalamaları 2,20±1,53 tür. Dorsogluteal bölgelerine uygulanan intramüsküler enjeksiyon sonrası kanama ortalamaları 0,42±0,66, ventrogluteal bölgelerine uygulanan enjeksiyon sonrası kanama ortalamaları 0,20±0,32'dir. Hastaların dorsogluteal bölgelerinde 48. saatte hematom oluşumu puanı 0,20±0,49, 72. saatte 0,32±0,67, ventrogluteal bölgelerinde 48. saatte 0,04±0,22, 72. saatte 0,07±0,29'dur. Sonuç olarak ventrogluteal bölgeye uygulanan enjeksiyonlarda ağrı, kanama ve hematom oluşumunun dorsogluteal bölgeye uygulanan enjeksiyonlardan daha az görüldüğü saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Ağrı, Dorsogluteal Enjeksiyon, Hematom, Kanama, Ventrogluteal Enjeksiyon

ABSTRACT

This semi-experimental study is conducted to compare intramuscular injections applied on ventrogluteal and dorsogluteal sites in regards to bleeding, pain and hematoma. Population of the study was composed of patients who applied to the emergency care service of a state hospital. Sample group is consisted of 102 patients who meet the criteria of sampling with power analysis have 95% of confidence interval. Data were collected via Patient Information Form, Patient Observation Form, Pain Scale, Opsite-Flexigrid Measuring Tool and Grouping of Hematoma Area. The data were analyzed by the means of average, t-test, Pearson Correlation Coefficient. According to findings, after the intramuscular injection applied on dorsogluteal area, the average pain level of patients was 3.68±1.54, after the injection on ventrogluteal area, the average pain level of patients was 2.20±1.53. After intramuscular injection applied on dorsogluteal area, the average of bleeding was 0.42±0.66, after the injection on ventrogluteal area, the average of bleeding was 0.20±0.32. In 48 hours, the hematoma formation score on dorsogluteal area of patients was 0.20±0.49, in 72 hours, it is 0.32±0.67. In 48 hours, the hematoma formation score on ventrogluteal area of patients is 0.04±0.22, in 72 hours, it was 0.07±0.29. As a consequence, it was found that the pain, bleeding and hematoma formation after injections applied on ventrogluteal area were seen less than those of dorsogluteal area.

Key words: Bleeding, Dorsogluteal Injection, Hematoma, Pain, Ventrogluteal Injection

Çalışma için ilgili Üniversitenin Etik Kurulu'ndan ve araştırmanın yürütüleceği kurundan yazılı izin alınmıştır.

¹Uzm. Hem. Emine APAYDIN, Hemşirelik Esasları ve Yönetimi, Giresun Üniversitesi Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim Araştırma Hastanesi, Eğitim Birimi, hacettepeli_28@hotmail.com, ORCID: 0000-0002-6378-0636

²Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK, Hemşirelik Esasları, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, havvaozturk@ktu.edu.tr, ORCID: 0000-0001-8515-6263

İletişim / Corresponding Author:

Emine APAYDIN

e-posta/e-mail:

hacettepeli_28@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received: 17.09.2020

Kabul Tarihi/Accepted: 07.01.2021

GİRİŞ

Hastaların tedavisinde önemli yer tutan ilaç uygulamaları hemşirelerin sorumlulukları arasında yer alır. Dolayısıyla sağlık kurumlarında hastalarda tedavi için kullanılacak ilacı hekim yazdıktan sonra, doğru ilacı hazırlayarak doğru hastaya, doğru zamanda, doğru yolla, doğru dozda uygulamak ve bireydeki etkilerini gözlemek hemşirelerin sorumluluğu altındadır.¹

Hemşirelerin ilaç uygulamaları, ilaçların adları, etken maddeleri, uygulanma yolları, şekilleri, sınıflandırılması, etki mekanizması, yan etkileri, etkilerini değiştirebilen unsurlara dair temel bir bilgilere sahip olmaları gerekmektedir. Bununla birlikte anatomi, fizyoloji ve asepsi bilgisi, kritik düşünme, etik yargılama, karar verme ve iletişim becerisi de önemlidir.²

İlaçlar, ilacın özelliklerine ve vücutta istenen etkisine, hastanın fiziksel ve ruhsal durumuna göre değişmekle birlikte oral veya parenteral yollarla uygulanmaktadır. Her iki yolun da avantaj ve dezavantajları vardır. İlaçların ağız yoluyla verilmesi anlamına gelen oral yolla ilaçların uygulanması; en doğal, uygulaması kolay, riski ve maliyeti en az olan ilaç uygulama yoludur.³ Parenteral yol ise terapötik ajanların (ilaçların) sindirim sistemi dışındaki tüm yollarla verilmesidir. İlaçların enjeksiyon yolu ile uygulanmasını, sistemik emilim amacıyla beden dokularının içine verilmesini, yapılan enjeksiyonun adını, ilacın enjekte edildiği ya da uygulandığı bölge belirler.^{4,5}

İntramüsküler enjeksiyonlar da parenteral ilaç uygulamalarının önemli bir parçasıdır ve sık uygulanan hemşirelik becerilerindedir. İntramüsküler enjeksiyon, ilacın dermis ve subkutan dokunun altında bulunan kas tabakasına enjekte edilmesidir. Müsküler tabaka subkutan dokuya oranla daha çok kan damarı yapısına sahip olduğu için intramüsküler yolla verilen ilaçlar intravenöz yola göre daha yavaş, subkutan yola göre ise daha hızlı emilir.^{6,7} Verilecek ilaç miktarı, bölgelere ve vücut yapısına göre değişir. Basit bir uygulama olarak düşünülmesine rağmen, intramüsküler enjeksiyon

uygulanması azami dikkat ve özen ile yapılmadığı durumlarda çok ağır komplikasyonlara yol açabilmektedir.⁸ İntramüsküler enjeksiyonlara bağlı ortaya çıkan potansiyel komplikasyonlar abse, selülit, doku hasarı, nekroz, sinir yaralanması, granüloma, kas fibrozu ve kontraktür, ağrı, kanama, intravasküler enjeksiyon ve hematomdur.^{9,10} Bu nedenle güvenli ilaç uygulamada temel ilkelerin yanı sıra bölge seçimi önem kazanır ve bölge sınırlarının çok iyi bilinmesi gerekir. İntramüsküler enjeksiyonlarda dorsogluteal ile ventrogluteal bölgelerdeki kanama oranı ve ağrı şiddetinin karşılaştırılması amacıyla, 2006 yılında 67 hasta üzerinde bir araştırma yapılmıştır. Bu çalışmada hastaların ortalama ağrı şiddeti dorsogluteal bölgede 50,79 ve ventrogluteal bölgede 40,79 olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada ortalama kanama oranı dorsogluteal bölgede 0,73 milimetre ve ventrogluteal bölgede 0,19 milimetre olarak bulunmuştur. Kas içi enjeksiyonlarda dorsogluteal bölgeye oranla daha hafif ağrı ve kanamaya sebebiyet vermesinden dolayı ventrogluteal bölgesinin seçilmesi önerilmiştir.¹¹ Anatomik olarak doğru bölge olsa bile, doku yıkımını artıracak ve ilaç emilimini engelleyeceği için irritasyon, inflamasyon, enfeksiyon ve ödem olan bölgelere enjeksiyon yapılmamalı; kemik, sinir ve kan damarlarının yerleşiminden uzak, yağ tabakasının ince olduğu bölge seçimine dikkat edilmelidir. Enjeksiyon bölgesi çok iyi belirlenmeli ve palpe edilmelidir.^{12,13}

İntramüsküler enjeksiyonda kullanılan bölgeler; femoral bölge (rektus femoris kası), laterofemoral bölge (vastus lateralis kası), deltoid bölge (deltoid kası), dorsogluteal bölge (gluteus maksimus kası) ve ventrogluteal bölgedir (gluteus medius ve minimus kası). Klinik uygulamalarda laterofemoral bölge hemşireler tarafından daha çok yenidoğanlarda ve 2 yaşın altındaki çocuklarda en iyi gelişmiş kas bölgesi olduğu için tercih edilen alandır.^{14,15} Deltoid bölge yalnızca çok az miktardaki (0,5-1 mililitre) ilaçların intramüsküler uygulaması ve aşılarda

için kullanılmaktadır.¹³ Dorsogluteal bölge ise intramüsküler enjeksiyon uygulamaları için sinir yaralanması, kanama gibi bir çok risk taşımaya rağmen çok geniş bir bölge olduğu için hemşireler tarafından sıklıkla tercih edilen bir bölgedir. Hemşirelerin yataklı tedavi kurumlarında intramüsküler enjeksiyon uygulamalarına yönelik kanıt dayalı uygulamalar yerine geleneksel yaklaşımlarla sürdürdükleri saptanmıştır.¹⁶ Güneş ve arkadaşlarının yaptıkları araştırma sonuçları bu görüşü doğrular şekilde hemşirelerin %60'ının intramüsküler enjeksiyon uygulamalarını yaparken çoğunlukla dorsogluteal bölgeyi kullandığını, yalnızca %21,8'inin ventrogluteal bölgeyi tercih ettiğini saptamıştır. Oysa ki ventrogluteal bölge, büyük kan damarlarına ve sinirlere yakın olmadığından bütün hastalar için daha güvenli bir bölgedir.^{7,13,17} Chan et al. (2006) yaptıkları çalışmada dorsogluteal bölgeye yapılan intramüsküler uygulamada ilacın kasa ulaşma durumu radyolojik olarak incelenmiş ve 50 enjeksiyondan 34'ünde (%68) ilacın kas dokusuna iletilmediği ve subkutan dokuda kaldığı belirlenmiştir.¹⁸ Günümüzde intramüsküler enjeksiyon sonrası olası komplikasyonları en aza indirmek için 2-3 mililitre ilaç uygulamalarında ventrogluteal bölgenin kullanımı önerilmektedir.^{14,19,20}

Ventrogluteal enjeksiyon sonrasında damar sinir yaralanması dahil olmak üzere enjeksiyon tekniğinden kaynaklanan bölgesel komplikasyon bildiren bir rapora rastlanmamıştır.^{8,15,21-23} Dolayısıyla literatür bilgileri ışığında ventrogluteal bölge intramüsküler enjeksiyon uygulamak için en güvenli bölge olarak tanımlansa bile, yapılan çalışmalar hemşirelerin büyük bir oranının hala bu bölgeyi tercih etmedikleri, bu konudaki tutumlarını değiştirme konusunda isteksiz oldukları belirlenmiştir.²⁰

İngiltere'de yapılan bir çalışmada da, hemşireler bu bölgeyi tercih etmeme nedeni olarak bölgenin anatomik yapı itibari ile küçük olmasını, ventrogluteal bölgenin dorsogluteal bölge kadar güvenli olmadığını düşündüklerini, enjeksiyonu gluteus medius kasına yapabilmek için bölge tespiti konusunda kararsız kaldıklarını ifade etmişlerdir. Bununla birlikte bu bölgeye enjeksiyon uygulandığı takdirde, hemşirelerin büyük bir kısmı hasta bireylere zarar verebileceklerini düşündüklerini belirtmektedir.^{20,24}

Sonuç olarak literatür incelendiğinde, dorsogluteal ve ventrogluteal bölgeye yapılan enjeksiyon uygulamalarının etkilerini karşılaştırmak amacı ile yapılan çalışma sayısının kısıtlı ve ventrogluteal bölgenin avantajlarına rağmen dorsogluteal bölgenin en çok kullanılan bölge olduğu tespit edilmiştir. Oysa bu alanda daha çok kanıt dayalı araştırmalar yapıp sağlık profesyonellerinde farkındalık oluşturmaya yönelik eğitim çalışmalarının yürütülmesi gerekmektedir. Dolayısıyla, konuya yönelik yürütülen çalışmalardan elde edilen sonuç ve önerilerle hangi bölgenin daha güvenli olduğuna dair elde edilen sonuçlar hemşirelerle paylaşılabilir, hemşirelerin doğru bölgeyi kullanma oranlarının artması, böylelikle verilen hizmetin kalitesinin yükseltilmesi, hasta memnuniyetlerinin artması, enjeksiyon sonrası görülen komplikasyonların azalması sağlanabilir.

Bu nedenle çalışma, Sağlık Bakanlığına bağlı bir devlet hastanesinin acil ünitesi enjeksiyon birimine intramüsküler enjeksiyon için başvuran hastaların dorsogluteal ve ventrogluteal bölgelerine uygulanan intramüsküler ilaç enjeksiyonlarını kanama, ağrı ve hematoma açısından karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Giresun ilinde bir devlet hastanesinin intramüsküler enjeksiyon

biriminde Ocak - Nisan 2017 ayları arasında yarı deneysel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, acil ünitesi intramüsküler enjeksiyon birimine 4 aylık süreç içerisinde başvuran olan ortalama 840 hasta oluşturmuştur. Bu hasta sayısı, 2017 yılında hastane kayıtlarından geriye dönük saptanmış olup, araştırmanın veri toplama süreci (4 ay) dikkate alınarak belirlenmiştir. Araştırmanın örnekleme ise bu intramüsküler enjeksiyon birimine başvuran ortalama 840 hastadan güç analizi ile %95 güven aralığında, 0,5 etki büyüklüğü, %80 güç değeri ile hesaplanan ve bu hastalar arasından örnekleme alınma ölçütlerini karşılayan 102 hasta oluşturmuştur.

Araştırmaya kabul edilme ölçütleri;

- Hastanın en az iki kere intramüsküler enjeksiyon tedavisinin olması,
- Trombosit değerinin 150000 / milimetreküp ve üzerinde olması,
- APTT (Aktive Parsiyel Tromboplastin Zamanı) değerinin 20-40 saniye arasında olması,
- International Normalized Ratio (INR) değerinin 0,8-1,2 arasında olması (hastaların laboratuvar değerleri hastane modülünde yer alan geriye dönük tarama ile son 3 ay içerisindeki tahlillere bakılarak araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir),
- Antikoagülan ilaç kullanmaması,
- Enjeksiyon bölgesinde skar, insizyon, lipodistrofi ve enfeksiyon bulgusunun olmaması,
- Allerji öyküsünün olmaması,
- 18-65 yaş aralığında olması,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmesi,
- Dodex (Siyanokobalamin yani B12 vitamini içeren pernisiyöz anemi, hiperkrom makrositer anemi, nevralsi, nevrit, siyatik tedavisinde kullanılan, 1 mililitrelik ampuller şeklinde, kırmızı renkli bir solüsyondur. Dodex tedavisinin seçilme nedeni acil ünitesi intramüsküler enjeksiyon birimine bu ilacı yaptırmak için gelen kişilerin sık olması (aylık ortalama 111 kişi), dodexin sadece intramüsküler olarak uygulanabiliyor olması,

tedavi protokolünün genellikle beş gün üst üste uygulama şeklinde olması böylece hastalara ve örneklem sayısına daha kolay ulaşılması ilacın tercih edilme nedenidir.) ampul 1 mililitre reçete edilmiş olmasıdır.

Araştırmaya kabul edilmeme ölçütleri;

- Enjeksiyon uygulaması için ikinci kez acil ünitesine gelmeyen hastalardır.

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, Hasta Tanılama Formu, Ağrı Skalası, Opsite-Flexigrid Ölçüm Aracı, Hematom Alanı Gruplandırması ve Hasta İzlem Formu kullanılmıştır.

Hasta Tanılama Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulmuş olup çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların yaşını, cinsiyetini, medeni durumunu, eğitim durumunu ve mesleğini içeren demografik özelliklerini ve hastanın klinik tanısını, sistemik hastalıklarını, laboratuvar değerlerini, kullandığı ilaçları, boyunu, kilosunu, beden kitle indeksini tanımlamaya yönelik özelliklerini içeren 13 sorudan oluşturulan bir formdur.

Görsel Ağrı Skalası

Bir ucunda ağrı yok, diğer ucunda dayanılmaz ağrı yazan 10 cm'lik bir cetvel üzerinde hastanın ağrı şiddetini işaretleyeceği şekilde tasarlanmış bir ölçektir. Hastaya bu iki uç arasında bulunan rakamlardan ağrısının şiddetine uygun olanı işaretlemekte özgür olduğu anlatılır. Kolay sınıflandırılabilmesi için 0-ağrı yok, 1-3 hafif ağrı, 4-7 orta şiddetli ve 8-10 şiddetli olarak ölçek sınıflandırılmıştır. Ağrı şiddetinin değerlendirmesinde diğer yöntemlere göre duyarlılığının yüksek olduğu ve uygulanan ağrı şiddetini saptama yöntemleri arasında güvenilir bir ölçüm aracı olduğu belirtilmektedir.^{25,26} Skala sayıları bilen 5 yaşındaki çocuklardan itibaren erişkinlere kadar bütün yaş gruplarında uygulanmaktadır.^{27,28}

Opsite-Flexigrid Ölçüm Aracı

Şeffaf yapışkan ve nem geçirgenliği olan rahat kullanımlı bir film örtüdür. Opsite-Flexigrid akrilik yapıştırıcı tabakası ile

kaplanmış ince bir poliüretan membrandan oluşmuştur. Yapıştırıldıktan sonra maruz kalan doku üzerinden su buharı kaybını azaltarak yaranın yüzeyinde nemli bir çevre oluştururken dış kontaminasyonu önlemektedir. Opsit Flexigrid, birinci veya ikinci derece yanıklar, ameliyat sonrası yaralar, küçük yaralanmalarda yüzeysel basınç bölgelerinin önlenmesi ve tedavisinde kullanılabilir. Üzerinde küçük kareler ve şeffaflığı nedeni ile hematoma çapının ölçümünde de kullanılmaktadır.^{29,30}

Hematoma Alanı Gruplandırması

Şeffaf bant ile ölçülen hematoma büyüklükleri iğnenin giriş yerinde nokta şeklinde renk değişikliği oluşmuşsa pinpoint=iğne ucu, 0,2-1 cm arasında ise orta, 1 santimetreden büyükse büyük hematoma olarak değerlendirilmiştir.³¹

Hasta İzlem Formu

İntramüsküler enjeksiyon yapılan hastalardan elde edilen verilerin kaydı için araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Her hasta için ayrı ayrı oluşturulup enjeksiyon sonrası kanama, ağrı, 48. ve 72. saatte hematoma değerlendirilerek bu forma kayıt edilmiştir.

Veri Toplama Süreci

Veri toplama sürecinde öncelikle hekim tarafından Dodex ampul reçete edilen ve acil ünitesi enjeksiyon birimine başvuran hastalar çalışmaya alınmadan önce bilgilendirilmiş ve onamları alınmıştır. Daha sonra hastalara demografik bilgileri içeren Hasta Tanılama Formu araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Tanılama formu doldurulduktan sonra enjeksiyon uygulaması gerçekleştirilmiştir. Enjeksiyon uygulaması; içerisinde iki sedye bulunan ve sadece enjeksiyon için kullanılan odada, hastaların mahremiyetini sağlamak için enjeksiyon sırasında perde kapatılarak uygulanmıştır. Hastaya yüzüstü yatar pozisyon verilip öncelikle enjeksiyon bölgesi değerlendirilmiştir. Daha sonra hekim tarafından reçete edilen ilaç araştırmacı tarafından hastaya önce dorsogluteal bölgeye, ikinci kez acile başvurduğunda ise semptomların daha iyi ayırt edilebilmesi için diğer bacakta ventrogluteal bölgeye uygulanmıştır. Her iki enjeksiyon 90 derece

açı ile intramüsküler enjeksiyon uygulama prosedürlerine uygun olarak ve standart olarak kullanılan 21G yeşil iğne ucu ile uygulanmıştır. Her enjeksiyon uygulanması sonrasında bir adet steril gazlı bez bastırmadan enjeksiyon yeri üzerine yerleştirilmiştir ve kanamanın durması beklenmiştir. Sonra steril gazlı bez üzerinde bulunan kan lekesinin çapı milimetrik cetvel ile ölçülüp, kanama miktarı belirlenmiştir. Bu sonuç Hasta İzlem Formuna kayıt edilmiştir. Her enjeksiyon uygulanmasının hemen sonrasında ağrı skalası ile hastanın ağrı şiddeti ölçülmüştür. Literatürde kas içi enjeksiyonlarda hematoma oluşumunun uygulamadan ne kadar süre sonra ortaya çıktığına ilişkin bir bilgiye rastlanmamakla birlikte, subkutan heparin uygulamalarından 48 saat sonra başladığı ve 72 saatten önce kaybolmadığı belirtilmektedir.³¹ Bu nedenle uygulanan her bir enjeksiyon bölgesi, uygulamadan sonraki 48. ve 72. saatlerde tekrar enjeksiyon için geldiklerinde toplam iki kez hematoma yönünden takip edilmiştir. Eğer hematoma oluşmuş ise hematoma üzeri polietilen milimetrik plastik film ile örtülüp hematoma büyüklüğü ölçülmüştür. Sonuçlar Hasta İzlem Formu'na kayıt edilmiştir. Elde edilen ölçüm farklılıklarına göre hematoma alanı gruplandırılmıştır. Araştırmacı aynı hastanede hemşire olarak çalışmakla birlikte enjeksiyon biriminde çalışmamaktadır. Çalışmanın yürütüldüğü süre zarfında birimde çalışmıştır ve bütün enjeksiyonlar uygulayan kişiden kaynaklanabilecek hataları en aza indirmek adına araştırmacı tarafından yapılmıştır. Enjeksiyon sonrası hematoma gelişen hastalardan görüntü alımı düşünülmesine rağmen, hastaların gönüllü olmaması ve mahremiyet açısından görüntü alınmamıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için araştırma kapsamındaki hastane için Giresun İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden 02.11.2016 tarihinde yazılı izin alınmıştır. Ayrıca Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan 09.01.2017 tarihinde 24237859 nolu sayı ve 55 numara ile etik

kurul izni alınmıştır. Araştırmada yer alan hastalara çalışmanın adı, amacı, planı, süresi ve kendisinden ne beklendiği, elde edilen verilerin nasıl ve nerede kullanılacağı açıklanmıştır. Çalışmaya katılma ya da katılmamaya karar vermede özgür oldukları, bilgi vermeyi reddetme hakkına sahip oldukları, çalışmayı herhangi bir noktada bırakabilecekleri açıklanarak istekli ve gönüllü olma ilkesine bağlı kalınmıştır. Hastalardan Hasta Onam Formu ile yazılı onam alınarak hastalar araştırmaya dahil edilmiştir. Hastaların olası problemler ve komplikasyon durumunda araştırmacıya ulaşabilmesi için araştırmacının telefonu ve iş yeri adresi verilmiştir.

Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22,0 programı kullanılarak analiz

edilmiştir. Verilerin analizinde, hastaların demografik özelliklerini, hastalık ve ilaç durumlarını belirlemek için sayı, yüzdelik testleri, laboratuvar sonuçlarını tanımlamak ve ağrı, kanama ve hematoma ölçüm sonuçlarını tanımlamak için ortalama ve standart sapma testleri kullanılmıştır. Normal dağılım için Kolmogorov ve Smirnov testleri yapılmıştır. Hastaların demografik özellikleri, hastalık ve ilaç kullanım durumları ile ağrı, kanama ve hematoma ölçüm sonuçlarını karşılaştırmak için t-testi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın sonuçları sözkonusu hastaneye başvuran hastalar ile sınırlıdır. Ayrıca olası komplikasyonlardan sadece ağrı, kanama ve hematoma sorgulanmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Hastaların %33,3'ü 30 yaş ve altında, %68,6'sı kadın, %69,6'sı evli, %38,2'si ilköğretim mezunu ve %32,4'ü ev hanımıdır. Ayrıca hastaların %52,9'unun beden kitle indeksi normal kilo değerleri içindedir. Hastaların boyları ortalama 1,66±0,06 santimetre, kiloları ortalama 70,71±14,49 kilogram ve beden kitle indeksleri ortalama 25,52±5,75 dir.

Hastaların %91,2'si B12 eksikliği tanısına sahiptir, %61,8'inin herhangi bir sistemik hastalığı yoktur ve %69,6'sı herhangi bir ilaç kullanmamaktadır. Sistemik hastalığı sahip olan hastaların ise %30,8 hipertansiyon hastasıdır ve %29'u antihipertansif ilaç kullanmaktadır.

Hastaların hemoglobin değeri 13,47±1,96, hematokrit değeri 39,92±5,59, eritrosit değeri 4,58±0,54, lökosit değeri 7,19±1,54, trombosit değeri 261,36±58,77, APTT değeri 30,85±3,07 ve INR değeri 1,03±0,23 tür.

Hastaların dorsogluteal bölgesine uygulanan enjeksiyonlara ilişkin ağrı puan ortalaması 3,68±1,54, kanama puan ortalaması 0,42±0,66, 48. saatteki hematoma puan ortalaması 0,20±0,49 ve 72. saatteki hematoma puan ortalaması 0,32±0,67 dir. Ventrogluteal bölgeye uygulanan enjeksiyonlardaki ağrı puan ortalaması ise 2,20±1,53, kanama puan ortalaması 0,20±0,32, 48. saatteki hematoma puan ortalaması 0,04±0,22 ve 72. saat hematoma puan ortalaması 0,07±0,29 dur (Tablo 1).

Aynı hastanın dorsogluteal ile ventrogluteal bölgelerine yapılan enjeksiyon uygulamaları karşılaştırıldığında, ağrı, kanama, 48. saatte hematoma ve 72. saatte hematoma yönünden, ventrogluteal bölge puan ortalamalarının dorsogluteal bölgeye göre daha düşük olduğu ve bulguların istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur (t=10,382; p=0,000; t=3,377; p=0,001; t=3,522; p=0,001; t=4,162; p=0,000) (Tablo 1).

Tablo 1. Dorsogluteal ve Ventrogluteal Bölgelere Uygulanan İntramüsküler Enjeksiyonların Ağrı, Kanama ve Hematom Açısından Karşılaştırılması

Enjeksiyonlara İlişkin Sorunlar	Dorsogluteal Enjeksiyon	Ventrogluteal Enjeksiyon	t	p
Ağrı	3,68±1,54	2,20±1,53	10,382	0,000
Kanama	0,42±0,66	0,20±0,32	3,377	0,001
48.saatte hematom	0,20±0,49	0,04±0,22	3,522	0,001
72.saatte hematom	0,32±0,67	0,07±0,29	4,162	0,000

İntramüsküler enjeksiyonlar, hastalarda en fazla ağrı ve rahatsızlığa neden olan enjeksiyon ya da invazif girişimlerden biridir.³² Bundan dolayı intramüsküler enjeksiyon uygulamasına yönelik bu çalışmada öncelikle hastanın ağrısı daha sonra hematom çapı ve kanama miktarı değerlendirilmiştir. Çalışmada, ventrogluteal bölgeye uygulanan intramüsküler enjeksiyonların dorsogluteal bölgeye uygulanan enjeksiyonlardan daha az ağrıya neden olduğu saptanmıştır. Moharreri ve arkadaşlarının çalışmasında da bizim çalışmamızda olduğu gibi dorsogluteal bölgede hastaların %83,5'inin hafif veya orta şiddette, ventrogluteal bölgede %88'inin hafif şiddette ağrı hissettiği ve %9'unun ise hiç ağrı hissetmediği saptanmıştır.¹¹ Kamats da büyük damar ve sinirlerden uzak olması, yağlı dokunun düzenli olmasından dolayı ağrı ve rahatsızlığın en az olduğu bölge olan ventrogluteal bölgenin tercih edilmesi gerektiğini önermektedir.³³ Bununla birlikte intramüsküler enjeksiyona bağlı gelişen ağrıda, iğne girişinin yarattığı mekanik travmanın ve maddenin kas içine verilirken yarattığı ani basıncın da etkili olduğu bildirilmektedir.³⁴ Literatürde, doğru ve güvenli bir intramüsküler enjeksiyon tekniğinin hastanın enjeksiyon sırasında daha az ağrı hissetmesine ve enjeksiyona bağlı gelişebilecek komplikasyonların önlenmesine yardımcı olduğu vurgulanmaktadır.^{23,35-37}

İntramüsküler enjeksiyonlarda ağrı kadar önemli olan diğer bir komplikasyon da kanamadır. Kanama, kan damarlarından zengin olması nedeniyle dorsogluteal bölgede ventrogluteal bölgeye göre daha fazla görülmektedir.³ Ayrıca kanama APTT, trombosit, INR değerlerinin normal sınırlarda olmamasından da etkilenmektedir.³⁸

Araştırmamızda hastaların bu laboratuvar değerleri ortalaması normal sınırlarda olmasına rağmen dorsogluteal bölgeye uygulanan enjeksiyonlar sonrası kanama ortalamaları ventrogluteal bölgeye göre istatistiksel olarak daha yüksek saptanmıştır. Benzer şekilde yapılan bir çalışmada, hastaların ventrogluteal bölgelerinde gelişen kanama miktarı dorsogluteal bölgeye göre daha düşük saptanmıştır.¹¹ Çünkü, dorsogluteal bölgenin ventrogluteal bölgeye göre damarlardan zengin olması nedeniyle bu bölgede enjeksiyon sonrası kanamanın daha çok geliştiği belirtilmektedir.³²

Araştırma kapsamında değerlendirmeye alınan diğer bir komplikasyon olan hematoma bakıldığında, dorsogluteal bölge enjeksiyonları sonrası 48. ve 72. saatlerde gelişen hematom puan ortalamalarının ventrogluteal bölgeye göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durum, dorsogluteal bölgede yağ ve kas dokusunun daha kalın olması ve ilacın kas dokusuna iletilmeyip subkutan dokuda kalması ile ilişkilendirilmektedir.²¹ Ancak, ventrogluteal bölgede kas kalınlığı fazla olmayıp daha geniş bir alana yayıldığından dolayı ilacın kas tabakasına ulaşması daha kolaydır.¹⁸ Güneş ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, araştırma kapsamına alınan bireylerin ventrogluteal ve dorsogluteal enjeksiyon bölgesindeki subkutan doku kalınlığı karşılaştırılmış, ventrogluteal bölgede 25,4±13,4 milimetre ve dorsogluteal bölgede 26,3±11,7 milimetre olduğu saptanmıştır.³⁹ Bu sonuçlara göre dorsogluteal bölgedeki subkutan doku kalınlığının daha fazla olduğu görülmektedir. Yine intramüsküler enjeksiyon uygulamalarında yağ doku derinliğinin saptanmasına yönelik 100 erişkin birey arasında yapılan bir başka çalışmada,

ventrogluteal bölge yağ dokusu derinliği ortalama 19 milimetre bulunurken, dorsogluteal bölge yağ doku derinliği ortalama 32 milimetre olarak saptanmıştır.⁴⁰

Bu sonuçlar, ventrogluteal bölgeye uygulanan intramüsküler enjeksiyonlarda hematoma daha az görülmesini destekler şekildedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak hemşireler ağrı, kanama ve hematoma daha az gözlenmesi nedeni ile intramüsküler enjeksiyon uygulamalarında öncelikle ventrogluteal bölgeyi tercih etmelidir. Hastaların dorsogluteal ile ventrogluteal bölgelerine yapılan enjeksiyon uygulamaları ağrı, kanama ve hematoma açısından karşılaştırıldığında, ventrogluteal bölgeye uygulanan enjeksiyondaki ağrı ($t=10,382$; $p=0,000$), kanama ($t=3,377$; $p=0,001$), 48. saatteki hematoma ($t=3,522$; $p=0,001$) ve 72. saatteki hematoma ($t=4,162$; $p=0,000$) puan ortalamaları, dorsogluteal bölgeye yapılan enjeksiyonun ağrı, kanama ve hematoma puan ortalamalarından daha düşüktür ve bu bulgular istatistiksel olarak anlamlıdır. Bununla birlikte yapılan enjeksiyonlarda bölge seçimi yapılırken beden kitle indeksi, laboratuvar değerleri, bölgenin yağ dokusu gibi bireysel faktörler göz önünde bulundurulmalıdır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Tüm hemşirelik eğitimlerinde, enjeksiyon bölgesinin seçiminde ventrogluteal bölgenin dorsogluteal bölgeye bir alternatif olarak değil, tercih edilmesi gereken ilk uygulama bölgesi olarak vurgulanması,

- Konuya ilişkin akademik yayınların sonuçlarının sahada çalışan hemşirelere hizmet içi eğitimlerle bildirilmesi, hemşirelerin ventrogluteal bölgeye enjeksiyon uygulamasına yönelik güvenin artırılması,

- Özellikle ventrogluteal bölge ve diğer intramüsküler enjeksiyon uygulamalarına yönelik komplikasyonların oluşmaması için hemşirelerin simulasyon eğitimlerinden yararlanmasının sağlanması,

- İntramüsküler enjeksiyona ilişkin girişimlerde kanıta dayalı gelişmelerin dikkatle izlenmesi, bu alanda yapılan çalışma sayısının artırılması ve yapılması planlanan çalışmaların desteklenmesi,

- Hemşirelik öğrencilerinin ders programlarında uygulamaya ilişkin bilgilerin güncellenmesi ve bu konunun öneminin anlatılması,

- Ventrogluteal bölgenin dorsogluteal bölgeye göre üstünlüğünün kanıtlanmış olmasının yanında bu bölgeye yönelik araştırmaları laterofemoral bölge ile de karşılaştırılarak avantaj ve dezavantajlarının ortaya konması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Ak, D. (2000). Dahiliye ve Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin İlaç Uygulamalarına Yönelik Durum Analizi." Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
2. Lynn, P. (2015). Taylor's Clinical Nursing Skills: A Nursing Process Approach." Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
3. Karabacak, B.G. (2010). Sağlıkın Değerlendirilmesi, Hasta Bakım ve Takibi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
4. Atalay, M. (1997). İlaç Uygulamaları İçinde Hemşirelik Esasları El Kitabı. İstanbul: Birlik Ofset Ltd. Şti.
5. Harkreader, H. and Hogan, M.A. (2000). Fundamentals of Nursing Caring and Clinical Judgement. USA.
6. Craven, R, Hirnle, C. ve Jensen, S. (2015). Hemşirelik Esasları: İnsan Sağlığı ve Fonksiyonları. Ankara: Palme Yayıncılık.
7. Akça Ay, F. (2011). Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. Adana: Nobel Kitabevi.
8. Nicoll, L and Hesby, A. (2002). "Intramuscular Injections: An Integrative Research Review and Guidelines for Evidence-Based Practice". Applied Nursing Research, 16 (2), 149-162.
9. Elizabeth, H. and Winslow, R.N. (1996). "The Right Site for I.M Injections". American Journal of Nursing, 96 (4), 53.

10. Mayer, M. and Romain, O. (2001). "Sciatic Paralysis After A Buttock Intramuscular Injection in Children: An Ongoing Risk Factor". *Arch Pediatr*, 8 (3), 321-323.
11. Mohareri, A.R, Nasırı, H, Jahanshahi, M, Rahmani, H, Abdollahi, A. and Rabiei, M. (2007). "The Comparison of Pain Intensity and Rate of Bleeding in Intramuscular Injection in Dorsogluteal and Ventrogluteal Area". *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*, 9 (3 (23), 37-41.
12. Potter, P.A. and Perry, A.G. (2009). *Fundamentals of Nursing*. Philadelphia.
13. Taylor, C.R, Lillis, C, Lemone, P. and Lynn, P. (2011/a). *Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Nursing Care*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
14. Robinson, M.W. (2010). "Guide to Intramuscular Injections in Newborns". *Nursing Made Incredibly Easy*, 8 (5), 14-17.
15. Rodger, M.A. and King, L. (2000). "Drawing Up and Administering Intramuscular Injections: A Review of Literature". *Journal of Advanced Nursing*, 31 (3), 574-582.
16. Kuyurtar, F, Altok, M, Karabel, Z. ve Kul, S. (2006). "Hemşirelerin İntramusküler Enjeksiyon Hazırlık, Bölge Seçimi ve Uygulamaya Yönelik Bilgileri". *Yayınlanmamış Araştırma*.
17. Aştı, T. ve Karadağ, A. (2014). *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı*. İstanbul: Akademi Yayınları.
18. Chan, V.O, Colville, J, Persaud, T, Buckley, O, Hamilton, S. and Torreggiani, W.C. (2006). "Intramuscular Injections Into The Buttocks: Are They Truly Intramuscular". *European Journal of Radiology*, 58 (3), 480-484.
19. Small, S.P. (2004). "Preventing Sciatic Nerve Injury From Intramuscular Injections: Literature Review". *Journal of Advanced Nursing*, 47 (3), 287-296.
20. Donaldson, C. and Green, J. (2005). "Using The Ventrogluteal Site For Intramuscular Injection". *Nurs. Times*, 101 (16), 36-38.
21. Potter, P.A, Perry, A.G, Stockert P. and Hall A. (2013). *Fundamentals of Nursing*. Canada: Mosby.
22. Kara, D, Uzelli, D. and Karaman, D. (2015). "Using Ventrogluteal Site in Intramuscular Injections is a Priority or an Alternative?". *International Journal of Caring Sciences*, 8 (2), 507-513.
23. Hopkins, U. and Arias, C.Y. (2013). "Large-Volume IM Injections: A Review of Best Practices". *Oncology Nurse Advisor*, 4, 32-37.
24. Greenway, K. (2004). "Using The Ventrogluteal Site For Intramuscular Injection". *Nurs. Stand*, 18 (25), 9-42.
25. Cline, M.E, Herman, J, Show, F. and Marton, R.D. (1992). "Standardization of The Visual Analogue Scale". *Nurse Research*, 41 (6), 378-379.
26. Collins, S.L, Moore, A.R. and Mc Quay, H.J. (1997). "The Visual Analogue Pain Intensity Scale: What Is Moderate Pain In Milimetres?". *Pain*, 72, 95-97.
27. Breivik, H. (2017). "Patients Subjective Acute Pain Scales (VAS, NRS) are Fine; More Elaborate Evaluations Needed for Chronic Pain, Especially in the Elderly and Demented Patients". *Scandinavian Journal of Pain*, 15, 73-74.
28. Berghmans, J.M, Poley, M.J, Van der Ende, J, Weber, F, Van de Velde, M, Adriaenssens, P, Himpe, D, Verhulst, F.C. and Utens, E. (2017). "A Visual Analog Scale to Assess Anxiety in Children During Anesthesia Induction (VAS-I): Results Supporting Its Validity in A Sample of Day Care Surgery Patients. *Paediatric Anaesthesia*, 27 (9), 955-961.
29. Cengiz, Z. (2014). *Subkutan Heparin Kullanan Hastalarda Abdominal ve Deltoid Bölgelerin Ağrı, Hematom ve Ekimoz Gelişimi Açısından Karşılaştırılması*. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Malatya.
30. Öçal, H. (2012). *Kas İçi Enjeksiyonlarda Ağrı, Kanama ve Hematom Gelişimi Açısından Dorsogluteal ve Ventrogluteal Bölgelerin Karşılaştırılması*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
31. Akyol, A.D. (1998). "Subkutan Heparin Uygulamasında Farklı Lokalizasyon ve Uygulamaların Hematom Oluşumuna Etkisi İle Hematomun Giderilmesinde Buz Uygulaması Etkinliğinin İncelenmesi". *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi*, İzmir.
32. Ünal, K.S. (2010). "Emla Kreminin İntramusküler Sefalosporin Uygulamasında Ağrıyı Azaltmadaki Etkinliğinin İncelenmesi". *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Erzurum.
33. Kamats, K. (2005). "Ventrogluteal Dorsogluteal Sites For IM Injections". *Summer Research Journal Suny College at Brockport*, 10, 9.
34. Mitchell, J.R. and Whitney, F.W. (2001). "The Effect Of Injection Speed On The Perception Of Intramuscular Injection Pain". *AAOHN Journal*, 49 (6), 286-292.
35. Güneş Yapucu, Ü, Zaybak, A, Biçici, B. ve Çevik, K. (2009). "Hemşirelerin İntramusküler Enjeksiyon İşlemine Yönelik Uygulamalarının İncelenmesi". *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12 (4), 84-90.
36. Gülnar, E. ve Çalışkan, N. (2014). "Hemşirelerin Ventrogluteal Bölgeye İntramusküler Enjeksiyon Uygulamasına Yönelik Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi". *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7 (2), 70-77.
37. Yavuz, E.D. ve Karabacak, Ü. (2012). "İntramusküler Enjeksiyonda Neden Ventrogluteal Bölgeyi Tercih Etmeliyiz?". *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 13 (2), 81-88.
38. Özdiilli, K. ve Özhan, F. (2008). *Hemşirelik Bakımında İlke Ve Uygulamalar*. Ankara: Alter Yayıncılık.
39. Güneş, Y.Ü, Zaybak, A. ve Tamsel, S. (2008). "Ventrogluteal Bölgenin Tespitinde Kullanılan Yöntemin Güvenirliğinin İncelenmesi". *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12 (2), 14-25.
40. Nispet, A.C. (2006). "Intramuscular Gluteal Injections İn The Increasingly Obese Population". *British Medical Journal*, 332 (7542), 637-638.

Temel Eğitim Kurumlarında Alınan Güvenlik Önlemlerinin Okul Kazalarına Etkisinin İncelenmesi

Investigation of The Effects of Security Measures Taken in Primary Education Institutions on School Accidents

Sümevra GEVREK AKAR¹, Aysel KÖKCÜ DOĞAN²

ÖZ

Bu çalışma, temel eğitim kurumlarında alınan güvenlik önlemlerinin, okul kazalarına etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı olarak yapılan araştırmanın örneklemini; Millî Eğitim Bakanlığı (MEB)'na bağlı İstanbul İl Millî Eğitim Müdürlüğü bünyesinde yer alan Güngören ilçesindeki 48 temel eğitim kurumunda görev yapan 568 yönetici ve çalışan oluşturmuştur. Veriler; araştırmacılar tarafından geliştirilen toplam 82 soruluk "Temel Eğitim Kurumlarında Alınan Güvenlik Önlemlerinin Okul Kazalarına Etkisinin İncelenmesi Anket Formu" ile toplanmıştır (Cronbach Alpha = 0,823). Araştırmaya katılan çalışanlar; okullarda meydana gelen kazaların büyük bir bölümünün (%79,2) öğrencinin kendisinden kaynaklandığını, tüm okullarda ilk sırada (%84,9) düşme kazalarının olduğunu, kazaların çoğunlukla okul binası dışında ve daha çok okul bahçesinde (%72,9), bina içerisinde ise merdivenlerde (%61,6) ve sınıflarda (%58,8) meydana geldiğini belirtmişlerdir. Özel okullarda devlet okullarına göre daha fazla genel güvenlik önlemi alındığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar, çocuk sağlığının korunması amacıyla okullarda yapılan fiziksel düzenlemelerin öğrencilerin yaş gruplarına uygun olması, MEB ile iş birliği sağlanarak tüm okullarda kazaları önlemeye yönelik standartlar oluşturulması, öğrenci ve çalışanlara yönelik bilinçlendirme çalışmalarının yapılması gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: Çocuk, Güvenlik, Kaza, Okul, Önlem

ABSTRACT

This study was carried out to examine the security measures taken in basic educational institutions and their effect on school accidents. The sample of the research carried out as descriptive; consist of 568 managers and employees working in 48 basic education institutions in Güngören district of Istanbul Provincial Directorate of National Education, affiliated to Ministry of National Education (MEB). Data; A total of 82 questions used by the researchers were collected through the "Survey Form for the Investigation of the Effects of Security Measures Taken in Basic Education Institutions on School Accidents" (Cronbach Alpha = 0,823). Employees participating in the research expressed that; most of the accidents occurring in schools (79.2%) originate from the student, there are fall accidents at the first place in all schools (84.9%). They stated that accidents occurred on the stairs (61.6%) and classrooms (58.8%). It was determined that more general security measures are taken in private schools than public schools. These results indicate that physical arrangements made to protect children's health in schools should be suitable for children's age group; standards to prevent accidents in all school should be set in collaboration with MEB (Ministry of National Education) and activities should be done to raise awareness in students and employees.

Keywords: Accident, Child, Security, School, Measure

*Bu makale, yüksek lisans tezi 29 Kasım-2 Aralık 2017 tarihinde Antalya'da gerçekleştirilen 6. Ulusal 1. Uluslararası Pediatri Hemşireliği Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

¹Uzm., Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, sumgevrek@gmail.com, ORCID: 0000-0003-4269-6758

²Dr. Öğr. Üyesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, akdogan@medipol.edu.tr, ORCID: 0000-0003-3312-087X

İletişim / Corresponding Author: Sümevra GEVREK AKAR
e-posta/e-mail: sumgevrek@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 10.03.2020
Kabul Tarihi/Accepted: 24.12.2020

GİRİŞ

Ülkelerin refah düzeylerinin belirlenmesinde rolü olan sağlıklı bireylerin yetiştirilmesi, çocukluk döneminden itibaren sağlığının bilincinde olan, sağlığını koruyabilen ve sağlık sorunu olduğunda fark eden bireyler ile mümkündür.¹ Çocuklar günlerinin önemli bir kısmını eğitim kurumlarında veya eğitimle ilgili etkinliklerde geçirmektedir.

Okulların görevi; sadece çocukların akademik başarılarını sağlamak değil, aynı zamanda onların sağlıklı gelişimlerine yönelik diğer görevleri de yerine getirmektir. Bu görevlerden birisi de okul kazalarını önleyerek çocuklara, güvenli bir ortam hazırlamak ve onlara sağlıklarını koruma bilincini verebilmektir.²

İnsan hayatında, fizyolojik ve psikolojik boyutu ile güvenlik önemli bir kavramdır. Temel insan gereksinimlerinden biri olan güvenlik, insan yaşamında önemli bir yere sahiptir. Bu bağlamda okul güvenliğinin temelini oluşturan konular, okulun emniyeti ve güvenliğinin sağlanması, okulun olası kriz ve afetlere karşı hazırlıklı olması, okulun fiziksel çevresinin düzenlenmesi ve güvenliği ile madde bağımlılığına ilişkin düzenlemeler şeklinde sıralanabilir.³

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kazayı, bireyin iradesi dışında gelişen bir güç nedeni ile meydana gelen, ruhsal ve bedensel zedelenmelere yol açan olaylar olarak tanımlar. Kazalar beklenmeyen bir anda aniden ortaya çıkan zarar verici bir dış etken karşısında gelişir ve bireyin dikkat azlığı ve ihmali ile oluşur. Kazalar çocukları fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden etkileyerek hastalık, sakatlık ve ölümlere neden olur.

Ayrıca aileye ve topluma maddi ve manevi yük getirir.⁴

İhmallere ve hatalı davranışların sonucunda oluşan kazalar, daha önceden alınacak önlemlerle engellenebilir olaylardır. Bu nedenle çocukluk çağı kazaları, üzerinde önemle durulması gereken bir konudur.⁵ Okul kazalarının nedenleri çevreye, ülkelere, mevsimlere ve ailelerin sosyoekonomik durumuna göre değişiklik göstermektedir. Kazalar ülkemizde 0-4 yaş grubu çocuk ölümleri arasında 5. sırada, 5-14 yaş grubunda ise birinci sırada yer almaktadır.⁶

Türkiye’de kazalarla ilgili en önemli kaynaklardan biri Sağlık Bakanlığı’nın Araştırma Planlama Koordinasyon Başkanlığı Sağlık İstatistik Yıllığı İçindeki ICD kod sistemine göre kaydedilen bilgilerdir. Buna göre 2014 yılında kazalar sonucu gelişen yaralanma, zehirlenme ve dış nedenlerden kaynaklı ölüm oranı %4,27’dir. Bu doğrultuda, sağlıklı nesiller ve sağlıklı bir gelecek oluşturabilmek amacı ile okul güvenliğinin sağlanması ve kazaların önlenmesi için koruyucu tedbirlerin kaza öncesi dönemde alınarak multidisipliner bir planlama ile toplumun geleceğini oluşturan çocukların korunması ve okullarda güvenliğin sağlanması önemlidir.⁷

Ülkemizde okullarda alınan güvenlik önlemlerinin kazalara etkisi konusunda yapılmış kapsamlı bir araştırmaya ulaşılamamıştır. Bu çalışmayla; temel eğitim kurumlarında alınan güvenlik önlemlerinin, bu okullarda meydana gelebilecek kazalara etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın Tipi

Araştırma, temel eğitim kurumlarında alınan güvenlik önlemlerinin, bu okullarda meydana gelebilecek kazalara etkisinin incelenmesi amacıyla planlanan tanımlayıcı bir çalışmadır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğü’nden gerekli izinler alındıktan sonra, Güngören İlçesinde bulunan 48 temel eğitim kurumunda, 2016 Aralık-2017 Mart ayları arasında gerçekleştirilmiştir.

Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğü bünyesindeki Güngören İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı 25 devlet okulu (1 anaokulu, 11 ilkokul, 13 ortaokul) ve 23 özel okul (13 anaokulu, 5 ilkokul, 5 ortaokul) olmak üzere toplam 48 temel eğitim kurumu oluşturmuştur. Örneklemi ise okulun çeşitli kadrolarında yer alan 1281 görevli personelden, araştırmaya katılmaya gönüllü 563 yönetici, öğretmen, hemşire, hizmetli personel ve güvenlik görevlisi oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri; araştırmacılar tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan ve uzman görüşlerine göre tekrar düzenlenen "Temel Eğitim Kurumlarında Alınan Güvenlik Önlemlerinin Okul Kazalarına Etkisinin İncelenmesi Formu" ile toplanmıştır. Form, tanıtıcı bilgiler (5 soru), kazalara yönelik bireysel görüşler (13 soru) ve okul güvenliğine ilişkin görüşler bölümü; kurum içi: genel bilgi (29 soru), bahçe (5 soru), merdiven/koridor (5 soru), sınıf (5 soru), spor salonu (2 soru), yemekhane/kantin (5 soru), tuvalet (3 soru), güvenlik (5 soru); kurum dışı; çevre (5 soru) olmak üzere toplam 3 bölüm ve 82 sorudan oluşmuştur. Çalışanların maddelere "evet, hayır, bilmiyorum" olarak yanıt vermeleri istenmiş ve güvenlik önlemi maddelerine verilen yanıtlar evet (2), hayır (0), bilmiyorum (1) olarak puanlanmıştır.

Araştırmanın Uygulanması

Araştırma İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden gerekli izinler alındıktan sonra okul müdürleri ile telefonla görüşülerek araştırma öncesi anket formları hakkında bilgi verilmiş, ayrıca uygulamaya başlamadan önce anket sorularının anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacı ile bir devlet ve bir özel okuldan rastgele seçilen 15'er kişilik iki grup çalışan ile ön uygulama yapılmıştır. Anlaşılmayan sorulara yönelik yeniden düzenlemeler yapılarak ankete son şekli

verilmiştir. Veriler araştırmaya katılmaya gönüllü çalışanlara gerekli açıklamalar yapıldıktan ve onam alındıktan sonra toplanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri lisanslı IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak sayı, ortalama, yüzde, standart sapma, Post Hoc Testi, T Testi, ANOVA Testi kullanılmıştır.

Araştırmanın Değişkenleri

Okullarda meydana gelen kazalar ve güvenlik önlemleri bağımlı değişkenlerdir. Yaş, eğitim durumu, çalışma yılı ve kazalara yönelik eğitim alma durumu ise bağımsız değişkenlerdir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için 08.09.2016 tarihinde İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 10840098-604.01.01-E.15930 sayılı etik kurul onayı, 28/10/2016 tarihinde İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden 59090411-44-E.12110986 sayılı araştırma izni alınmıştır. Veri toplamaya başlamadan önce araştırmaya katılanlara araştırma hakkında bilgi verilerek "Gönüllü Oluru" ve "Gönüllülük" ilkesine, araştırmaya katılma konusunda özgür oldukları belirtilerek "Özerkliğe Saygı" ilkesine, araştırmaya katılanların bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesine bağlı kalınarak araştırmaya katılanların kimlik bilgileri kullanılmadan araştırma yürütülmüştür.

Araştırmanın Sınırlılığı

Araştırma, Güngören İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü sınırları içindeki temel eğitim kurumları arasında yer alan devlet ve özel okulların çalışmaya katılmaya gönüllü yönetici ve çalışanları ile sınırlı olup, veriler kişisel bilgiye dayalıdır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmaya katılanların %71,5'inin devlet okulunda, %28,5'inin ise özel okulda çalıştıkları, %79'unun öğretmen, %9,5'inin hizmetli, %7,2'sinin yönetici, %2,1'inin güvenlik görevlisi, %1,6'sının hemşire, %0,5'nin ise diğer çalışanlar grubunda yer aldığı belirlenmiştir.

Çalışanların %3,9'unun ilkokul, %4,9'unun ortaokul, %3,7'sinin lise, %81,3'ünün üniversite, %6,2'sinin ise yüksek lisans mezunu oldukları saptanmıştır (Tablo1).

Tablo 1. Okul Çalışanlarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

		n	%
Okul Türü	Devlet Okulu	406	71,5
	Özel Okul	162	28,5
Görev	Öğretmen	449	79,0
	Hizmetli	54	9,5
	Yönetici	41	7,2
	Güvenlik Görevlisi	12	2,1
	Hemşire ve Diğer	12	2,1
	Diğer	12	2,1
Eğitim Düzeyi	İlkokul	22	3,9
	Ortaokul	28	4,9
	Lise	21	3,7
	Üniversite	462	81,3
	Yüksek Lisans	35	6,2
Toplam		568	100,0

Çalışan görüşleri doğrultusunda okul türüne göre kaza tipleri incelendiğinde; okullarda ilk sırada düşmelerin (devlet okulları %86,5; özel okullar %80,9), ikinci sırada ise çarpmaların (devlet okulları %76,4; özel okullar %72,2) meydana geldiği belirlenmiştir (Tablo 2).

Okul türüne göre en çok kaza geçirilen yerlerin devlet okullarında sırasıyla; okul bahçesinde (%74,9), merdivenlerde (%65,3), sınıflarda (%59,9) ve koridorlarda (%58,6), özel okullarda ise okul bahçesinde (%67,9), sınıflarda (%56,2), koridorlarda (%56,2) ve merdivenlerde (%52,5) görüldüğü okul çalışanları tarafından belirtilmiştir (Tablo 3).

Tablo 2. Okul Türüne Göre Kaza Tipleri

		Devlet Okulu		Özel Okul		p
		n	%	n	%	
Düşme	Evet	351	%86,5	131	%80,9	X ² =2,815
	Hayır	55	%13,5	31	%19,1	p=0,063
Yüksekten Düşme	Evet	36	%8,9	13	%8,0	X ² =0,104
	Hayır	370	%91,1	149	%92,0	p=0,445
Burun Kanaması	Evet	90	%22,2	35	%21,6	X ² =0,021
	Hayır	316	%77,8	127	%78,4	p=0,490
Çarpma	Evet	310	%76,4	117	%72,2	X ² =1,060
	Hayır	96	%23,6	45	%27,8	p=0,178
Kayma	Evet	119	%29,3	65	%40,1	X ² =6,182
	Hayır	287	%70,7	97	%59,9	p=0,009
Kafa Travması	Evet	22	%5,4	2	%1,2	X ² =5,009
	Hayır	384	%94,6	160	%98,8	p=0,016
Kesilme	Evet	48	%11,8	17	%10,5	X ² =0,202
	Hayır	358	%88,2	145	%89,5	p=0,387
Vurma	Evet	238	%58,6	92	%56,8	X ² =0,159
	Hayır	168	%41,4	70	%43,2	p=0,379
Kırık Çıkık	Evet	99	%24,4	46	%28,4	X ² =0,980
	Hayır	307	%75,6	116	%71,6	p=0,188
Elektrik Çarpması	Evet	8	%2,0	0	%0,0	X ² =3,238
	Hayır	398	%98,0	162	%100,0	p=0,067
Diğer	Evet	20	%4,9	12	%7,4	X ² =1,341
	Hayır	386	%95,1	150	%92,6	p=0,169

* Post Hoc Testi

Tablo 3. Okul Türüne Göre Kaza Geçirilen Yerler

		Devlet Okulu		Özel Okul		p
		n	%	n	%	
Sınıf	Evet	243	%59,9	91	%56,2	X ² =0,647
	Hayır	163	%40,1	71	%43,8	p=0,239
Okul Bahçesi	Evet	304	%74,9	110	%67,9	X ² =2,851
	Hayır	102	%25,1	52	%32,1	p=0,058
Merdiven	Evet	265	%65,3	85	%52,5	X ² =8,024
	Hayır	141	%34,7	77	%47,5	p=0,003
Koridor	Evet	238	%58,6	91	%56,2	X ² =0,285
	Hayır	168	%41,4	71	%43,8	p=0,330
Kantin	Evet	52	%12,8	20	%12,3	X ² =0,022
	Hayır	354	%87,2	142	%87,7	p=0,502
Tuvalet	Evet	66	%16,3	21	%13,0	X ² =0,968
	Hayır	340	%83,7	141	%87,0	p=0,197
Spor Salonu	Evet	34	%8,4	18	%11,1	X ² =1,043
	Hayır	372	%91,6	144	%88,9	p=0,194
Laboratuvar	Evet	8	%2,0	1	%0,6	X ² =1,360
	Hayır	398	%98,0	161	%99,4	p=0,221
Diğer	Evet	7	%1,7	1	%0,6	X ² =1,022
	Hayır	399	%98,3	161	%99,4	p=0,284

* Post Hoc Testi

Araştırma grubunda yer alan çalışanlar kazaların öncelikle çocuğun kendisinden (devlet okullarında %80, özel okullarda %77,2) daha sonra başka çocuklardan (devlet okullarında %48,3, özel okullarda %50) kaynaklandığını belirtmişlerdir (Tablo 4).

Tablo 4. Okul Türüne Göre Kaza Nedenleri

		Devlet Okulu		Özel Okul		p
		n	%	n	%	
Çocuğun Kendisinden Kaynaklı	Evet	325	%80,0	125	%77,2	X ² =0,587 p=0,256
	Hayır	81	%20,0	37	%22,8	
Başka Çocuktan Kaynaklı	Evet	196	%48,3	81	%50	X ² =0,138 p=0,390
	Hayır	210	%51,7	81	%50	
Okuldaki Kuralsızlık ve Kontrolsüzlükten Kaynaklı	Evet	68	%16,7	23	%14,2	X ² =0,560 p=0,270
	Hayır	338	%83,3	139	%85,8	
Okuldaki Çevresel Faktörlerin Yetersizliğinden Kaynaklı	Evet	80	%19,7	36	%22,2	X ² =0,452 p=0,287
	Hayır	326	%80,3	126	%77,8	
Diğer	Evet	14	%3,4	5	%3,1	X ² =0,047 p=0,531
	Hayır	392	%96,6	157	%96,9	

* Post Hoc Testi

Çalışan görüşlerine göre okullarda alınan güvenlik önlemleri ile yaşanan kaza türleri karşılaştırıldığında (Şekil 1); okullarda genel güvenlik önlemlerinin alındığı alanlarda, düşme, burun kanaması, kayma, kafa travması, kesilme, vurma, kırık-çıkık, elektrik çarpmasının daha az görüldüğü ve genel güvenlik önlemleri puan ortalamaları ile kaza türleri puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Araştırma kapsamındaki okulların bahçesinde alınan güvenlik önlemleri sayesinde düşme, burun kanaması, çarpma, kayma, vurma, kırık-çıkık kazalarının daha az meydana geldiği, okul bahçesine yönelik alınan güvenlik önlemleri puan ortalamaları ile kaza puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

Örneklem grubunda yer alan okulların merdiven ve koridorlarında düşme, kayma, kesilme, vurma şeklindeki kazaların görülme sıklığının daha düşük olduğu, bu kazalar ile merdiven ve koridorlara yönelik güvenlik önlemleri puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Araştırma kapsamında yer alan okulların sınıflarında düşme, burun kanaması, çarpma, kesilme, vurma vakalarının daha az görüldüğü, sınıflara yönelik güvenlik önlemleri ile kaza çeşitleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (p<0,05).

Okulların spor salonlarında alınan güvenlik önlemleri ile yüksekten düşme, çarpma, kafa travması, kesilme, elektrik çarpması puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel anlamlı olup (p<0,05), spor salonlarında bu kazaların görülme sayısı düşük bulunmuştur.

Örneklem grubunda yer alan okulların yemekhane ve kantinlerinde alınan güvenlik önlemleri ile yüksekten düşme, burun kanaması, çarpma, kesilme, vurma, kırık-çıkık şeklindeki kazaların puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

Okulların tuvaletlerinde alınan güvenlik önlemleri ile burun kanaması, kayma, kesilme, vurma, kırık-çıkık, elektrik çarpması kazaları puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark tespit edilmiştir (p<0,05).

Araştırma kapsamında bulunan okulların yakın çevredeki risklere yönelik farkındalık puan ortalamaları ile burun kanaması, kafa travması, kesilme, vurma, elektrik çarpması puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05). Okulların yakın çevredeki risklere yönelik farkındalık puan ortalamaları arttıkça kaza görülme oranlarının düştüğü belirlenmiştir.

Örneklem grubunda bulunan okullarda kazaları önlemeye yönelik alınan tedbirlerin puan ortalamaları ile yüksekte düşme, kayma, kafa travması, kesilme, elektrik çarpması puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$), (Şekil 1).

Son yıllarda ülkemizde önem kazanan “okul kazaları” ile ilgili kapsamlı çalışmalar yapılmaya başlanmakla birlikte, konuyla ilgili yeterli veri bulunmamaktadır. Bunun nedeni yaşanan kazaların raporlarını bildirirken aksaklıkların olması, okul çalışanlarının konuya yeterince önem vermemesi, araştırma

sonuçlarından çekinmesi veya iş yüklerinin fazla olması olabilir. Ülkemizde de bütün kaza ve yaralanmaların kayıt edildiği bir sistem henüz oluşturulmamıştır. Bu nedenle okul kazalarına karşı alınan güvenlik önlemlerine ilişkin spesifik standart planlanması mümkün değildir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verileri daha çok trafik ve ev kazalarına yöneliktir. Yurt içindeki literatür incelendiğinde okul kazalarının epidemiyolojisini belirlemeye yönelik yapılan çalışmalar vardır. Fakat okullarda alınan güvenlik önlemlerinin okul kazalarına etkisi incelenmemiştir.

Demografik Özellikler	n	Genel Güvenlik Önlemleri	Okul Bahçesine Yönelik Güvenlik Önlemleri	Merdiven Ve Koridorlara Yönelik Güvenlik Önlemleri	Sınıflara Yönelik Güvenlik Önlemleri	Spor Salonuna Yönelik Güvenlik Önlemleri	Yemekhane Ve Kantine Yönelik Güvenlik Önlemleri	Tuvaletlere Yönelik Güvenlik Önlemleri	Yakın Çevredeki Risklere Yönelik Farkındalık	Kazaları Önlemeye Yönelik Tedbirler
Düşme		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	482	43,180±7,621	5,240±2,097	7,110±1,994	6,280±1,607	2,540±1,244	8,350±2,076	5,540±1,142	7,530±2,149	6,260±2,023
Hayır	86	45,440±5,557	6,130±2,163	7,900±1,503	6,910±1,411	2,720±1,470	8,830±1,855	5,620±1,031	7,470±2,734	6,210±1,977
t=		-2,624	-3,597	-3,471	-3,369	-0,935	-1,968	-0,567	0,259	0,221
p=		0,001	0,000	0,000	0,001	0,413	0,035	0,571	0,827	0,825
Yüksekte Düşme		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	49	41,650±8,599	5,390±1,455	7,570±1,242	6,490±1,894	2,070±1,311	8,900±1,517	5,310±1,584	7,060±2,313	5,240±1,535
Hayır	519	43,700±7,246	5,370±2,183	7,200±1,998	6,370±1,564	2,600±1,263	8,380±2,088	5,580±1,072	7,570±2,236	6,350±2,030
t=		-1,861	0,044	1,283	0,511	-2,227	1,689	-1,607	-1,508	-3,707
p=		0,112	0,952	0,063	0,664	0,027	0,032	0,248	0,132	0,000
Burun Kanaması		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	125	40,590±7,779	4,700±2,068	6,980±1,760	5,660±1,931	2,450±0,830	7,830±2,372	5,220±1,317	6,180±2,718	6,420±1,756
Hayır	443	44,350±7,063	5,560±2,111	7,300±1,993	6,580±1,422	2,590±1,359	8,590±1,919	5,650±1,048	7,900±1,933	6,210±2,081
t=		-5,141	-4,043	-1,606	-5,910	-0,865	-3,711	-3,834	-8,007	1,021
p=		0,000	0,000	0,109	0,000	0,251	0,000	0,001	0,000	0,308
Çarpma		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	427	43,430±7,231	5,190±2,146	7,140±1,714	6,300±1,674	2,410±1,202	8,330±2,148	5,560±1,098	7,480±2,140	6,230±1,879
Hayır	141	43,820±7,858	5,950±1,976	7,500±2,512	6,620±1,296	3,000±1,376	8,720±1,687	5,550±1,210	7,660±2,541	6,310±2,385
t=		-0,536	-3,742	-1,925	-2,117	-3,989	-1,992	0,082	-0,834	-0,398
p=		0,592	0,000	0,112	0,017	0,000	0,025	0,935	0,445	0,724
Kayma		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	184	42,580±7,763	4,950±2,336	6,880±1,596	6,270±1,526	2,600±1,370	8,180±2,323	5,330±1,273	7,310±2,134	5,950±1,674
Hayır	384	43,980±7,165	5,580±1,995	7,400±2,074	6,430±1,624	2,540±1,233	8,540±1,896	5,660±1,033	7,620±2,292	6,400±2,146
t=		-2,129	-3,313	-3,036	-1,162	0,421	-1,947	-3,271	-1,568	-2,488
p=		0,039	0,002	0,001	0,246	0,674	0,071	0,003	0,117	0,007

Şekil 1. Güvenlik Önlemlerinin Geçirilen Kaza Türlerine Göre Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan okullardaki çalışanların büyük bir bölümü (%79,2) kazaların çoğunun kendisinden kaynaklandığını düşünmektedirler. Yertutan ve Erkal'ın yaptığı çalışmada, çocuğun kendisinden kaynaklı kaza meydana gelme oranının yüksek olması çalışmamızla paralellik göstermektedir. Laflamme ve arkadaşlarının geliştirdiği güvenlik modeline göre ise çocuklar kazaya tek başına veya birlikte neden olmaktadır.⁷

TÜİK 2014 verilerine göre kaza sıklığı ve şiddeti ise okuldan okula değişmekte, kazaların yarısının çoğunun kendi davranışlarından, dörtte birinin başka bir çocuk tarafından, dörtte birinin ise çevreden kaynaklandığı belirtilmektedir.⁸ 2017 verilerine göre ise 1-17 yaş grubu en fazla çocuk ölümlerinin dışsal yaralanma ve zehirlenmelerden kaynaklandığı açıklanmıştır.⁹

Araştırma genelindeki tüm okullarda çocukların geçirdikleri kaza tiplerinin ilk sırasında düşme yer almaktadır. Erarslan'ın çalışmasında da çocukların uğradıkları kazaların oluş şeklinin ilk sırasında düşme bulunmaktadır.¹⁰ Gür, Di Scala, Gallagher, Yertutan okul yaralanmalarına neden olan faktörlerin düşme, çarpma ve çelme takma olduğunu belirtmişlerdir.¹¹ Willims ve Latif ise okullarda düşmelerin yaygın olduğunu belirtmiştir.¹² Bu sonuçlar, araştırmamızdan elde edilen sonuçları desteklemektedir.

Voskuher, Miller ve arkadaşlarına göre dünyadaki birçok ülkede gelişmişlik ve kalkınmışlık düzeyi gözetilmeksizin okul ile ilgili; kayma, düşme, trafik kazaları, şiddete bağlı yaralanmalar, zorbalık, alkol ve madde kullanımı gibi nedenlerle çok sayıda çocuk

yaralanmakta, zarar görmekte ve hayatını kaybetmektedir.¹³

UNICEF'in yaptığı bir araştırmada düşme, 0-6 yaş grubundaki çocuklarda en çok rastlanan kaza tipidir. Düşmeler daha çok koşarken, merdivenden, kaygan ve uygun olmayan zeminden, zıplarken meydana gelmektedir. Çocukların bilinçsizce davranması, oyun alanlarını kontrolsüz kullanması (salıncak vb.), yüksek kapı eşikleri, yetersiz aydınlatılmış mekânlar, ani ve hızlı hareketler, koridorda düşmeler, mobilyaların üzerine çıkmalar düşmelere neden olan etkenlerdir.¹⁴

Pişkin ve arkadaşlarının araştırmalarına göre ise, çocukların yaşadıkları kafa travmaları ve kayma, okullarda daha fazla karşılaştıkları yaralanmalardır.¹⁵

Demografik Özellikler	n	Genel Güvenlik Önlemleri	Okul Bahçesine Yönelik Güvenlik Önlemleri	Merdiven Ve Koridorlara Yönelik Güvenlik Önlemleri	Sınıflara Yönelik Güvenlik Önlemleri	Spor Salonuna Yönelik Güvenlik Önlemleri	Yemekhane Ve Kantine Yönelik Güvenlik Önlemleri	Tuvaletlere Yönelik Güvenlik Önlemleri	Yakın Çevredeki Risklere Yönelik Farkındalık	Kazaları Önlemeye Yönelik Tedbirler
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kafa Travması										
Evet	24	35,120±7,279	5,420±1,692	6,540±1,444	5,830±2,200	2,000±0,000	7,880±1,849	4,960±1,681	5,670±1,606	6,920±1,176
Hayır	544	43,900±7,174	5,370±2,148	7,260±1,961	6,400±1,560	2,570±1,284	8,450±2,056	5,580±1,090	7,600±2,235	6,220±2,039
t=		-5,859	0,098	-1,775	-1,716	-1,260	-1,347	-2,658	-4,199	1,650
p=		0,000	0,922	0,076	0,222	0,000	0,178	0,086	0,000	0,011
Kesilme										
Evet	65	40,180±8,267	5,140±2,098	6,770±1,487	5,820±1,793	3,270±1,033	8,920±1,642	5,200±1,523	6,450±2,916	5,660±1,689
Hayır	503	43,960±7,161	5,410±2,134	7,290±1,992	6,450±1,553	2,530±1,275	8,360±2,089	5,600±1,057	7,660±2,107	6,330±2,042
t=		-3,925	-0,952	-2,036	-3,050	2,202	2,084	-2,700	-4,168	-2,529
p=		0,001	0,342	0,013	0,008	0,017	0,014	0,044	0,002	0,012
Vurma										
Evet	330	42,740±7,386	4,900±2,048	6,890±1,711	6,090±1,705	2,490±1,125	8,100±2,333	5,470±1,198	7,320±2,246	6,260±1,874
Hayır	238	44,620±7,261	6,040±2,065	7,700±2,151	6,780±1,326	2,660±1,449	8,880±1,459	5,670±1,007	7,810±2,217	6,250±2,199
t=		-3,023	-6,527	-4,953	-5,237	-1,331	-4,586	-2,155	-2,572	0,056
p=		0,003	0,000	0,000	0,000	0,201	0,000	0,027	0,010	0,955
Kırık Çıkık										
Evet	145	40,900±6,866	4,950±2,015	7,030±1,467	6,460±1,607	2,400±0,801	7,650±2,317	5,360±1,165	7,450±2,327	6,460±1,658
Hayır	423	44,430±7,351	5,520±2,150	7,300±2,083	6,350±1,590	2,610±1,372	8,690±1,879	5,620±1,105	7,550±2,218	6,180±2,120
t=		-5,062	-2,790	-1,457	0,731	-1,323	-5,428	-2,418	-0,463	1,446
p=		0,000	0,005	0,086	0,465	0,079	0,000	0,019	0,643	0,105
Elektrik Çarpması										
Evet	8	28,250±1,035	5,120±1,553	7,620±0,518	6,500±2,070	0,000±0,000	9,620±0,518	4,880±1,553	5,120±1,553	5,620±0,518
Hayır	560	43,740±7,207	5,380±2,137	7,230±1,959	6,380±1,588	2,560±1,273	8,410±2,058	5,560±1,117	7,560±2,236	6,260±2,027
t=		-6,075	-0,334	0,577	0,217	1,669	-1,718	-3,065	-0,888	0,000
p=		0,000	0,738	0,074	0,828	0,000	0,252	0,002	0,010	0,000

Anova, T testi

Şekil 1 (Devamı). Güvenlik Önlemlerinin Geçirilen Kaza Türlerine Göre Karşılaştırılması

Araştırma grubunda bulunan okullarda kazalar, okul binası dışında okul bahçesinde, bina içerisinde ise merdivenlerde ve sınıflarda meydana gelmektedir. Erarslan'ın çalışmasında kazaların %28'inin sınıflarda, %15,7'sinin okul bahçesinde, %6,7'sinin merdivenlerde olduğu belirtilmiştir. Ergüder'in araştırmasında ise öğrencilerin

kazalara en fazla okul bahçesinde (%59,3), daha sonra sınıflarda (%26) ve merdivende (%14,9) maruz kaldıkları bildirilmiştir. Güner kazaların en çok sınıfta (%33,3) ikinci olarak da bahçede (%30,1) meydana geldiğini belirtmiştir.¹⁶⁻¹⁸

Ergüder ve Yertutan'ın çalışmasına göre çocukların okuldaki uğradıkları kazalara insan

ve çevre faktörleri etki etmektedir. Altuntaş ve arkadaşlarının çalışmasında kronik hastalıklar, anne-baba eğitim düzeyi, okul çalışanlarının okul kazalarına yönelik bilgi ve tutumu, çocuğun başarısızlığı, sosyal sorunlar okul kazalarının meydana gelmesinde etkili çevresel faktörler olarak belirtilmiştir.^{18, 19}

Göze'nin kaza sıklığının saptanmasına yönelik çalışmasında; okul ortamında meydana gelen kazalar öğrencilerin okulda gün boyu yaptıkları aktivitelerden, gözlenebilen davranışlardan oluşmaktadır. Bu davranışların sonucundaki risklerin tanınması ile uygun kaza önleme stratejileri sağlanabilir. Bu amaçla, kaza açısından risk altında olan öğrencilerin güvenlik önlemleri konusundaki bilgilerinin saptanması gerekmektedir. Öğrencilerin okul içi ve çevresinde meydana gelebilecek kaza risklerini bilmeleri, kazalara karşı alınması gereken önlemler açısından önemlidir.¹⁹⁻²¹

Örneklem grubunda yer alan okulların bahçesinde meydana gelen kazaların çocukların yoğun derslerden sonra dışarı

çıkmaları, bahçede oynanan oyunların kurlsız-plansız, oyun alanlarının yetersiz olması, bahçede inşaat veya onarım çalışmalarının olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.²²

Araştırmamızda okul kazalarının bahçeden sonra en çok merdiven ve sınıflarda görüldüğü belirlenmiştir. Bu durumun, ülkemizde okul binalarının uygun standartlarda yapılmamasından, koridor ve sınıflarda tehlike yaratan araç/gereçlerin bulunmasından, merdivenlerin/zeminin uygunsuzluğundan ve çocuklar tarafından bu alanların oyun alanı olarak kullanılmasından kaynaklanabilir.

Araştırma sonuçlarına göre, devlet okullarında çalışanlar özel okullarda çalışanlara göre kendi okullarında alınan genel güvenlik önlemlerinin (merdiven/koridor, spor salonu, sınıf, okul bahçesi, yakın çevredeki riskler vb.) daha yetersiz olduğunu düşünmektedirler. Bu sonuç Dönmez'in yaptığı araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.²³

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucumuzda örneklem grubunda bulunan okulların genel ve spesifik alanlarında alınan güvenlik önlemleri ile okullarda görülen kazalar arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Araştırma kapsamında yer alan özel okullarda devlet okullarına göre daha fazla güvenlik önlemlerinin alındığı, okulların tümünde çocukların en çok düşme kazası geçirdikleri, kazaların en çok görüldüğü yerin okul bahçesi olduğu, kazaların genelde çocuğun kendisinden kaynaklandığı saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda; okulun fiziksel yapısı çocukların yaş gruplarına göre

düzenlenmeli, MEB tarafından okullar denetlenmeli ve kontrol mekanizmaları oluşturulmalı, üniversite MEB ile iş birliği yapılarak tüm okullarda kazaları önlemeye yönelik standart geliştirme çalışmaları yapılmalıdır.

Okul güvenliğine ilişkin önleyici programlar öğrenci yaş grubu dikkate alınarak belirlenmelidir. Öğretmen, öğrenci ve diğer çalışanlar okul güvenliğine ilişkin eğitilmeli ve desteklenmeli, tüm okullarda revir olmalı, tam zamanlı kadrolu çalışan hemşire bulundurulmalıdır. Ayrıca tüm okul çalışanlarına ilk yardım eğitimi verilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Erkal, S. ve Yertutan, C. (2012). "Çocukların Okulda Kaza Geçirme Durumu ve Okulda Kaza Geçirmelerini Önlemeye Yönelik Ebeveyn Davranışlarının İncelenmesi". <http://www.sdergi.hacettepe.edu.tr/sibelerkalcayanertutan>
2. Diken, H. ve Sucuoğlu B. (1999). "Sınıfında Zihin Engelli Çocuk Bulunan ve Bulunmayan Sınıf Öğretmenlerinin Zihin Engelli Çocukların Kaynaştırılmasına Yönelik Tutumlarının Karşılaştırılması". Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi, 2 (03), 25-39.
3. Barhan, A. (2001). İlköğretim Okullarında Öğrenci Güvenliğinin Sağlanması. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
4. Dirican, R. ve Bilgel N. (1993). Hekimliğin Tarihsel Gelişimi ve Toplum Hekimliği. Bursa: Uludağ Üniversitesi Basımevi. s.13-41.
5. Miller, T.R, Danseco, E.R. and Spicer, RS. (2000). "Incidence and Costs of 1987-1994 Childhood Injuries". Demographic Breakdowns. Pediatrics, 105 (2), 25-27.
6. Yılmaz Kurt, F. ve Aytekin A. (2015). "0-6 Yaş Grubu Çocuklarda Ev Kazaları". Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 2 (1), 22-32.
7. Laflamme, L, Svanström, L. and Schelp, L. (2000). Safety Promotion Research. Karoliska Institutet Deperment of Public Health Sciences. Division of Social Medicine. ISBN 91-630-7856-2. Sweden.
8. Türkiye İstatistik Kurumu. (2014). İstatistiklerle Çocuk. Ankara. 56-95.
9. Türkiye İstatistik Kurumu. (2017). <http://www.tuik.gov.tr> "Çocuk Ölümleri". (Erişim tarihi: 03.06.2018).
10. Eraslan, R. Ve Aycan S. (2008). "Bir İlköğretim Okulu İkinci Kademe Öğrencilerinde Okul Kazası Görülme Sıklığının İncelenmesi". Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi, 2 (1), 8-18.
11. Scala, C, Gallagher, S.S. and Schneps, S. (1997). "Cause and Outcomes of Pediatric İnjury Occurring at School". J. School Health, 67 (9),384-389.
12. Latif, A.H.A, Williams, W.R. and Sibert, J. (2002). "Primary School Accident Reporting in One Education Authority". Archives of Disease in Childhood, 86 (2), 91.
13. Vosskuhler, M. (2005). Brining The Ends Together: Learning, Unintentional Injury&Violence Prevention, Productivity and Academic. Performance Occupational Safety and Health Council. 12 International Safe Communities Meeting. Hong Kong, 96-106.
14. UNICEF. (2011). Türkiye'de Çocukların Durumu Raporu. UNICEF. Ankara, s.65-123.
15. Pişkin, M, Öğülmüş, S. ve Boysan, M. (2016). Güvenli Okul Ortamı Oluşturma Öğretmen ve Yönetici Kitabı.
16. Güner, T. (2016). "Okul Kazalarının (Yaralanmalarının) Sosyal Güvenlik Boyutu". Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 4 (32), 391-412.
17. Ergüder, B. ve Yertutan, C. (2005). İlköğretim Okullarında Öğrencilerin Uğradıkları Kazaların İncelenmesi. HÜ Ev Ekonomisi YO Yayınları, s.39-45.
18. Altuntaş, M, Kaya M, Demir, Ş, Oyman, G, Metecan, A., Rastgel, H. ve Öngel, K. (2013). "0-14 Yaş Arası Çocuklarda Önlenebilir Nitelikteki Kazaların Belirlenmesi ve İlişkili Tedbirlerin Alınması". Smyrna Tıp Dergisi, 1,28-33.
19. Göze, F. (2003). Bandırma Kemal Pireci Lisesi Öğrencilerinde Kaza Sıklığının Saptanması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
20. Çalık, T, Kurt, T. ve Çalık, C. (2011). "School Climate in Creating Safe School: A Conceptual Analysis". Pegem Eğitim ve Öğretim Dergisi, 1 (4), 73-84.
21. Özer, A. ve Dönmez, S. (2016). "Okullarda Şiddet ve Agresif Davranışların İncelenmesi". Millî Eğitim Dergisi, 173, 67-76.
22. Alver, E, Adıgüzel, T. ve Öztürk, O. (2016). "İstanbul'da 11 Ayrı Okul Çeşidinde Okul Güvenliği Araştırması". International Journal of Eurasia Social Sciences, 7 (23), 274-298.
23. Dönmez, B. (2011). "Okul Güvenliği: Sorunu ve Okul Yöneticisinin Rolü". Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi, 7 (1), 63-74.

Occupational Health Assessment of Permanent University Employees in Terms of Clinical Biochemical Data

Klinik Biyokimya Verileri Açısından Bir Üniversitede Çalışan Daimi İşçilerin İş Sağlığı Değerlendirilmesi

Hasan Basri SAVAS¹

ABSTRACT

Aim: Occupational health and safety involves important measures, trainings, and health screenings as defined by law. The existing literature on occupational medicine practices and related clinical laboratory data has considerable room for expansion. The aim of this study is to contribute to the evaluation of workplace medicine practices with original laboratory data.

Material and Method: The clinical laboratory data of the workers from the Alanya Alaaddin Keykubat University, Turkey, were analyzed retrospectively. Biochemical test results of a total of 104 permanent worker, 43 women and 61 men, were compared. Statistical analysis results were evaluated and $p<0.05$ was accepted as the limit of significance.

Results: In the statistical analysis based on sex, AST (Aspartate Aminotransferase), ALT (Alanine aminotransferase), RBC (Red blood cell), HGB (Hemoglobin), HCT (Hematocrit), MCH (Mean Corpuscular Hemoglobin; Average Cell Hemoglobin), MCV (mean erythrocyte volume), MCHC (Average Cell Hemoglobin Concentration), MONO (Monocyte) and MONO% values are higher in male workers, whereas PLT (platelet), PCT (Percent ratio of platelet cells to other cells), RDW-CV (Erythrocyte distribution width-coefficient variation-coefficient of variation) and RDW-SD (Erythrocyte distribution width-standard deviation) values are higher in female workers ($p<0.05$).

Discussion: In this study, the young age of the participating workers prevented laboratory results to go off the reference range. Values that differ between female and male gender groups are in line with expected differences based on gender. Including the fasting blood glucose values in routine clinical laboratory tests requested within the scope of workplace medicine may be useful in the early diagnosis and prevention of increasingly frequent insulin resistance, obesity, and type 2 diabetes mellitus.

Keywords: Clinical Laboratory, Biochemistry, Workplace Medicine, Occupational Health

ÖZ

Amaç: İş sağlığı ve güvenliği yasalarla belirlenmiş önemli tedbirler, eğitimler ve sağlık taramaları içermektedir. Literatürde iş sağlığı ile ilgili yapılan işyeri hekimliği uygulamaları ve ilgili klinik laboratuvar verileri ile ilgili eksiklik bulunmaktadır. Bu çalışmada özgün laboratuvar verileri ile işyeri hekimliği uygulamalarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Materyal-Metot: Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi çalışanlarının klinik laboratuvar verileri geriye dönük olarak incelendi. 43'ü kadın 61'i erkek toplam 104 daimi işçinin biyokimyasal test sonuçları karşılaştırıldı. İstatistiksel analiz sonuçları değerlendirildi ve $p<0,05$ anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

Bulgular: Cinsiyete dayalı istatistiksel analizde, AST (Aspartat Aminotransferaz), ALT (Alanin aminotransferaz), RBC (Kırmızı kan hücresi), HGB (Hemoglobin), HCT (Hematokrit), MCH (Ortalama Korpuskuler Hemoglobin; Ortalama Hücre Hemoglobini), MCV (ortalama eritrosit hacmi), MCHC (Ortalama Hücre Hemoglobin Konsantrasyonu), MONO (Monosit) ve % MONO değerleri erkek çalışanlarda daha yüksekken, PLT (trombosit), PCT (Trombosit hücrelerinin diğer hücrelere yüzde oranı), RDW-CV (Eritrosit dağılımı genişlik-katsayı değişim katsayısı) ve RDW-SD (Eritrosit dağılım genişliği-standart sapma) değerleri kadın çalışanlarda daha yüksektir ($p<0,05$).

Tartışma: Bu çalışmada işçilerin genç olması belirgin şekilde referans aralıklarının dışına çıkmış laboratuvar sonuçlarının oluşmasını önlemiştir. Kadın ve erkek cinsiyet grupları arasında farklılık çıkan değerler, cinsiyete göre farklı olması beklenen değerlerdir. İşyeri hekimliği kapsamında klinik laboratuvar istemleri arasına rutinde açlık kan glikoz değerlerinin de dahil edilmesi giderek sıklığı artan insülin direnci, obezite ve tip 2 diyabetes mellitus'un erken tanı ve önlenmesinde faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Klinik Laboratuvar, Biyokimya, İşyeri Hekimliği, İş Sağlığı

The study was conducted with the permission granted by the Alanya Alaaddin Keykubat University Clinical Research Ethics Committee under the resolution no. 10354421-2019/10/9, dated 26.09.2019.

¹Assist. Prof. Dr. Hasan Basri SAVAS, M.D. Ph.D., Alanya Keykubat University, Faculty of Medicine, Department of Medical Biochemistry, hasan.savas@alanya.edu.tr, ORCID: orcid.org/0000-0001-8759-4507

İletişim / Corresponding Author: Hasan Basri SAVAS
e-posta/e-mail: hasan.savas@alanya.edu.tr

Geliş Tarihi / Received: 17.03.2020
Kabul Tarihi/Accepted: 16.01.2021

INTRODUCTION

Every year approximately 300 million occupational accidents take place, about 10 million employees are diagnosed with occupational diseases, and more than 3 million employees die for reasons related to working conditions worldwide.¹ This is a picture with grave health problems and economic loss. Several international associations and platforms as the International Labor Organization (ILO) work to ensure occupational health and safety. These efforts essentially comprise studies to identify related risks and to take effective measures in order to prevent illness and accidents. Medical practices undertaken for this purpose include standard medical examination before employment, assigning tasks compatible with the health status of the employees, vaccination and follow-up to ensure effectiveness, assessment of workplace environment factors, checking the risk factors in the workplace, providing healthcare in the workplace, health education and consultancy, regular examination and screenings. The purpose of periodic checks is both the early diagnosis of any disease in subjects with a healthy appearance and regular evaluation for specific purposes in accordance with the type of work and environmental factors in the workplace. Standard onboarding examinations and regular clinical examinations and screenings include requests of clinical laboratory tests. The evaluation of these clinical laboratory

data is very important both in terms of evidence-based medicine and the documentation of the current situation.²

Workers in our study are classified as less dangerous because they work at the university. The nature of work in the Republic of Turkey following the initial examinations according to the current legislation, the personal characteristics of the worker, workplace hazard class and business qualities primarily made in the workplace with international standards, taking into account the risk assessment results in line; Periodic inspection is repeated at least every five years for jobs in less hazardous class.³ For this reason, since the biochemical examinations will take a long period of five years, the parameters should be determined and evaluated very well.

Therefore, clinical laboratory data are a routine element in workplace medicine and contain valuable information. The existing literature on occupational medicine practices and related clinical laboratory data has considerable room for expansion.

The aim of this study is to contribute to the evaluation of workplace medicine practices with original laboratory data. Thus, the biochemistry data of occupational health screenings, which could not find enough place in the literature until today, will be discussed in an original way.

MATERIAL-METHODS

Ethical permission: The study was conducted with the permission granted by the Alanya Alaaddin Keykubat University Clinical Research Ethics Committee under the resolution no. 10354421-2019/10/9, dated 26.09.2019.

Scope of the study: Workplace medical records of 104 people employed by the Alanya Alaaddin Keykubat University, Turkey were comparatively evaluated according to gender. These employees comprised of 43 women and 61 men between the ages 22-49. The relevant clinical laboratory data of the employees obtained

during the occupational health screenings were analyzed retrospectively.

Statistical analysis: Kolmogorov-Smirnov test was performed for Test of Normality. Kolmogorov Smirnov test is perhaps the most known and used of the hypothesis tests that test the assumption of normality. If the z value shown as a result of the analysis and the significance level (asympt. sig.) Associated with it are significant at the $p < .05$ level, the hypothesis is rejected, and the distribution is decided to be not normal. If the value of $p > .05$ is obtained, the hypothesis is accepted, and it is

interpreted that the distribution does not show a significant difference from the normal distribution. It was evaluated that the laboratory parameters were distributed normally ($p>0.05$). Biochemical parameters were compared between groups according to gender with the parametric Independent Samples T Test. Firstly, homogeneity was evaluated with Levene's Test for Equality of Variances. Then the Independent Samples

Test sig. (2-tailed) value was checked in accordance with the homogeneity condition.⁴ ROC (Receiver Operating Characteristic) curves were drawn for all biochemical parameters. The areas under the Roc curve were determined. Statistical significance was accepted as $p < 0.05$. The size of the area under the ROC curve indicates how significant the result is.

RESULT AND DISCUSSION

The mean age and standard deviation of female and male groups were respectively 34.86 ± 6.15 and 33.23 ± 5.80 (mean \pm standard deviation). No significant difference was found between mean age values.

Kolmogorov-Smirnov test was performed for Test of Normality. It was evaluated that the laboratory parameters were distributed normally by Kolmogorov-Smirnov test ($p>0.05$). Then, statistical analysis was performed to compare the groups determined by gender. Descriptive statistics results were given in figure 1 below.

In the statistical analysis of the comparative evaluation of female ($n=43$) and male ($n=61$) employees, AST (Aspartate Aminotransferase), ALT (Alanine aminotransferase), RBC (Red blood cell, Red blood cell count), HGB (Hemoglobin), HCT (Hematocrit), MCH (Mean Corpuscular Hemoglobin; Average Cell Hemoglobin), MCV (mean erythrocyte volume), MCHC (Average Cell Hemoglobin Concentration), MONO (Monocyte) and MONO% values are higher in male workers, whereas PLT (platelet), PCT (Percent ratio of platelet cells to other cells), RDW-CV (Erythrocyte distribution width-coefficient variation-coefficient of variation) and RDW-SD (Erythrocyte distribution width-standard deviation) values are higher in female workers ($p<0.05$). Biochemical parameters were compared between groups according to gender with the parametric Independent Samples T Test. Firstly, homogeneity was evaluated with Levene's Test for Equality of Variances. Then the Independent Samples Test results were given in figure 2 below.

The Roc curves of all biochemical and CBC parameters were drawn and given in figure 3 below. The area information under the Roc curve is given in figure 4 below.

Group Statistics					
Sex		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Urea	Female	43	19,7674	5,96353	,90943
	Male	61	27,3934	6,53778	,83708
Creatinine	Female	43	,7209	,07348	,01121
	Male	61	,8689	,10020	,01283
AST	Female	43	16,3023	4,87235	,74303
	Male	61	19,0984	5,70294	,73019
ALT	Female	43	17,8837	9,90000	1,50974
	Male	61	24,3279	11,63575	1,48981
Hgfh	Female	43	107,9302	9,42741	1,43767
	Male	61	110,7377	9,52173	1,21913
WBC	Female	43	7,4500	1,74833	,26662
	Male	61	7,5072	1,82472	,23363
RBC	Female	43	4,6977	,53330	,08133
	Male	61	5,1946	,48475	,06207
HGB	Female	43	12,5070	1,34755	,20550
	Male	61	15,0426	1,29105	,16530
HCT	Female	43	37,3070	3,46653	,52864
	Male	61	43,5869	3,26504	,41805
PLT	Female	43	284,5581	54,09617	8,24959
	Male	61	242,5246	42,74678	5,47316
MCH	Female	43	27,3535	3,13045	,47739
	Male	61	29,1080	2,38896	,30588
MCV	Female	43	81,1163	6,62351	1,01008
	Male	61	83,6705	5,64967	,72337
MCHC	Female	43	33,3488	1,43749	,21921
	Male	61	34,6049	1,00090	,12815
PCT	Female	43	,2991	,00873	,00875
	Male	61	,2467	,03893	,00498
MPV	Female	43	10,3814	,86196	,13145
	Male	61	10,2574	,76343	,09775
PDW	Female	43	11,8744	2,01259	,30692
	Male	61	11,7328	1,72913	,22139
EOSPercent	Female	43	2,3005	1,84829	,28186
	Male	61	2,4070	1,19861	,15347
LYMP	Female	43	2,1907	,61881	,09437
	Male	61	2,4385	,65448	,08380
LYMPPercent	Female	43	31,5930	9,60368	1,46455
	Male	61	33,3967	6,12133	,78376
MONOPercent	Female	43	7,2860	1,67894	,25604
	Male	61	8,2213	1,92303	,24622
BASOPercent	Female	43	,4953	,16612	,02533
	Male	61	,5361	,20578	,02635
NEUPercent	Female	43	58,9698	9,18307	1,40041
	Male	61	55,6426	7,08537	,90719
NEU	Female	43	4,3207	1,55870	,23770
	Male	61	4,1946	1,28872	,16500
EOS	Female	43	,1665	,14149	,02158
	Male	61	,1825	,10612	,01359
BASO	Female	43	,0370	,01489	,00227
	Male	61	,0395	,01586	,00203
MONO	Female	43	,5233	,14257	,02174
	Male	61	,6079	,18926	,02423
PLCR	Female	43	27,4977	7,47684	1,14021
	Male	61	26,7016	7,03370	,90057
RDWCV	Female	43	13,6233	1,71365	,26133
	Male	61	12,6852	1,12277	,14376
RDWSD	Female	43	39,9326	3,64422	,55574
	Male	61	38,3705	2,39787	,30702
IG	Female	43	,0202	,01058	,00161
	Male	61	,0248	,01501	,00192
IGPercent	Female	43	,2698	,12447	,01898
	Male	61	,3295	,19352	,02478

Figure 1. Descriptive Statistics of Clinical Biochemistry Laboratory Data for the Workers

Figure 1 Explanation: AST (Aspartate Aminotransferase), ALT (Alanine aminotransferase) eGFR (Estimated glomerular filtration rate), WBC (White blood cell; leukocyte count), RBC (Red blood cell, Red blood cell count), HGB (Hemoglobin), HCT (Hematocrit), PLT (Platelet), MCH (Mean Corpuscular Hemoglobin; Average Cell Hemoglobin), MCV (mean erythrocyte volume), MCHC (Average Cell Hemoglobin Concentration), PCT (Percent ratio of platelet cells to other cells), MPV (Average platelet volume), PDW

(Platelet Distribution Width), EOS (Eosinophil), LYM (Lymphocyte), MONO (Monocyte), BASO (Basophil), P-LCR (Large platelet cell ratio), RDW-CV (Erythrocyte distribution width-coefficient variation-coefficient of variation), RDW-SD (Erythrocyte distribution width-standard deviation), IG (Immature Granulocyte). Percent: Percentage (%). Clinical laboratory parameters were evaluated according to gender, mean, standard deviation and standard error values.

Independent Samples Test											
Parameters		Levene's Test for Equality of Variances		T-test for Equality of Means						Interval of the	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper	
Urea	Equal variances assumed	1,464	,229	-6,072	102	,000	-7,62600	1,25599	-.10,11725	-.5,13475	
	Equal variances not assumed			-6,170	95,388	,000	-7,62600	1,23603	-.10,07969	-.5,17231	
Creatinine	Equal variances assumed	5,911	,017	-8,239	102	,000	-.14792	,01795	-.18353	-.11231	
	Equal variances not assumed			-8,684	101,815	,000	-.14792	,01703	-.18171	-.11413	
AST	Equal variances assumed	1,638	,203	-2,612	102	,010	-2,79604	1,07057	-.491951	-.67256	
	Equal variances not assumed			-2,684	98,190	,009	-2,79604	1,04176	-.486332	-.72875	
ALT	Equal variances assumed	4,213	,043	-2,954	102	,004	-6,44415	2,18125	-.10,77065	-2,11765	
	Equal variances not assumed			-3,038	98,345	,003	-6,44415	2,12104	-.10,65310	-2,23519	
HgbH	Equal variances assumed	,299	,586	-1,487	102	,140	-2,80747	1,88827	-.655284	,93790	
	Equal variances not assumed			-1,489	91,134	,140	-2,80747	1,88498	-.655169	,93674	
WBC	Equal variances assumed	,481	,489	-.160	102	,873	-.05721	,35716	-.76563	,65120	
	Equal variances not assumed			-.161	92,915	,872	-.05721	,35450	-.76118	,64676	
RBC	Equal variances assumed	,405	,526	-4,930	102	,000	-.49692	1,00622	-.69649	-.29734	
	Equal variances not assumed			-4,857	84,989	,000	-.49692	1,02311	-.70033	-.29350	
HGB	Equal variances assumed	,507	,478	-9,687	102	,000	-2,53565	,26177	-.3,05486	-2,01643	
	Equal variances not assumed			-9,614	88,113	,000	-2,53565	,26373	-.3,05975	-2,01544	
HCT	Equal variances assumed	,414	,521	-9,416	102	,000	-6,27991	,66695	-.7,60280	-.4,95701	
	Equal variances not assumed			-9,318	87,109	,000	-6,27991	,67396	-.7,61946	-.4,94036	
PLT	Equal variances assumed	4,622	,034	4,421	102	,000	42,03355	9,50762	23,17523	60,89186	
	Equal variances not assumed			4,246	76,708	,000	42,03355	9,90006	22,31881	61,74829	
MCH	Equal variances assumed	3,353	,070	-3,241	102	,002	-1,75454	,54139	-.2,82838	-.68071	
	Equal variances not assumed			-3,095	74,745	,003	-1,75454	,56897	-.2,88408	-.62501	
MCV	Equal variances assumed	1,066	,304	-2,113	102	,037	-2,55421	1,20859	-.4,95144	-.15988	
	Equal variances not assumed			-2,056	81,181	,043	-2,55421	1,24238	-.5,02608	-.08235	
MCHC	Equal variances assumed	9,373	,003	-5,256	102	,000	-1,25608	2,3896	-.1,73005	-.78211	
	Equal variances not assumed			-4,947	69,898	,000	-1,25608	2,53933	-.1,76253	-.74963	
PCT	Equal variances assumed	9,244	,003	5,547	102	,000	,05235	,00944	,03363	,07107	
	Equal variances not assumed			5,200	68,645	,000	,05235	,01007	,03226	,07243	
MPV	Equal variances assumed	,911	,342	,773	102	,441	1,2402	,16038	-.19410	-.44214	
	Equal variances not assumed			,757	83,433	,451	1,2402	,16381	-.20176	-.44880	
PDW	Equal variances assumed	,862	,355	,384	102	,702	1,16163	,38860	-.58948	,87274	
	Equal variances not assumed			,374	81,612	,709	1,16163	,37843	-.61125	,89451	
EOSPercent	Equal variances assumed	1,017	,316	-.357	102	,722	-.10658	,29880	-.69925	,48008	
	Equal variances not assumed			-.332	66,502	,741	-.10658	,32093	-.74726	-.53409	
LYMP	Equal variances assumed	,109	,742	-1,945	102	,055	-.24783	1,2744	-.50061	,00496	
	Equal variances not assumed			-1,964	93,609	,053	-.24783	1,2620	-.49842	,00276	
LYMPPercent	Equal variances assumed	7,176	,009	-1,189	102	,245	-1,80370	1,54263	-.4,86350	1,25610	
	Equal variances not assumed			-1,086	65,728	,282	-1,80370	1,66108	-.5,12040	1,51300	
MONOPercent	Equal variances assumed	,458	,500	-2,572	102	,012	-.93526	,36369	-.1,65664	-.21389	
	Equal variances not assumed			-2,633	97,332	,010	-.93526	,35522	-.1,64024	-.23029	
BASOPercent	Equal variances assumed	2,457	,120	-1,074	102	,286	-.04072	,03792	-.11594	,03450	
	Equal variances not assumed			-1,114	100,054	,268	-.04072	,03655	-.11323	,03180	
NEUPercent	Equal variances assumed	3,721	,057	2,085	102	,040	3,32714	1,58613	,1,6122	,6,48307	
	Equal variances not assumed			1,994	75,357	,050	3,32714	1,66857	,00344	,6,65085	
NEU	Equal variances assumed	1,066	,304	,450	102	,653	1,2611	,28900	-.42927	,68149	
	Equal variances not assumed			,436	79,334	,664	1,2611	,28936	-.44981	,70202	
EOS	Equal variances assumed	,460	,499	-.657	102	,513	-.01595	,02428	-.06411	,03221	
	Equal variances not assumed			-.625	73,794	,534	-.01595	,02550	-.06676	,03486	
BASO	Equal variances assumed	,051	,822	-.822	102	,413	-.00253	,00308	-.00864	,00358	
	Equal variances not assumed			-.831	93,971	,408	-.00253	,00305	-.00858	,00352	
MONO	Equal variances assumed	2,713	,103	-2,477	102	,015	-.08461	,03417	-.15238	-.01885	
	Equal variances not assumed			-2,599	101,509	,011	-.08461	,03256	-.14919	-.02003	
PLCR	Equal variances assumed	,333	,565	,554	102	,581	,79604	1,43755	-.2,05534	3,64741	
	Equal variances not assumed			,548	87,037	,585	,79604	1,45296	-.2,09187	3,68394	
RDWCV	Equal variances assumed	13,207	,000	3,373	102	,001	9,3801	2,7811	,3,8638	1,48964	
	Equal variances not assumed			3,145	66,972	,002	9,3801	2,9826	,3,4268	1,53334	
RDWSD	Equal variances assumed	4,105	,045	2,637	102	,010	1,56207	,59238	,3,8707	2,73706	
	Equal variances not assumed			2,490	67,169	,016	1,56207	,63490	,2,9485	2,82928	
IG	Equal variances assumed	3,277	,073	-1,699	102	,092	-.00452	,00266	-.00980	,00076	
	Equal variances not assumed			-1,802	101,999	,074	-.00452	,00251	-.00950	,00046	
IGPercent	Equal variances assumed	1,416	,237	-1,780	102	,078	-.05974	,03356	-.12631	,00683	
	Equal variances not assumed			-1,914	101,265	,058	-.05974	,03121	-.12166	,00217	

Figure 2. The Statistics of Clinical Biochemistry Laboratory Data for the Workers

Figure 2 Explanation: AST (Aspartate Aminotransferase), ALT (Alanine aminotransferase) eGFR (Estimated glomerular filtration rate), WBC (White blood cell; leukocyte count), RBC (Red blood cell, Red blood cell count), HGB (Hemoglobin), HCT (Hematocrit), PLT (Platelet), MCH (Mean Corpuscular Hemoglobin; Average Cell Hemoglobin), MCV (mean erythrocyte volume), MCHC (Average Cell Hemoglobin Concentration), PCT (Percent ratio of platelet cells to other cells), MPV (Average platelet volume), PDW (Platelet Distribution Width), EOS (Eosinophil), LYM (Lymphocyte), MONO (Monocyte), BASO (Basophil), P-LCR (Large platelet cell ratio), RDW-CV (Erythrocyte distribution width-coefficient variation-coefficient of variation), RDW-SD (Erythrocyte distribution width-standard deviation), IG (Immature Granulocyte). Percent: Percentage (%). Biochemical parameters were compared between groups according to gender with the parametric Independent Samples T Test. $p < 0.05$ = Statistically significant difference.

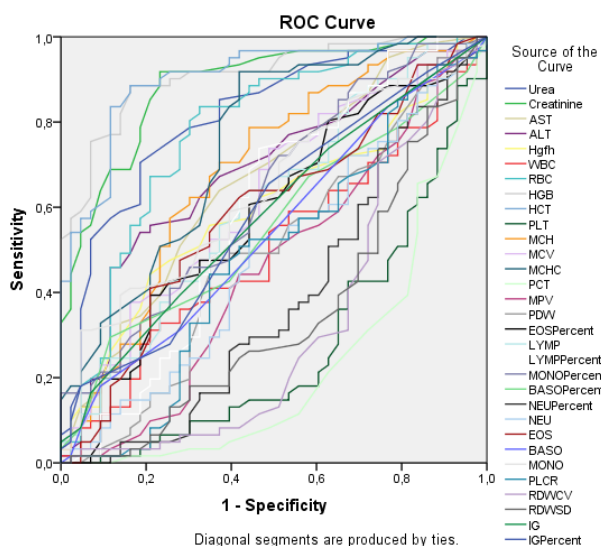


Figure 3. Roc Curve of Laboratory Parameters

Test Result Variable(s)	Area Under the Curve				
	Area	Std. Error ^a	Asymptotic Sig. ^b	Asymptotic 95% Confidence Interval	
				Lower Bound	Upper Bound
Urea	,814	,043	,000	,729	,898
Creatinine	,888	,032	,000	,824	,951
AST	,660	,054	,006	,553	,767
ALT	,686	,053	,001	,582	,790
Hgb	,599	,056	,087	,489	,708
WBC	,504	,057	,939	,392	,617
RBC	,779	,048	,000	,684	,874
HGB	,912	,027	,000	,858	,966
HCT	,906	,029	,000	,849	,964
PLT	,274	,051	,000	,173	,375
MCH	,688	,054	,001	,581	,794
MCV	,624	,056	,031	,515	,734
MCHC	,748	,050	,000	,650	,846
PCT	,226	,049	,000	,131	,321
MPV	,457	,059	,460	,342	,573
PDW	,496	,059	,945	,380	,612
EOSPercent	,584	,058	,146	,471	,697
LYMP	,611	,057	,054	,501	,722
LYMPPercent	,593	,060	,107	,476	,711
MONOPercent	,632	,055	,022	,524	,741
BASOPercent	,555	,056	,345	,444	,665
NEUPercent	,384	,058	,045	,270	,498
NEU	,487	,059	,817	,372	,601
EOS	,589	,057	,124	,477	,701
BASO	,544	,057	,446	,432	,656
MONO	,638	,054	,017	,532	,745
PLCR	,483	,060	,769	,366	,600
RDWCV	,323	,058	,002	,210	,436
RDWSD	,350	,056	,010	,240	,460
IG	,585	,056	,142	,474	,695
IGPercent	,587	,057	,130	,476	,699

The test result variable(s): Urea, Creatinine, AST, ALT, Hgb, WBC, RBC, HGB, HCT, PLT, MCH, MCV, MCHC, PCT, MPV, PDW, EOSPercent, LYMP, LYMPPercent, MONOPercent, BASOPercent, NEUPercent, NEU, EOS, BASO, MONO, PLCR, RDWCV, RDWSD, IG, IGPercent has at least one tie between the positive actual state group and the negative actual state group. Statistics may be biased.

a. Under the nonparametric assumption
 b. Null hypothesis is: true area = 0.5

Figure 4. Area Under Curve of Laboratory Parameters

The reason of higher PCT (Percent ratio of platelet cells to other cells) values as observed in Table 1 and 2, may be one of the reasons why PLT is significantly higher in women.⁵ Thus, the lower MCHC, HGB, HCT, RBC and MCV in women, it can be explained with a lower hemoglobin level compared to men.⁵ It is an expected difference for AST and ALT by gender, considering that the AST and ALT values are higher in males and the mean values for both genders are within the reference range.⁶ The mean age and standard deviation of female and male groups were respectively 34.86 ± 6.15 and 33.23 ± 5.80 (mean \pm standard deviation). The mean age of total workers was 33.90 ± 5.97 . Thanks to the relatively young age of the participating workers, the

laboratory results remained within the reference range.

Including the fasting blood glucose values in routine clinical laboratory tests requested scope of workplace medicine may be useful in the early diagnosis and prevention of increasingly frequent insulin resistance, obesity and type 2 diabetes mellitus.⁷

Examination in the workplace performed periodically under labor legislation provides information on the workplace conditions, as well as on organ function disorders, changes in blood cells, and blood structure in the overall employee population. The aim is early diagnosis and treatment of any disease. Periodic examinations and clinical laboratory tests on employees may help prevent the diagnoses of occupational disease in approximately 10 million employees and save more than 3 million lives annually on a global scale.¹ It is a legal obligation to carry out routine occupational health examinations of workers effectively and to evaluate the desired laboratory parameters in detail.⁸ Although there are many studies on

occupational health and safety in the literature, biochemical parameters were not examined in these studies.⁹⁻¹⁴ Or, specific intoxications related to occupational health were examined.¹⁵ For this reason, the biochemical data presented in our study are unique and important in terms of guiding occupational health safety.

The narrow age range of the workers in our study is a limitation. In new studies, the effects of age range on laboratory parameters can be examined with a wider sample. However, the strength of the study is that it is one of the first studies in the literature to include biochemical data of workers' routine occupational health screenings.

Laboratory parameters to be required in routine occupational health examinations should be determined by considering the nature of the work and the hazard class. Then the biochemical results should be carefully analyzed. In this way, early diagnosis, preventive medicine and treatment will be possible.

CONCLUSION

Increasing research and publications on clinical laboratory data obtained in the course of workplace medical procedures will facilitate research within the framework of occupational health and safety and will help early diagnosis and treatment of diseases. Fasting blood glucose level should be included among the laboratory parameters required in routine occupational health screenings. Thus, it may be beneficial for the early diagnosis of insulin resistance obesity and type 2 diabetes. Our study contributes original and unique data to the literature in terms of clinical biochemistry knowledge in occupational health. Occupational Health and Safety (OHS) is defined as the science of forecasting, recognizing, evaluating and controlling the dangers that may impair the health and well-being of employees, that may arise in the workplace or that may arise from the workplace, taking into account the possible effects on the society and the

general environment. The main purpose in occupational health and safety is to protect all employees against occupational diseases, work accidents and work-related diseases. In this study, it was aimed to examine the biochemical data included in the routine health examinations, which are one of the main activities related to occupational health and safety, and to draw attention to the importance of these data. The main purpose of the occupational health and safety team and the workplace doctor is to create a healthy working environment in the workplace. In this way, work accidents, occupational diseases and work-related diseases can be prevented before they occur. For this reason, our research results are important for improving occupational health.

Acknowledgements Protection of Humans

The authors declare that the procedures were followed according to the regulations established by the Clinical Research and Ethics Committee and to the 2013 Helsinki Declaration of the World Medical Association.

Data Confidentiality

The authors declare having followed the protocols in use at their working center regarding patients' data publication.

Conflicts of Interest

The authors declare no conflicts of interest.

Funding Sources

This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

REFERENCES

1. Bilir, N. (2016). İş Sağlığı ve Güvenliği. 1. Basım, İstanbul, Güneş Tıp Kitabevleri, 1-44.
2. Babaoğlu, M.Ö., Yaşar, Ü., Dost, T. ve Kayaalp, S.O. (2009). Kanıta Dayalı Tıp: Kavramlar, Örnekler ve Görüşler. J Med Sci, 29 (5), 1298-305.
3. İşyeri Hekimi ve Diğer Sağlık Personelinin Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik. Resmî Gazete Tarihi: 20.07.2013. Resmî Gazete Sayısı: 28713.
4. Orcan, F. (2020). Parametric or Non-parametric: Skewness to Test Normality for Mean Comparison. Int. J. Asst. Tools in Educ, 7(2), 255-265. doi: 10.21449/ijate. 656077
5. Emekli, N. ve Yiğitbaşı, T. (2015). Klinik Biyokimya. 1. Basım, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.
6. Murray, R.K., Bender, D.A., Botham, K.M., Kennelly, P.J., Rodwell, V.W. and Weil, P.A. (2015). Harper'in Biyokimyası. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
7. Savas, H.B. ve Gultekin, F. (2017). İnsülin Direnci ve Klinik Önemi. Med J SDU, 24 (3), 116-125.
8. İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. Kanun No: 6331. Resmî Gazete, Tarih: 30.06.2012, Sayı: 28339.
9. Arici, C, Ronda-Pérez, E, Tamhid, T, Absekava, K. and Porru S. (2019). Occupational Health and Safety of Immigrant Workers in Italy and Spain: A Scoping Review. Int J Environ Res Public Health, 16 (22), 4416. doi: 10.3390/ijerph1622 4416.
10. Teufer, B, Ebenberger, A, Affengruber, L, Kien, C, Klerings, I, Szlag, M, Grillich, L. and Griebler, U. (2019). Evidence-based Occupational Health and Safety Interventions: A Comprehensive Overview of Reviews. BMJ Open, 11, 9 (12), e032528. doi: 10.1136/bmjopen-2019-032528.
11. Min, J, Kim, Y, Lee, S, Jang, T.W, Kim, I. and Song, J. (2019). The Fourth Industrial Revolution and Its Impact on Occupational Health and Safety, Worker's Compensation and Labor Conditions. Saf Health Work, 10 (4), 400-408. doi: 10.1016/j.shaw.2019.09.005.
12. Civran G. (2019). Salute E Sicurezza Sul Lavoro in Ambito Portuale E Governo Dei Processi Sociali E Di Sviluppo Economico [Occupational Health and Safety in The Port and The Government of Social Processes and Economic Development]. G Ital Med Lav Ergon, 41 (4), 306-309.
13. Kajiki, S, Mori, K, Kobayashi, Y, Hiraoka, K, Fukai, N, Uehara, M, Adi, N.P. and Nakanishi, S. (2020). Developing a global occupational health and safety management system model for Japanese companies. J Occup Health, 62 (1), e12081. doi: 10.1002/1348-9585.12081.
14. Almost, J, Caicco Tett, L, Van Den Kerkhof, E, Paré, G, Strahlendorf, P, Noonan, J, Hayes, T, Van Hulle, H, Holden, J, Silva, E Silva, V. and Rochon, A. (2019). Leading Indicators in Occupational Health and Safety Management Systems in Healthcare: A Quasi-Experimental Longitudinal Study. J Occup Environ Med, 61 (12), e486-e496. doi: 10.1097/JOM. 0000000000001738.
15. Balasubramanian, B, Meyyazhagan, A, Chinnappan, A.J, Alagamuthu, K.K, Shanmugam, S, Al-Dhabi, N.A, Mohammed Ghilan, A.K, Duraipandiyar, V. and Valan Arasu, M. (2020). Occupational health hazards on workers exposure to lead (Pb): A genotoxicity analysis. J Infect Public Health, 13 (4), 527-531. doi: 10.1016/j.jiph.2019.10.005.

The Effect of Intercultural Nursing Training on Nursing Students' Intercultural Sensitivity and Empathic Tendency Level: Randomised Controlled Trial

Kültürlerarası Hemşirelik Eğitiminin Hemşirelik Öğrencilerinin Kültürlerarası Duyarlılığı ve Empatik Eğilim Düzeyine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma

Ganime CAN GÜR¹, Emine YILMAZ²

ABSTRACT

This research was planned in randomized controlled trial in order to reveal the effect of intercultural nursing training on cultural sensitivity and empathic tendency level among nursing students. 120 students were included in the sample group. Students in the study group attended in intercultural nursing training 2 hours a week for 8 weeks. There was no application for the students in the control group. Descriptive statistics, independent and dependent t tests were used to appraise the data. It was observed in the study that before the training, the cultural sensitivity total score of both control and training groups was at moderate level. After training: the total Empathic Tendency Scale score of the training group was higher than the control group's and the training group's total scores for Intercultural Sensitivity Scale, subdimensions regarding interaction engagement and attentiveness, and respect for cultural difference were higher than the control group. The results of the research showed that intercultural training was effective in increasing the intercultural sensitivity and empathic tendency level and enabling the students to acquire empathy skills. As a result, it has been observed that intercultural training is effective on students' gaining empathy skills.

Keywords: Empathic Tendency, Intercultural Sensitivity, Nursing, Training

ÖZ

Bu çalışma, kültürlerarası hemşirelik eğitiminin hemşirelik öğrencilerinde kültürel duyarlılık ve empatik eğilim düzeyine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü çalışma şeklinde planlanmıştır. Örneklem, 120 öğrenciden oluşmuştur. Deney grubundaki öğrenciler 8 hafta boyunca haftada 2 saat kültürlerarası hemşirelik eğitime katıldılar. Kontrol grubundaki öğrencilere herhangi bir müdahale yapılmadı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, bağımsız ve bağımlı t testleri kullanılmıştır. Çalışmada eğitim öncesi hem kontrol hem de deney grubundaki öğrencilerin kültürel duyarlılık toplam puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu görülmüştür. Eğitimden sonra: eğitim grubunun toplam Empatik Eğilim Ölçeği puanları kontrol grubunun puanından daha yüksekti ve eğitim grubunun toplam Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği puanı ile etkileşim katılımı, kültürel farklılığa saygı ve etkileşim alt boyut puanları kontrol grubuna göre daha yüksekti. Sonuç olarak, kültürlerarası eğitimin öğrencilerin empati becerisi kazanmalarında etkili olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Empatik Eğilim, Kültürlerarası Duyarlılık, Hemşirelik, Eğitim

Necessary permission from the Dean's Office of the Faculty of regarding the research and Bingöl University Scientific Research and Publication Committee permission were obtained (dated: 09.01.2019 and numbered: 01).

¹Dr. Öğr. Üyesi, Ganime CAN GÜR, Psikiyatri Hemşireliği, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, ganimegur@pau.edu.tr, ORCID:0000-0002-6013-257X

²Doç. Dr., Emine YILMAZ, Psikiyatri Hemşireliği, İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, emine.tog@hotmail.com, ORCID:0000-0002-8224-7300

İletişim / Corresponding Author:
e-posta/e-mail:

Ganime CAN GÜR
ganimegur@pau.edu.tr

Geliş Tarihi / Received: 27.01.2021
Kabul Tarihi/Accepted: 25.03.2021

INTRODUCTION

Cultural differences have increased in many fields of life in Turkey since Turkey is in a position of a preferred country in terms of health tourism and many Syrian refugees have settled in Turkey.¹ While culture underlies the life, it involves the values, beliefs, attitudes, and customs of a society. The beliefs, attitudes, and treatment methods of individuals concerning their health and illnesses are influenced by cultures. Culture is regarded as a dynamic factor for health and illnesses.^{2,3} The patient's cultural values, beliefs and applications are an indispensable part of holistic health care. Now, the profession of nursing has revealed the necessity and responsibility of providing individual-centered care to the whole society and ethnic groups in the globalizing world.⁴ The quality individual care can be given only when the culture, beliefs, traditions and values of the individual are taken into account as a whole.⁵ Leninger, who was the first person to focus on the concept of intercultural nursing in health care.⁶ By means of intercultural nursing, Leninger aimed to being sensitive towards individuals and families from different cultures and to provide effective nursing care to them.^{6,7}

The fact that nurses, involving in the center of health care, fail to understand the culture of individuals may result in communication problems, conflicts and discrimination and thus affect the health of individuals adversely.⁸ In the study by Tanrıverdi (2015), it was found that 35.2% of the nurses were not aware of the necessity for utilizing the cultural knowledge and skills during the care.⁹ In Turkey, based on the study results, it has been found that nursing students experience problems during the care at the rates of 68% and 69.4% due to cultural differences and these problems are associated mostly with communication (a different language).^{2,10} In the study by Tortumluoğlu, Okanlı, Ozyazicioglu, and Akyil (2006), it was determined that the problems most frequently encountered by students among the cultural differences were related to speaking and beliefs. It was found that students

experiencing these problems were unable to provide sufficient care to the patients, and this affected the health of patients adversely.¹⁰ The fact that the nurses have cultural knowledge and communication skills, and reflect them into practice are significant in terms of affecting the care outcomes positively.

It is highly important for nurses to have high cultural sensitivity and awareness while offering care to individuals from different cultures.¹¹⁻¹³ Intercultural sensitivity has been conceptualized as an individual talent that encourage and support an effective and appropriate behavior for intercultural communication and help to develop positive emotions to tolerate and understand cultural differences.¹⁴ Therefore, extending trainings for increasing cultural sensitivity starting from the nursing students shall increase the effectiveness of the health care.¹⁵ In the study by Ceylantekin and Öcalan (2016), it was indicated that majority of students who took the course "Intercultural Nursing" had different opinions before and after taking the course; after taking the course, they began to approach the topic more sensitively from profession aspect, and the majority of them took into account the cultural characteristics of the patients during the patient care process.¹⁶ In the studies conducted abroad, it has been found that training interventions are effective for developing cultural knowledge.^{17,18}

Providing intercultural training to nursing students constitute an important factor for increasing the cultural sensitivity and communication skills in coping with the problems encountered in school and hospital environments.¹⁶ One of the significant elements of solving communication problems is the ability to develop empathy, empathy is the ability to understand what others think and feel in order to communicate in the right way.¹⁹ It is required for nurses to be aware of the emotions of their patients, manage their own emotions, and develop empathy in order to establish a high communication with their patients.²⁰ Undoubtedly, education shall serve to teach students fruitfully the ways of

confronting with the problems, developing empathy, and coping with many problems such as communication problems from their first step into the profession.⁹ Therefore, as emphasized by Leninger, training the nurses with cultural sensitivity from the foundation shall provide high quality empathy and care to future nurses for patients. It is expected from individuals with a high level of empathic tendency to have a higher intercultural sensitivity level.²¹ By means of the culturally competent empathic approach, the quality of care and satisfaction enhance, the outcomes of health improve; the stress of those giving and receiving care decreases, the burnout of the caregivers decreases and the satisfaction with the health institutions increases.⁹

Determining the cultural sensitivity and empathic tendency levels of the nursing

students is significant for providing the training to increase the cultural sensitivity and empathic tendencies of the students, as well as increasing the quality of holistic approaches provided by the nurses to patients and the quality of the care provided.²² Current research aims to reveal the effectiveness of intercultural nursing education on cultural sensitivity and empathic tendency level among nursing students. The following hypothesis is advanced:

H1: The intercultural nursing training provided to nursing students increases the cultural sensitivity level.

H2: The intercultural nursing training provided to nursing students increases the empathic tendency level.

MATERIAL AND METHOD

Design

This research was a randomized controlled trial (RCT).

Sample

Participants were 1st, 2nd, 3rd and 4th grade students (N=246) enrolled in the nursing department of a university in the east part of Turkey, from September to November 2019. Interested participants were screened by the research team for the following eligibility criteria: (a) students who willingly decided to participate and (b) students who don't take any education about culture.

The size of the sample was calculated through the G Power program. Statistical power and significant level were taken as 0.95 and 0.05, respectively. The number of samples for both groups was calculated as 35. After completion of baseline measurements, the students were registered and a computer generated list of random number generated by SPSS 21 was used for block randomization. The 124 students were randomly appointed to each group. Two students in both groups withdrew from the research. Sixty participants in the training group (TG) and 60 participants in the control group (CG) remained in the analyses. The power of the research was

determined as 0.84 after the post-hoc test result.²³

Measures

Data Collection Tools

"Social-Demographics Questionnaire (SDQ)", "Intercultural Sensitivity Scale (ISS)", and "Empathic Tendency Scale (ETS)" were used during the collection of research data. The necessary permissions were obtained from the relevant authors for the use of the scales.

Social-Demographics Questionnaire (SDQ)

The Social-demographics Questionnaire was developed by the research team and consisted of 5 questions to gather knowledge on the students' sociodemographic characteristics.

Intercultural Sensitivity Scale (ISS)

The ISS developed by Chen and Starosta includes 24 items and five subscales.²⁴ The adaptation of the scale to Turkish culture was done by Bulduk, Tosun and Ardic.¹² There is not a cut-off value of the scale. It is a five-point likert-type scale. High scores indicate higher cultural sensitivity. Cronbach's Alpha (CA) coefficient of the ISS' Turkish form is

0.72.¹² In current research, the CA value was determined as 0.78.

Empathic Tendency Scale (ETS)

The scale was developed by Dökmen to determine the empathic tendencies of individuals. It consists of 20 items scored on a five point Likert-type scale. A higher score indicates higher empathic tendency. The points range from 20 to 100. The CA coefficient of the original version was found to be 0.72.²⁵ In current study, the Cronbach's value was determined as 0.68.

Data Collection

The data collection tools comprised SDQ, ISS, and ETS. The data were gathered mutually interviews made by researchers in two phases. First, pretest forms (SDQ, ISS, and ETS) were applied to evaluate the intercultural sensitivity and empathic tendency level of the TG and CG after making the essential explanations. Then, the TG was provided 2 hours a week for 8 weeks of intercultural nursing education. The researchers applied posttest forms (ISS, and ETS) to both groups during the 8th week after the education program. Completing data took 15-20 minutes on average.

Intercultural Education Program

An education program has been developed based on the relevant literature review. The EG were trained in eight sessions of 2 hour each. Each education session was one day per week, 2 hours per session for two months. During the application, the curriculum booklets were given to the participants by the researchers at the end of each session. The sessions were held using group discussions, visual materials, homework, question-

answers, feedback, and practices. Education contents were created as pointed in the definition of culture, characteristics of culture, the relationship among health, disease and culture, transcultural nursing models, common features of the models, cultural competence, cultural care, cultural awareness, significance of the cultural nursing care, what empathy is, significance of empathy in nursing care, cultural sensitivity and empathy.

Data Analysis

The SPSS Statistic version 23.0 was used to evaluate the data. The control variables among students in the TG and CG were analyzed using independent-samples t test and chi-square test. Paired t test was used to examine the pre- and post test means of the scales. Independent t test was used to examine the pre- and posttest means of the scales among students in both groups. The significance level was determined as $p < .05$.

Aspect of Research Ethics

Necessary permission from the Dean's Office of the Faculty of regarding the research and Bingöl University Scientific Research and Publication Ethics Committee permission were obtained (dated: 09.01.2019 and numbered: 01). Participants' personal information and study data were collected according to the Declaration of Helsinki. The researchers received informed verbal and written consent from the participants before starting this study.

Limitation of The Study

Data obtained from current study represent the statements of participants included in the research, and the results of the research cannot be generalized.

RESULTS AND DISCUSSION

When the descriptive characteristics of both groups are examined; 70% of the CG were female, 60% the place of longest residence was the southern Turkey, 62% of the participants were staying in dormitory and the average age was 20.16 ± 1.23 . Of the TG, 63.3% were female, 46.7% the place of longest residence was the southern Turkey

65.0% were dormitory, the average age was 19.82 ± 2.81 . It was determined that the difference between the TG and CG was not statistically significant and both groups were homogeneous ($p > .05$).

The pretest ISS score mean of the TG was 82.15 ± 7.82 , while this score was 81.78 ± 6.93

for the CG. The pretest ETS score mean of TG was 67.90±7.10 and 68.21±9.86 in the CG. The difference between the two groups in

terms of pre-test mean scores of both scales was statistically insignificant ($p > .05$ see Table 1).

Table 1. The comparison of pretest ISS and ETS mean scores of TG and CG

Scales and Subscales	Training Group	Control Group	t	p
	(n:60)	(n:60)		
	X±SD	X±SD		
Interaction Engagement	23,38 ±2,37	22,86±2,11	3,011	,382
Respect for Cultural Difference	22,66 ±3,93	23,25±3,92	,772	,417
Interaction Confidence	16,35±1,90	15,96±1,65	,336	,242
Interaction Enjoyment	11,11± 2,95	10,83±2,21	,062	,553
Interaction Attentiveness	10,45±1,82	10,10±2,83	2,056	,413
Total ISS	82,15 ±7,82	81,78±6,93	1,897	,567
ETS	67,90 ±7,10	68,21 ± 9,86	-,202	,840

X: Mean; SD: Standart Deviation; t: Independent t test; $p < 0.05$

According to the post-test results, the mean ISS score of CG was 81.95 ± 7.82 (Table 2). The difference between the pretest score of CG and this score was statistically insignificant ($p > .05$, Table 3). In contrast, the mean post-test ISS score of the TG was 87.36± 7.24. The difference between the TG pretest score and this score was statistically significant ($p < .05$, Table 3). The difference in the total score of the ISS posttest mean score

between the TG and CG as well as the mean scores of sub-dimensions; regarding interaction engagement, respect for cultural difference and interaction attentiveness were statistically significant ($p < .05$, Table 2). The TG total scores for ISS and sub-dimensions; regarding interaction engagement, respect for cultural difference and interaction attentiveness were higher than those of the CG.

Table 2. The comparison of posttest ISS and ETS mean scores of TG and CG

Scales and Subscales	Training Group	Control Group	t	p
	(n:60)	(n:60)		
	X±SD	X±SD		
Interaction Engagement	25,88 ±2,17	22,38±2,37	6,011	.000*
Respect for Cultural Difference	22,68 ±3,85	22,21±3,90	-,753	.453
Interaction Confidence	16,40 ±1,89	16,01±1,71	1,162	.248
Interaction Enjoyment	11,26 ±1,93	10,46 ±1,79	0,567	.572
Interaction Attentiveness	11,13±2,89	10,86 ±2,21	2,343	.021*
Total ISS	87,36 ±7,24	81,95 ±7,82	2,483	.004*
ETS	70,90±11,27	68,41 ±8,86	-,202	.030*

X: Mean; SD: Standart Deviation; t: Independent t test; * $p < 0.05$

According to the post-test results, the mean ETS score of CG was 68.41±8.86. The difference between the pretest score of CG and this score was statistically insignificant ($p > .05$ see Table 3). In contrast, the mean post-test ETS score of the TG was

70.90±11.27. The difference between the TG pre-test score and this score statistically significant ($p < .05$ see Table 3). The difference in the total score of the ETS posttest between the TG and CG was statistically significant ($p < .05$; see Table 2). The TG's total scores for ETS was higher than score of the CG.

Table 3. The comparison of ISS and ETS pretests/posttest mean scores of students in training group and control group

Scales and Subscales	Training Group (n: 60)		t	p
	Pre-test	Post-test		
	X±SD	X±SD		
Interaction Engagement	23,38 ±2,37	25,88±2,17	6,232	,002*
Respect for Cultural Difference	22,66 ±3,93	22,68±3,85	-,728	,318
Interaction Confidence	16,35±1,90	16,40±1,89	1,128	,412
Interaction Enjoyment	11,11± 2,95	11,26±1,93	0,469	,642
Interaction Attentiveness	10,45±1,82	11,13±2,89	2,147	,012*
Total ISS	82,95±7,82	87,36±7,24	3,180	,000*
ETS	67,90±11,27	70,90±7,10	-,392	,003*
	Control Group (n: 60)			
Interaction Engagement	22,86±2,11	22,38±2,37	,211	,612
Respect for Cultural Difference	23,25±3,92	22,21±3,90	,672	,284
Interaction Confidence	15,96±1,65	16,01±1,71	,234	,298
Interaction Enjoyment	10,83±2,21	10,46 ±1,79	,162	,312
Interaction Attentiveness	10,10±2,83	10,86 ±2,21	2,060	,506
Total ISS	81,78±6,93	81,95 ±7,82	1,127	,134
ETS	68,21± 9,86	68,41 ±8,86	-,189	,231

X: Mean; SD: Standart Deviation; t: Pairedt test; *p<0.05

It was observed in the study that before the training, the cultural sensitivity mean score of students in both TG and CG was at moderate level. The research findings are similar to the literature. Çetişli-Egelioğlu et al. found that cultural sensitivity in nursing students was moderate.⁸In another study by Kılıç-Parlar and Sevinç (2017) with nursing students, cultural sensitivity was found to be at moderate level.⁷ In the study conducted by Yang (2012) with 276 Korean nursing students, it was revealed that empathy and cultural sensitivity of participants had moderate levels.²⁶ It was also found in the study by Chang, Yang, and Kuo (2013) on community health nurses that cultural sensitivity was at moderate level.¹³İster and Altınbaş (2016) also found moderate levels of empathic tendencies for nursing students.²⁷ In the study by Yiğitbaş, Deveci, Açıık, Ozan, and Oğuzöncül (2013) that evaluated the empathic tendencies of health education students, ETS mean score of the students was 66.07, ETS mean score of nurses who worked with Özcan (2012) was 65.95, and Avcı, Aydın, and Ozbasaran (2013) stated this mean score as 67.66.²⁸⁻³⁰ The fact that the cultural sensitivity and empathic tendency of the nurses were at moderate level for nurses makes also us think the necessity of cultural education, as well as the need for increasing

the ability for empathy in the trainings to be provided for the students.

Findings from the research shown that there was no difference between the total mean score of the participants in the CG for the cultural sensitivity scale and its subscales and their total mean score of empathic tendency in the posttest compared to the pretest (p>0.05).

The current research, it was observed that there was an increase in total score average of empathic tendency and cultural sensitivity of the participants in TG in the posttest compared to the pretest. It was found that the difference between the mean scores was statistically significant.

Moreover, current research, it was determined that the empathic tendency and intercultural sensitivity post test mean scores of TG increased when compared to CG, and this increase was significant. This result confirms the hypotheses of “the intercultural education provided to nursing students increases the cultural sensitivity level” and “the intercultural education provided to nursing students increases the empathic tendency level”.

Societies’ gradually transforming into multicultural structures and the necessity of providing culturally specific case in the world

has affected considerably nursing. It is gradually becoming significant to train nurses having cultural knowledge and abilities that are able to meet the cultural needs of societies.⁴ In the study by Ceylantekin and Öcalan (2016), it was revealed that majority of students taking the course of “intercultural nursing” had different opinions before and after taking the course; and after taking the course, they had a more sensitive approach to the topic and the majority took into account the cultural characteristics of the patient in the process of patient care.¹⁶ According to the study by Prosen (2015) among students taking the course of transcultural nursing in the postgraduate nursing program transcultural nursing concepts increased their experiences in practice and constructing such knowledge on the formerly acquired clinical experiences increased their cultural awareness.³¹ Sürmeli Karaca, Cirban, and Hançer(2017) stated that the cultural sensitivity of nurses who took courses and training on culture is higher than those who did not receive training.³²

In the study made by Noble, Rom, and Noble (2014) on nursing students in Israel, it was found that training increased cultural sensitivity and sensitivity.³³ In the study

conducted by Chen and Starosta (2000) to develop the scale for intercultural sensitivity, it was stated that empathy is an important element of the intercultural sensitivity.²⁴ Cetişli et al. (2016) found a positive correlation between the empathy levels and intercultural sensitivity levels of nursing students.⁸ Peek and Park (2013) multicultural education program, the levels of cultural competence and empathy in the EG were higher than in the CG.³⁴ The empathy and cultural competence of students who had a cultural education was higher than the score of students who did not take it. The results of the study showed that the cultural competence educational program is effective in increasing the level of cultural acceptance, cultural knowledge, cultural awareness, and cultural competence behaviors of nursing students.³⁵

The current research results showed that intercultural training was effective in increasing the intercultural sensitivity and empathic tendency level and enabling the students to acquire empathy skills. Based on the study results, it can be asserted that the cultural sensitivity and empathic tendency of the TG increased following the education.

CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS

To conclude, it was observed that the empathic tendencies and cultural sensitivity of the participants in the CG and TG were at moderate level before the education. Following the education, on the other hand, there was an increase in the empathic tendency and cultural sensitivity of the

participants in the TG. In accordance with these results, it may be recommended for trainings to be organized from the first step of the profession in order to provide effective interaction between the patient and the nurse, cultural sensitivity and empathic tendency.

REFERENCES

1. Özsan, S.H. ve Karatana, Ö. (2013). “Sağlık Turizmi Açısından Türkiye'nin Durumu.” *Journal of Kartal Training & Research Hospital/Kartal Eğitim ve Arastırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 24 (2), 136-144. <https://doi.org/10.5505/jkartaltr.2013.69335>
2. Tanrıverdi, G, Okanlı, A, Şıpkın, S, Özyazıcıoğlu, N.ve Akyl, R. (2010). “The Evaluation of the Cultural Differences Experienced by Nursing and Midwifery Students in Nursing.” *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 3, 117-122.
3. Williamson, M. and Harrison, L. (2010). “Providing Culturally Appropriate Care: A Literature Review.” *International Journal of Nursing Studies*, 47, 761-769. doi: 1016/j.ijnurstu.2009.12.012
4. Öztürk, E.ve Öztaş, D. (2012) “Transkültürel Hemşirelik”. *Batman University Journal of Life Science*, 1, 293-300.
5. Bekâr, M. (2004). “Transcultural Nursing”. *Toplum ve Hekim*, 16, 136-141.
6. Temel, A.B. (2008). “Kültürlerarası (Çok Kültürlü) Hemşirelik Eğitimi [Transcultural (Multicultural) Nursing Education]”. *Atauni Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11, 92-101.
7. Parlar, K.S.ve Sevinç, S. (2017). “The Relationship Between Cultural Sensivity and Assertiveness in Nursing Students from Turkey”. *Journal of Transcultural Nursing*, 1-8.
8. Çetişli, E.N, Işık, G, Öztornacı, Ö.B, Ardahan, E, Uran, Ö.B.N, Top, E.D. ve Avdal, Ü.E. (2016). “Hemşirelik Öğrencilerinin

- Empati Düzeylerine Göre Kültürlerarası Duyarlılıkları". İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1, 27-33.
9. Tanrıverdi, G. (2015). "Hemşirelerin Kültürel Yeterli Bakım İçin Uygulama Standartlarına Yaklaşımları". Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 31 (3), 37-52.
10. Tortumluoğlu, G, Okanlı, A, Ozyazicioglu, N.ve Akyil, R. (2006). "Defining Cultural Diversities Experienced in Patient Care by Nursing Students in Eastern Turkey". Nurse Education Today, 26, 169-175. doi: 10.1016/j.nedt.2005.08.008
11. Ayaz, S, Bilgili, N. ve Akın, B. (2010). "The Transcultural Nursing Concept: A Study of Nursing Students in Turkey". International Nursing Review, 57, 449-453. doi: 10.1111/j.1466-7657.2010.00817.x
12. Bulduk, S, Tosun, H. ve Ardiç, E. (2011). "Türkçe Kültürler Arası Duyarlılık Ölçeğinin Hemşirelik Öğrencilerinde Ölçümsel Özellikleri". Türkiye Klinikleri Journal of Medicine Ethics Law History, 19 (1), 25-31.
13. Chang, H, Yang, Y.M. and Kuo, Y.L. (2013). "Cultural Sensitivity and Related Factors Among Community Health Nurses". Journal of Nursing Research, 21 (1), 67-73. doi: 10.1097/jnr.0b013e3182829cb9
14. İz, B.F. ve Temel, B.A. (2009). Hemşirelikte Kültürel Yeterlilik. Aile ve Toplum, 5 (17), 51-58.
15. Walsh, L.V. and DeJoseph, J. (2003). "I Saw It in a Different Light": International Learning Experiences in Baccalaureate Nursing Education". Journal of Nursing Education, 42 (6), 266-272. doi: 10.3928/0148-4834-20030601-09
16. Ceylantekin, Y. ve Öcalan, D. (2016). "Hemşirelik Öğrencilerinin Kültürel Farkındalığı ve Kültürlerarası Hemşirelik Dersine Yönelik Düşünceleri." Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(4), 45-53.
17. Hoke, M.M. and Robbins, L.K. (2011). "Continuing the Cultural Competency Journey Through Exploration of Knowledge, Attitudes, and Skills with Advanced Practice Psychiatric Nursing Students: An Exemplar". Nursing Clinics, 46 (2), 201-205. doi: 10.1016/j.cnur.2011.02.004
18. Waite, R. and Calamaro, C.J. (2010). "Cultural Competence: A Systemic Challenge to Nursing Education, Knowledge Exchange, and the Knowledge Development Process". Perspectives in Psychiatric Care, 46(1), 74-80. doi: 10.1111/j.1744-6163.2009.00240.x
19. Alligood, M.R. (2005). "Rethinking Empathy in Nursing Education: Shifting to a Developmental View". Annual Review of Nurse Education, 3, 299-309.
20. Nazik, E. ve Arslan, S. (2011). "Hemşirelik Öğrencilerinin Empatik Becerileri ile Öz Duyarlılıkları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi". Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14(4), 69-67.
21. Gebru, K. and Willman, A. (2010). "Education To Promote Culturally Competent Nursing Care—A Content Analysis Of Student Responses". Nurse Education Today, 30(1), 54-60. doi: 10.1016/j.nedt.2009.06.005
22. White, HL. (2003). "Implementing the Multicultural Education Perspective into the Nursing Education Curriculum". Journal of Instructional Psychology, 30 (4), 326-332.
23. Capik, C. (2014). "Statistical, Power Analysis and Use in Nursing Research: Basics". Journal of Anatolia Nursing Health Science, 17, 268-274
24. Chen, G.M. and Starosta, W.J. (2000). "The Development and Validation of The Intercultural Sensitivity Scale". Human Communication, 3, 1-15.
25. Dökmen, Ü. (1988). "Empatinin Yeni Bir Modele Dayanılarak Ölçülmesi ve Psikodrama İle Geliştirilmesi". Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2 (1-2), 155-190.
26. Yang, J. (2012). "Korean Nursing Students' Experiences of Their First Clinical Practice". Journal of Nursing Education and Practice, 3(3), 128. doi: 10.5430/jnep.v3n3p128
27. İster, E.D. ve Altınbaş, Y. (2016). "Emphatic Tendency and Affecting Factors in Nursing Students". Asian Pacific Journal of Health Science, 3 (4), 306-312. doi: 10.21276/apjhs.2016.3.4.49
28. Yiğitbaş, Ç, Devenci, S.E, Açık, Y, Ozan, A.T.ve Oğuzöncül, A.F. (2013). "The Empathic Tendency and Empathic Skills of A Group Of Students Receiving Health Education". SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi, 4 (1), 7-13. doi: 10.30934/kusbed.584537
29. Özcan, H. (2012). "Empathic Disposition and Empathic Skills Of Nurses: Example Gümüşhane". Gümüşhane University Journal of Health Science, 1 (2), 60-68.
30. Avcı, D, Aydın, D. and Ozbasaran, F. (2013). "The Relation of Empathy-Altruism and The Investigation of Altruistic Behaviour With Regard to Some Variables of Nursing Students". Balıkesir Health Sciences Journal, 2 (2), 108-113. doi: 10.5505/bsbd.2013.04706
31. Prosen, M. (2015). "Introducing Transcultural Nursing Education: Implementation of Transcultural Nursing In The Postgraduate Nursing Curriculum". Procedia-Social and Behavioral Science, 174, 149-155. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.01.640
32. Sürmeli, C, Karaca, A, Cirban, E. ve Hançer, M. (2017). "Hemşirelik Öğrencileri ve Hemşirelerin Kültürel Duyarlılıklarının Karşılaştırılması". 21-24 Ekim 2017 1. Uluslararası 4.Ulusal Kültürlerarası Hemşirelik Kongresi (ID:6465), Şanlıurfa.
33. Noble, A, Nuszen, E, Rom, M. and Noble, L.M. (2014). "The Effect of a Cultural Competence Educational Intervention For First-Year Nursing Students In Israel". Journal of Transcultural Nursing, 25 (1), 87-94. doi: 10.1177/1043659613503881
34. Peek, E.H. and Park, C.S. (2013). "Effects of a Multicultural Education Program on The Cultural Competence, Empathy And Self-Efficacy of Nursing Students". Journal of Korean Academy of Nursing, 43 (5), 690-696. doi: 10.4040/jkan.2013.43.5.690
35. Bae, Y.S. (2015). "A study on the Relationship Between Cultural Competence and Empathy f Nursing Students." Journal of East-West Nursing Research, 21 (1), 52-60. doi: 10.14370/jewnr.2015.21.1.52

Pediyatrik Hastalara Yönelik Tıbbi İşlemlerde Sanal Gerçeklik Kullanımının Etkileri: Literatür İncelemesi

Effects of Virtual Reality Usage in Medical Procedures for Pediatric Patients:
Literature Review

Şeyda BİNAY YAZ¹, Hatice BAL YILMAZ²

ÖZ

Sanal gerçeklik (Virtual Reality/VR), sağlık sektöründe bakım ve tedavi ilgili bir çok uygulama alanına sahiptir. VR teknolojisi, cerrahi, sağlık bakım hizmetleri, hastaların rehabilitasyonu ve egzersiz yaptırılması, hastaların, sağlık çalışanlarının ve klinik öğrencilerin eğitimi gibi alanlarda kullanılmaktadır. Son yıllarda özellikle klinik uygulamalarda koruyucu ve bakım verici sağlık hizmetlerini destekleyen bir araç olarak tercih edilmektedir. Tıbbi işlemlere hazırlanma ve işlem sırasında yapılan uygulamalar bunlardan biridir. Tıbbi işlemler her yaş grubu için ağrı, korku, kaygı ve anksiyete kaynağıdır. Özellikle çocuklar ve aileleri için hastaneye yatma, tıbbi ya da cerrahi işlem gibi süreçler karışık ve stresli olmakla birlikte çocuklarda korku ve endişe yaratabilmektedir. Bu duygular çocukların konfor seviyelerini ciddi şekilde etkilemektedir. Ağrılı tıbbi girişimlerde farmakolojinin yanı sıra farmakolojik olmayan yöntemler de çocukların yaş grubu özellikleri de dikkate alınarak kullanılmaktadır. Farmakolojik olmayan yöntemlerden biri olan dikkati başka yöne çekme yöntemi sıklıkla tıbbi işlemlerde ağrı, korku ve anksiyetinin azaltılmasında kullanılır. Bu amaçla son yıllarda çocuklarda sanal gerçeklik uygulamaları veya ürünleri tıbbi işlem öncesinde veya sırasında tercih edilmektedir. Bu derleme makalede tıbbi işlem hazırlığında veya sırasında çocuğun özellikle ağrı, korku, anksiyete ve stresini azaltmaya yönelik sanal gerçeklik kullanımının etkileri, literatür doğrultusunda sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, Korku, Pediyatri, Sanal Gerçeklik, Tıbbi İşlem

ABSTRACT

Virtual Reality (VR) has many practice areas related to care and treatment in the health sector. VR technology is used in areas such as surgery, health care services, rehabilitation and exercise of patients, education of patients, healthcare professionals and clinical students. In recent years, it has been preferred as a tool that supports preventive and caring health services especially in clinical practice. Preparing for medical procedure and practice during the procedure is one of them. Medical procedures are a source of pain, fear, anxiety, and anxiety for all age groups. Especially for children and their families, such as hospitalization, medical or surgical procedures are complex and stressful, but they can create fear and anxiety in children. These feelings seriously affect children's comfort levels. In painful medical interventions, non-pharmacological methods as well as pharmacology are also used, taking into account the age group characteristics of children. One of the non-pharmacological methods, drawing attention to another direction, is often used in medical procedures to reduce pain, fear and anxiety. For this purpose, Virtual Reality applications or products are preferred before or during medical procedure in children in recent years. In this review, the effects of the use of Virtual Reality especially to reduce the pain, fear, anxiety and stress of the child in preparation or during the medical procedure are presented in accordance with the literature.

Keywords: Pain, Fear, Virtual Reality, Pediatric, Medical Procedure

¹Dr.Öğr.Üyesi, Şeyda BİNAY YAZ, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, İzmir Bakırçay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, seydaibinay80@gmail.com, ORCID: 0000-0001-6410-6240

²Prof.Dr., Hatice BAL YILMAZ Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, haticebalyilmaz@gmail.com, ORCID: 0000-0001-8015-6379

İletişim / Corresponding Author:
e-posta/e-mail:

Şeyda BİNAY YAZ
seydaibinay80@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 29.05.2020
Kabul Tarihi/Accepted: 23.10.2020

GİRİŞ

Günümüzde dijital teknoloji tüm dünyayı değiştirdiği gibi çocukların da hayatını hızlı bir şekilde değiştirmekte ve günlük hayatlarında büyük bir yer kaplamaktadır.¹ Küresel Sürdürülebilir Kalkınma Raporu'na göre önümüzdeki yıllarda, yapay zeka, bağlanabilirlik, bilginin dijitalleştirilmesi, sanal gerçeklik (Virtual reality/VR), makine kullanımı, blok zinciri teknolojisi, robotik, kuantum hesaplama ve sentetik biyolojideki sürekli gelişmelerden oluşan dijital devrim olması beklenmektedir.² Bu yeni teknolojilerden çok hızlı şekilde etkilenen alanlardan biri de sağlık sektörüdür. 2025 yılına kadar sağlık sektörünü etkileyecek önemli teknolojik gelişmeler arasında; tıbbın bireyselleştirilmesi, nanoteknoloji ve 3D yazıcılar, mobil sağlık teknolojiler, yapay zeka ve sanal gerçeklik yer almaktadır.³ VR, 3D bilgisayar grafiklerinin doğal bir uzantısıdır. Bu uzantı, bilgisayar destekli bir teknik oluşturmak için kullanılan 3D üretim ve tasarım araçlarından oluşmaktadır. Aynı zamanda VR, uygun bilgisayar teknolojilerini kullanan tam görüntüleme ortamı olarak kabul edilir.⁴ Sağlık bakım hizmetlerinde kullanılan teknolojiler hastaların iyileşmesini hızlandırırken bir yandan da sağlık çalışanlarına işlem kolaylığı sağlamaktadır. Bunlara ek olarak kullanılan teknolojiler, hizmet verimliliğini arttırmada ve kalitenin yükseltilmesinde önemli etkenler arasında yer almaktadır.⁵ Teknolojinin de ilerlemesiyle sanal gerçekliğin, cerrahide, kronik hastalıkların bakımında, yaşlı insanlarda ya da paralizisi geçiren insanlarda iyileşmeyi hızlandırma, tıbbi cerrahi işlemler sırasında, öncesinde ve sonrasında özellikle çocuklarda dikkati başka yöne çekme gibi bakım ve tedavi ilgili bir çok kullanım alanı bulunmaktadır.⁶

Bu derlemenin amacı tıbbi işlem hazırlığında veya sırasında çocuğun özellikle ağrı, korku, anksiyete ve stresini azaltmaya yönelik Sanal Gerçeklik

kullanımının etkileri, literatür doğrultusunda sunulmuştur.

Sanal Gerçeklik Nedir?

Sanal Gerçeklik terimini ilk olarak 1980'lerin sonuna doğru Jaron Lanier tarafından kullanılmıştır. Fakat bu teknolojinin kökeninin 1960'ların ortalarında Ivan Sutherland tarafından Harvard Üniversitesi'nde yapılan çalışmaların devamı olduğu düşünülmektedir.⁷ Sanal gerçeklik, "bilgisayar ortamında oluşturulan üç boyutlu resimlerin ve animasyonların teknolojik araçlarla insanların zihinlerinde gerçek bir ortamda bulunma hissini veren ve ortamda bulunan bu objelerle etkileşimde bulunmalarını sağlayan bir teknolojidir" şeklinde tanımlanmaktadır.⁸ VR gerçek ve sanalın birleştirilmesini sağlayan, yüksek derecede derinlik, güvenilirlik ve etkileşim ile ayırt edilen bilgisayar arayüzüdür. Bilgisayar ve grafik yazılımı gibi bazı teknolojilerin ve donanımların entegrasyonu VR teknolojisini üretebilir. Böylece VR, kullanıcının bir bilgisayar tarafından oluşturulan simüle edilmiş bir ortama girilmesine izin vermektedir.^{4,9}

Teknoloji kullanılarak kişiye sanal ortamda gerçeklik olarak deneyimlediği bir boyut yaratması ile birlikte genellikle kişinin bu yeni dünyada etkileşime girmesine izin verir.¹⁰ VR'nin amacı, kullanıcıyı olabildiğince bilgisayar tarafından oluşturulan ortamda olduğuna inandırmaktır.⁴ VR simülatörleri teknik olarak gelişmiş ve çeşitli boyut ve şekillerde mevcuttur. VR, başa takılan bir cihaz, 3D özellikli gözlükler, kulaklıklar ve/veya diğer benzer sensörler içermekle birlikte üç boyutlu bir ortam sağlamaktadır. İşitsel ve görsel ayarları sayesinde simüle edilmiş, gerçeğe benzer ya da fantastik bir ortam ile etkileşim kurulabilmektedir. Kullanıcı sesleri dinleyerek, başını hareket ettirip etrafına bakarak ya da bir kontrol

düğmesi aracılığıyla pasif ve aktif olarak bu etkileşimi sağlayabilmektedir.^{11,12} VR teknolojisi günümüzde bilim, teknoloji, mühendislik, matematik ve sağlık ile ilgili alanlarda yaygın olarak kullanılmaktadır.^{4, 8} Sağlık alanında, yeni tıbbi teknolojiler arasında yer alan “bilgisayarda oluşturulan ortam” sistemleri dikkat çekici düzeyde ilgi görmektedir.¹³

Sanal Gerçekliğin Tıbbi İşlemlerde Kullanımı

Sanal gerçeklik teknolojisi cerrahide, sağlık bakım hizmetleri, hastaların rehabilitasyonu ve egzersiz yaptırılması, hastaların, sağlık çalışanlarının ve öğrencilerin eğitimi gibi birçok alanda kullanılmaktadır. Son yıllarda özellikle klinik uygulamalarda koruyucu sağlık hizmetlerini destekleyen bir araç olarak kullanılmaktadır.⁵ Teknolojik ürünler arasında yer alan VR, farmakolojik yöntemlerin yanı sıra nonfarmakolojik yöntemlerde de kullanılabilir. Nonfarmakolojik amaçlı kullanımında zararları ve yararları hakkında tartışmalar devam etse de, literatürde etkili olduğunu gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır.¹⁴ VR özellikle çocuklarda, esas olarak beyindeki ağrı merkezlerinin dikkati dağıtarak analjezik bir etki oluşturur. Ayrıca anksiyolitik etkiye sahip olumlu duygular uyandırır. Etki, hastanın sanal ortamda sahip olduğu düzeyle doğru orantılıdır. Hasta etkileşimi çok boyutlu, sürükleyici ve etkileşimli olduğundan benzersiz bir etkili dikkat dağıtma yöntemidir (video veya ses uyarımı ile karşılaştırıldığında).¹¹ Genel olarak, VR tıbbi işlemlerde dikkatin dağıtılması için etkili bir araç olarak tanımlanmıştır.¹⁵

Hem çocuk hem de ailesi için hastaneye yatma, tıbbi ya da cerrahi işlem gibi süreçler karışık ve stresli olan deneyimlerdir. Farklı çevre ve rutinin değişmesi, farklı ses, ışık ve araç-gereçler, yabancı insanlar, ağırlı-acılı girişimler, aile üyeleri, arkadaşlardan uzaklaşmış olma,

ağrı, kusma gibi hastalık semptomları, kontrol kaybı, aktivite kısıtlılığı, iletişim güçlüğü, karanlık ortam ve ağlayan başka çocukların bulunması çocuklarda stres, korku ve endişe yaratabilmektedir. Bu duygular çocukların konfor seviyelerini ciddi şekilde etkilemektedir.^{16,17} Tıbbi işlemlere hazırlık ya da işlem sırasında teknolojik imkanların kullanılması, özellikle akut ve kronik pediatrik ağrı yönetiminde, anksiyete ve konforun sağlanmasında etkili bir yöntem ve ayrıca çocuklar için ilgi çekici olabilmektedir.¹⁸ Iannicelli ve ark., VR’ın pediatrik hastalarda kullanılmasına yönelik yaptığı sistematik derlemede, “VR kullanımının farmakolojik olmayan ağrıyı azaltmada etkili bir araç olarak görüldüğü” sonucuna varmıştır.¹⁹ Gold ve ark., 8-12 yaş grubu çocuklarda damar yolu açma sırasında kullanılan sanal gerçeklik başlığı takılarak dikkati başka yöne çekilmesinin ağrının azaltılmasında etkili bir yöntem olduğunu bildirmişlerdir.²⁰ Chad ve ark. yaptığı çalışmada, 6-7 yaş grubu çocuklarda aşı yapılırken VR kullanımı ağrının ve korkunun azaltılmasında etkili olduğu bulunmuştur.²¹ Yapılan başka bir çalışmada, 10-17 yaş arası çocuklarda yanık yara bakımı sırasında kullanılan VR’ın ağrının azaltılmasında etkili bir yöntem olduğu saptanmıştır.²² Niharika ve ark. çalışmasında, 4-8 yaş grubu çocuklara diş tedavisi sırasında VR kullanımının işlem süresince ağrı ve anksiyeteyi azalttığını ifade etmişlerdir.²³ Acil serviste çocuklarda ve ergenlerde iğne ile ilgili işlemler için VR kullanımı üzerine yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, akut ağrıyı yönetmede etkili bir yöntem olduğu bulunmuştur.²⁴ Literatürde tıbbi ve cerrahi işlemlerde VR kullanımının ağrı, korku, anksiyete, kaygı ve rahatsızlık hissinin azaltılmasında farmakolojik olmayan yöntemlerden biri olarak kullanılmaktadır (Tablo 1).^{15, 20-40}

Tablo 1. Sanal Gerçeklik İle İlgili Araştırmaların İncelenmesi

Yazar	Yıl	Yaş	Örneklem	Araştırma Tipi	Girişim	Sonuç
Hoffman ve ark.	2000	6-17 yaş	2 (erkek)	Vaka Çalışması	Yanık yara bakımı	Ağrının azaltılmasında etkili bir yöntem
Gold ve ark.	2006	8-12 yaş	20	Yarı deneysel-Kontrollü Çalışma	Damar yolu açma	Ağrının azaltılmasında etkili bir yöntem
Mott ve ark.	2008	3-14 yaş	42	Randomize Kontrollü çalışma	Yanık yara bakımı	Ağrının azaltılmasında etkili bir yöntem
Aminabadi ve ark.	2012	4-6 yaş	120	Randomize Kontrollü çalışma	Diş tedavisi	Ağrı ve anksiyetenin azaltılmasında etkili bir yöntem
Brown ve ark.	2012	4-12 yaş	29	Randomize Kontrollü çalışma	Yanık yara bakımı	Ağrı, anksiyete ve stresin azaltılmasında etkili bir yöntem
Hoffman ve ark.	2014	11 yaş	1 (erkek)	Vaka Çalışması	Yanık hastasında eklem ağrısı	Ağrının azaltılmasında etkili bir yöntem
Jeff ve ark.	2014	10-17 yaş	30	Randomize Kontrollü çalışma	Yanık yara bakımı	Ağrının azaltılmasında etkili bir yöntem
Hua ve ark.	2015	4-16 yaş	65	Randomize çalışma (Paralel grup)	Pansuman değişikliği	Ağrının azaltılmasında etkili bir yöntem
Al-Halabi ve ark.	2018	6-10 yaş	102	Randomize Kontrollü çalışma	Diş tedavisi	8-10 yaş grubu çocuklarda ağrı yönteminde avantajlı bir yöntem
Atzori ve ark.	2018	7-17 yaş	5	Within-subjects design Pilot çalışma	Diş tedavisi	Ağrının azaltılmasında etkili bir yöntem
Chad ve ark.	2018	6 yaş	17 çocuk 17 ebeveyn	Yarı deneysel çalışma	Aşı uygulaması	Ağrı ve korkunun azaltılmasında etkili bir yöntem
Gerçekker ve ark.	2018	7-12 yaş	121	Randomize Kontrollü çalışma	Kan alma	Ağrının azaltılmasında etkili bir yöntem
Khadra ve ark.	2018	2-10 yaş	15	Yarı deneysel pilot çalışma	Yanık yara bakımı	Ağrı ve anksiyetenin azaltılmasında etkili bir yöntem
Niharika ve ark.	2018	4-8 yaş	40	Randomize çalışma (Paralel grup)	Diş tedavisi	Ağrı ve anksiyetenin azaltılmasında etkili bir yöntem
del Castillo ve ark.	2019	4-15 yaş	58	Yarı deneysel-Kontrollü Çalışma	İnvaziv prosedürler	Ağrı ve anksiyetenin azaltılmasında etkili bir yöntem
Dumoulin ve ark.	2019	8-17 yaş	59	Randomize Kontrollü çalışma	İğneli prosedürler	Akut ağrıyı azaltmada etkili bir yöntem
Dunn ve ark.	2019	6-18 yaş	24	Randomize Kontrollü çalışma	İntravenöz prosedürler	Ağrı ve anksiyetenin azaltılmasında etkili bir yöntem
Wong ve ark.	2019	4-12 yaş	200	Randomize Kontrollü çalışma	Damar yolu açma	Ağrı ve anksiyetenin azaltılmasında etkili bir yöntem
Caruso ve ark.	2020	7-18 yaş	220	Randomize Kontrollü çalışma	Kan alma, port katater, IV girişimler	Ağrının azaltılmasında etkisi yok.

Tablo 1 (Devamı). Sanal Gerçeklik İle İlgili Araştırmaların İncelenmesi

Chen ve ark.	2020	7-12 yaş	136	Randomize Kontrollü çalışma	IV enjeksiyon	Ağrı ve korkunun azaltılmasında etkili bir yöntem
Gerçekler ve ark.	2020	5-12 yaş	136	Randomize Kontrollü çalışma	Kan alma	Ağrı, anksiyete ve korkunun azaltılmasında etkili bir yöntem
Koç Özkan & Polat	2020	4-10 yaş	139	Randomize Kontrollü çalışma	Kan alma	Ağrı ve anksiyete azaltılmasında etkili bir yöntem

SONUÇ VE ÖNERİLER

Tıbbi işlemler genellikle pediatrik hastalarda ağrı, korku ve anksiyeteye neden olmaktadır. Sanal gerçeklik, hastaları tıbbi işlemlere hazırlık aşamasında veya tıbbi işlemler sırasında dikkati başka yöne çekme amaçlı kullanılabilir nispeten yeni bir uygulamalardan biridir. Tıbbi teknolojinin de hızla gelişmesi bakım ve tedavileri giderek karmaşık hale gelmiştir. Bu nedenle hemşirenin ve diğer sağlık çalışanlarının uzmanlık ve vaka yöneticiliği gibi ileri uygulama rollerinin önemi artmıştır. Çocuklarda VR kullanımı; aşı uygulamaları,

enjeksiyon, kan alma, damar yolu açma, diğer invaziv girişimler, yanık yarısı bakımı, pansuman gibi hemşirelik girişimlerinin yanı sıra diş tedavisi veya rehabilitasyon hizmetleri gibi işlemlerde de ağrı, korku ve anksiyetinin azaltılmasında etkili bir yöntem aracıdır. Çalışmaların çoğu akut ağrı üzerindeki etkisini araştırmaktadır. Bu nedenle, çocuk popülasyonunda VR'nin hem akut hem de kronik ağrı üzerindeki etkisini daha iyi anlamak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

1. UNICEF. (2017). Dijital Bir Dünyada Çocuklar. http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/SOWC_2017_SUM_TR.pdf (Erişim tarihi: 01/02/2020).
2. Sustainabledevelopment.un.org. (2019). Global Sustainable Development Report. The Future is Now Science For Achieving Sustainable Development. https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/24797GSDR_report_2019.pdf (Erişim tarihi: 30/12/2019).
3. Ammatuna, G. and Changcoco, R. (2017). "Which Trends Will Most Affect Talent Developers in The Healthcare Industry? Who is Doing The Training and How It's Delivered is Changing". TD Magazine, 71 (4), 60.
4. Alqahtani, A.S, Daghestani, L.F. and Ibrahim, L.F. (2017). "Environments and System Types of Virtual Reality Technology in STEM: A Survey". International Journal of Advanced Computer Science and Applications, 8 (6), 77-89.
5. Demirci, Ş. (2018). "Sağlık Hizmetlerinde Sanal Gerçeklik Teknolojileri". İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 6 (1), 35-46.
6. Vogenberg, R. and Santilli, J. (2018). "Healthcare Trends for 2018". American Health & Drug Benefits, 11 (1), 48-55.
7. Reznick, M, Harter, P. and Krummel, T. (2002). "Virtual Reality And Simulation: Training The Future Emergency Physician". Academic Emergency Medicine, 9 (1), 78-87.
8. Kayabaşı, Y. (2005). "Sanal Gerçeklik ve Eğitim Amaçlı Kullanılması". The Turkish Online Journal of Educational Technology, 4 (3), 151-158.
9. Rodriguez, A, Rey, B, Clemente, M, Wrzesien, M. and Alcaniz, M. (2015). "Assessing Brain Activations Associated with Emotional Regulation During VR Mood Induction Procedures". Expert Systems with Applications, 42 (3), 1699-1709.
10. Idenburg, P.J. and Dekkers, V. (2017). Healthcare Enablers 2017 Technological developments in Western healthcare <https://www.diagnoseprogrammas.nl/en/healthcareenablers/> (Erişim tarihi: 30/12/2019).
11. Hirt, P.A. and Lev-Tov, H. (2019). "The Use of Virtual Reality for Bedside Procedures". Br J Dermatol, 181 (2), 393-394.
12. Li, A, Montano, Z, Chen, V.J. and Gold, J.I. (2011). "Virtual Reality and Pain Management: Current Trends and Future Directions". Pain Management, 1, 147-157.
13. Golokhvast, K.S, Sergievich, A.A, Khoroshikh, P.P, Smirnov, A.S. and Tomyalis, A.V. (2019). "Use of Virtual Reality in Medical Practice in Russia". TEM Journal, 8 (2), 591-597.
14. Eijlers, R, Utens, E.M.W.J, Staals, L.M, de Nijs, P.F.A, Berghmans, J.M, Wijnen, R.M.H. et al. (2019). "Systematic Review and Meta-Analysis of Virtual Reality in Pediatrics: Effects on Pain and Anxiety". Anesthesia & Analgesia, 129 (5), 1344-1353.
15. Hoffman, H.G, Doctor, J.N, Patterson, D.V, Carrouger, G.J. and Furness, T.A. (2000). "Virtual Reality as an Adjunctive Pain Control During Burn Wound Care in Adolescent Patients". Pain, 85 (1-2), 305-309.
16. Vakili, R, Abbasi, M.A, Hashemi, S.A.G, Khademi, G. and Saeidi, M. (2015). "Preparation of a Child for Surgery and Hospitalization". Int J Pediatr, 3 (1), 593-599.

17. Cimete, G, Kuğuoğlu, S. ve Dede Çınar, N. (2018). "Çocuk, Hastalık ve Hastane Ortamı". In: Z. Conk, Z. Başbakal, H. Bal Yılmaz, ve B. Bolışık (Ed.). *Pediatric Hemşireliği* (101-141). Ankara: Akademisyen Kitabevi.
18. Won, A.S, Bailey, J, Bailenson, J, Tataru, C, Yoon, I.A. and Golianu, B. (2017). "Immersive Virtual Reality for Pediatric Pain". *Children*, 4, 52.
19. Iannicelli, A.M, Vito, D, Dodaro, CA, De Matteo, P, Nocerino, R, Sepe1, A. et al. (2019). "Does Virtual Reality Reduce Pain in Pediatric Patients? A Systematic Review". *Italian Journal of Pediatrics*, 45, 171-176.
20. Gold, J.I, Kim, S.H, Kant, A.J, Joseph, M.H. and Rizzo, A.S. (2006). Effectiveness of Virtual Reality for Pediatric Pain Distraction During I.V. Placement". *Cyberpsychology & Behavior: The Impact of the Internet, Multimedia and Virtual Reality on Behavior and Society*, 9 (2), 207-12.
21. Chad, R, Emaan, S. and Jillian, O. (2018). "Effect of Virtual Reality Headset for Pediatric Fear and Pain Distraction During Immunization". *Pain Management*, 8, 175-179.
22. Jeffs, D, Dorman, D, Brown, S, Files, A, Graves, T, Kirk, E. et al. (2014). "Effect of Virtual Reality on Adolescent Pain During Burn Wound Care". *J Burn Care Res*, 35, 395-408.
23. Niharika, P, Reddy, N.V, Srujana, P, Srikanth, K, Daneswari, V. and Geetha, K.S. (2018). "Effects of Distraction Using Virtual Reality Technology on Pain Perception and Anxiety Levels in Children During Pulp Therapy of Primary Molars". *J Indian Soc Pedod Prev Dent*, 36, 364-369.
24. Dumoulin, S, Bouchard, S, Ellis, J, Lavoie, K.L, Vezina, M.P, Charbonneau, P. et al. (2019). "A Randomized Controlled Trial on the Use of Virtual Reality for Needle-Related Procedures in Children and Adolescents in the Emergency Department". *Games Health J*, 8, 285-293.
25. Al-Halabi, M.N, Bshara, N. and AlNerabieah, Z. (2018). "Effectiveness of Audio Visual Distraction Using Virtual Reality Eyeglasses Versus Tablet Device in Child Behavioral Management During Inferior Alveolar Nerve Block". *Anaesth, Pain & Intensive Care*, 22 (1), 55-61.
26. Aminabadi, N.A, Erfanparast, L, Sohrabi, A, Oskouei, S.G. and Naghili, A. (2012). "Impact of Virtual Reality Distraction on Pain and Anxiety During Dental Treatment in 4-6 Year-Old Children: A Randomized Controlled Clinical Trial". *Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects*, 6 (4), 117-124.
27. Atzori, B, Grotto, R.L, Giugni, A, Calabro, M, Alhalabi, W. and Hoffman, H.G. (2018). "Virtual Reality Analgesia for Pediatric Dental Patients". *Frontiers in Psychology*, 9, 2265.
28. Brown, N.J, Rodger, S, Ware, R.S, Roy, M.K. and Cuttle, L. (2012). "Efficacy of a Children's Procedural Preparation and Distraction Device on Healing in Acute Burn Wound Care Procedures: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial". *Trials*, 13, 238-339.
29. Caruso, T.J, George, A, Menendez, M, De Souza, E, Khoury, M. and Kist, M.N. (2010). "Virtual Reality During Pediatric Vascular Access: A Pragmatic, Prospective Randomized, Controlled Trial". *Pediatric Anesthesia*, 30, 116-123.
30. Chen, Y.J, Cheng, S.F, Lee, P.C, Lai, C.H, Hou, I.C. and Chen, C.W. (2020). "Distraction Using Virtual Reality for Children During Intravenous Injections in an Emergency Department: A Randomised Trial". *J Clin Nurs*, 29, 503-510.
31. Del Castillo, B.T, Torres, J.A.P, Sanchez, L.M, Castellanos, ME, Fernandez, L.E, Sanchez, M.I.G. et al. (2019). "Reducing The Pain in Invasive Procedures During Paediatric Hospital Admissions: Fiction, Reality or Virtual Reality". *An Pediatr (Barc)*, 91 (2), 80-87.
32. Dunn, A, Patterson, J, Biega, C.F, Grishchenko, A, Luna, J. and Stanek, J.R. (2019). "A Novel Clinician-Orchestrated Virtual Reality Platform for Distraction During Pediatric Intravenous Procedures in Children with Hemophilia: Randomized Controlled Trial". *JMIR Serious Games*, 7 (1), 1-11.
33. Gerçeker, G.Ö, Binay, Ş, Bilsin, E, Kahraman, A. and Bal Yılmaz, H. (2018). "Effects of Virtual Reality and External Cold and Vibration on Pain in 7- to 12-Year-Old Children During Phlebotomy: A Randomized Controlled Trial". *Journal of Perianesthesia Nursing*, 33 (6), 981-989.
34. Gerçeker, G.Ö, Ayar, D, Özdemir, E.Z. and Bektaş, M. (2020). "Effects of Virtual Reality on Pain, Fear and Anxiety During Blood Draw in Children Aged 5-12 Years Old: A Randomised Controlled Study". *J Clin Nurs*, 00, 1-11.
35. Hoffman, H.G, Meyer, W.J, Ramirez, M, Roberts, L, Seibel, EJ, Atzori, B. et al. (2014). "Feasibility of Articulated Arm Mounted Oculus Rift Virtual Reality Goggles for Adjunctive Pain Control During Occupational Therapy in Pediatric Burn Patients". *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 17 (6), 397.
36. Hua, Y, Qiu, R, Yao, W, Zhang, Q. and Chen, X. (2015). "The Effect of Virtual Reality Distraction on Pain Relief During Dressing Changes in Children with Chronic Wounds on Lower Limbs". *Pain Manag Nurs*, 16, 685-691.
37. Khadra, C, Ballard, A, Dery, J, Paquin, D, Fortin, JS, Perreault, I. et al. (2018). "Projector-Based Virtual Reality Dome Environment for Procedural Pain and Anxiety in Young Children with Burn Injuries: A Pilot Study". *J Pain Res*, 11, 343-53.
38. Koç Özkan, T. and Polat, F. (2020). "The Effect of Virtual Reality and Kaleidoscope on Pain and Anxiety Levels During Venipuncture in Children". *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 35 (2), 206-211.
39. Mott, J, Bucolo, S, Cuttle, L, Mill, J, Hilder, M, Miller, K. et al. (2008). "The Efficacy of an Augmented Virtual Reality System to Alleviate Pain in Children Undergoing Burns Dressing Changes: A Randomised Controlled Trial". *Burns*, 34, 803-808.
40. Wong, C.L, Lui, M.M.W, and Choi, K.C. (2019). "Effects of Immersive Virtual Reality Intervention on Pain and Anxiety Among Pediatric Patients Undergoing Venipuncture: A Study Protocol for a Randomized Controlled Trial". *BMC*, 20, 369-379.

Hemşire Liderliğinde Romatoid Artritli Hastalara Verilen Bakımın Etkinliği (Sistemik Derleme)

Effectiveness of Maintenance Given to Romatoid Arthritis Disease in Nursing Leadership (Systematic Review)

Halil İbrahim TUNA¹ Özlem ÖRSAL²

ÖZ

Geleneksel olarak tüm Romatoid Artrit (RA) hastalarının takip edilmesi, kliniklerde romatologlar tarafından gerçekleştirilir. Günümüzde romatoloji kliniklerindeki hemşireler, multidisipliner ekibin önemli bir parçası haline gelmektedir ve romatolojik görevleri gerçekleştirebilmektedir. Kliniklerde hemşire odaklı bakım ile hizmet alan hastalar; fiziksel işlev, hastalık aktivitesi, yaşam kalitesi, ağrı, yorgunluk, sertlik, psikolojik işlev ve memnuniyet açısından daha iyi sonuçlar almışlardır. Bu güncel sistemik derlemenin amacı, romatoid artritli hastalarda hemşire liderlikli hastalık yönetiminin klinik bakımdaki etkinliğinin belirlenmesidir. Derlemede bir üniversitenin kütüphane ağı üzerinden "romatoid artrit, hemşire ya da hemşirelik, sağlık bakımı" anahtar kelimeleri taranmıştır. Araştırmaya; 2008-2019 yılları arasında Science Direct, PubMed, EBSCO Host, ULAKBİM, Türkiye Atıf Dizini veri tabanlarında yayınlanmış ücretsiz, tam metin makaleler dahil edilmiştir. Derlemede hemşire liderliğindeki RA kliniklerinin hasta bakım sonuçlarına etkisi olan makalelere yer verilmiştir. Derlemenin sonunda hemşire liderlikli bakım, beklenen tedavi sonuçlarını karşılamaktadır ve hastalar için oldukça güvenlidir sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid Artrit, Hemşirelik, Bakım, Sağlık Bakımı

ABSTRACT

Traditionally all rheumatoid arthritis (RA) patients are followed by rheumatologists in clinics. Nowadays, nurses in rheumatology clinics become an important part of the multidisciplinary team and can perform rheumatological tasks. Nursing-based care in clinics; physical function, disease activity, quality of life, pain, fatigue, hardness, psychological function and satisfaction. The aim of this current systematic review is to determine the clinical effectiveness of nurse-led disease management in patients with rheumatoid arthritis. In this review, keywords "rheumatoid arthritis, nurse or nursing, healthcare" were scanned through the library network of a university. Research; Between the years 2008-2019 Science Direct, PubMed, EBSCO Host, ULAKBİM, published in Turkey free Citation Index database, full-text articles were included. The compiled nurse-led RA clinics include articles that affect patient care outcomes. Nurse-led care meets expected treatment outcomes and is highly safe for patients. In line with these conclusions, our recommendation is that similar studies should be performed in clinics with more complex patient populations.

Keywords: Rheumatoid Arthritis, Nursing, Care, Health Care

¹Öğr. Gör. Dr. Halil İbrahim TUNA, İç Hastalıkları Hemşireliği, Selçuk Üniversitesi Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu, tunameister@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2119-5874>

²Prof. Dr. Özlem ÖRSAL, Halk Sağlığı Hemşireliği, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, ozlorsal@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4494-8587>

İletişim / Corresponding Author:

Halil İbrahim TUNA

Geliş Tarihi / Received: 01.04.2020

e-posta/e-mail:

tunameister@gmail.com

Kabul Tarihi/Accepted: 17.11.2020

GİRİŞ

Romatoid artrit (RA) eklem şişliği, eklem hassasiyeti ve sinoviyal eklemlerin tahribi ile karakterize, ağır sakatlık ve mortaliteye yol açan kronik inflamatuvar otoimmün bir hastalıktır.¹⁻³ RA, dünyadaki en yaygın inflamatuvar ağrılı hastalıklardan biridir ve dünya çapında prevalansı %1-2 arasındadır.⁴

RA'lı hastalar sağlıklı bir kişiye kıyasla fiziksel bozukluklara sahiptir çünkü etkilenen eklemler ağrılı, sert ve deforme olurlar. RA'da ağrı, sertlik, şişmiş eklemler, uykusuzluk, yorgunluk ve hastalığın ilerleyen zamanlarında eklem deformiteleri ortak semptomlardandır. RA vücudun herhangi bir eklemine etkileyebilir.^{5,6} RA'lı hastaların yaklaşık %80'i yaşam aktivitelerini sürdürmede zorluklar yaşamaktadır ve %35'inde ise kalıcı iş göremezlik durumu söz konusudur.^{4,7,8} RA, kronik hastalık süreci ve oluşturduğu yetersizliklere bağlı hastalığın erken dönemlerinden itibaren hastaların bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerini etkileyen bir hastalıktır.⁹ RA'nın tedavisi ilk olarak Hastalık Modifiye Edici Antiromatizmal ilaç (DMARD)'lar ve kortikosteroidler gibi hastalık düzenleyici ajanları içermektedir. İnflamasyon ve ağrı tedavisi, farmakolojik tedavinin ikinci odak noktasıdır. RA'nın yönetimi, hastalık aktivitesini değiştirmeye ve DMARD'ların erken kullanımı yoluyla fiziksel işlevin geliştirilmesine odaklansa da tedavide iltihaplanmanın önlenmesi ve ağrının giderilmesi semptom kontrolü açısından önemlidir.¹⁰ Hastalığın yönetimi, uzun süreli tedavi gerektirir ve bu da hastaların ve ailelerinin mali yükünü artırır.¹¹

Geleneksel olarak tüm RA hastalarının takip edilmesi kliniklerde romatologlar tarafından gerçekleştirilir. Günümüzde romatoloji kliniklerindeki hemşireler, multidisipliner ekibin önemli bir parçası haline gelmektedir ve romatolojik görevleri gerçekleştirebilmektedir.^{12,13} Klinik romatoloji hemşireleri hastalık aktivitesini değerlendirir, terapinin etkilerini izler, hasta eğitimi, psikolojik destek, bakım koordinasyonu sağlar.¹⁴ Kliniklerde hemşire odaklı bakım ile hizmet alan hastalar; fiziksel işlev, hastalık aktivitesi, yaşam kalitesi, ağrı, yorgunluk, sertlik, psikolojik işlev ve memnuniyet açısından daha iyi sonuçlar almışlardır.^{2,12,15} Romatoloji hemşiresinin liderliğindeki bakım Kanada, ABD ve Avustralya, Hollanda ve İskandinav ülkelerinde sürdürülmektedir.^{2,12,15-18}

Literatürde hemşire liderliğindeki romatolojik bakımın etkinliğinin belirlenmesine yönelik araştırmalar incelenmiş ve sonuçta dört randomize kontrollü çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmalarda; RA hastaları için romatoloji hemşirelerinin görev almasının güvenli olduğu, hemşirelik danışmanlıklarının hastaların öz-yeterliliğini, güvenini ve memnuniyetini arttırabileceği ve hastalık bakım ve tedavi maliyetlerinin düşürülebileceği saptanmıştır.¹⁷⁻²⁰

Bu güncel sistematik derlemenin amacı, romatoid artritli hastalarda hemşirelik liderlikli yönetimin klinik bakımdaki etkinliğinin belirlenmesidir.

MATERYAL VE METOT

Bu sistematik derleme; York Üniversitesi Ulusal Sağlık Araştırmaları Enstitüsü tarafından geliştirilen rehber göre yapılmıştır.²¹ Çalışma, konuyla ilgili yayınların geriye dönük olarak taranması biçiminde gerçekleştirilmiştir. Anahtar kelimeler için "Medical Subject Headings"

ve "Türkiye Bilim Terimleri" dizinlerine bakılmıştır. Tarama Selçuk Üniversitesi Kütüphane ağı üzerinden gerçekleştirilmiştir. Belirlenen anahtar kelimeler çeşitli kombinasyonlar oluşturularak taranmıştır (Tablo 1).

Kütüphane ağı üzerinden “romatoid artrit, hemşire ya da hemşirelik, sağlık bakımı” anahtar kelimeleri taranmıştır. Araştırmaya; 2008-2019 yılları arasında Science Direct, PubMed, EBSCO Host, ULAKBİM, Türkiye Atıf Dizini veri tabanlarında yayınlanmış ücretsiz, tam metin makaleler dâhil edilmiştir.

Çalışmaya; Türkçe ve İngilizce dillerinde yapılmış, randomize kontrollü, romatoloji hastalarına bakım verilmiş, hemşirenin doğrudan katkısı olduğu, hemşirelik bakımının değerlendirildiği, sonuçları hemşirelik ile ilişkilendirilebilen tam metin makaleler dâhil edilmiştir. Türkçe ve İngilizce dışındaki dillerde yapılmış çalışmalar ve kongrelerde sunulan sözel ya da poster bildiriler araştırma kapsamına dâhil edilmemiştir.

Tablo 1. Taramada Kullanılan Anahtar Kelimeler

İngilizce	Türkçe
Rheumatoidarthritis-nurse- healthcare	Romatoidartrit-hemşire-sağlık bakımı
Rheumatoidarthritis-nursing- healthcare	Romatoidartrit-hemşirelik-sağlık bakımı

Çalışmaya, makalelerin başlıkları ve özet kısımları incelemeye alınarak başlanmıştır (n=2048). Çalışmanın amacına uygun olan makaleler belirlenmiştir (n=246). Tekrarlanan makaleler tespit edilip, çıkarılmıştır (n=126). Son olarak; dahil edilme kriterlerine uygun olanlar seçilmiştir (n=4). Araştırma deseni dâhil edilme kriterleri ile uyuşmayan (sistemik derleme/derleme n=11), dili Türkçe ya da İngilizce olmayan (n=4), araştırmalar çalışmanın dışında bırakılmıştır. Araştırma süreci Tablo 2’deki gibidir.

Tablo 2. Araştırma Süreci

Taramada Ulaşılan Makale Sayısının= 2048	
Science Direct:	1550
EBSCO Host:	331
PubMed:	165
ULAKBİM:	1
Türkiye Atıf Dizini:	1
İlgili olmayan makale sayısı:	1802
Tekrarlanan makale sayısı:	126
Sistemik Derleme/ Derleme	11
Türkçe-İngilizce dışındaki makale sayısı:	4
Değerlendirilen makale sayısı:	105
Dışlanan makale sayısı:	101
Araştırmaya dâhil edilen makale sayısı:	4

MATERYAL VE METOD

Bu sistematik derlemede dört randomize kontrollü araştırma makalesi incelenmiştir. Araştırmaların ikisi Çin’de, bir tanesi İsveç’te ve bir tanesi de Danimarka’da yapılmıştır. Çalışmalardan elde edilen bulgular “örneklem, amaç/girişim, ölçüm aracı, hemşirelik bakımının etkinliği” şeklinde incelenmiştir (Tablo 2).

Örneklem

Değerlendirmeye alınan birinci makale Larsson ve ark.’na (2014) aittir.¹⁷ Bu araştırmanın örneklemi romatoloji kliniği hastası olan toplam 107 hasta oluşturmuştur ve bu hastalar 53 müdahale grubu 54 hasta da kontrol grubu olarak 2 gruba ayrılmışlardır. Araştırmaya düşük hastalık

aktivitesi olan ve biyolojik tedavi gören ve DAS28≤3.2 olan hastalar dahil edilmiştir ve katılan hastaların ortama yaşları 55’tir. Değerlendirilmeye alınan ikinci makale Wang ve ark.’na (2018) aittir.¹⁹ Bu araştırmanın örneklemi hemşire yönetimine alınan 107 hasta ve hekim yönetimine alınan 107 hasta olmak üzere toplam 214 romatoloji hastası oluşturmuştur. Bu çalışmada katılımcıların ortalama yaşı 42.5’tir. Araştırma 18 yaşından büyük romatoid artrit hastası kadın ve erkekler ile yürütülmüştür. Değerlendirmeye alınan üçüncü makale Wang ve ark.’na (2017) aittir.²⁰ Bu araştırmanın örneklemi 18 yaşından büyük en az bir yıllık RA hastalık tanısı olan

toplam 220 kadın ve erkek hastalar oluşturmuştur ve bu hastalar 110 hasta hemşire yönetimindeki gruba ve 110 hasta romatolog yönetimindeki gruba dağıtılmıştır. Değerlendirmeye alınan son araştırma Primdahl ve ark. (2013) tarafından yapılmıştır.¹⁸ Bu araştırmanın örneklemini romatoid artrit tanılı sürekli ayaktan tedavi alan ve Hastalık Aktivite Skoru (DAS28-CRP)<3.2 ve Sağlık Değerlendirme Anketi <2.5 olan romatoid artrit hastaları (n=287) oluşturmuştur. Katılımcıların ortalama yaşı 63'tür. Araştırmaya katılan hastalar 97 hasta romatolog liderlikli grup, 96 hastane paylaşımlı grup ve 94 hemşire liderlikli grup olarak 3 gruba ayrılmıştır.

Amaç/Veri Toplama/Girişim/Sonuç

Larsson ve ark.'nın (2014) amacı; bir hemşire tarafından yönetilen romatoloji kliniği ile bir romatolog tarafından yönetilen romatoloji kliniğinde, düşük hastalık aktivitesi olan ve remisyonda olan hastaların tedavi sonuçlarını karşılaştırmaktır.¹⁷ Bu araştırmada veriler; Görsel Analog Skala (VAS), Sağlık değerlendirme anketi (HAQ) ve Nümerik Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Araştırma için hastanın ihtiyaçlarına odaklanan, insan odaklı bakımı temel alan, hemşire yönetimindeki bir romatoloji kliniği tasarlanmıştır. İnsan odaklı bakımın amacı, hastalara kendileri hakkında konuşma fırsatı vermek ve akıllarındaki sorulara cevaplar bulabilmek olarak belirtilmiştir. Hastalar altı ay sonra romatoloji hemşiresi tarafından 30 dakika izlenmiştir. Hemşire romatolog ile aynı şekilde hastalara ait test sonuçlarını, hastalık sebebiyle etkilenmiş eklemleri incelemiştir ve aynı zamanda laboratuvar testlerinin sonuçlarını değerlendirmiştir. Bu çalışmanın temel bulgusu, romatolog tarafından sağlanan tedaviye benzer şekilde romatoloji hemşiresi tarafından takip edilen hastaların da bakımının güvenilir bir şekilde sağlanabilmesi olarak belirtilmiştir.

Wang ve ark.'nın (2018) amacı RA'lı hastalarda romatoloji hekimine karşı hemşire liderliğindeki klinik bakımın etkinliği ve maliyet etkinliğini

değerlendirmektir.¹⁹ VAS, sabah tutukluluk ve sertlik süresi kayıt skalası ve kaynak kullanım anketi ile toplanmıştır. Kaynak kullanım anketi şu maddelerle ilişkilidir: sağlık çalışanlarıyla temaslar, hastane başvuruları, RA enjeksiyonları ve RA ile ilgili testler ve prosedürler, artrit ile ilgili reçeteli ilaçlar özellikle biyolojik ve biyolojik olmayan ilaçlar, antiromatizmal ilaçlar, opioid analjezikler, artrit nedeniyle çalışma zamanı; sağlık profesyonelleri ile iletişim ile ilişkili seyahat masrafları olarak belirtilmiştir. Bu çalışmada klinik hemşire uzmanı öykü almış, fizik muayene yapmış, hastalık şiddetini değerlendirmiş, reçete edilen veya önerilen ilaç ve dozaj değişimlerini ve reçete edilen anti-RA ilaçlarının etkilerini izlemiş, hastalarını eğitmiş, reçeteli ilaçların doğru kullanımı konusunda talimat vermiş ve psikososyal destek sağlamıştır. Hekim kendi tedavi rutinine devam etmiştir. Hastalar 3, 6, 9 ve 12. aylarda izlenmiştir. Araştırma sonucunda hemşire yönetimindeki bakımın romatoloji hekimine göre, daha iyi klinik sonuçlar ve az maliyetli olduğu sonucuna ulaşılmıştır.¹⁹

Wang ve ark.'nın (2017) yaptığı benzer bir diğer araştırmanın amacı, hemşire liderliğinde bakım kavramının RA'lı Çin'li hastalarda romatolog tarafından yönlendirilen bakımdan daha yüksek hasta memnuniyeti ile ilişkili olup olmadığını kontrol etmektir. Bu araştırmada veri toplamak için Leeds Memnuniyet Anketi (LSKS) 12 aylık süre boyunca her konsültasyon öncesi ve sonrası DAS 28 skoru, ağrı, yorgunluk ve sabah tutukluğu için VAS kullanılmıştır.²⁰ Klinik uzman hemşire hastaların, tıbbi ve hastalık öyküsünü almıştır, hastalığın şiddetini değerlendirmiştir ve reçete edilen anti-RA ilaçlarının etkilerini izlemiştir. Hemşire gerektiğinde röntgen istemi de dahil olmak üzere doğru laboratuvar araştırmalarına rehberlik etmiştir. Gerekirse, hastaları romatolog veya başka bir sağlık bakım uzmanına yönlendirmiştir. Romatolog kendi tedavi rutinine devam etmiştir. Bu çalışmanın sonucunda hemşire liderliğinde

bakım alan RA hastalarının hasta memnuniyeti anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ve romatolog tarafından verilen bakıma göre hastalık semptomlarında anlamlı iyileşme olduğu saptanmıştır.²⁰

Primdahl ve ark.'nın (2013) yaptığı araştırmanın amacı, sürekli düşük aktif RA'lı ve ayaktan tedavi alan hastalara romatologlarla yapılan geleneksel takiplerle alternatif bakım rejimlerinde hasta sonuçlarını karşılaştırmaktır. Hipotez; planlanmış konsültasyonlar ve deneyimli romatoloji hemşireleri tarafından planlanan, klinik sonuçları iyileştiren ve yaşam kalitesini yükselten bir bakım modeli uygulayabilmek ve katılımcıların öz-etkililiğini, güven ve memnuniyet düzeyinin arttırmaktır.¹⁸ Bu çalışmada veriler Sağlık Değerlendirme Anketi, VAS, RA Öz-yeterlik anketi ve Artrit Öz-Yetkinlik Ölçeği ile toplanmıştır. Romatolog grubundaki katılımcılar her 3-12 ayda bir 30-60 dakikalık konsültasyonla takip edilmeye devam etmişlerdir. Hemşire grubundaki katılımcılar, klinik olarak deneyimli romatoloji polikliniğinde 3 ayda bir planlanmış 30 dakikalık görüşmelere ayrılmıştır. Bu katılımcılar ayrıca, hemşireye telefonla ulaşabilmişlerdir. Bu çalışma, düşük aktif RA'lı hastalar için deneyimli romatoloji hemşirelerinin takip bakımı yapmalarına izin vermenin güvenli olduğunu göstermiştir. Hemşirelerin takip bakımına dâhil edilmesi, hastaların öz-yeterlik inançlarını artırma potansiyelleri ve takipli bakımları ile ilgili güven ve memnuniyetini arttırmıştır.¹⁸

Tablo 3. Makaleler ve İçerikleri

Yazar- Yıl	Araştırmanın Adı/ Türü	Araştırmanın amacı	Örneklem	Çalışma grubu	Veri Toplamada Kullanılan Yöntem	Protokol	Sonuç	
1	Larsson, I., Fridlund, B., Arvidsson, B., Teleman, A., & Bergman, S. (2014)	Romatoloji Kliniğinde Biyolojik Tedavinin Hemşire Liderliğinde İzlenmesi Randomize Kontrollü	Hemşire tarafından yönetilen romatoloji kliniği ve romatolog tarafından yönetilen bir klinikte remisyonda olan düşük hastalık aktivitesi olan veya biyolojik tedavi gören hastaların bakım sonuçlarını karşılaştırmak	n= 107 53 hasta müdahale 54 hasta kontrol	Düşük hastalık aktivitesi olan, biyolojik tedavi gören ve DAS28 ≤3.2 olan hastalar	VAS, HAQ, NRS	Hastanın ihtiyaçlarına odaklanan, insan odaklı bakımı temel alan, hemşire liderliğindeki romatoloji kliniği tasarlanmıştır. Hastalar 6 ay sonra romatoloji hemşiresi tarafından 30 dakika izlenmiştir. 12 ay sonra romatolog tarafından 30 dakika izlenmiştir. Hemşire romatolog ile aynı şekilde, hastalara ait test sonuçlarını, eklemleri incelemiş ve aynı zamanda laboratuvar testlerinin sonuçlarını değerlendirmiştir.	Bu çalışmanın temel bulgusu, romatolojist tarafından sağlanan tedaviye benzer bir etkinlik ile romatoloji hemşiresi tarafından takip edilen bakımın güvenilir bir şekilde sağlandığı sonucuna ulaşılmıştır.
2	Wang, J., Zou, X., Cong, L., & Liu, H. (2018).	Romatoid Artritli Çinli Hastalarda Hemşire Liderliğindeki Bakımın Klinik Etkinliği ve Maliyet Etkinliği: Romatolog Liderliğindeki Bakım ile Karşılaştırılan Bir Çalışma Randomize kontrollü	RA' lı Çinli hastalarda romatolog ile hemşire liderliğindeki bakımın etkinliği ve maliyet etkinliğini karşılaştırmaktır.	n= 214 Hemşire liderlikli grup: 107 Hekim grubu: 107	1 yıldan uzun süreli RA hastalık tanısı onlalar ve 18 yaşından büyük hastalar	Kaynak kullanım anketi, VAS, Sabah Tutukluluk ve Sertlik Kayıt Ölçeği	Hemşire; öykü almış, fizik muayene yapmış, hastalık şiddetini değerlendirmiş, reçete edilen veya önerilen ilaç ve dozaj değişimleri, reçete edilen anti-RA ilaçlarının etkilerini izlemiş, hastalarını eğitmiş, reçeteli ilaçların doğru kullanımı konusunda eğitim vermiş ve psikososyal destek sağlamıştır. Hastalarla 3., 6., 9., ve 12. aylarda görüşülmüştür.	Hemşire liderliğindeki bakımın romatoloğa göre daha iyi klinik sonuçlar ve az maliyetli olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

3	Wang, J., Zou, X., Zhou, L., & Liu, H. (2017)	Romatoid Artritli Hastalarda Hemşire Liderliğindeki Bakımdan Sonra Hasta Memnuniyeti. Randomize kontrollü	RA' lı hastalarda hemşirelik bakımının hasta memnuniyetine etkisine bakmaktır. Çalışmanın birincil amacı, hastaların memnuniyetini değerlendirmektir. Çalışmanın ikincil amacı, DAS 28, ağrı, yorgunluk ve sabah tutukluğunu ölçmektir.	n=220 hasta hemşire liderliğinde 110 hasta romatolog liderliğinde	18 yaşından büyük ve en az 1 yıllık romatoid artrit tanısı olan hastalar	LSKS, 12 aylık süre boyunca her konsültasyon öncesi ve sonrası DAS 28 skoru, ağrı, yorgunluk ve sabah tutukluğu için VAS kullanılmıştır.	Romatoloji hemşiresi hastalık öyküsünü kaydetmiş, fizik muayene yapmış, hastalığın şiddetini değerlendirmiş ve reçete edilen anti-RA ilaçlarının etkilerini izlemiştir. Hemşire laboratuvar araştırmalarına rehberlik etmiştir. Gerekirse, hastaları romatolog veya başka bir sağlık bakım uzmanına yönlendirmiştir. Romatolog rutinine devam etmiştir.	Hemşirelik bakımı alan RA hastalarının hasta memnuniyeti daha yüksek bulunmuştur ve romatolog tarafından verilen bakıma göre hastalık semptomlarında iyileşme olduğu saptanmıştır.	
4	Primdahl, J., Sørensen, J., Horn, H. C., Petersen, R., & Hørslev-Petersen, K. (2013)	Romatoloji Kliniğinde Düşük Hastalık Aktivitesi Olan Hastaların Romatolog Takibine Alternatif Olarak Verilen Hemşirelik Konsültasyonları. Randomize kontrollü	Düşük hastalık aktivitesi olan RA' lı ayaktan takip edilen hastalara romatologlarla yapılan geleneksel takiplerle hemşirelik bakımının hasta sonuçlarına etkisinin karşılaştırmaktır. Ayrıca katılımcıların öz-etkililiğinin, güven ve memnuniyet düzeyinin arttırılmasıdır.	n= 191 hasta romatolog 94 hasta hemşirelik	RA tanılı ayaktan tedavi alan hastalar.	Sağlık Değerlendirme Anketi, VAS, yorgunluk, yaşam kalitesi ve RA Öz-yeterlik anketi, Artrit Öz-Yeterlik Ölçeği.	Romatolog grubundaki katılımcılar bir hekim tarafından 3-12 ayda bir, 30-12 dakikalık görüşmeyle takip edilmiştir. Hemşire grubundaki katılımcılar ile 3 ayda bir 30 dakikalık görüşmeler yapılmıştır. Bu katılımcılara ayrıca, hemşireye telefonla ulaşma imkânı sağlanmıştır	Bu çalışma, düşük aktif RA' lı hastalar için deneyimli romatoloji hemşirelerinin sıkı takip bakımı yapmalarına izin vermenin güvenli olduğunu göstermiştir. Hemşirelerin takip bakımına dahil edilmesi, hastaların öz-yeterliklerini, güven ve memnuniyetini arttırmıştır.	

Hemşire önderliğindeki diyabet, enfeksiyon, kardiyovasküler, diyaliz gibi birimler hekim liderliğindeki kliniklerin tamamlayıcısı olarak kurulmuştur.²²⁻²⁵Hastalar, hemşirenin yönlendirdiği kliniklerde daha iyi bakım memnuniyeti yaşamaktadır. Literatürde kardiyak problemi olan, kanser, diyabet hastası hastalar üzerine yapılmış çalışma sonuçları da hemşire liderliğindeki bakımın etkinliğini

bildirmektedir.²⁶⁻²⁹ RA'da bakım kalitesini arttırmak için hemşirelerin aktif olduğu romatoloji klinikleri önerilmiştir.^{30,31} Bu derlemede incelenen makaleler, RA'lı hastalara hemşire yönetiminde verilen bakımın hasta memnuniyetini arttırdığını, maliyet açısından etkin olduğunu, hastaların yaşam kalitelerini yükselttiğini ve tedaviden maksimum fayda sağlandığını bildirmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelerin RA bakımında lider rol alması hastaların öz-yeterliklerini, bakım memnuniyetini arttırmaktadır ve tedavi maliyetini azaltmaktadır. Hemşire liderlikli bakım, beklenen tedavi sonuçlarını karşılamaktadır ve hastalar için oldukça güvenlidir. Hemşire liderliğindeki romatoloji kliniği müdahalesi, hastaların bakımında güvenli bir uygulama olabileceği bu sistematik derlemede incelenen makalelerin sonuçlarındandır. Ek olarak bir hemşire tarafından bakım alan RA hastalarının önemli

ölçüde daha yüksek hasta memnuniyetine sahip olduğu ve romatolog liderliğindeki bakıma göre hastalık semptomların da önemli ölçüde daha fazla iyileşme gösterdiği dikkat çeken bir sonuçtur. Bu sonuçlar doğrultusunda önerimiz romatoloji hastalarının tedavi ve bakım yönetimine romatoloji hemşirelerinin de dâhil olması ve hemşire liderliğinde verilen bakımın kalitesini göstermeye yönelik yeni güncel araştırmaların yapılmasıdır.

KAYNAKLAR

1. Aletaha, D, Neogi, T, Silman, A.J, Funovits J, Felson, D.T, Bingham, C.O. et al. (2010). "Rheumatoid Arthritis Classification Criteria: An American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Collaborative Initiative". *Arthritis & Rheumatology*, 62 (9), 2569-2581. doi: 10.1002/art.27584
2. Ndosi, M, Vinall, K, Hale, C, Bird, H. and Hill, J. (2011). "The Effectiveness of Nurse-Led Care in People with Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review." *International Journal of Nursing Studies*, 48 (5), 642-654. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.02.007
3. Smolen, J.S. and Steiner, G. (2003). "Therapeutic Strategies for Rheumatoid Arthritis". *Nature Reviews Drug Discovery*, 2 (6), 473. doi: 10.1038/nrd1109
4. Wasserman, A.M. (2011). "Diagnosis And Management of Rheumatoid Arthritis". *American Family Physician*, 84 (11), 1245.
5. Combe, B. (2007). "Early Rheumatoid Arthritis: Strategies for Prevention And Management". *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 21 (1), 27-42. doi: 10.1016/j.berh.2006.08.011
6. Steultjens, E, Dekker, J, Bouter, M, Schaardenburg, D. and Kuyk, M. (2004). "Occupational Therapy for Rheumatoid Arthritis". *The Cochrane Library*, 4. doi: 10.1002/14651858.CD003114.pub2
7. Allaire, S, Wolfe, F, Niu, J, LaValley, M.P, Zhang, B. and Reisine, S. (2009). "Current Risk Factors for Work Disability Associated With Rheumatoid Arthritis: Recent Data from A US National Cohort". *Arthritis Care & Research*, 61 (3), 321-328. doi: 10.1002/art.24281
8. Choy, E.H. and Panayi, G.S. (2001). "Cytokine Pathways and Joint Inflammation in Rheumatoid Arthritis". *New England Journal of Medicine*, 344 (12), 907-916. doi: 10.1056/NEJM200103223441207
9. Salaffi, F, Carotti, M, Gasparini, S, Intorcchia, M. and Grassi, W. (2009). "The Health-Related Quality of Life in Rheumatoid Arthritis, Ankylosing Spondylitis, and Psoriatic Arthritis: A Comparison with A Selected Sample of Healthy People". *Health and Quality of Life Outcomes*, 7 (1), 25. doi:10.1186/1477-7525-7-25
10. Kwok, C.K, Anderson L.G, Greene J.M, Johnson, D.A, O'Dell, J.R, Robbins, M.L, Roberts, W.N, Simms, R.W. and Yood, R.A. (2002). "American College of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines". *Arthritis and Rheumatology*, 46 (2), 328-346.
11. Curtis, J.R, Patkar, N, Xie, A, Martin, C, Allison, J.J, Saag, M. et al. (2007). "Risk of Serious Bacterial Infections among Rheumatoid Arthritis Patients Exposed to Tumor Necrosis Factor Antagonists". *Arthritis and Rheumatology*, 56 (4), 1125-1133. doi: 10.1002/art.22504
12. Hill, J. (2007). "Rheumatology Nurse Specialists-Do We Need Them?". *Oxford University Press*, 46 (3), 379. doi: 10.1093/rheumatology/kel431
13. Van Eijk-Hustings, Y, Van Tubergen, A, Boström, C, Braychenko, E, Buss, B, Felix, J. et al. (2011). "EULAR Recommendations for The Role of The Nurse in The Management of Chronic Inflammatory Arthritis". *Annals of*

- The Rheumatic Diseases, 200185. doi: 10.1136/annrheumdis-2011-200185
14. Watts, R.A, Mooney, J, Barton, G, MacGregor, A.J, Shepstone, L, Irvine, L. et al. (2015). "The Outcome And Cost-Effectiveness of Nurse-Led Care in The Community for People with Rheumatoid Arthritis: A Non-Randomised Pragmatic Study". *BMJ Open*, 5 (8), 76-96. doi: 10.1136/bmjopen-2015-007696
15. Tjhuis, G.J, Zwinderman, A.H, Hazes, J.M, Breedveld, F.C. and Vlieland, P. (2003). "Two-Year Follow-Up of A Randomized Controlled Trial of A Clinical Nurse Specialist Intervention, Inpatient, and Day Patient Team Care in Rheumatoid Arthritis". *Journal of Advanced Nursing*, 41 (1), 34-43. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02503.x
16. Koksvik, H.S, Hagen, K.B, Rødevand, E, Mowinckel, P, Kvien, T.K. and Zangi, H.A. (2012). "Patient Satisfaction with Nursing Consultations in A Rheumatology Outpatient Clinic: A 21-Month Randomised Controlled Trial in Patients With Inflammatory Arthritides". *Annals of The Rheumatic Diseases*, 202-296. doi: 10.1136/annrheumdis-202296
17. Larsson, I, Fridlund, B, Arvidsson, B, Teleman, A. and Bergman, S. (2014). "Randomized Controlled Trial of A Nurse-Led Rheumatology Clinic for Monitoring Biological Therapy". *Journal of Advanced Nursing*, 70 (1), 164-175. doi: 10.1111/jan.12183
18. Primdahl, J, Sørensen, J, Horn, H.C, Petersen, R. and Hørslev-Petersen, K. (2012). "Shared Care Or Nursing Consultations As An Alternative to Rheumatologist Follow-Up for Rheumatoid Arthritis Outpatients With Low Disease Activity-Patient Outcomes from A 2-Year, Randomised Controlled Trial". *Annals of the Rheumatic Diseases*, 202-695. doi: 10.1136/annrheum dis-2012-202695
19. Wang, J, Zou, X. ve Cong, L. and Liu, H. (2018). "Clinical Effectiveness And Cost-Effectiveness of Nurse-Led Care in Chinese Patients With Rheumatoid Arthritis: A randomized Trial Comparing with Rheumatologist-Led Care". *International Journal of Nursing Practice*, 24 (1), 12605. doi: 10.1111/ijn.12605
20. Wang, J, Zou, X, Zhou, L. and Liu, H. (2017). "Patient Satisfaction After Nurse-Led Care in Chinese Patients with Rheumatoid Arthritis: A China Study". *Biomedical Research*, 28 (11), 4972-4978.
21. Dixon-Woods, M, Bonas, S, Booth, A, Jones, D.R, Miller, T, Sutton, A.J. et al. (2006). "How Can Systematic Reviews Incorporate Qualitative Research? A Critical Perspective". *Qualitative Research*, 6 (1), 27-44. doi: 10.1177/1468794106058867
22. Chin, W, Lam, C.L. and Lo, S. (2011). "Quality of Care of Nurse-Led and Allied Health Personnel-Led Primary Care Clinics". *Hong Kong Medical Journal*, 17 (3), 217.
23. Cooper, J.M, Loeb, S.J. and Smith, C.A. (2010). "The Primary Care Nurse Practitioner And Cancer Survivorship Care". *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22 (8), 394-402. doi: 10.1111/j.1745-7599.2010.00528.x
24. Kirby, M. (2005). "Extending Nursing Roles in Diabetes to Achieve Clinical Targets". *Journal of Diabetes Nursing*, 9 (6), 231-236.
25. Strömberg, A, Mårtensson, J, Fridlund, B. and Dahlström, U. (2001). "Nurse-Led Heart Failure Clinics in Sweden". *European Journal of Heart Failure*, 3 (1), 139-144. doi: 10.1016/S1388-9842(00)00099-4
26. Clark, C.E, Smith, L.F, Taylor, R.S. and Campbell, J.L. (2010). "Nurse Led Interventions to Improve Control of Blood Pressure in People with Hypertension: Systematic Review and Meta-Analysis". *BMJ*, 341, c3995. doi: 10.1136/bmj. c3995
27. Lewis, R, Neal, R.D, Williams, N.H, France, B, Wilkinson, C, Hendry, M. et al. (2009). "Nurse-led vs. Conventional Physician-Led Follow-Up for Patients with Cancer: Systematic Review". *Journal of Advanced Nursing*, 65 (4), 706-723. doi: 10.1111/j. 1365-2648.2008.04927.x
28. Schadewaldt, V. and Schultz, T. (2011). "Nurse-Led Clinics As An Effective Service For Cardiac Patients: Results from A Systematic Review". *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9 (3), 199-214. doi: 10.1111/j.1744-1609.2011.00217.x
29. Wong, F.K.Y, Mok, M.P.H, Chan, T. and Tsang, M.W. (2005). "Nurse Follow-Up of Patients With Diabetes: Randomized Controlled Trial". *Journal of Advanced Nursing*, 50 (4), 391-402. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03404.x
30. Oliver, S.M. (2011). "The Role of The Clinical Nurse Specialist in The Assessment and Management of Biologic Therapies". *Musculoskeletal Care*, 9 (1), 54-62. doi: 10.1002/msc.190
31. Palmer, D. and Miedany Y.E. (2010). "Biological Nurse Specialist: Goodwill to Good Practice". *British Journal of Nursing*, 19 (8), 477-448. doi: 10.12968/bjon.2010.19.8.47632

Orlando'nun Hemşirelikte Etkileşim Modeline Göre Covid-19 Pozitif Lohusanın Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

Using The Orlando's Nursing Process To Nursing Care for A Puerperant Woman Diagnosed with Covid 19:
Case Report

Nazlı Emel ÖZER YURDAL¹, Hilmiye AKSU²

ÖZ

Profesyonel bir meslek olan hemşirelik alanında model kullanımı son dönemlerde giderek artmaktadır. Modeller hemşirelere eğitim, araştırma, uygulama alanlarında rehberlik görevi görürler. Profesyonel olan hemşirelik mesleğini diğer meslek gruplarından ayırarak hastaya sunulan bakımın kalitesini artırır. Kullanılan modellerden birisi de Orlando'nun hemşirelikte etkileşim modelidir. Lohusalık dönemi, anne bebek ve aile üyeleri arasındaki sağlıklı bağlanmanın sağlandığı, sağlığın korunup geliştirildiği, fizyolojik ve psikolojik süreçlerin gözlemlendiği bir süreçtir. Covid 19, Ağır Akut Solunum Sendromu olarak isimlendirilmektedir. Covid 19; MERS-CoV ve SARS-CoV virüslerine benzer olarak hayvanlardan insanlara bulaş gösteren zoonotik bir virüs olarak tanımlanmaktadır. Covid 19'un izolasyon gerektiren bir hastalık olması, lohusaların aile üyelerinden yeterli destek almasını etkilemektedir. Postpartum döneminin özelliklerinden dolayı zaten psiko-sosyal anlamda zorluk çeken lohusaların uymaları gereken karantina koşulları, daha derin psikolojik etkileri ve sosyal mesafe zorunlulukları bu hastalığa yakalanan lohusalarda yürütülecek hemşirelik bakımının özelleştirilmesi gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Bu çalışmada, Covid 19 pozitif bir lohusanın hemşirelik bakımı Orlando'nun etkileşim modeli doğrultusunda değerlendirilerek olgu olarak sunulmuştur. Çalışma öncesinde Lohusadan sözlü ve yazılı izin alınmıştır. Lohusanın klinikte yattığı 3-9 Mayıs 2020 tarihleri arasında veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Orlando'nun etkileşim modeli kullanılarak hastanın ihtiyaçları belirlenmiş, bakımı hemşirelik süreci doğrultusunda planlanmış, uygulanmış ve sonuç olarak hastanın davranışlarında pozitif iyileşme süreci görülmüştür. Orlando'nun etkileşim modelinin psikiyatri ve kadın doğum gibi diğer kliniklerde de uygulanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Orlando, Etkileşim Modeli, Covid 19, Lohusa.

ABSTRACT

Recently, the use of theories in nursing, which is a professional profession, is increasing. Nursing theories and models serve as guidance for nurses in the fields of education, research, and practice. It distinguishes the professional nursing profession from other occupational groups and improves the quality of the care offered to the patient. One of the models used is Orlando's Nursing Process Theory. The period of puerperium is a process in which healthy connection between mother baby and family members is ensured, health is protected and improved, physiological and psychological processes are observed. Covid 19 is called Severe Acute Respiratory Syndrome. Covid 19; Similar to mers-cov and SARS-CoV viruses, it is described as a zoonotic virus that infects people from animals to humans. Covid 19 is a disease that requires isolation, affecting lohusas to get adequate support from family members. As one of the features of the postpartum period, the deeper psychological effects and social distance requirements of the puerperant woman that are already psycho-socially difficult to follow have revealed the need to privatize nursing care to be carried out in lohusas caught up in this disease. In this study, puerperant woman diagnosed with COVID 19 in the clinic was applied to provide nursing care using the Nursing Process Theory of Orlando. Verbal and written permission was obtained from the puerperant woman before the study. Between 3-9 May 2020, when puerperant woman was in the clinic, the data was collected by face-to-face interview method. Orlando's nursing process theory was determined by the patient's needs, planned, implemented in accordance with the nursing process for nursing actions, and as a result, a positive improvement process was observed in the patient's behavior. Orlando's Nursing Process Theory is also recommended in other clinics, such as psychiatry and obstetrics.

Keywords: Orlando, Nursing Process Theory, Covid 19, Puerperant Woman.

¹ Uzm. Hem. Nazlı Emel ÖZER YURDAL, Uzm. Hemşire-Doktora Öğrencisi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, emelozer18@hotmail.com ORCID: 0000-0003-2559-969X

² Prof. Dr. Hilmiye AKSU, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, hilmiyeaksu@yahoo.com, ORCID: 0000-0001-6975-3172

İletişim / Corresponding Author: Uzm. Hem. Nazlı Emel ÖZER YURDAL

Geliş Tarihi / Received: 12.06.2020

e-posta/e-mail:

emelozer18@hotmail.com

Kabul Tarihi/Accepted: 29.01.2021

GİRİŞ

Profesyonel bir meslek olan hemşirelik alanında model kullanımı son zamanlarda giderek artmaktadır. Modeller hemşirelere eğitim, araştırma ve uygulama alanlarında rehberlik görevi görürler. Profesyonel olan hemşirelik mesleğini diğer meslek gruplarından ayırarak hastaya sunulan bakımın kalitesini artırırılar.¹ Kullanılan modellerden birisi de Orlando'nun hemşirelikte etkileşim modelidir.

Lohusalık dönemi, anne bebek ve aile üyeleri arasındaki sağlıklı bağlanmanın sağlandığı, sağlığın korunup geliştirildiği, fizyolojik ve psikolojik süreçlerin gözlemlendiği bir süreçtir.² Postpartum dönem hem anne hem de bebeğin hemşirelik bakımına ihtiyaç duydukları bir dönem olup, bu dönemde basit düzeyde sorunların çözümünde bile bakıma ihtiyaç duyabilirler. Postpartum dönemde verilen hemşirelik bakımı ve bakımın niteliği önemlidir. Bu süreçte anneler yenidoğan bakımı, emzirme, meme bakımı, uyku sorunları, konstipasyon, bebekle iletişim kurma, annelik rolü, depresyon gibi ruhsal sorunlar dahil bir çok sorun ile yüzleşmektedir.¹⁻⁵ Bu süreçte hemşireler tarafından yapılan anne-bebek ziyaretlerinde, anne bebek etkileşimi gözlemlenmelidir. Anne ve bebeğin fiziksel sağlığı, annenin ruhsal sağlığı, erken dönem komplikasyonları önlenmeli, annenin ve eşin yeni rollerine uyumu değerlendirilmelidir.⁶⁻¹¹

Covid 19, Ağır Akut Solunum Sendromu olarak isimlendirilmektedir. Covid 19; MERS-CoV ve SARS-CoV virüslerine benzer olarak hayvanlardan insanlara bulaş gösteren zoonotik bir virüs olarak tanımlanmaktadır.^{12,13} Hızlı bulaş yolu, hasta ve ölüm oranlarında artışa sebep olması insanların korku yaşamasına zemin hazırlamıştır. Sağlık alanı dışında ülkelerin turizm, ekonomi, eğitim gibi alanlarını da etkilemiştir. Diğer yandan Covid 19'un izolasyon gerektiren bir hastalık olması, lohusaların aile üyelerinden yeterli destek almasını etkilemektedir. Bu yüzden hemşirelik bakımının nitelik ve niceliğinin artırılmasını gerektirmektedir. Postpartum döneminin özelliklerinden dolayı zaten

psiko-sosyal anlamda zorluk çeken lohusaların uymaları gereken karantina koşulları, daha derin psikolojik etkileri ve sosyal mesafe zorunlulukları bu hastalığa yakalanan lohusalarda yürütülecek hemşirelik bakımının özelleştirilmesi gerekliliğini ortaya çıkarmıştır.¹⁴

Bu çalışmada, Covid 19 pozitif bir lohusanın hemşirelik bakımı Orlando'nun etkileşim modeli doğrultusunda yapılmış ve olgu olarak sunulmuştur.

Ida Jean Orlando'nun Etkileşim Modeli

Ida Jean Orlando 1926 yılında dünyaya gelmiştir. 1947 yılında hemşire olarak New York Tıp Kolejinde mezun olup, 1954 yılında yüksek lisans mezuniyet derecesini almıştır.¹⁵

Orlando, etkileşim modelini hasta-hemşire iletişiminin gözlemlerinden yola çıkarak oluşturmuştur. Orlando hemşireliğin diğer bilimlerden bağımsız profesyonel bir alan olduğunu ifade etmiştir.¹⁴ Orlando'ya göre bireyler kendi gereksinimlerini kendileri karşılayamadıkları zaman hemşirelerin profesyonel bakımlarına ihtiyaç duyarlar. Hemşireler tarafından hastaların ihtiyaçları yeterli bir şekilde karşılanmadığı zaman hastalar kendilerini çaresiz ve sıkıntılı hissederler.¹⁶⁻¹⁹ Orlando'ya göre birey yardıma ihtiyacı olduğunu sözlü olarak veya sözsüz olarak davranış şekilleriyle ifade eder. Hemşirenin bireyin gereksinimlerini karşılayabilmesi için hastayı yakından gözlemlemesi ve etkili iletişim kurması gerekir.¹⁵

Orlando'ya göre amaçlı hemşirelik süreci üç temel bileşenden oluşmaktadır. Bunlar; hastanın davranışı, hemşirenin tepkisi ve hastanın iyiliği için düzenlenen hemşirelik eylemleridir. Hastanın davranışı: hemşire-hasta arasındaki anlık olan iletişimde hemşirenin hastada gözlemlediği hem hastanın şikâyet etmesi ve sözlü ifadelerini içeren sözlü davranışları hem de ağlama, iç çekme titreme, ciltteki renk değişikliği gibi sözsüz davranışları içermektedir.¹⁸ Orlando

hastaların tedavilerinde ve bakımlarında red yanıtı verebileceğini, hemşirenin bu davranışı hastanın sıkıntı yaşadığı için verdiğini fark etmesini ifade etmiştir. Böyle bir durumda hemşire hastanın davranışı ile daha yakından ilgilenmelidir. Hemşirenin tepkisi: hemşire hasta ile ilgili verileri toplarken hastanın davranışlarının farkına varıp davranışları algılar böylece konu hakkında düşünce ve duyguları oluşur. Hemşirelik eylemi: hemşirenin tepkisine göre oluşturduğu hemşirelik girişimleridir. Hemşirelik eylemleri iki farklı biçimde görülebilir. Bunlar otomatik ve amaçlı hemşirelik eylemleridir. Otomatik hemşirelik eylemleri; Hastanın o an dışındaki ihtiyaçlarından başka sebeplere yönelik kararları içerir. Amaçlı hemşirelik eylemleri; hastanın o an içindeki ihtiyaçlarına yönelik hazırlanan hemşirelik eylemlerini içerir.¹⁹

Bireyin aktif olarak bakıma dâhil edildiği modelin merkezini birey oluşturmaktadır. Farklı bölümlerde hemşirelerin uygulamasına

olanak sağlar. Hemşire ve hasta arasındaki iletişimi kuvvetlendirmesi, hemşirelere otonomi kazandırması modelin güçlü yönlerini oluşturur. Modelin zayıf özellikleri; bakım süresi kısadır, bilinci kapalı hastalara uygulanamaz, ailenin etkisinden bahsedilmemiştir.¹⁵

Orlando'nun kuramı, karşılıklı ilişki olarak tanımlanabilir. Burada temel amaç, hastanın gereksiniminin karşılanarak sıkıntısının giderilmesidir. Bu gereksinimin karşılanmasında önemli olan, etkin bir hasta/hemşire ilişkisidir.

Orlando'ya göre hemşirelik bir süreçtir ve bu süreç içinde temel olan dört uygulama vardır:

- Gözlem,
- Sözlü rapor,
- Kaydetme (yazılı rapor),
- Hasta ile ya da hasta için yapılan faaliyetler.

OLGU SUNUMU

34 yaşında, üniversite mezunu ve ev hanımı olan lohusanın dört yaşında bir çocuğu vardır. 26 Nisan 2020 tarihinde normal spontan vajinal doğum ile 3500 gram ağırlığında sağlıklı bir kız çocuğu dünyaya getirmiştir. Doğumdan 7 gün sonra ateş, ağrı ve öksürük şikâyetleri ile hastanenin acil servisine başvuru yapmıştır. Acil servisten kliniğe yatışı gerçekleşmiştir. EKG ve akciğer grafisi normal değerlendirilmiştir. Covid 19 test sonucu pozitif gelmiştir. Alınan öyküsü ve yapılan fiziksel muayenesinde sistemik ve kronik bir hastalığı olmadığı, herhangi bir ilaç ve alerji öyküsü olmadığı, sigara ve alkol kullanmadığı saptanmıştır. Yapılan laboratuvar analizlerine göre kan ve idrar sonuçlarının normal olduğu tespit edilmiştir. Lohusanın kan basıncı 100/60 mmHg, nabızı 70 atım /dk, ateşi ilk iki gün 38° C, diğer günler 36.8° C, SAO2 değeri %97 olarak kayıt edilmiştir.

Lohusa klinikte yattığı 3-9 Mayıs 2020 tarihleri arasında tedavi ve bakım almıştır. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Orlando etkileşim modeline göre

lohusadan toplanan veriler; lohusa ile yapılan görüşmelerde lohusanın sürekli uyuduğu, bazen sakin bazen yorgun, uyuklu olduğu, kısa cümleler kurduğu belirlenmiştir. Kendisini ümitsiz hissediyordu. İlk günler göz temasını fazla kurmuyordu. Yeterli su içmiyordu. Lohusa kendi tercihi ile, bebeğin kendisinden uzak kalmasını talep etti. Bunun altında yatan neden lohusanın, bebeğin enfeksiyon kapacağı yönündeki kaygılarıydı. Bu nedenle sütü sağılarak bebeğe ulaştırıldı. Çocuklarını göremediği için üzgün olduğunu, bebeğini emziremediği için kendini suçlu hissettiğini, hastalığının gidişatı ile ilgili ümitsizlik ve korku yaşadığını söylüyordu. Ayrıca memelerinde dolgunluk şikâyeti yaşadığını ifade etti.

Lohusaya; aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma, emzirmenin kesintiye uğraması, ümitsizlik, bilgi eksikliği, korku, enfeksiyon bulaştırma riski hemşirelik tanıları konulmuş ve bu tanılar doğrultusunda hemşirelik girişimleri uygulanmış ve değerlendirilmiştir. Orlando'nun Amaçlı Hemşirelik Sürecine göre lohusaya yapılan

izlem ve girişimler sonucunda elde edilen veriler “Gözlemler, Faaliyetler, Raporlama ve Kayıt Tutma olarak dört başlıkta toplanmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma öncesinde Lohusadan sözlü ve yazılı izin alınmıştır. Bunun yanında Sağlık Bakanlığı COVID-19 Konusunda Bilimsel Araştırma Çalışmaları Komisyonu’ndan çalışmayı yapabilmek üzere izin alınmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Gözlemler

Doğrudan Gözlemler: Hemşirenin Hastanın Davranışına Yönelik Tepkisi

- Lohusanın sürekli uyuması
- Kısa cümleler kurması
- Yorgun gözükmesi
- İlk günler göz temasını kısa süreli kurması
- Bebeğini emziremediği için kendisini suçlu hissettiğini ifade etmesi
- Hastalıkla ilgili korku yaşadığını ifade etmesi
- Çocuklarını göremediği için kendisini üzgün hissettiğini ifade etmesi

Dolaylı Gözlemler: Hastanın Davranışı İle İlgili Diğer Bilgiler

Lohusa, serviste yattığı günden beri bakım veren diğer hemşirelerle görüşmede lohusanın genel durumu konuşulmuş benzer davranışların, ifadelerin olduğu öğrenilmiştir.

Faaliyetler

Hemşirenin Faaliyeti: Amaçlı Hemşirelik Süreci

Doğrudan Yardım

- Lohusaya Covid 19 hastalığı, bulaştırmanın önlenmesi için yapılması gerekenler, tedavi süreci, kullanılan ilaçlar hakkında bilgi verildi.
- Bağırsıklık sistemini güçlendirmek, konstipasyon oluşumunu engellemek için yeterli beslenmesi ve sıvı alması desteklendi. Odasına su getirildi ve içmesi için cesaretlendirildi.

- Odasının belli aralıklarla havalandırılması sağlandı.
- Oda içinde hareket etmesi desteklendi.
- Duygularını ifade etmesi için cesaretlendirildi.
- Memelerine masaj yapıldı. Sütün pompa ile sağılması gösterilerek öğretildi. Kaba alınan anne sütünün bebeğine verileceği söylendi.
- Telefon verilerek eşi ve çocukları ile görüşmesi sağlandı.
- Annenin bebeğinin enfeksiyon kapacağına dair kaygıları giderilerek bebeği ile beraber kalmaya başlaması sağlandı. Anne önce kaşık ile bebeğini besledi daha sonra emzirdi.

Dolaylı Yardım

Lohusanın sütünün sağılması için süt pompası ve kap ve eşi ile konuşabilmesi için telefon hastane dışından temin edildi.

Raporlama

Sözel Olmayan Davranışları

- Uyku halinin azalması
- Dinç görünmesi
- İletişime istekli ve göz teması kurmaktan çekinmiyor olması

Sözel Davranışları

- Çocuklarını görüntülü arama ile gördüğü için mutlu olduğunu ifade etmesi
- Kap ile bebeğini besleyebildiği için içinin rahat ettiğini söylemesi
- Memede dolgunluk şikâyetinin geçtiğini ifade etmesi

- Daha az uyuduğunu, kitap okuduğunu, telefon ile çocuğu ve eşi ile daha fazla vakit geçirdiğini ifade etmesi
- Hastalığa ilişkin korkusunun olmadığını ifade etmesi
- Bu sürecin doğal olduğunu, herkesin hasta olabileceğini, hastaneden sonra evde de verilen bilgileri uygulayacağını, kendisini artık suçlamadığını ve çocuklarını, eşini evde göreceği için heyecanlı hissettiğini ifade etmesi

Kayıt Tutma

Lohusanın yardım ihtiyaçları karşılanmıştır. Etkili hemşirelik bakımı

sonucu ortaya çıkmıştır. Lohusanın sözel ve sözel olmayan davranışlarında olumlu gelişmeler gözlemlenmiştir.

Orlando'nun Etkileşim Hemşirelik modeli, hemşire-hasta ilişkisini pozitif yönde geliştirmekte, hasta-hemşire etkileşimini özgün kılmakta, hastaların fiziksel ve ruhsal ihtiyaçlarının karşılanmasında hemşirelere yardımcı olmaktadır.²⁰⁻²⁵ Hemşireler hastaların ihtiyaçları doğrultusunda uygun hemşirelik girişimlerini planlarlar ve uygularlar. Süreç sonunda hastaların sözel ve sözel olmayan davranışlarında olumlu yönde gelişmeler olduğu yapılan bazı çalışmalarda görülmüştür.²⁶⁻²⁹

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelerin verdikleri bakımların etkinliğinin artırılmasında, profesyonel bir meslek olan hemşirelik mesleğinin gelişmesinde, bakımın bireyselleşmesinde modellerin kullanımı önemli bir rol oynamaktadır. Orlando'nun etkileşim modeli psikiyatri kliniklerinin yanında kadın doğum klinikleri de dâhil olmak üzere tüm kliniklerde çalışan hemşireler tarafından kullanılabilir. Vaka sunumunda

Orlando'nun etkileşim modeli kullanılarak hastanın ihtiyaçları belirlenmiş, hemşirelik eylemleri amaçlı hemşirelik süreci doğrultusunda planlanmış, uygulanmış ve sonuç olarak hastanın davranışlarında pozitif iyileşme süreci görülmüştür. Orlando'nun etkileşim modelinin psikiyatri ve kadın doğum gibi diğer kliniklerde de uygulanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Kırlek, F. ve Can, Öztürk, H. (2016). Postpartum Dönem. Sevil Ü. Ertem G. Perinatoloji ve Bakım. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
2. Beydağ, K.D. (2007). "Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü". TAF Preventive Medicine Bulletin, 6 (6), 479-484.
3. Güleç, D, Kavlak, O. ve Sevil, Ü. (2014). "Ebeveynlerin Doğum Sonu Yaşadıkları Duygusal Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı". Journal of Education and Research in Nursing, 11 (1), 54-63.
4. Bağcı, S. (2014). Annelerin Doğum Sonunda Yaşadıkları Sorunlar Ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
5. Üstgörül, S. ve Yanıkkere, E. (2017). "Postpartum Dönemde Kadınların Psikososyal Durumları ve Etkileyen Risk Faktörleri". JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi, 3 (1), 61-68.
6. Yıldız, D. (2008). "Doğum Sonrası Dönemde Annelerin Bebek Bakımı Konusunda Danışmanlık Gereksinimleri Ve Yaklaşımlar". Gülhane Tıp Dergisi, 50, 294-298.
7. Jansson, A, Sivberg, B, Larsson, B.W. and Udén, G. (2002). "First-Time Mothers' Satisfaction with Early Encounters with The Nurse in Child Health-Care: Home Visit or Visit To The Clinic?". Acta Paediatrica, 91, 571-577.
8. Frei, I.A. and Mander, R. (2011). "The Relationship between First-Time Mothers and Care Providers in The Early Postnatal Phase: An Ethnographic Study in A Swiss Postnatal Unit". Midwifery, 27, 716-722.
9. Yıldız, D. ve Akbayrak, N. (2014). "Doğum Sonrası Primipar Annelere Verilen Eğitim ve Danışmanlık Hizmetlerinin Bebek Bakımı, Kaygı Düzeyleri ve Annelik Rolüne Etkisi". Gülhane Tıp Dergisi, 56, 36-41.
10. Razurel, C, Bruchon-Schweitzer, M, Dupanloup, A, Irion, O. and Epiney, M. (2011). "Stressful Events, Social Support and Coping Strategies of Primiparous Women During The Postpartum Period: A Qualitati- and Study". Midwifery, 27, 237-242.
11. Yalçın, S. (2020). Dış Hekimliğinde Yeni Dönem Covid-19 Pandemisi ve Alınacak Önlemler. Quintessence Yayıncılık, İstanbul. <https://www.eodontal.com/uploads/pdf/serhat-yalcin-covid-19-makale.pdf> Erişim Tarihi:16.05.2020.
12. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). <https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/Erişim> Tarihi:16.05.2020.
13. Baykara, Z.G, Çalışkan, N. Öztürk, D. ve Karadağ, A. (2019). "Hemşirelikte Teori Ve Model Kullanımı: Nitel Bir Çalışma". Cukurova Med J, 44 (1), 281-289.

14. Yılmaz Esencan, T. ve Şimşek, Ç. (2017). "Doğum Sonu Dönemde Hemşirelik Bakımı". Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 48, 183-189
15. Ekim, A, Ocakçı, A.F. ve Alpar, Ş.E. (Ed). (2013). Hemşirelikte Kavram, Kuram ve Model Örnekleri. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
16. Velioglu, P. (1999). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. İstanbul: Alaş Ofset.
17. Fawcett, J. (2005). Orlando's Theory of the Deliberative Nursing Process. Ed. Contemporary Nursing Knowledge Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. F. A. Davis Company, Philadelphia, 506-527.
18. Parker, L.M. (2005). Twentieth-Century Nursing Wiedenbach, Henderson, and Orlando's Theories and Their Applications. Gesse T, Dombro M, Gordon SC, Rittman MR, ed. Nursing Theories and Nursing Practice. F. A. Davis Company, Philadelphia: 73-77.
19. Hiçdurmaz, D. (2017). İda Jean Orlando: Hemşirelik Süreci Teorisi. A. Karadağ, N. Çalışkan, Z. Göçmen Baykara (Ed.), Hemşirelik teorileri ve modelleri. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
20. Olson, J. and Hanchett, E. (1997). "Nurse-Expressed Empathy, Patient Outcomes, and Development of A Middle-Range Theory". Image: The Journal of Nursing Scholarship, 29 (1),71-76.
21. Abdoli, S. and Safavi, S.S. (2010). "Nursing Students' Immediate Responses To Distressed Clients Based On Orlando's Theory". Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 15 (4),178-184.
22. Dobson, L.N.M. (2012). "Foundations of The Routes of Care in The Pediatric Patient". Revista Cubana de Enfermería, 28 (2), 181-188.
23. Potter, M.L, Williams, R.B. and Costanzo, R. (2004). "Using Nursing Theory And A Structured Psychoeducational Curriculum With Inpatient Groups". Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 10, 122-128.
24. Prá, L.A. and Piccoli, M. (2004). "Perioperative Nursing: Nursing Diagnosis Based The Theory Of İda Jean Orlando". Revista Eletrônica de Enfermagem, 6 (2), 234-253.
25. Sheldon, L.K. and Ellington, L. (2008). "Application of A Model of Social Information Processing To Nursing Theory: How Nurses Respond To Patients". Journal of Advanced Nursing, 64 (4), 388-398.
26. Dündar, T. ve Gerçek, E. (2020). "Hemşirelikte Etkileşim Kuramının Postpartum Dönemde Kullanımı: Bir Olgu Sunumu". EGE HFD, 36 (1), 67-72.
27. Can, S, Yıldırım Usta, Y. ve Can Çiçek, S. (2019). "Orlando'nun Hemşirelik Süreci Teorisi'nin Uygulamada Kullanımına Bir Örnek: Olgu Sunumu". Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi, 11 (1), 46-48.
28. Akyüz, E, Uğurlu, Z. Çevik, B, Yaman, Ç. ve Ayhan, A. (2017). "Leiomyosarkom Tanılı Bir Gebenin İda Jean Orlando'nun Etkileşim Modeline Göre İncelenmesi: Vaka Sunumu". Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi-BÜSBİD, 2 (1), 73-78.
29. Uslu, N, Bayat, M, Variyenli, N, Arıcan, F. ve Hatipoğlu, N. (2016). "Orlando'nun Etkileşim Teorisinin Uygulamada Kullanımına Bir Örnek: Tıp 1 Diyabetes Mellitus". Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi, 3 (1), 64-70.